



**Regionsenter for barn og
unges psykiske helse**

Helseregion ØST og SØR



uniHelse

RKBU Vest – Regionalt kunnskapssenter for barn og unge



PSYKOLOGISK FØRSTEHJELP I FØRSTELINJETJENESTEN

Implementering og evaluering

av Bente Storm Mowatt Haugland,
Tori Mauseth og Solfrid Raknes

INNHALDSFORTEGNELSE

Innholdsfortegnelse

PSYKOLOGISK FØRSTEHJELP I FØRSTELINJETJENESTEN Implementering og evaluering.....	3
FORORD	3
SAMMENDRAG	5
INNLEDNING	6
PSYKISKE VANSKER BLANT BARN OG UNGE	6
FAGLIG TEORETISK RAMME FOR PSYKOLOGISK FØRSTEHJELP (PF)	7
PSYKOLOGISK FØRSTEHJELP SOM METODE	11
IMPLEMENTERING AV PF I FØRSTELINJEN	14
HVA HAR VI GJORT?.....	17
METODEUTVIKLING OG OPPLÆRING AV HJELPERE I FØRSTELINJEN	17
EVALUERING AV PF.....	24
EVALUERINGSMETODER.....	25
RESULTATER FRA SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSEN	29
DELTAKERE	29
BRUK AV PF.....	32
OPPLEVD NYTTE AV PF	38
OMFANG AV OPPLÆRING VERSUS BRUK OG VURDERT NYTTE AV PF	40
ENDRINGER I BRUK OG OPPLEVD NYTTE AV PF OVER TID	42
OPPLEVD KOMPETANSE FØR OG ETTER OPPLÆRING I PF	44
PF SOM VEILEDET SELVHJELP	46
HOLDNINGER TIL PF.....	47
EVALUERING AV FØRSTE KURSDAG	49
OPPSUMMERING FRA INTERVJU	50

FOKUSGRUPPEINTERVJUENE	50
GRUPPESAMTALE MED SUPERBRUKERNE	52
DISKUSJON.....	54
HVORDAN OG I HVOR STOR GRAD TOK HJELPERNE I BRUK PF.....	55
HJELPERNES OPPLEVDE NYTTE AV PF.....	56
OMFANG AV OPPLÆRING	56
ENDRINGER I HJELPERNES BRUK OG OPPLEVDE NYTTE AV PF OVER TID	59
ENDRINGER I HJELPERNES OPPLEVDE KOMPETANSE	60
HJELPERNES BIDRAG TIL AT PF BRUKES SOM SELVHJELPSMATERIALE	60
BEGRENSINGER I PROSJEKTET OG I EVALUERINGSUNDERSØKELSEN	62
IMPLIKASJONER FOR VIDERE IMPLEMENTERING OG EVALUERING AV PF	63
KONKLUSJON	65
REFERANSER	65

PSYKOLOGISK FØRSTEHJELP I FØRSTELINJETJENESTEN

Implementering og evaluering

FORORD

Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, psykisk helse og barnevern, Vest (RKBV, Vest) og Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Øst og Sør (RBUP Øst og Sør) fikk i brev fra Helsedirektoratet 03.12.2010 i oppdrag å utarbeide en opplæringspakke, samt igangsette implementering og evaluering av samtaleverktøyet Psykologisk Førstehjelp (PF). Arbeidet skulle gjennomføres i førstelinjetjenesten (for eksempel helsestasjon, skolehelsetjenesten, Familiens hus, barneverntjenesten, osv.). I samarbeid mellom RBUP Øst og Sør og RKBV Vest ble det utarbeidet en prosjektplan som ble oversendt Helsedirektoratet i januar 2011. Planen skisserte følgende mål for prosjektet:

- utvikling av en skriftlig veiledning for bruk av PF som samtaleverktøy i førstelinjen
- utarbeiding av standardisert opplæring i PF metoden
- opplæring av ca 500 fagpersoner i førstelinjetjenesten
- evaluering av fagpersonenes erfaringer med PF som samtaleverktøy

Foreliggende rapport er utarbeidet av prosjektleder/forsker II ved RKBV Vest (psykologspesialist og dr. psychol. Bente Storm Mowatt Haugland¹), prosjektleder ved RBUP Øst og Sør (psykologspesialist Tori Mauseth) og prosjektmedarbeider og psykologspesialist Solfrid Raknes². I tillegg til å ha utviklet Psykologisk Førstehjelp, har Solfrid Raknes vært ansvarlig for å utarbeide opplæringen i PF og innholdet i veiledningen. Rapporten beskriver fagutviklingsarbeidet, arbeidet med implementering av PF i førstelinjen, samt metodikk og resultater fra spørreskjema utsendt til alle som deltok i opplæringen, supplert med oppsummering fra fokusgruppeintervju og tilbakemeldinger fra fagpersoner som var engasjert som undervisere i prosjektet («superbrukere»).

¹ Bente Storm Mowatt Haugland er også med i referansegruppen for utvikling av PF.

² Psykologisk Førstehjelp er utviklet av Solfrid Raknes som har rettighetene til materialet.

Evalueringen omfatter innsamling av personidentifiserbare opplysninger (navn, kjønn, alder, fagbakgrunn) fra deltakerne. Det ble derfor innhentet tillatelse fra Personvernombudet ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, NSD. Videre ble det gitt godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK Vest, for å gjennomføre et delprosjekt der PF blir benyttet som del av et lavterskeltilbud for potensielt traumatiserte barn ved Barnehuset i Oslo.

Vi vil benytte anledningen til å takke alle som har bidratt i arbeidet med dette prosjektet. Først og fremst takk til de av deltakerne som tok seg tid til å besvare spørreskjemaene og delta i gruppeintervju, og til ledere i førstelinjen som sa seg villige til å koordinere og tilrettelegge praktiske forhold rundt opplæringen. Dernest vil vi takke alle de dyktige fagpersonene som på ulike vis bidro inn i prosjektarbeidet; psykolog Reidar Thyholdt i forhold til utforming av spørreskjema, barne- og ungdomspsykiater, dr. med Marit Hafting for hjelp med planlegging og gjennomføring av fokusgruppeintervju, forskningskonsulent Hilde Sakariassen ved RKBU Vest i forhold til arbeid med og utsending av elektroniske spørreskjema, assistent Guro Skeie for hjelp med praktisk arbeid, stipendiat Tormod Bøe ved RKBU Vest for hjelp med statistikk, administrasjonskonsulent Unni Rosenkilde ved RBUP Øst og Sør for hjelp til praktisk arbeid.

Vi takker psykologspesialist Shirley Stormyren, seniorrådgiver Marit Berg og klinisk sosionom/familieterapeut Aud Aamodt og Astrid Johanne Pettersen ved Statens Barnehus i Oslo for samarbeid om pilotstudie av PF. Sist, men ikke minst, vil vi takke de flotte fagpersonene som har deltatt som undervisere i prosjektet: helsesøster Marina Halvorsen, klinisk pedagog Jeanette Flock Johansen, psykolog Sveinung Hellesen Nygård, psykologspesialist Steinar Sunde og PhD og familieterapeut Terje Tilden.

SAMMENDRAG

Foreliggende prosjekt omfatter metodeutvikling, implementering og evaluering av Psykologisk Førstehjelp (PF) i førstelinjetjenesten. PF er både et samtaleverktøy og et selvhjelpsmateriale. PF bygger på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi, som er en godt dokumentert tilnærming for forebygging og behandling av en rekke psykiske plager hos barn og ungdom. Metodeutviklingen i prosjektet har bestått av utvikling av en skriftlig veiledning for bruk av PF i førstelinjen, utarbeiding av standardisert materiale for opplæring i PF, og utprøving av to opplæringsalternativer av ulikt omfang.

Implementeringsdelen av prosjektet omfattet opplæring av ca 500 hjelpere ansatt i førstelinjen. Disse hjelperne ble også invitert til å delta i en spørreskjemaundersøkelse for å evaluere bruk og nytte av PF i førstelinjen. En liten gruppe deltakere deltok tillegg i fokusgruppeintervju i etterkant av opplæringen. Resultatene fra evalueringen tyder på at PF er en metodikk som er lett å spre, den tas i bruk av mange hjelpere etter relativ kort opplæring, den blir likt, og hjelpere i førstelinjen opplever den som nyttig i arbeid med ulike problemstillinger hos barn, ungdom og foresatte. Selv om hyppighet i bruk av PF avtok over tid, anga en stor andel av hjelperne at de fortsatt brukte materialet 6 mnd etter opplæring. Hjelpernes vurdering av nytten av PF ved ulike problemområder økte over tid. Resultatene viste videre at hjelpernes vurdering av egen kompetanse i arbeid med å skape kontakt med, samtale med og gjøre endringsarbeid med barn og ungdom, økte etter opplæring i PF. To opplæringsalternativer med ulikt omfang ble prøvd ut. Det var ikke forskjell mellom deltakerne i opplæringsalternativene med hensyn til bruk av PF og opplevelsen av egen kompetanse etter opplæring. På grunn av ulik kompetanse og bakgrunn hos hjelperne i de to gruppene, har det imidlertid ikke vært mulig å konkludere hvorvidt omfang av opplæringen i PF har betydning for videre bruk og nytte av verktøyet. Kun et lite antall av hjelperne benyttet PF som veiledet selvhjelp. Det er behov for evaluering av effekten av metoden for å vite om PF bidrar til forebygging eller lindring av psykiske helseplager hos barn og ungdom. Effektundersøkelser bør gjennomføres før PF eventuelt implementeres i stor skala i førstelinjen.

INNLEDNING

PSYKISKE VANSKER BLANT BARN OG UNGE

Psykiske helseplager er en av vår tids største utfordringer på bakgrunn av hvor mange som rammes, omfang, funksjonsforstyrrelse og samfunnsøkonomiske kostnader. Tall fra Folkehelseinstituttet (Schjelderup Mathiesen, Karevold & Knudsen, 2010) og barn i Bergen (Heiervang et al., 2007) viser at:

- De vanligste psykiske lidelsene i barne- og ungdomsårene er angst, depresjon og atferdsforstyrrelser.
- Cirka 8 prosent av barn og unge har en diagnostiserbar psykisk lidelse.
- Hver tredje 16-åring vil ha oppfylt diagnostiske kriterier for en psykisk lidelse i løpet av barneårene.
- På et hvert tidspunkt har mellom 15 og 20 prosent av barn og unge i Norge nedsatt funksjon på grunn av psykiske vansker.
- Symptomene på og forekomst av psykiske lidelser hos barn og unge varierer på ulike alderstrinn.
- Hos de fleste er symptomene forbigående, men mellom 25 og 40 prosent har symptomer som vedvarer over år.

Barn og unge med psykiske vansker og lidelser bør få hjelp til symptomreduksjon. Det er viktig både ut fra at barn bør hjelpes til best mulig livskvalitet og optimale utviklingsbetingelser, og for å forebygge kroniske og kompliserte sykdomsforløp. Konsekvensene av psykiske lidelser som vedvarer er alvorlige, blant annet med tanke på fremtidig arbeidsuførhet (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). Gitt problemets omfang, vil tiltak som reduserer forekomst av psykiske lidelser hos barn og ungdom, ha stor samfunnsøkonomisk betydning. Satsning på effektive forebyggings- og lavterskeltiltak for barn og unge, er ut fra dette en god investering for enkeltindividet, familier og samfunnet.

FAGLIG TEORETISK RAMME FOR PSYKOLOGISK FØRSTEHJELP (PF)

PF bygger på en kognitiv atferdsterapeutisk modell, og er et verktøy som kan brukes som selvhjelp, veiledet selvhjelp og som samtalemotodikk. Metoden antas å egne seg som del av lavterskeltilbud for barn og unge i førstelinjetjenesten.

Den kognitive atferdsterapeutiske modellen

Tiltak basert på kognitiv atferdsterapi (KAT) brukes i stadig nye sammenhenger, de siste ti-årene i økende grad også som del av lavterskeltilbud til barn og unge. KAT har vist seg å gi god effekt i behandling av barn og ungdom med en rekke ulike tilstander (Øst, 2010), deriblant depresjon (Maalouf & Brent, 2012) og angstlidelser (Kendall, Settiani & Cumming, 2012). Barn som gjennomgår vellykket KAT-behandling for angstlidelser i løpet av barndommen, er blant annet funnet å ha lavere risiko for utvikling av rusproblemer i ungdoms- og voksen alder (Puleo, Conner, Benjamin, & Kendall, 2011).

Felles for tiltak forankret i KAT modellen, er fokus på sammenhenger mellom hvordan personen tenker, føler og handler. Det innebærer blant annet at barn og ungdom kan påvirke hvordan de har det gjennom *hva* de tenker, *hvordan* de tenker og *hva* de *gjør*. Øvelse i å skille mellom situasjon, følelser, tanker og atferd danner basis i alle tiltak basert på den kognitive modellen (Beck, 1995). I følge denne tenkningen kan psykisk helse bedres gjennom å: 1) øve på å gjenkjenne og regulere egne følelser, 2) øve på å gjenkjenne negative automatiske tanker og stille spørsmål ved dem, 3) lære å finne alternative, hjelpsomme tanker og i større grad la seg styre av dem, samt 4) gjøre handlingsvalg basert på hjelpsomme tanker.

Å støtte klienten i retning av større mestring og økte ferdigheter til å hjelpe seg selv, er sentrale prinsipper i kognitiv atferdsterapi. Formidling av informasjon, psykoedukasjon og utforming av konkrete metoder for å stimulere til selvhjelp, mestring og problemløsning er således i tråd med den kognitive atferdsterapeutiske tilnærmingen.

Lavtersketjenester

Det er viktig å nå ut til barn og unge med kunnskapsbaserte metoder som kan gi reduksjon og lindring av psykiske plager (Major et al., 2011). Mange barn og unge med psykiske vansker og lidelser opplever hjelpetjenestene som lite tilgjengelige (Barneombudet, 2009), og de færreste barn og unge med psykiske vansker mottar hjelp fra helsepersonell for disse vanskene (Mathiesen, Karevold & Knudsen, 2009). Hovedbudskapet i Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008–2009) er at klienter lettere og raskere skal få tilgang på hjelp. Lavterskeltjenester i psykisk helsearbeid opprettes nettopp for å øke tilgjengeligheten til hjelp.

Helsedirektoratet (2000) definerer at lavterskeltjenester i psykisk helsearbeid:

- er direkte hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandlingstid
- kan oppsøkes av brukere uten betalingsevne
- er tilgjengelig for alle
- kan tilby adekvate tiltak, samt være en "los" videre i systemet
- har personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål
- har åpningstid tilpasset målgrupper og formål, høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukernes ønsker/behov
- framstår som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitsvekkende sted for innbyggerne å benytte

Lav-intensive kognitive tiltak

Psykisk helsearbeid i lavterskeltjenester fordrer metoder som er tilpasset tjenestene. For at tjenestene skal kunne forbli tilgjengelige for mange, vil en forutsetning være at helsepersonalet bruker avgrenset tid i forhold til hvert enkelt barn/ungdom.

Innen kognitiv atferdsterapi er det utviklet tiltak som har som hensikt å kunne benyttes nettopp i lavterskeltjenester. Disse betegnes gjerne som "lav-intensive-kognitive tiltak" og brukes om psykisk helsehjelp basert på KAT- prinsipper og har følgende mål:

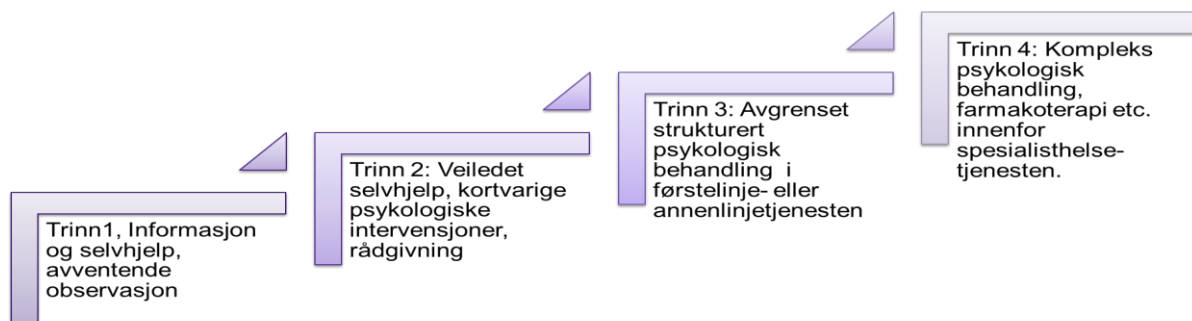
- 1) gi økt tilgang til evidensbaserte tiltak
- 2) være kostnadseffektive

3) kreve lite tid per pasient for spesialisert helsepersonell

I en trinnvis modell for psykisk helsearbeid (tilpasset etter Chew-Graham, 2009), vil lav-intensive kognitive tiltak inngå på trinn 1 og 2, mens mer tradisjonell behandling for barn og ungdom med psykiske lidelser inngår på trinn 3 og 4 (se figur 1).

Lav-intensive kognitive tiltak for barn og unge med lettere psykiske lidelser har vist seg å være lovende i forhold til effekt (Williams, Ferrand & Bennett-Levy, 2010). De har potensiale til å nå ut til mange og kan derfor være samfunnsøkonomisk gunstige. Vi er imidlertid kun i startgropen i forhold til kunnskapsutvikling omkring metoder i tidlige trinn av behandlingskjeden og implementeringen av disse (Kendall, Settapani & Cumming, 2012; Major et al., 2011).

Figur 1: Psykiske helsearbeid organisert etter intensitet i innsats fra helsepersonell



PF brukt i samtaler mellom hjelpere og barn/ungdom/foreldre kan fungere som et lav-intensivt kognitivt tiltak på trinn 2 i modellen over. Det forutsetter imidlertid at hjelpere i førstelinjen er villige til å ta i bruk PF, og at de opplever metoden som relevant og nyttig i sin arbeidshverdag.

Selvhjelp og veiledet selvhjelp

Veiledet selvhjelp er et begrep som benyttes i retningslinjene til The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2009, 2011), og i Helsedirektoratets (2009) nasjonale retningslinjer for behandling av depresjon for voksne. Veiledet selvhjelp er en form for systematisk og planmessig samarbeid mellom helsepersonell og klient (Berge & Repål, 2012). Veiledet selvhjelp innebærer at helsepersonell formidler eller viser til selvhjelpsmateriell, i form av brosjyrer, bøker eller elektronisk baserte programmer. Samtidig tilbys klienten et begrenset antall oppfølgende samtaler der konkrete erfaringer med selvhjelpsmaterialet diskuteres. Sentralt for bruk av *veiledet* selvhjelp er at klienten får støtte og oppmuntring til å bruke selvhjelpsmaterialet og hjelp til å anvende det best mulig i forhold til sine vansker.

Et mål med selvhjelpsmateriell er å utvikle barns kunnskap, ferdigheter og mestringsstrategier. Både selvhjelp og veiledet selvhjelp antas å kunne ha forebyggende og helsefremmede effekt for barn og ungdom, gjennom at de lærer å påvirke egne liv og forholde seg aktivt til egne tanker, følelser og handlinger (Bravender, 2010; Kazdin, 2009; Kendall, Settepani & Cummings, 2012; Leong, Cobham, de Groot & McDermott, 2009; Repål, 2008). Mest lovende synes selvhjelpsmateriell å være dersom det kombineres med veiledning fra helsepersonell (van't Hof, Cuijpers, & Stein, 2009). Ved å gi barn og unge tilgang til selvhjelpsmateriell kan vi nå ut til flere, og ha mulighet til å gi tidlig hjelp til barn og unge med begynnende symptomer på psykiske helsevansker. Veiledet selvhjelp basert på KAT-prinsipper muliggjør at flere hjelpere, ikke bare terapeuter med omfattende videreutdanning i kognitiv terapi, kan læres opp til å hjelpe barn, ungdom og familier. Slik kan man potensielt nå ut til mange barn og unge med tiltak på lavterskel-nivå. Det er ut fra dette relevant å undersøke om veiledet selvhjelp og lav-intensive kognitive tiltak, deriblant PF, kan inngå i den hjelpen som tilbys fra førstelinjetjenesten.

I arbeid med barn og ungdoms psykiske helse, er det nødvendig å involvere foreldre og/eller andre viktige voksne i barnets hverdagsliv – både for å skape endring og for å opprettholde endring over tid (Kendall et al., 2012). Selvhjelpsmateriell for barn og unge bør derfor også rette seg mot foreldrene og/eller andre voksne i barnets nærmiljø. For at materialet skal bli benyttet som veiledet selvhjelp, må det kunne tas i bruk av

helsepersonell/fagfolk som motiverer, støtter og hjelper barnet, ungdommen, familien i bruken av materialet.

Viktige faktorer for om helsepersonell tilbyr selvhjelpsmateriell og veiledet selvhjelp, er at det finnes egnet og godt dokumentert materiale, at de kjenner til materialet og har fått opplæring i å bruke det, at det er lett tilgjengelig, og at de har gjort seg erfaring med det (Nordgreen & Havik, 2011). Terapeuter innen psykisk helsevern for barn og unge, tilbyr i mindre grad bruk av selvhjelpsmateriell enn terapeuter som jobber med voksne (Nordgreen & Havik, 2011). Dette kan skyldes at det finnes lite selvhjelpsmateriell på norsk som retter seg mot psykiske helsevansker hos barn og unge. Det foreligger heller ikke, så langt vi vet, norske effektstudier av veiledet selvhjelp i forhold til psykisk helse hos barn og unge.

Med bakgrunn i dette, er det relevant å undersøke hvordan og i hvor stor grad PF tas i bruk av hjelpere i førstelinjen. Det er videre behov for mer systematiserte erfaringer i forhold til opplæring i PF. Hvilken opplæring er nødvendig og tilstrekkelig for at hjelpere tar i bruk PF som samtaleverktøy og som veiledet selvhjelp? På sikt er det også ønskelig å undersøke hvilken effekt PF har når det blir brukt som veiledet selvhjelp innen relevante lavterskeltjenester.

PSYKOLOGISK FØRSTEHJELP SOM METODE

PF (Raknes, 2010 a og b) kan benyttes både som et samtaleverktøy og som selvhjelpsmateriell for barn og ungdom. PF er basert på grunnprinsippene i KAT. Materialet er utformet i to versjoner. En barneversjon for aldersgruppen 8 – 12 år, og en ungdomsversjon for aldersgruppen 12 – 18 år. Førstehjelpsskrinene er utviklet av psykologspesialist Solfrid Raknes sammen med en faglig referansegruppe av sentrale fagpersoner innen psykisk helsevern³ i Norge. PF har blitt tatt i bruk av hjelpere i første- og andrelinjen og er introdusert for bruk i skolen (Solrun Samnøy, 2012). Materialet er

³ Referansegruppe: Torkil Berge, Atle Dyregrov, Ida Garløv, Marit Hafting, Bente Storm Mowatt Haugland, Leif Edward Ottesen Kennair, Arne Repål og Steinar Sunde.

oversatt til svensk, og det er interesse for oversettelse også til andre språk. Helse Vest, Helsedirektoratet, RKBV Vest, RBUP Øst og Sør, Norsk Forening for Kognitiv Terapi og Bergen Teknologiutvikling har støttet utviklingen av PF. PF og Raknes fikk Innovasjonspris fra Helse Vest i 2012. Det er stor etterspørsel etter opplæring i PF. Bare i 2011 fikk omtrent 2500 hjelpere, de fleste i førstelinjen, opplæring i metoden.



Innhold i PF

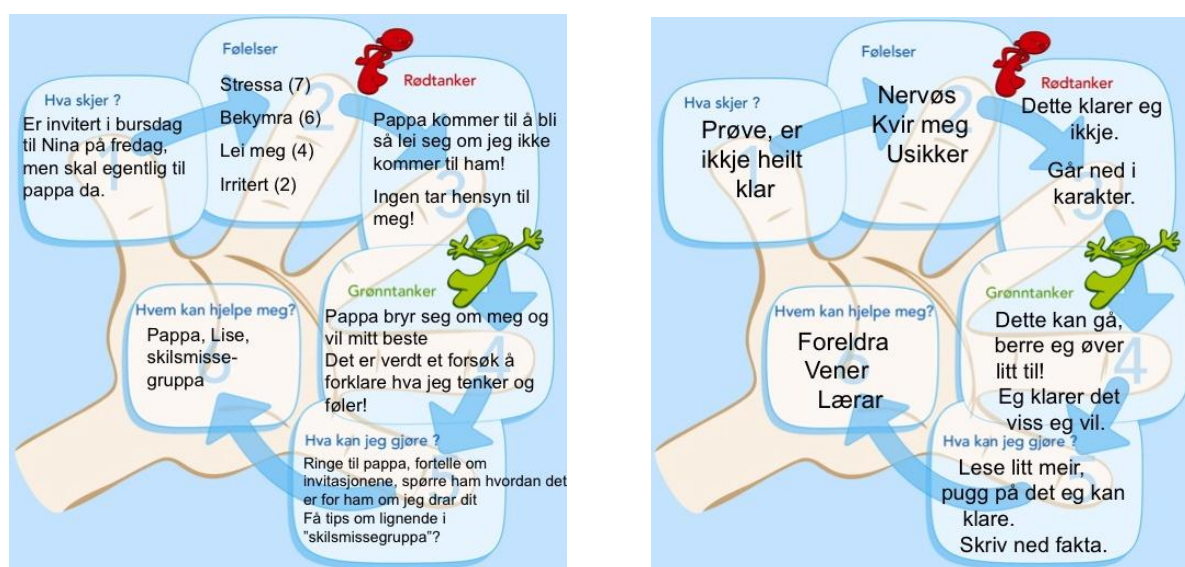
PF-skrinene inneholder 1) hefter, 2) "hjelpenhender" og 3) eksternaliserende figurer. *Heftene* forklarer grunnprinsippene i kognitiv atferdsterapi ved hjelp av enkle tekster og tegninger. Budskapet her er at vi kan påvirke hvordan vi har det gjennom det vi tenker og gjør. Innledningsvis beskrives hvordan vi kan bli mer bevisst våre egne følelser. Videre blir begrepene «grønntanker» og «rødtanker» presentert. Rødtanker er førstehjelpsskrinenes begrep for det som i kognitiv terapi omtales som «negative automatiske tanker», mens grønntanker er det som ellers omtales som «alternative tanker»⁴. Heftene i PF-skrinet inneholder videre eksempler fra dagligdagse situasjoner som de fleste barn og unge kan kjenne seg igjen i. Ved å beskrive vanskelige situasjoner og tanker og følelser en kan ha i slike situasjoner, ønsker en å normalisere og gjøre det lettere for barn og ungdom å snakke om egne opplevelser, tanker og følelser.

Hjelpehånden er et ark med tegning av en hånd, delt inn slik at hver av fingrene sammen med håndflaten representerer seks ulike tema: Hva skjer? (tommelfinger), Følelser (pekefinger), Rødtanker (langfinger), Grønntanker (ringfinger), Hva kan jeg gjøre?

⁴ Australske Paula Barret og kolleger introduserte i 1996 begrepene røde- og grønne-tanker i kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom (Barrett, 2006).

(lillefinger) og Hvem kan hjelpe meg/være støttelag? (håndflate). Hjelpenhånden har som hensikt å sortere når tanker og følelser blir vanskelige og uoversiktlige. Å skrive ned hva en tenker og føler er ofte et første skritt i forhold til å kunne finne ut av vanskelige opplevelser og minner (Frisina, Borod & Lepore, 2004). Innen den kognitive og narrative tilnærmingen vektlegges det at en oppmuntrer klienten (barnet, ungdommen eller foreldrene) til å finne hjelpsomme tanker og tenkemåter rundt situasjoner (Beck, 1995; White & Epston, 1990). Hjelpenhånden er et strukturerende redskap for å se situasjonen litt utenfra, og kan på det beste bidra til re-konseptualisering, nytenkning og problemløsning.

Figur 2. Eksempler på hvordan hjelpenhånden kan fylles ut av a) ungdom som bor i to hjem og b) ungdom som gruer seg i forkant av en prøve.



Utfylte hjelpenhender kan tas vare på og fungere som "huskelapp" i forhold til å mestre vanskelige situasjoner. Hjelpenhånden kan også brukes som forberedelse til å gjøre gode valg i en vanskelig situasjon man har foran seg. Hjelpenhånden kan brukes i en rekke situasjoner. At kategoriene er plassert på en hånd gjør at temaene kan være lett å huske og kan tas fram i situasjoner hvor det er behov for et «ryddesystem».

Eksternaliserende figurer. PF-skrinene inneholder en rød og en grønn figur utformet som små bjørner. Figurene er ment å hjelpe barna (og de voksne) til å forholde seg aktivt, lekende og eksternaliserende til vanskelige situasjoner, tanker og følelser. Figurene Rød

og Grønn kan brukes som konkrete hjelpemidler i samtaler for å tydeliggjøre hvordan tankene påvirker oss. Eksternalisering, det vil si at problemet eller de vanskelige tankene eller følelsene gis en skikkelse eller form «utenfor personen» er en terapi teknikk som ofte gjør det mulig å snakke om problemer uten fokus på skyld, skam, anklager eller kontroll, og som ofte åpner for problemløsning og kreativitet hos både barnet, foreldrene og helperne (Lundby, 1998; White & Epston, 1990). Ved å eksternalisere rødtanker og grønttanker kan barn og ungdom lettere ta stilling til hvilke tanker de vil gi mer makt og plass, og hvilke som skal få mindre makt. Figurene Rød og Grønn kan også brukes som konkrete påminnere, eksempelvis har noen barn tatt med seg Grønn i skolesekken for å minne seg på å huske å ha hjelpsomme grønttanker i en vanskelig situasjon.



IMPLEMENTERING AV PF I FØRSTELINJEN

Faktorer som virker inn på implementering

Implementering kan defineres som bindeleddet mellom forskningsbaserte metoder og praksis, der forskning og praksis knyttes sammen på en forpliktende måte for å skape bedre behandling og resultater for brukere og samfunn. Fixsen og kolleger (2005) har definert implementering som de prosedyrer og aktiviteter som skal til for at en intervensjon skal benyttes med god kvalitet i praksisfeltet. En rekke faktorer virker inn

på hvor vellykket en implementering er. Dette omfatter blant annet at deltakerne som rekrutteres er motiverte og kompetente, at opplæring og veiledning er ferdighetsbasert, og at det registreres hvorvidt utøverne følger metoden slik den er beskrevet (behandlingsintegritet). Støtte fra ledelsen og organisatorisk tilrettelegging for at intervensjonen skal kunne tas i bruk, regnes også som viktige faktorer for effektiv implementering (Fixsen 2005). Overordnet sett er implementering det rammeverket som sikrer at tiltak blir utført med god kvalitet.

Det har vist seg å være lettest å implementere tiltak som er enkle, praktiske, tiltalende, troverdige, bekreftende for praktikere og lønnsomme for organisasjonen (Rogers 2003, referert i Sørli, Ogden, Solholm & Olseth, 2010). I tillegg er det viktig at tiltaket oppleves som relevant i forhold til de primæroppgavene utøverne skal løse. Tidspress og konkurranse fra andre oppgaver kan være til hinder for å ta i bruk nye metoder, ettersom de ofte implementeres samtidig som ordinær virksomhet pågår i en travel hverdag (Ogden, 2012).

Med bakgrunn i tidligere erfaring hadde vi grunn til å anta at tilbud om opplæring i PF ville bli godt mottatt av fagpersoner i førstelinjetjenesten. Vi visste imidlertid lite om i hvilken grad de som deltok i PF-opplæring faktisk tok i bruk metoden. Samtaler med barn og unge om deres situasjon og vansker utgjør bare deler av arbeidsoppgavene for fagpersoner i førstelinjen. Det er ikke urimelig å forvente at utprøving og evaluering av ny metodikk kan bli nedprioritert i en travel hverdag. Å bruke selvhjelpsmateriell i arbeid med barn og unges psykiske helse er en ny og ukjent tilnærming for de fleste hjelpere. Det kan også være med på å påvirke hvordan og i hvor stor grad hjelpere tar i bruk materialet og opplever det som nyttig i sitt arbeid med barn og ungdom.

Opplæring i evidensbaserte metoder

Evidensbaserte metoder er kjennetegnet ved at de bygger på solid empirisk teori, at de retter seg mot en definert målgruppe og at det foreligger en manual for opplæring og tiltak. «Gullstandard» for opplæring i evidensbasert praksis består av en workshop, en manual og klinisk veiledning (Sholomskas, Syracuse-Siewert, Rounsaville, Ball & Nuro, 2005, ref. i Beidas & Kendall, 2010). Resultater fra implementeringsforskning generelt,

viser at det skal mer til enn ett kurs til for å endre praksis (Joyce & Showers, 2002, referert i Fixen 2005). Det er forskningsmessig belegg for at opplæring bør være ferdighetsbasert og inkludere veiledning og tilbakemelding på eget arbeid (Beidas & Kendall, 2010). Opplæring og veiledning må være praksisnær og gå over noe tid for at en metode skal tas i bruk med god kvalitet. Aktiv læring som inneholder undervisning, veiledning på egen praksis og bruk av rollespill, ser i større grad ut til å føre til endret praksis hos klinikere og bedre resultater hos brukerne, sammenlignet med mer passiv læring i form av forelesning og ordinær undervisning (Beidas & Kendall, 2010).

HVA HAR VI GJORT?

METODEUTVIKLING OG OPPLÆRING AV HJELPERE I FØRSTELINJEN

Vi valgte å prøve ut PF blant hjelpere i kommunale familiesentre /Familiens hus. Familiens Hus er en nasjonal satsing, der hjelpetilbudet innen kommunal psykisk helsehjelp organiseres tverretattlig for å gi et mer samordnet tilbud. I henhold til RBUP/RKBUs oppdragsbrev har alle regionssentrene «et ansvar for å bidra til faglig utvikling av familiesentre og Familiens hus for å styrke kommunalt psykisk helsearbeid». Ved å prøve ut PF i denne konteksten, håpet vi å nå ut til en tverrfaglig gruppe fagpersoner med ulik utdanningsbakgrunn, erfaring og arbeidsområder, som er i direkte kontakt med barn og ungdom.

Rekruttering av fagpersoner

I løpet av høsten 2011 fikk 511 fagpersoner i førstelinjetjenesten i Helseregion Sør-Øst og i Helseregion Vest tilbud om opplæring i PF. Det ble lagt vekt på å rekruttere deltakere både fra Oslo og Østlands-regionen, fra to Sørlandsfylker, samt fra flere av fylkene i Helse Vest. I tillegg har alle terapeutene ved Statens Barnehus i Oslo fått tilbud om opplæring. Barnehuset er et eksempel på en førstelinjetjeneste som gir lavterskeltilbud til barn i høyrisikosituasjoner.

Vi ønsket å rekruttere personer som var motiverte, og som selv meldte interesse for å delta på opplæringen («readiness»). Vi laget informasjonsbrosjyre og informerte om prosjektet på ledersamling for familiesentre/Familiens hus i regi av RBUP Øst og Sør. Invitasjon til å delta i prosjektet ble sendt til lederne ved alle familiesentre på Øst-, Sør- og Vestlandet. I tillegg foretok vi en ringerunde til sentrale personer innen feltet, samt at tilbudet ble annonsert på RBUP Øst & Sør sine hjemmesider. Ettersom rekrutteringsprosessen tok noe lengre tid enn vi hadde forutsett, åpnet vi også opp for at familiesentrene kunne invitere med seg kommunale samarbeidspartnere. Dette bidro til at deltakerne utgjorde en sammensatt gruppe ansatte i 1. linjetjenesten.

Deltakere ble valgt ut etter følgende kriterier:

- ansatte som hadde direkte kontakt med barn og/eller ungdom (8-18 år)

- ansatte i sentre med et tverrfaglig arbeidsmiljø
- sentre som allerede hadde etablert samarbeid med RBUP/RKBU
- sentre der en høy andel av de tilsatte ønsket opplæring i PF og prioriterte deltakelse

For å sikre organisatorisk støtte og ledelsesforankring, ble lederne bedt om å signere avtale om opplæring og evaluering med RBUP Øst & Sør/RKBU Vest ved påmelding (vedlegg A). Lederne fungerte også som koordinatorene med ansvar for å skaffe kurslokaler lokalt og som bindeledd mellom prosjektgruppe, superbrukere og deltakere i opplæringen.

Superbrukere

Det ble inngått samarbeid med seks fagpersoner, superbrukere, som alle hadde god kjennskap til PF og bakgrunn i kognitiv atferdsterapi⁵. Disse sto for opplæringen av deltakerne i prosjektet. Superbrukerne deltok i utviklingen av kursopplegget, og ga tilbakemeldinger på undervisningsopplegget underveis og i etterkant av opplæringen. Superbrukerne ble rekruttert ut fra faglig kunnskap, personlig egnethet, engasjement i PF, tverrfaglighet og formidlingsevne. I tillegg skulle de kunne dekke ulike geografiske områder. De fleste superbrukerne var godkjente veiledere i Norsk Forening for Kognitiv Terapi (NFKT).

Før oppstart ble det gjennomført en samling med superbrukerne hvor forslag til opplæring i PF ble gjennomgått. Det ble laget retningslinjer for gjennomføring av opplæringen og jobbet med utfylling av Hjelpenhender, rollespill og diskusjon av ferdigheter og innhold i PF. Underveis i prosjektperioden var de øvrige superbrukerne i kontakt med Raknes for tilbakemeldinger, inspirasjon og støtte.

⁵ Superbrukerne var: helsesøster Marina Halvorsen, klinisk pedagog Jeanette Flock Johansen, psykolog Sveinung Hellesén Nygård, psykologspesialist Solfrid Raknes, psykologspesialist Steinar Sunde, klinisk sosionom og dr. psychol. Terje Tilden.

Utvikling av standardisert undervisningsopplegg

For å sikre god kvalitet og sammenlignbar opplæring av hjelperne i prosjektet, ble det utarbeidet standard opplæring. Vi laget et undervisningsprogram som hadde til hensikt å stimulere hjelperne til å komme i gang med å bruke PF i sin arbeidshverdag. Kognitiv atferdsterapi er fundert på empiri og teori, spesielt hentet fra psykologisk forskning. Betydningen av god allianse mellom hjelper og barnet/ungdommen vektlegges. Ved opplæring i PF blir følgende tema vektlagt; betydningen av empati, positiv anerkjennelse og ekthet, at metoden tilpasses barnet eller ungdommens forutsetninger, håndtering av samarbeidsproblemer og reparasjon av alliansebrudd.

Det ble videre lagt vekt på ferdighetsbasert opplæring hvor undervisning i teori ble kombinert med trening i bruk av grunnprinsippene i PF. Ulike undervisningsformer ble tatt i bruk, slik som forelesning med Power Point presentasjon og demonstrasjon i rollespill-form, samt egenaktivitet fra deltakerne i rollespill, summegrupper, diskusjonsgrupper og skriftlige oppgaver. En slik kombinasjon av ulike pedagogiske virkemidler etterstrebes vanligvis i all opplæring innen kognitiv atferdsterapi (Bennett-Levy et al., 2010). Trening i bruk av Hjelpeshånden har stått sentralt i opplæringen. Alle kursdeltakerne ble oppfordret til å skrive en systematisk oversikt (LOGG) over sine erfaringer med PF i de tre påfølgende månedene etter første kursdag (vedlegg B).

To opplæringsalternativ av ulikt omfang

Vi utformet to opplæringsalternativ; en-dags kurs (alternativ 1) og en-dags kurs med oppfølging (alternativ 2). Begrunnelsen for to opplæringsalternativ var at vi ønsket å prøve ut ulikt omfang av opplæring for å se om det påvirket bruk og opplevd nytte av PF. Deltakerne ble fordelt med ca halvparten på hvert opplæringsalternativ. Fordelingen ble gjort ut fra hva som var praktisk gjennomførbart i forhold til å avholde kurs og samle deltakere. Deltakerne ble ikke randomisert til de to opplæringsalternativene, selv om dette selvsagt hadde vært mest gunstig i forhold til evalueringen. Power Point-presentasjon, inklusive oppgaver for rollespill, summegrupper og plenumsdiskusjoner ble utviklet for begge opplæringsalternativene.

En-dags kurs i PF (opplæringsalternativ 1) besto av undervisning i stor gruppe (60 deltakere i hver gruppe). Deltakerne fikk tildelt hver sine PF-skrin, ett i barneverisjon og ett i ungdomsversjon på kursdagen.

En-dags kurs med oppfølging (opplæringsalternativ 2) besto av samme dagskurs som for alternativ 1, men ble holdt for mindre grupper (maks 25 deltakere). Også her fikk deltakerne tildelt PF-skrin (barneverisjon og ungdomsversjon) på første kursdag.

Opplæringen omfattet i tillegg:

- En undervisningsdag til ca 1 måned etter første kursdag.
- Tre konsultasjonsøker à 1,5 time på saker presentert av deltakerne, gjennomført med ca 2 ukers mellomrom
- Opplæringen foregikk på deltakernes arbeidssted eller i egen kommune
- Flere fra samme arbeidssted deltok sammen i opplæringen
- I tillegg til egne PF-skrin fikk hvert arbeidssted skrin som de kunne bruke til utlån

For alternativ 2 var samlet opplæringstid totalt 3 arbeidsdager, spredd over 6 samlinger i løpet av 3 måneder. Opplæringen tok sikte på å fremme læring gjennom å veksle mellom teori, praksis og konsultasjon med utgangspunkt i praksis.

Opplæringsalternativ 2 omfattet framlegg av problemstillinger fra pågående arbeid hos enkelte av deltakerne. Eksemplene ble brukt til å gi veiledning i bruk av PF.

Utfordringer ved opplæring i førstelinjen

Hjelpere i førstelinjen har svært ulik utdanning og yrkesbakgrunn, med varierende teoretisk kompetanse og terapeutiske ferdigheter. Opplæring i PF hadde som hensikt å fungere for alle hjelpere på tvers av kompetanse.

Å formidle prinsipper for endring basert på kognitiv atferdsterapi forutsetter en språklig «oversettelse» av begreper og prinsipper fra en terapimodell og tradisjon til mer allmennpsykologiske begreper og forståelse. De færreste hjelpere i førstelinjen skal eller vil drive spesialisert behandling av psykiske lidelser. Å gi hjelp til selvhjelp og å

bidra til endring av mindre fastlåste vansker hos barn og unge ligger imidlertid innenfor mange av hjelpernes arbeidsoppgaver. For at KAT modellen skal kunne benyttes av fagpersoner med varierende fagbakgrunn har vi vektlagt, både i opplæringen og i den skriftlige veiledningen, å benytte terminologi og metodikk som er tilpasset hjelpernes faglige nivå, samt deres arbeidshverdag og oppgaver. Psykisk helsearbeid i førstelinjen foregår vanligvis uten at barn og ungdom får en diagnose, og de færreste av hjelperne har kompetanse til å stille diagnoser. Vi prøvde derfor i størst mulig grad å unngå bruk av diagnostiske termer, og heller beskrive problemområder som samle kategorier. I stedet for å omtale ulike angstdiagnoser og behandling av disse, beskrives for eksempel mer grunnleggende prinsipper for å redusere overdreven engstelse. Likeså benyttes gjerne betegnelser som tristhet og sinne i stedet for diagnostiske termer som depresjon og atferdsvansker.

Utvikling av skriftlig veiledning for bruk av PF

For å kunne evaluere et tiltak, må det utarbeides en beskrivelse av tiltaket, vanligvis i form av en veiledning, manual eller håndbok. Denne skal beskrive hovedinnholdet i metoden og gi retningslinjer for bruk av den. Behandlingsmanualer er ulike med hensyn til detaljnivå og grad av struktur. Noen beskriver hva som skal gjøres time for time, andre gir mer generelle retningslinjer for bruk av metoden.

I dette prosjektet ble det utarbeidet en skriftlig veiledning for bruk av PF i førstelinjen⁶. Målsetningen med veiledningen var å hjelpe fagpersoner å forstå og anvende PF mest mulig i pakt med grunnprinsippene i KAT.

PF er en fleksibel metode som kan brukes i forhold til mange problemområder. Dette ansees å være en styrke, med tanke på at barn, ungdom og familier kommer til helsearbeider i førstelinjen med en rekke ulike problemstillinger knyttet til psykiske helsevansker og -lidelser.

For hjelpere som skal tilegne seg en ny metode, kan det være en fordel å få detaljerte time-for-time-anvisninger. Ut fra at PF kan brukes på ulike måter og i forhold til en

⁶ Veiledningen forelå i PDF-format og ble delt ut til de som deltok på opplæringen. Denne er revidert i etterkant av prosjektet og gis ut på Gyldendal forlag våren 2013.

rekke ulike problemområder og målsetninger, er det imidlertid vanskelig med en detaljstyrt tilnærming. Vi har derfor valgt å lage en veiledning som gir mer generelle beskrivelser av hvordan PF kan brukes. Dette vil forhåpentligvis oppmuntre til mangfoldig og kreativ bruk av materialet, tilpasset det enkelte barn/ungdom og hjelpernes arbeidshverdag.



Ved å lage veiledningen relativt kort, håper vi at den blir lest også av hjelpere som har mange oppgaver og lite tid til rådighet. En kort veiledning som samtidig skal dekke mange problemområder, reduserer selvsagt muligheten til å gå i dybden på enkelte problemstillinger og tema og forutsetter at hjelpere supplerer med kunnskap fra annen litteratur i forhold til spesifikke problemområder.

Innhold i veiledningen

Veiledningen gir praktiske råd i forhold til bruk av PF i ulike situasjoner. Den gir en kort innføring i det teoretiske grunnlaget for PF. Videre beskrives innholdet i PF, hvem metoden kan brukes for, i forhold til hvilke problemstillinger og i forhold til ulike format (for eksempel individ, grupper, klasser). Det gis eksempler på bruk av PF som veiledet selvhjelp. Det legges videre vekt på betydningen av å skape kontakt, allianse og samarbeid med dem man ønsker å hjelpe. Betydning av å utarbeide felles mål for samarbeidet mellom fagperson og barn, ungdom, familie vektlegges. Det samme gjelder nødvendigheten av å ha fleksibilitet, ydmykhet, kreativitet og humor i samtaler med barn og ungdom.

Veiledningen viser til hvordan PF kan brukes ut fra KAT-prinsipper og basert på kunnskap om ulike psykiske plager. Det gis tommelfinger-regler for hva som er hjelpsomt for å redusere overdreven engstelse, tristhet, grubling, bekymring og sinne. Også tema som glede, mening og mestring, og den betydning disse har for psykisk helse og fungering tas opp. Avslutningsvis gjennomgås grunnleggende prinsipper for hva som er hjelpsomt etter traumer, samt råd i forhold til søvn og mareritt, som er vanlige tema i arbeid med barn og ungdom.

Veilederen avsluttes med en gjennomgang av de vurderinger hjelperen må gjøre når det er nødvendig å henvise barn og ungdom til spesialisthelsetjenesten eller andre med spesialkompetanse i forhold til psykiske lidelser og livsvansker hos barn og unge.

EVALUERING AV PF

Problemstillinger

I Ungsinn (www.ungsinn.uit.no), en web-basert kunnskapsdatabase over empirisk støttede tiltak for barn og unges psykiske helse, beskrives PF som «potensielt virksomt» (det vil si på laveste evidensnivå). Ungsinn viser til at det foreligger begrenset veiledning i bruk av PF-materialet og at det er lite informasjon om metodens teoretiske forankring. Før igangsetting av en eventuell effektstudie av PF, fant vi det derfor nødvendig å utvikle både veiledning i bruk av materialet og standardisert opplæring i metoden. En effektstudie med hensikt å måle endring i psykisk helse hos barn og ungdom som bruker PF, vil kreve tid og ressurser ut over det som var tilgjengelig i dette prosjektet. Med bakgrunn i de føringene som ble gitt i oppdragsbrevet fra Helsedirektoratet, ble målsetningen for prosjektet, i tillegg til utvikling av veiledning og standardisert opplæring, å gjennomføre en evaluering med fokus på gjennomførbarhet i å innføre PF blant hjelpere i førstelinjen. Denne evalueringen har fokus på erfaringer fra fagpersoner i førstelinjen i forhold til bruk og nytte av PF.

Hovedproblemstillingen i evalueringen var som følger: *Fagpersoners bruk (hvordan, hvor mye, i forhold til hvem/hvilke problemområder) og opplevde utbytte (nytte, endringer i egen kompetanse) av Psykologisk Førstehjelp*. Det ble belyst ut fra følgende underproblemstillinger:

- 1) *Fagpersoners bruk av PF*. Hvor mye PF ble brukt etter opplæring, hvilke deler av materialet som ble brukt, i forhold til hvem det ble brukt (barn, ungdom, foreldre, klasser etc.) og i forhold til hvilke problemstillinger (angst, sinnemestring, tap, negative livshendelser etc.).
- 2) *Fagpersoners opplevde nytte av PF*. Hvor nyttig vurderte hjelperne at PF var i forhold til arbeid med ulike klientgrupper og problemstillinger.
- 3) *Betydning av omfang av opplæring*. Om det var forskjell i fagpersonens bruk av PF og opplevd nytte av PF i lys av omfang av opplæringen.
- 4) *Endring i bruk av PF og opplevd nytte av PF over tid*. Hvorvidt hjelperne fortsatte å bruke materiale over tid, og om de over tid beholdt eller endret oppfatning av nytten av PF.

- 5) *Endringer i kompetanse.* Hvorvidt det skjedde endringer i hjelpernes opplevelse av egen kompetanse i å samtale med, få kontakt med og skape endring hos barn og ungdom etter opplæring i og bruk av PF.
- 6) *PF som selvhjelpsmateriale.* Hjelpernes bruk av PF som veiledet selvhjelp. Dvs. hvorvidt hjelperne oppmuntret og stimulerte barn og ungdom til å bruke PF som selvhjelpsmateriale gjennom blant annet å låne ut PF-skrin for bruk hjemme.

I tillegg til disse problemstillingene ble det i regi av prosjektet utformet et separat delprosjekt «Psykologisk Førstehjelp i Barnehuset. En forløpsstudie av barn og unge som får PF som del av sin behandling ved Statens Barnehus, Oslo», hvor fokus var bruk av PF i arbeid med en høyrisikogruppe av potensielt traumatiserte barn og unge. Dette er et single-case (N=12) ABA-design hvor problemstillingene er knyttet til rapportering (barn og foreldre) av psykiske helsevansker (posttraumatiske vansker, angst, depresjon) og livskvalitet før, under og etter et lavterskel-, lavintensitetstiltak som inkluderer bruk av PF. Utvalget er rekruttert fra barn og unge som har kontaktet Barnehuset i Oslo, og som ut fra at de viser tegn på traumatisering blir tilbudt et samtaletilbud med terapeut (varighet fra 2 til 6 timer). Innsamling av data fra denne delstudien pågår fremdeles og resultatene planlegges publisert på et senere tidspunkt.

EVALUERINGSMETODER

For å evaluere PF benyttet vi følgende metoder: a) egen-konstruerte spørreskjema for vurdering av fagpersoners bruk og nytte av PF b) fokusgruppeintervju og c) gruppeintervju med superbrukerne.

Standardiserte spørreskjema og symptomsmål for studien i Barnehuset er angitt i en separat protokoll som ble utarbeidet for denne delstudien.

Spørreskjema

Det ble utarbeidet 5 spørreskjema for bruk i evalueringen (se vedlegg C). Disse ble sendt ut via deltakernes e-post adresser. Spørreskjemaene ble besvart elektronisk og

returnert til RKBV Vest. Det ble gjennomført en pilotering av spørsmål i spørreskjemaene i forhold til en gruppe fagpersoner som deltok på kurs i PF våren 2011.

Følgende spørreskjema inngikk i evalueringen:

Skjema 1 ble fylt ut ved påmelding og omfatter spørsmål om bakgrunnsvariabler for deltakerne, samt motivasjon og opplevelse av egen kompetanse før opplæring i PF.

Skjema 2 ble sendt ut umiddelbart etter dagskurset og er innholdsmessig hovedsakelig en evaluering av kursdagen.

Skjema 3 ble fylt ut tre måneder etter dagskurset. Skjemaet inkluderer spørsmål om fagpersonens bruk av PF. Det vil si hvordan, hvor ofte, i forhold til hvem, ved hvilke problemer og ut fra hvilke mål har de brukt PF? Videre ble deltakerne spurt om hvor nyttig de anså at PF hadde vært i forhold til ulike problemområder, og i hvor stor grad de oppmuntret til og lånte ut PF-skrin for at barn og ungdom kunne bruke dem hjemme. Hjelperne ble bedt om å vurdere egen kompetanse i forhold til samtaler/endringsarbeid med barn og ungdom.

Skjema 4 og 5 ble sendt ut seks måneder etter tildelt PF-materiell og første kursdag. Skjemaene var identiske bortsett fra at deltakerne som hadde fått opplæringsalternativ 2 også besvarte spørsmål om utbytte av kursdag 2 og veiledningsøktene. Spørsmålene i disse skjemaene var i stor grad de samme som i skjema 3, men nå med fokus på bruk og opplevd nytte av PF seks måneder etter dagskurset i PF.

Data fra spørreskjemaene ble analysert i statistikkprogrammet SPSS versjon 19, i form av frekvensanalyser og t-tester. Vi ønsker å gjøre videre analyser av datamaterialet i etterkant av prosjektperioden for publisering i aktuelle fagtidsskrift.

Fokusgruppeintervju

For å få fyldigere og mer nyanserte beskrivelser av bruk og nytte av PF i førstelinjen, inviterte vi en liten gruppe deltakere til fokusgruppeintervju for å reflektere rundt sine erfaringer og valg i forhold til bruk av PF. Det ble gjennomført to fokusgrupper, en med

hjelper som hadde deltatt i en-dags opplæring (alternativ 1) og en med hjelper som hadde deltatt i utvidet opplæring (alternativ 2).

Invitasjon til fokusgruppene ble av praktiske årsaker sendt til deltakere i RKBV Vest sin region. Intervjuene ble gjennomført av dr. med. Marit Hafting, som er barnepsykiater med kompetanse i bruk av kvalitative metoder generelt og fokusgrupper spesielt.

I gruppen som fikk en-dags opplæring, møtte 5 kvinner, alle helsesøstre. I gruppen som fikk utvidet opplæring møtte 2 kvinner, en barnevernspedagog og en familieterapeut.

Det ble gjort lydopptak av intervjuene, som ble transkribert og senere sammenfattet⁷. Formålet med intervjuene var eksplorerende. Intervjuguide for fokusgruppene var følgende:

- 1) Se for deg at du skal ha eller allerede sitter i en samtale med barn/ungdom, med eller uten foreldre – hva vil være avgjørende for om du bestemmer deg for å bruke PF?
- 2) Se for deg at du skal ha eller allerede sitter i en samtale med barn/ungdom, med eller uten foreldre – hva vil være avgjørende for om du bestemmer deg for ikke å bruke PF?
- 3) Med bakgrunn i de erfaringene dere har gjort med PF – gi eksempler på at PF har vært til nytte for barn/unge og deres familier?
- 4) Med bakgrunn i de erfaringene dere har gjort med PF – gi eksempler på at PF ikke har vært til nytte for barn/unge og deres familier?
- 5) Hva skal til for at du i framtiden vil bruke PF i ditt arbeid med barn, unge og deres familier?
- 6) Hvilke forbedringer kunne dere ønske i PF materialet (skrinene, veiledningen, lys-arkene i forhold til barn/ungdom) opplæringen i PF? (kurs, omfang, veiledning, innhold, størrelse kurs)
- 7) Hva skal til for å skape endring i psykiske helse hos barn, unge og deres familier? Hvordan kan PF bidra til slik endring?

⁷ Det er planer om å gjøre en mer formell kvalitativ analyse av intervjuene for publisering i fagtidsskrift på et senere tidspunkt.

Grppesamtale med superbrukerne

Etter at opplæringsdelen av prosjektet var gjennomført samlet vi superbrukerne til en gruppesamtale⁸. Hensikten var å få deres erfaringer i forhold til prosjektets valg av målgruppe, organisering av opplæringen, bruk av den skriftlige veiledningen, praktiske forhold rundt gjennomføring av opplæringen og synspunkter på fordeler og ulemper i forhold til videre spredning av PF. Det ble laget en sammenfatning av superbrukernes synspunkter slik disse framkom i gruppesamtalen.

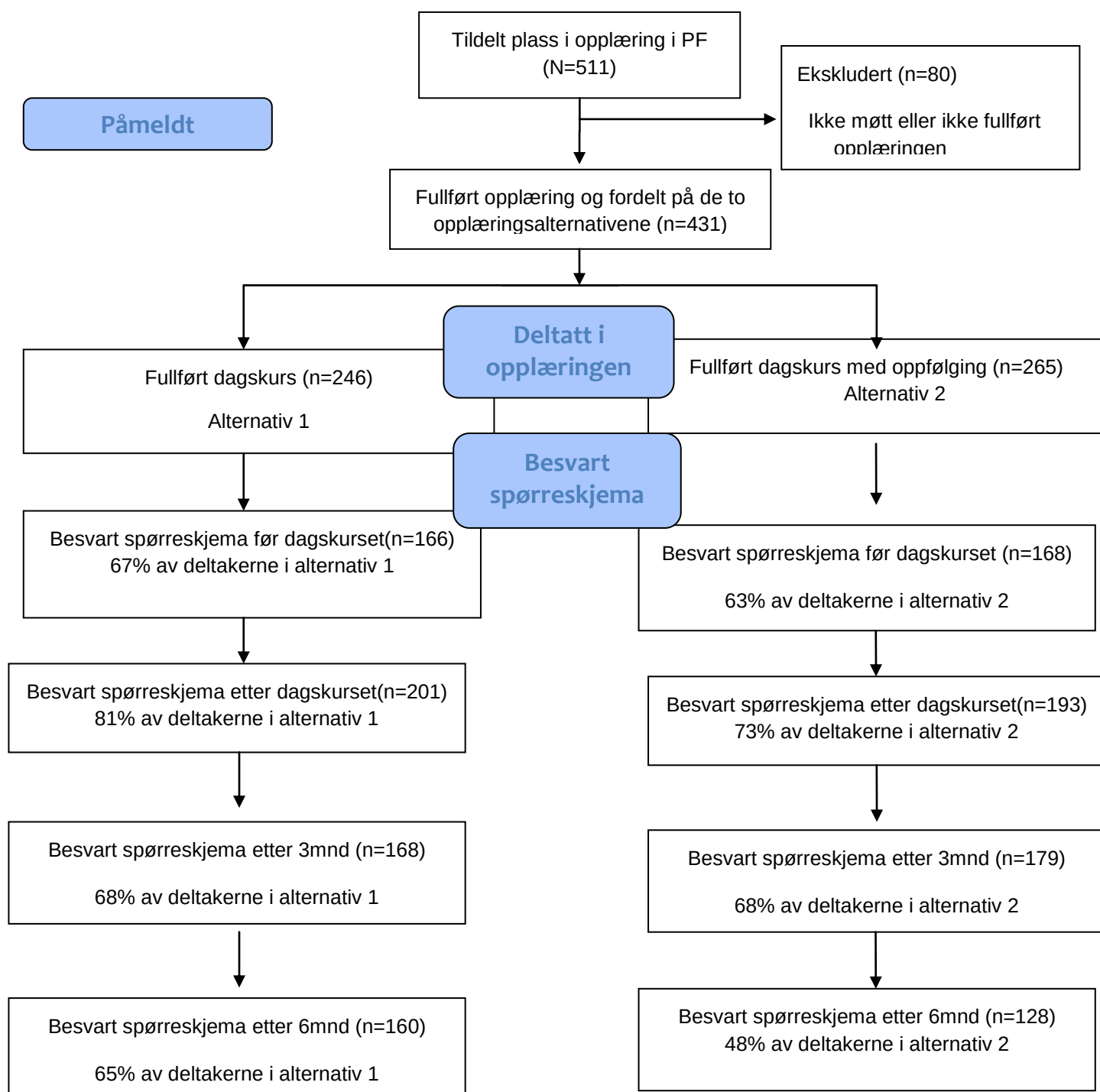
⁸ I samtalen deltok også pedagog Solrun Samnøy, som har systematisk erfaring med utprøving og utvikling av PF for bruk i skolen

RESULTATER FRA SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSEN

DELTAKERE

Figur 3 viser antall deltakere som ble påmeldt i prosjektet, antall som fullførte opplæringen, fordeling av deltakerne på de to opplæringsalternativene og hvor mange som besvarte spørreskjemaene på de ulike tidspunktene i evalueringen.

Figur 3: Antall deltakere i opplæringen og i spørreskjemaundersøkelsen



Av de 511 som ble påmeldt opplæringen, besvarte 334 spørreskjemaet om bakgrunnsinformasjon. Opplysningene ble innhentet før opplæringen startet.

Tabell 1: Bakgrunnsinformasjon fra deltakerne (n= 334)

	%
<i>Kvinner:</i>	95
<i>Alder:</i> Under 35 år	17
36-45 år	34
46-55 år	33
Over 55 år	16
<i>Fagbakgrunn:</i>	
Helsesøstre	50
Barnevernspedagoger	12
Spesialpedagoger	8
Sosionomer	5,5
Sykepleiere	3
Psykologer	2
Førskolelærere	1
Annet	19
<i>Arbeidsted*:</i>	
Skolehelsetjenesten	45
Helsestasjon	31
Barnevernet	22
Helsestasjon for ungdom	12
Psykisk helsetjeneste	9
PPT	6
Familievern	1
BUP	1

	%
<i>Erfaring fra arbeid med barn og unges psykiske helse:</i>	
5 år eller under	28
6-14 år	43
15 år eller over	29
<i>Direkte arbeid med barn og ungdom per uke:</i>	
Arbeider ikke direkte med barn/ungdom	6
1-3 timer	25
4-9 timer	28
10 timer eller mer	40

*** Noen deltakere anga flere arbeidsteder*

Alder og kjønn

Majoriteten av deltakerne var i aldersgruppene 36 til 55 år. Hoved andelen av deltakere var kvinner, med kun 18 besvarelser fra menn.

Fagbakgrunn og arbeidssted

Halvparten av deltakerne som fylte ut informasjon om egen bakgrunn var helsesøstre. Neste gruppe var «annet». Denne ble delvis fylt ut som tilleggskategori for personer med ulike videreutdanninger (for eksempel familieterapeuter, psykiatriske sykepleiere, jordmødre) og delvis krysset av for faggrupper som ikke var nevnt i skjemaet (som for eksempel miljøterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere). Neste hovedgruppe av deltakere var barnevernspedagoger. Det var ingen leger blant de som bevarte skjema 1.

De fleste besvarelsene kom fra ansatte på helsestasjon (31%), i skolehelsetjenesten (45%) og barnevernet (22%). Kun 1% av besvarelsene kom fra ansatte i spesialisthelsetjenesten (BUP), hvilket bekrefter at vi nådde målgruppen for prosjektet, nemlig hjelpere i førstelinjen.

Erfaring, kompetanse og motivasjon

Ca 2/3 av deltakerne (72%) hadde jobbet i 6 år eller lengre innen psykisk helsearbeid med barn og ungdom. En stor andel (68%) jobbet minst 4 timer per uke i direkte arbeid med barn og ungdom.

Deltakerne varierte i forhold til hvilken kompetanse de hadde i kognitiv atferdsterapi; 35% hadde ingen kompetanse, 54% hadde noe kompetanse og 11% anga å ha ganske mye kompetanse i kognitiv atferdsterapi. De fleste (ca 94%) hadde ingen eller begrenset kjennskap til PF før de deltok i opplæringen.

Deltakerne var i hovedsak motivert for å lære seg PF. Over halvparten (60%) var i utgangspunktet positivt innstilt til PF og ønsket å lære mer, 35% hadde store forventninger både til opplæringen og til å bruke PF, mens ca 5% anga at de ikke var spesielt motivert og forventet heller ikke å få så mye ut av kurset.

Ut fra dette kan vi konkludere at den gjennomsnittlige deltakeren i prosjektet synes å være en moden, erfaren, motivert, kvinnelig helsesøster, med begrenset kunnskap om kognitiv atferdsterapi og PF, og som hadde sin arbeidsplass på en helsestasjon og/eller i skolehelsetjenesten.

BRUK AV PF

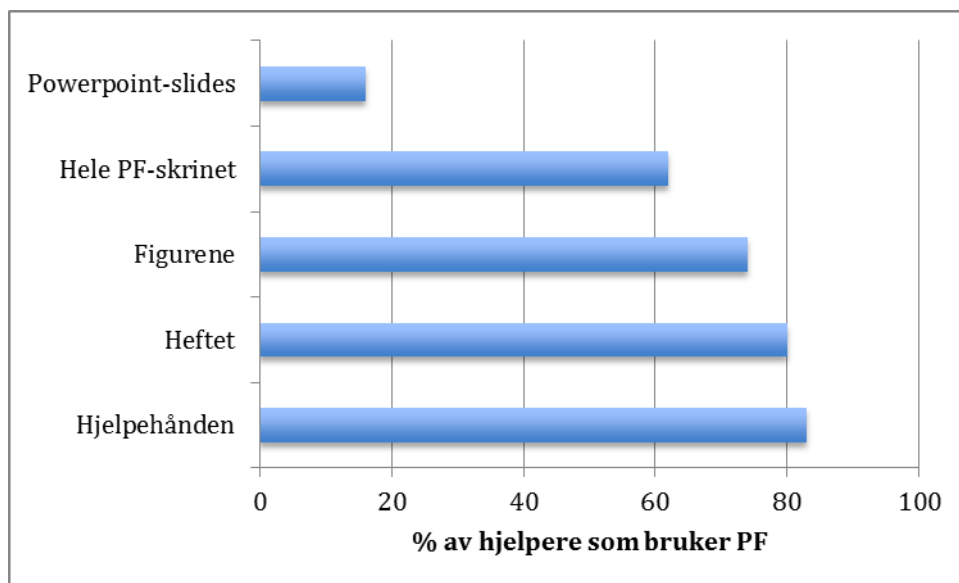
Deltakerne ble bedt om å angi hvilke deler av PF-materialet de benyttet, hvor ofte de benyttet PF-materialet, i forhold til hvilke klientgrupper, for hvilke formål og ved hvilke problemstillinger. Spørsmålene ble besvart 3 mnd etter første kursdag.

Hvilke deler av PF ble brukt?

En stor andel av de som deltok i opplæring og som besvarte spørreskjemaene benyttet PF eller deler av PF ved 3 mnd evaluering (se figur 4).

Hjelpehånden var den delen av PF som ble mest benyttet (83% hadde benyttet hjelpehånden en eller flere ganger). De elektroniske bildene deltakerne fikk tilsendt som støttemateriell for samtaler ble i liten grad brukt (kun 16% hadde brukt disse).

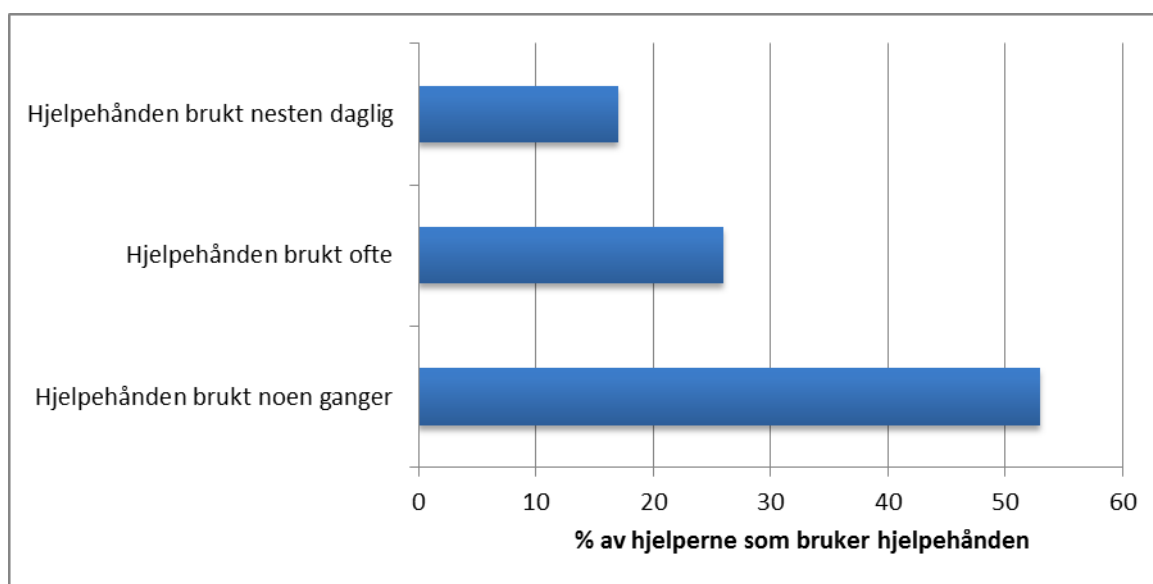
Figur 4: Prosentvis andel hjelpere som brukte ulike deler av PF (n= 347) ved 3 måneders oppfølging



Hvor ofte ble PF brukt?

Av de helperne som tok i bruk PF, var det variasjon med hensyn til hvor ofte de benyttet materialet. Hjelpehånden var den delen av PF-materialet som flest helpere oppga å benytte. Hjelpehånden er også en sentral del av PF-materialet ved at den sammenfatter viktige prinsipper i kognitiv atferdsterapi.

Figur 5: Hvor ofte hjelperne (n= 347) hadde brukt hjelpehånden ved 3 mnd oppfølging



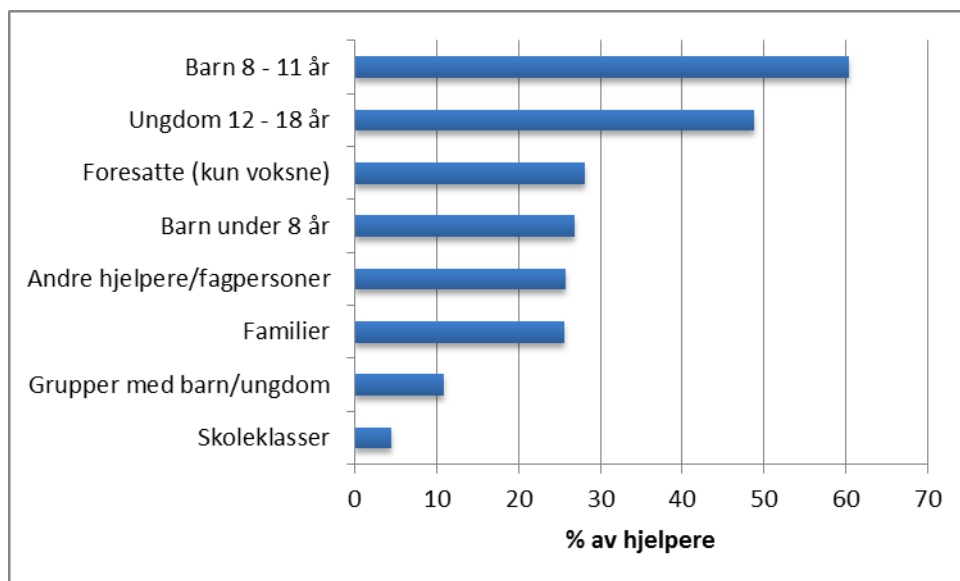
Over halvparten av hjelperne oppga ved 3 mnd evaluering at de hadde brukt Hjelpehånden noen ganger (1- 5 ganger), mens 26% brukte den ofte (mellom 6-15 ganger) og 17% brukte Hjelpehånden nesten daglig.

I forhold til hvem ble PF brukt?

Vi ønsket å vite hvordan fagpersonene brukte PF-materialet - blant annet ved å angi hvem de brukte materialet med.

Resultatene viste at PF ble brukt i forhold til alle målgruppene - i forhold til voksne, ungdom, barn, familier, andre fagpersoner, skoleklasser og grupper. PF ble hyppigst benyttet i arbeid med barn og ungdom i aldersgruppene 8-18 år.

Figur 6: Prosentvis andel av hjelpere (n=312) som benyttet PF i forhold til ulike målgrupper, vurdert ved 3 mnd oppfølging



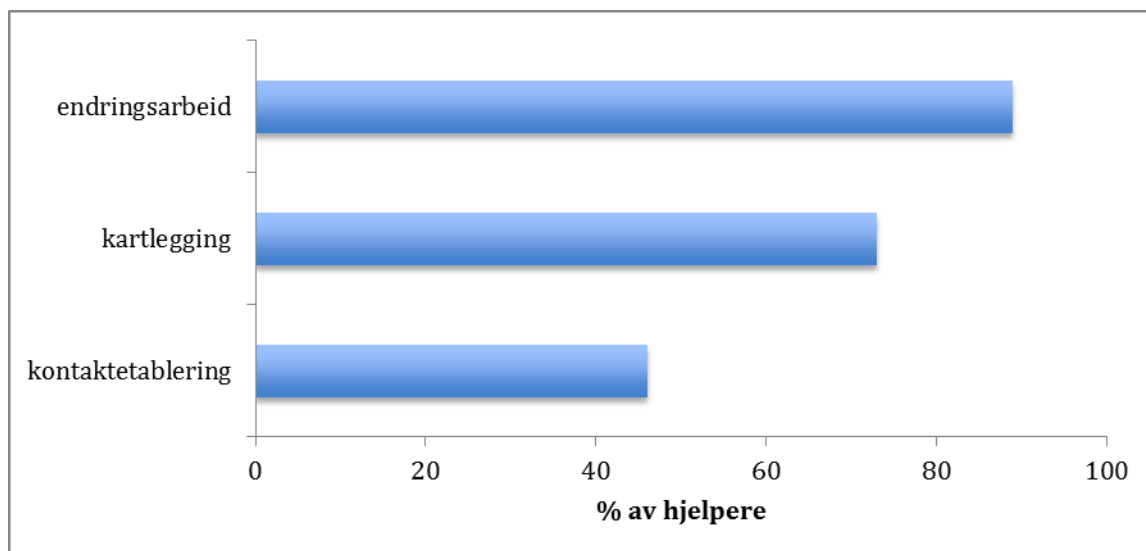
PF ble i mindre grad benyttet med førskolebarn, hvilket er forståelig ut fra at metoden ikke er utformet spesifikt med tanke på de minste barna. PF ble også i mindre grad benyttet i samtaler med foresatte, familier og andre hjelpere – og i liten grad tatt i bruk i gruppe- eller klassesammenhenger (henholdsvis 10,8% og 4,5%). Dette reflekterer sannsynligvis både på hvilke måter hjelpere i førstelinjen arbeider og hva som ble vektlagt i opplæringen i PF.

Målsetning med å bruke PF

For å få et bilde av hvordan hjelperne benyttet PF-materialet, ba vi dem vurdere hvilke målsetninger de hadde for samtaler hvor PF-ble tatt i bruk.

Resultatene viste at PF ble brukt både til kontaktetablering, kartlegging og endringsarbeid. Størst andel deltakere anga at de benyttet materialet i forhold til endringsarbeid (se figur 7).

Figur 7: Målsetning med samtaler hvor PF ble benyttet, angitt ved 3 mnd oppfølging (n=312)



I forhold til hvilke problemområder ble PF brukt?

Hjelpere i førstelinjen møter barn, ungdom og foresatte som strever med en rekke ulike problemer. Vi var interessert i å undersøke hvilke problemområder hjelperne oppga at de hadde benyttet PF materialet i forhold til.

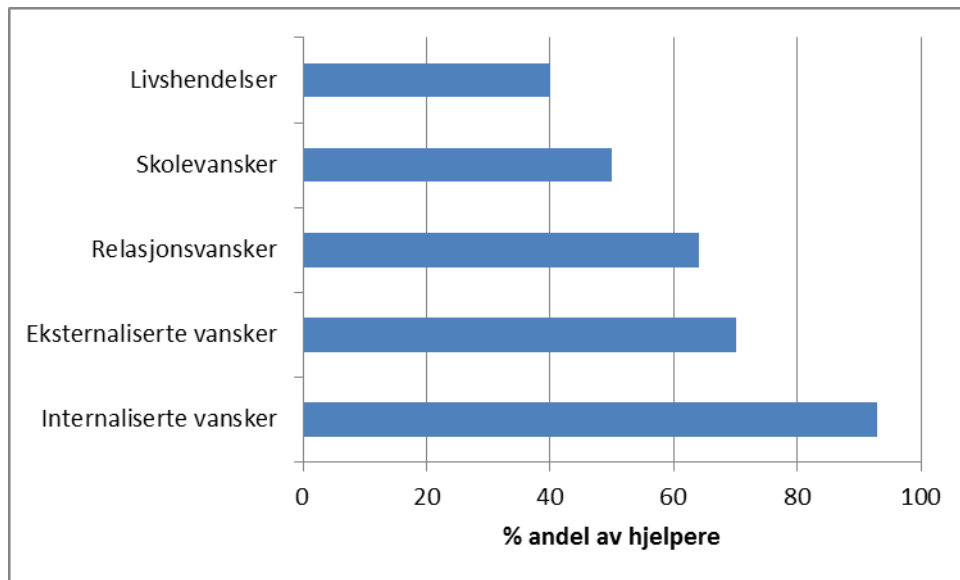
Vi ba dem derfor angi på en skala fra 1 til 3 («ikke brukt», «noen ganger», «mange ganger») om de hadde brukt PF i forhold til 17 ulike problemområder. De 17 problemområdene ble i etterkant, basert på kliniske og teoretisk vurderinger, kategorisert i fem grupper: internaliserte vansker, eksterne vansker, skolevansker, relasjonsvansker og negative livshendelser⁹.

Som det framgår av figur 8, ble PF tatt i bruk i forhold til alle fem problemområdene. Flest deltakere anga å ha brukt PF i forhold til internaliserte vansker (93%). En stor andel hadde brukt materialet i forhold til eksterne vansker (ca 60%), mens

⁹ Internaliserte vansker: bekymring/grubling, redsel, tristhet, selvbilde, mer glede
Eksterne vansker: sinne, uro
Skolevansker: mobbing, skolefravær/vegring, skoleproblemer, relasjonsvansker lærer
Relasjonsvansker: relasjonsvansker venner, relasjonsvansker foresatte
Negative livshendelser: død, sykdom, skilsmisse, flytting

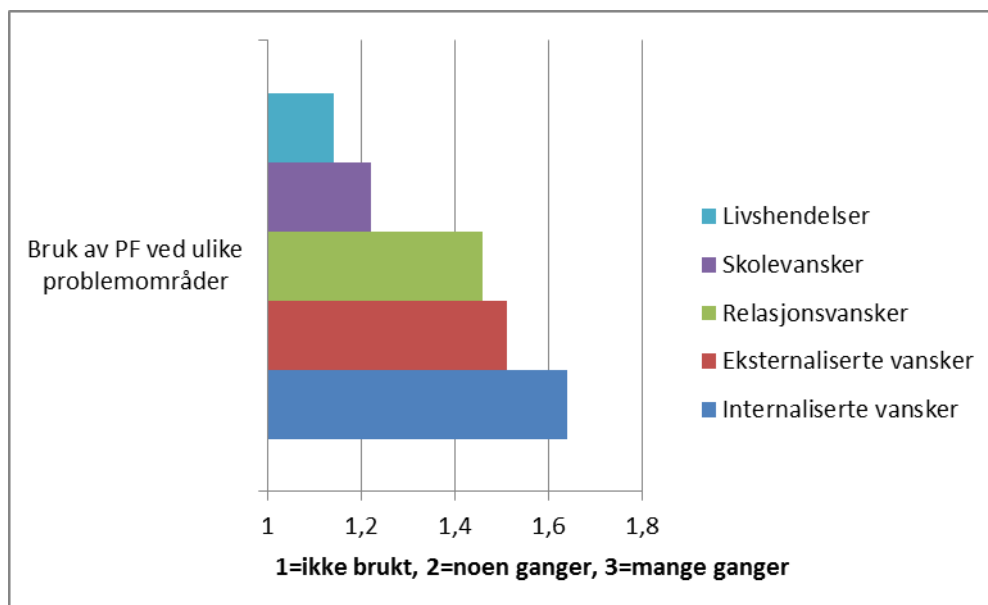
under halvparten av hjelperne hadde benyttet PF i forhold til arbeid med negative livshendelser (ca 40%).

Figur 8: Prosentvis andel hjelpere som benyttet PF i forhold til ulike problemområder, ved 3 mnd oppfølging (n=312).



Deltakerne ga også svar på *hvor hyppig* de brukte PF i forhold til de ulike problemområder. Resultatene viser at de brukte materialet hyppigst i forhold til internaliserte vansker, dernest i forhold til eksternaliserte vansker – og sjeldnere i forhold til livshendelser (se figur 9).

Figur 9: Hvor ofte hjelperne (n=312) anga å ha brukt PF i forhold til ulike problemområder, ved 3 mnd oppfølging.

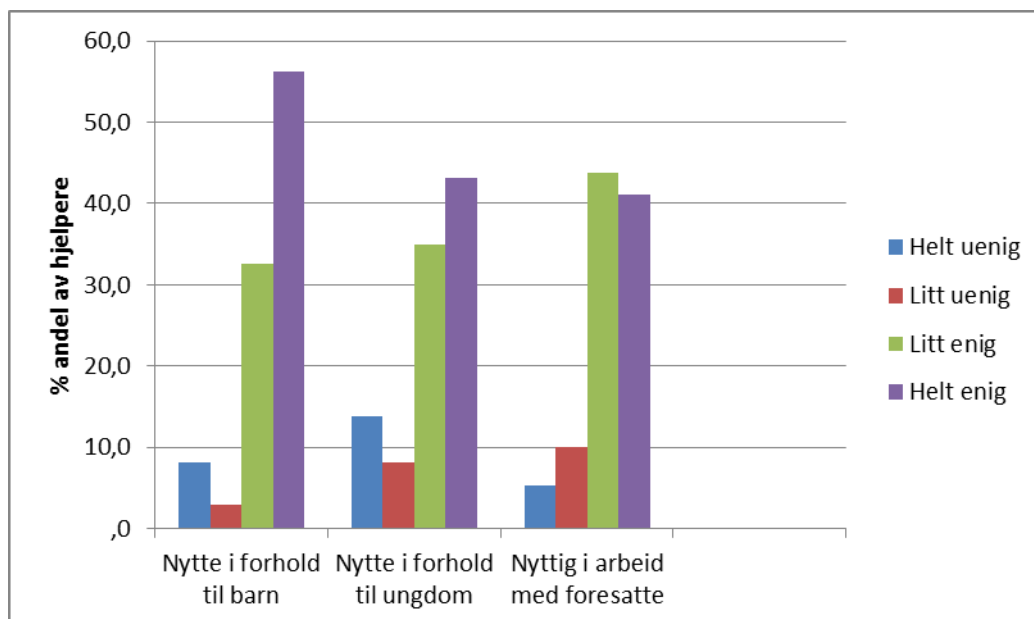


OPPLEVD NYTTE AV PF

Vi ønsket å vite hvordan deltakerne vurderte nytten av PF-materialet. Dette ble målt ut fra spørsmål om hjelperne hadde opplevd at barn/ungdom hadde hatt nytte av å bruke PF, om de vurderte PF som et nyttig verktøy i arbeid med foresatte, samt vurderinger av nytte på en skala fra 1-10 i forhold til bruk av PF på ulike problemområder.

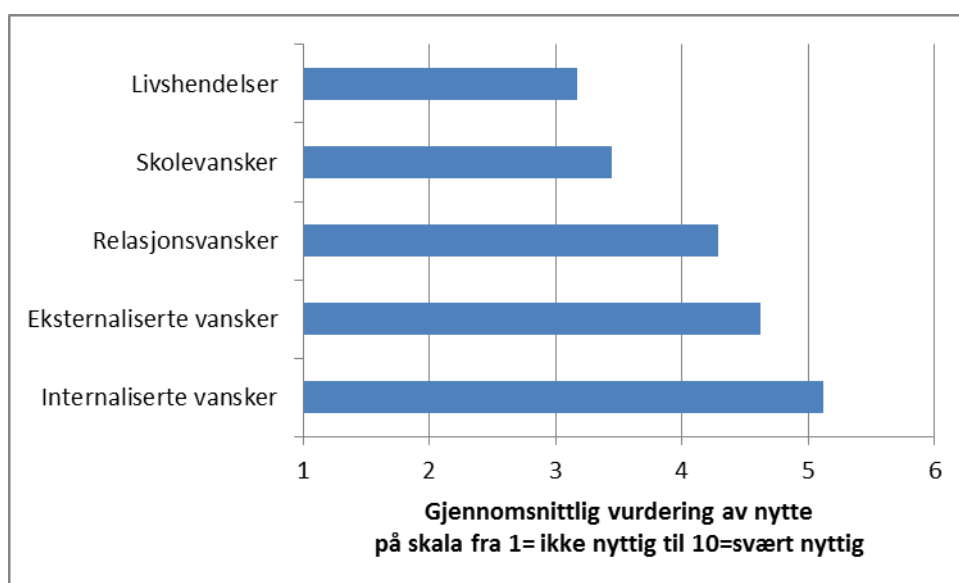
Resultatene viser at en stor andel av hjelperne hadde opplevd at barn hadde nytte av å bruke PF (ca 89%). Det samme gjaldt i forhold til ungdom, hvor 78% sa seg litt eller helt enig i at PF var til nytte. Majoriteten av hjelperne (ca 85%) vurderte PF som et nyttig verktøy i arbeid med foresatte.

Figur 10: Hjelpernes (n= 341) vurdering av om barn og ungdom hadde nytte av å bruke PF, samt om PF er et nyttig verktøy i arbeid med foresatte, vurdert ved 3 mnd oppfølging



PF ble vurdert som nyttig i forhold til alle problemområdene vi anga. Høyeste gjennomsnittlig skåre for grad av nytte ble funnet i forhold til internaliserte vansker ($M=5.12$, $SD=2.05$), fulgt av eksternaliserende vansker ($M=4.63$, $SD=2.40$) og relasjonsvansker ($M=4.29$, $SD=2,48$) (se figur 11).

Figur 11: Hjelpernes vurdering av nytte av PF ved 3 mnd oppfølging (n varierer mellom 200 og 289 avhengig av problemområde)



OMFANG AV OPPLÆRING VERSUS BRUK OG VURDERT NYTTE AV PF

Deltakerne fikk ulik omfang av opplæring (alternativ 1: «dags kurs» og alternativ 2: «dagskurs med oppfølging»). Vi ønsket å se om det var forskjeller mellom deltakere i de to opplæringsalternativene i forhold til bruk og opplevd nytte av PF.

Ved oppfølging 3 måneder etter første kursdag fant vi *ingen forskjeller* mellom deltakerne i de to opplæringsalternativene i forhold til hvor stor prosentandel som tok i bruk PF materialet. Det var heller ikke forskjell i forhold til hyppighet i bruk av PF ved ulike problemområder. Det var videre ingen forskjell mellom gruppene i forhold til opplevd kompetanse i å snakke med, skape kontakt og hjelpe barn/ungdom til å skape endring ved 3 måneders oppfølging.

Det var imidlertid forskjeller i deltakernes skåring av hvor nyttig PF kunne være. De med kortest opplæring rapporterte at PF var mer nyttig i forhold til de ulike problemområdene (se tabell 2). Det var imidlertid ingen forskjell mellom opplæringsalternativene om de hadde opplevd at PF var nyttig å bruke for barn, for ungdom eller i arbeid med foresatte.

Tabell 2: Sammenligning av to opplæringsalternativer i forhold til deltakernes vurdering av nytte av PF ved 3 mnd oppfølging.

	Vurdert nytte v/ dags kurs: M (SD)	Vurdert nytte v/ dags kurs m/ oppfølging: M (SD)	t
Internaliserte Vansker	5.59 (1.83) n=127	4.75 (2.14) n=162	3.54**
Eksternaliserte vansker	5.34 (2.25) n=104	4.13 (2.39) 150	4.04**
Relasjonsvansker	5.08 (2.07) 95	3.73 (2.59) 136	4.44**
Skolevansker	4.40 (2.31) 77	2.91(2.38) 141	4.23**
Livshendelser	3.86 (2.52) 72	2.78 (2.50) 128	2.93*

*p<.004

**p<.001

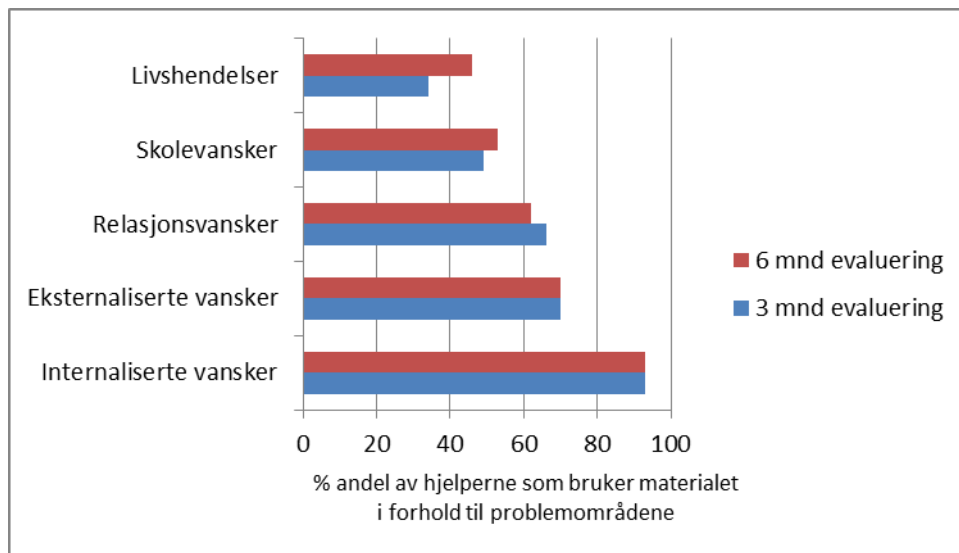
Deltakerne ble plassert i ett av to opplæringsalternativ ut fra praktiske og geografiske hensyn og ikke tilfeldig ved randomisering. Det innebærer en risiko for systematiske forskjeller mellom deltakerne i de to gruppene ut over at de fikk ulikt omfang av opplæring. Vi sammenlignet derfor bakgrunn, arbeidserfaring og kompetanse hos deltakerne i de to alternativene og fant signifikante forskjeller ($p<.028$) mellom gruppene (t-tester for uavhengige utvalg). Deltakerne i opplæringsalternativ 1 var eldre, hadde lengre erfaring fra direkte arbeid med barn og ungdom og jobbet gjennomsnittlig flere timer i uken i direkte samtaler med barn og ungdom. Blant deltakerne i den korteste opplæringen var det også flere helsesøstre og flere som jobbet på helsestasjon sammenlignet med deltakerne i alternativ 2.

ENDRINGER I BRUK OG OPPLEVD NYTTE AV PF OVER TID

For å vurdere eventuelle endringer i deltakernes bruk og opplevd nytte av PF, tok vi utgangspunkt i deltakerne som hadde besvart spørreskjemaene *både* ved 3 måneder og 6 måneders oppfølging (n=229).

Prosentandel av helperne som oppga å ha brukt PF i arbeid med ulike problemområder, varierte lite fra 3 måneder til 6 måneders oppfølging. Det framkom imidlertid en økning i bruk av PF i forhold til livshendelser hvor 34% av deltakerne oppga å ha brukt PF de første 3 måneder og 46% de påfølgende 3 måneder (se figur 12).

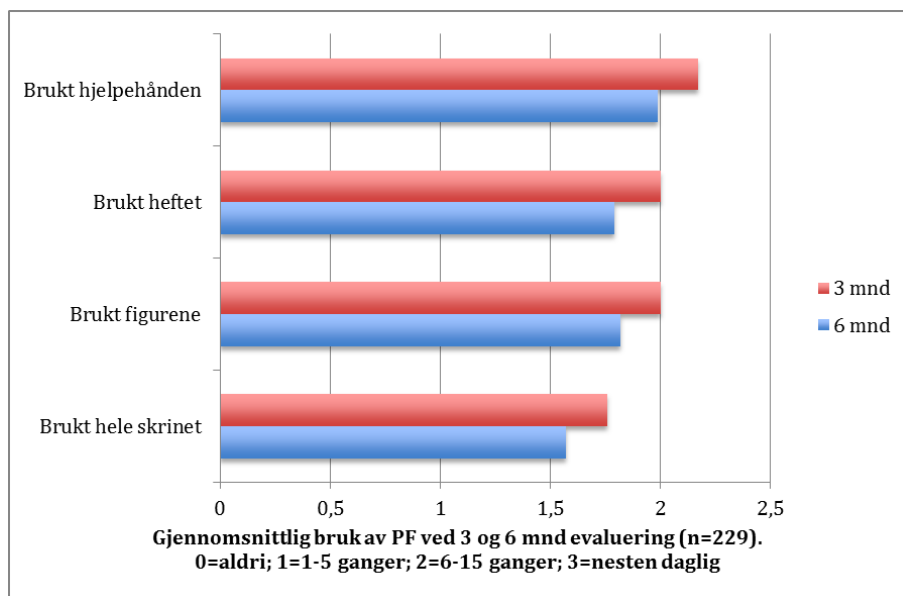
Figur 12: Sammenligning av andelen helpere som brukte PF ved ulike problemområder ved 3 mnd (n=212) og 6 mnd (n=186) oppfølging



Hjelperne oppga at de fortsatt brukte PF relativt hyppig etter 6 måneder. Det var imidlertid en signifikant nedgang i hvor hyppig de brukte materialet fra 3 måneder til 6 måneder oppfølging (se figur 13). Dette gjaldt uansett hvilket opplæringsalternativ de hadde deltatt i.

Hjelperne brukte heftet sjeldnere ved 6 måneder enn ved 3 måneder ($t(228)=4.82$, $p<.001$). Det samme var tilfelle med figurene ($t(228)=3.96$, $p<.001$), Hjelpehånden ($t(228)=4.03$, $p<.001$) og hele skrinet ($t(228)=4.132$, $p<.001$).

Figur 13: Sammenligning av hvor ofte hjelperne bruker de ulike delene av PF-materialet ved 3 og 6 mnd oppfølging (n=229).



Trass i sjeldnere bruk over tid, vurderte hjelperne nytten av PF som *høyere* ved 6 måneder enn ved 3 måneders oppfølging. Endringene i vurdering av nytte av PF over tid var signifikante, og gjaldt for alle problemområdene (se tabell 3). Hjelpernes vurdering av at nytten av PF økte fra 3 måneder til 6 måneder gjaldt uavhengig av hvilket opplæringsalternativ de hadde fått.

Tabell 3: Endringer i vurdert nytte av PF fra 3 mnd til 6 mnd evaluering

	Opplevd nytte v/ 3mnd M (SD)	Opplevd nytte v/ 6mnd M(SD)	t
Internaliserte Vansker	5.49 (2.00) n=157	6,92(1,75) n=157	- 8,16**
Eksternaliserte vansker	5,03 (2,35) n=122	6,69 (2,12) n=122	-6,78**
Relasjonsvansker	4,83 (2,41) n=99	5,89 (2,35) n=99	-6,29**
Skolevansker	4,15(2,55) n=91	5,89(2,35) n=91	-5,18**
Livshendelser	3,64 (2,71) n=75	5,77(2,46) n=75	-6,56**

**p<.001

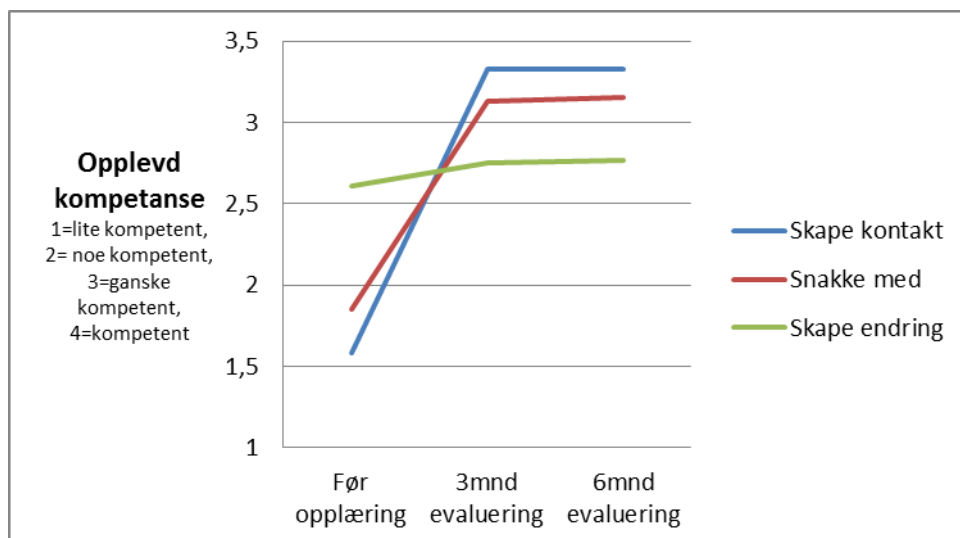
OPPLEVD KOMPETANSE FØR OG ETTER OPPLÆRING I PF

Deltakerne ble bedt om å vurdere egen kompetanse i forhold til: a) å få kontakt med barn og ungdom, b) å snakke med barn og ungdom om deres problemer og c) å hjelpe barn og ungdom. Den sistnevnte variabelen (c) besto av 6 underspørsmål: 1) å sette ord på tanker og følelser, 2) å endre tanker og følelser, 3) å forstå sin egen situasjon, 4) å finne gode handlingsalternativer i hverdagen, 5) å mestre sitt sosiale liv bedre og 6) å lage seg gode målsetninger. Svarene ble skåret på en 4 delt skala fra lite kompetent (1) til kompetent (4). Hjelpenes vurdering av egen kompetanse ble gitt før opplæring i PF, samt ved 3 måneder og 6 måneders oppfølging.

Vi fant endringer i hjelpenes opplevde kompetanse på alle tre områdene: å skape kontakt, å snakke med og å yte hjelp (se figur 14). Endringene skjedde fra vurdering gjort før opplæring i PF og vurdering gjort ved 3 måneders oppfølging. Endringene vedvarte ved 6 måneder soppfølging. Størst endring ble funnet i forhold til å skape

kontakt og å snakke med barn og unge om deres problemer. Hjelperne vurderte i utgangspunktet egen kompetanse som lavere på disse områdene sammenlignet med å hjelpe barn og ungdom til å skape endring.

Figur 14: Endring i vurdering av egen kompetanse hos hjelpere før og etter opplæring i PF



Endringene i hjelpernes vurdering av egen kompetanse over tid var signifikante ($p < .03$) (tabell 4).

Tabell 4: Endringer i skårer på opplevd kompetanse før PF kurs, ved 3 mnd og ved 6 mnd.

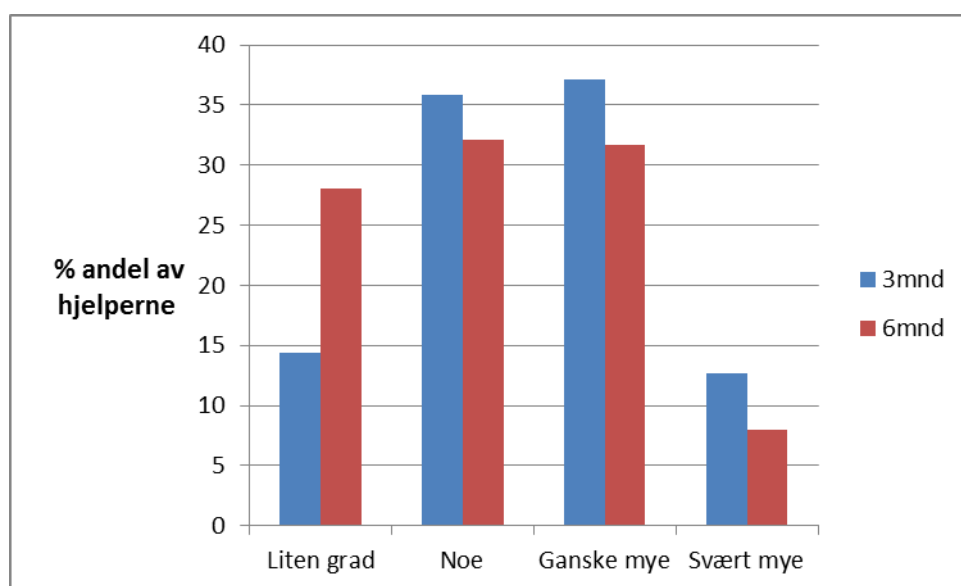
	Gj.snitt opplevd kompetanse før PF kurs M (SD)	Gj.snitt opplevd kompetanse etter 3 mnd M (SD)	Gj.snitt opplevd kompetanse etter 6 mnd M (SD)	t (før PFkurs vs 3 mnd)	t (før PF kurs vs 6 mnd)
Skape kontakt	1.58 (.62) n=248	3.33(.61) n=248	3.33(.60) n=199	26.26**	23.89**
Snakke med	1.85(.69) n=247	3.13(.61) n=247	3.15(.63) n=198	17.81**	16.84**
Hjelpe/ skape endring	2.61(.48) n=247	2.75(.46) n=247	2.77(.46) n=197	4.47**	3.49**

** $p < .001$

PF SOM VEILEDET SELVHJELP

For at PF skal brukes som veiledet selvhjelp, bør det også benyttes hjemme mellom timene med hjelper. Vi var ut fra dette interessert i å vite om hjelperne: 1) oppmuntret til bruk av PF prinsippene hjemme og 2) hvor ofte de lånte ut PF eller deler av materialet til bruk hjemme.

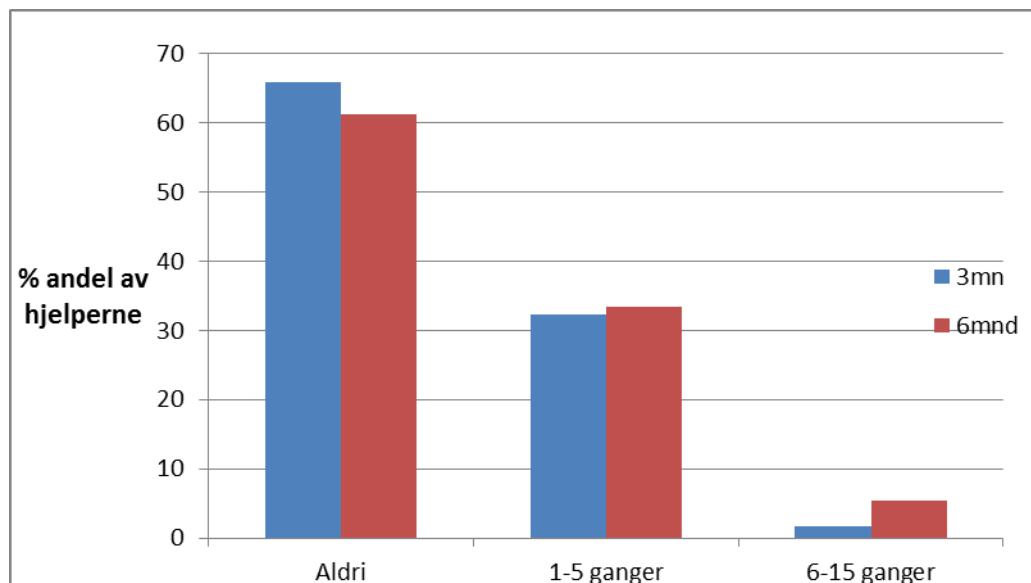
Figur 15: I hvor stor grad hjelere anga å ha oppmuntret barn og unge til å bruke prinsippene fra PF hjemme ved 3 mnd (n=229) og ved 6mnd (n= 224)



Ca 50 % av hjelperne oppga ved 3 måneders evaluering at de oppmuntret barn og unge (ganske mye eller svært mye) til å bruke PF prinsippene hjemme. Ved 6 måneder var denne andelen sunket til ca 38%.

En måte å fremme bruk av PF som veiledet selvhjelp, er at barn og ungdom får låne med seg materialet hjem. Resultatene viste at andelen som oppga å ha lånt bort PF for hjemmebruk var lav både for de tre første månedene etter første kursdag og for de påfølgende 3 månedene. De fleste av fagpersonene (ca 60%) hadde ved 6 måneders evaluering ikke lånt ut skrin. Omtrent en tredjedel av dem hadde lånt ut PF noen få ganger (33,5%), mens svært få (5,4%) hadde lånt ut skrin mange ganger (se figur 16).

Figur 16: Andel av hjelperne som oppga å ha lånt ut PF for hjemmebruk ved 3 mnd (n=229) og 6 mnd (224) oppfølging



Hjelpere som hadde fått skrin til utlån (opplæringsalternativ 2) lånte like sjelden ut skrin for hjemmebruk som de som ikke hadde fått skrin til utlån. Dette ble funnet ved både 3 måneder og 6 måneders oppfølging.

HOLDNINGER TIL PF

Vi ønsket å få et bilde av deltakernes holdninger til PF som metode. Vi ba dem derfor ta stilling til en rekke positive og negative utsagn om PF ved avkryssing på en 4 punkts skala fra helt uenig til helt enig.

En overveiende andel av hjelperne sa seg enig i de positive utsagnene om PF og uenig i de negative påstandene.

Tabell 5: Prosentvis andel av deltakere som var enig/uenig i utsagn om PF, vurdert ved 3 mnd oppfølging (n= 342)

Positive utsagn om PF	Enig	Uenig
PF bygger på god psykologisk teori	99,4 %	0,6 %
Ideen med rødtanker/grønttanker kan være til god hjelp	98,2%	1,8%
Jeg har fått gode tilbakemeldinger på PF fra kollegaer	86,3%	13,8%
Jeg har opplevd at barn liker å arbeide med PF	86,0%	14,1%
Jeg har opplevd at ungdom liker å arbeide med PF	76,8%	23,2%
Jeg ville anbefale PF til kollegaer	98,0%	2,0%
Hjelpehånden skaper struktur i samtaler med barn og ungdom	97,1%	2,9%
Negative utsagn om PF	Enig	Uenig
Eksempelene i heftene er dårlig valgt	8,2%	91,8%
Hånden til å fylle ut er ikke til særlig hjelp	8,2%	91,8%
PF forenkler virkeligheten for mye	33,0%	67,0%
Jeg har ikke lært noe gjennom opplæring i og bruk av PF som jeg ikke kunne fra før	18,4%	81,6%
Jeg tror ikke jeg kommer til å bruke PF framover	17,0%	83,0%
Jeg vurderer at PF i enkelte tilfeller kan volde skade	8,5%	91,5%
Jeg har ikke noe tro på denne metoden	3,8%	96,2%

På 12 av de 14 utsagnene sa majoriteten av deltakerne seg helt enig i de positive og helt uenig i de negative utsagnene om PF. Den negative påstanden flest deltakere sa seg enig i, var at «PF forenkler virkeligheten for mye» (33%), mens den positive påstanden som flest sa seg enig i var at «PF bygger på god psykologisk teori» (99%).

EVALUERING AV FØRSTE KURSDAG

Første kursdag ble evaluert umiddelbart etter deltakelse. Tabell 6 oppsummerer tilbakemeldingene (4-delt skala; 1= ikke så bra/utilfreds, 2=ganske bra/noe tilfreds, 3=bra/tilfreds og 4=svært bra/svært tilfreds). Kursdagen ble vurdert svært positivt, med gjennomsnittlige skårer mellom bra og svært bra.

Tabell 6: Deltakernes vurdering av første kursdag

	N	Minimum	Maximum	Gjennomsnitt	Standard avvik
1) I hvor stor grad opplevde du at kurset var relevant for deg i ditt daglige arbeid?	394	1	4	3.14	.76
2) Hvordan synes du kvaliteten på undervisningen var?	394	1	4	3.22	.72
3) Hvordan synes du kvaliteten på lysarkene var?	394	1	4	3.22	.62
4) Hvor tilfreds er du med kursdagen sett under ett?	392	1	4	3.33	.65

På spørsmål om hva deltakerne var mest fornøyd med, framkom at de opplevde undervisningen som grundig, at det ble benyttet praktiske eksempler, at innholdet ble opplevd som relevant, at de fikk tildelt egne PF-skrin, at foreleser var engasjert og inspirerende, at det ble benyttet rollespill, og at de fikk øve på bruk av PF-materialet i forhold til seg selv.

«At foreleser tok hensyn til vårt ståsted og utgangspunkt og la opp undervisningen deretter», «.. det var praksisrelatert og relevant», «den praktiske delen var svært viktig. Det å selv ha fylt ut hjelpemåte, gjorde at tema og innholdet i kurset ble raskt integrert».

Også PF-materialet og bruken av ble det kommentert positivt:

«At det er så praktisk og lett anvendelig i hverdagen», «Å få en konkret metode til å snakke med barn og unge om tanker og følelser», «Det var et nyttig verktøy å få med seg, og det er langt mellom hver gang man opplever å få såpass nyttige verktøy etter kurs, så jeg var svært fornøyd og gleder meg til å ta i bruk dette».

På spørsmål om forbedringer, ble det foreslått at kursdagen kunne vært delt opp i to dager og at det ble gitt plass til flere eksempler, mer øvelse og mer utdyping av teorien bak PF. Andre foreslo å korte ned kursdagen til 3-4 timer, gjerne ved at det i mindre grad inviteres til tilbakemeldinger fra deltakerne etter øvelser, mer effektiv framlegging av stoffet og bedre organisering av praktiske oppgaver, som registrering av deltakere. Det ble også foreslått forbedringer i praktiske forhold i kurslokale (lyd, luftkvalitet) og i forhold til å få tilsendt materiale før kurset.

«Bør kanskje gå over to dager, mer tid til øvelser». «Noe mere "dybdykk" i hva kognitiv terapi er». «Differensiering i forhold til ulike roller, psykolog, helsesøster, familierådgiver etc for å "treffe" hver gruppe bedre». «Undervisningen kunne vært strammet atskillig inn; det hadde holdt med kortere tid». «Jeg føler at for å få dette under huden, så burde kurset gå over noen flere ganger».

OPPSUMMERING FRA INTERVJU

FOKUSGRUPPEINTERVJUENE

Positive erfaringer med PF

Hjelperne i fokusgruppeintervjuene formidlet positive historier fra bruk av PF i sitt arbeid. Hjelperne brukte PF mest og best på de områdene der de fra før hadde en del kompetanse og trygghet. De brukte Hjelpehånden til å strukturere samtaler. De erfarte at Hjelpehånden, begrepene røde og grønne tanker, og tidvis også figurene Rød og Grønn bidro til at barn, unge og foreldre så sin situasjon litt annerledes og forholdt seg mer konstruktivt til vansker.

Oppfølging etter opplæring

De av hjelperne som jobbet direkte med barn formidlet at de har fått et verktøy de brukte og opplevde som nyttig i sin arbeidshverdag. For å få inspirasjon, motivasjon og økt bevissthet om PF i etterkant av opplæringen, ble det etterlyst jevnlig påminnelser om at PF finnes, og eksempler på hvordan de kan bruke materialet. De mente en slik oppfølging ikke kan være for omfattende, for det har de ikke tid til. Vedlikehold bør skje i samarbeid med leder på arbeidsplassen og noen som kan inspirere til bruk av PF og bidra med veiledning i metoden. Det ble etterlyst økt brukervennlighet i form av en nettside der kurs, oppfølging, muligheter for veiledning, PF-skrin og tilhørende materiell er gjort rede for, og der man lett finner ut hvordan en får tak i materiell og til hvilken pris.

Veiledet selvhjelp – en ny og fremmed ide for mange

"Og jeg har anbefalt noen av de foreldrene dette her (PF), og vist de det. Sånn at de kan bruke det med sine barn." "Nå er jo vi i den hjelperrollen, så da tenker vi at VI skal bidra, sant."

Hjelperne som deltok i fokusgruppene hadde kun delvis forholdt seg til PF som et materiale som kan brukes av barn, ungdom og foreldre på egenhånd. Rollen som aktiv veileder hvor en bruker PF som selvhjelpsmateriale mellom timene, er ny og ukjent for mange av dem. Kun et fåtall ga uttrykk for at de benyttet mulighetene som ligger i PF som selvhjelpsmateriale.

PF i skolen

"Jeg syns det var så veldig flott med denne ungdomsskolelæreren som hadde det (PF) som et samtaleverktøy i klassen. For at de skulle bli vant til å prate på denne måten, sant. Og det syns jo jeg var glimrende."

Flere av hjelperne trodde PF kunne være godt egnet som materiale i fellesundervisning i skolen. De mente det kan være lurt å snakke med barn og unge om tanker, følelser og

hva man selv kan gjøre før problemene blir store - at det var viktig å komme tidlig til, før problemer har vokst seg store.

GRUPPESAMTALE MED SUPERBRUKERNE

Superbrukerne ga uttrykk for at prosjektet henvendte seg til en viktig målgruppe – nemlig hjelpere som jobber direkte med barn og ungdom. PF materialet var etter deres erfaring lett «å selge» til hjelpere i førstelinjen. Det ble positivt mottatt, opplevd som relevant i deltakernes hverdag og morsomt og lett å bruke. De mente at innstillingen deltakerne hadde hatt til PF og til opplæringen varierte, avhengig av hva den som koordinerte prosjektet i den enkelte kommune hadde gjort. Stort sett var deltakerne positive og ivrige. Superbrukerne hadde også inntrykk av at opplæringen bidro til bedre samarbeid mellom deltakere fra ulike instanser.

Kursmaterialet ble oppfattet som godt, med fine lysbilder og gode eksempler. Det ble brukt mye rollespill i opplæringen og de opplevde at det hadde vært viktig å være fleksibel i forhold til deltakernes behov.

Opplæringen hadde etter superbrukernes inntrykk passe antall samlinger («en-dags kurs med oppfølging»). Noen syntes at samlingene var for komprimerte i tid og burde svært spredd over en lengre periode, ikke minst fordi hjelperne hadde en travel hverdag. Flere av deltakerne i opplæringsalternativ 2 hadde ikke brukt PF materialet mellom første og andre kursdag, og for noen kunne det ha vært nok med en dag innføring i metoden og så oppfølging med veiledning.

Betydningen av å skape forpliktelse i forhold til egen læring hos deltakerne, kunne vært mer understreket og bedre kommunisert før opplæringen startet.

Det var stor variasjon i kompetanse innad i målgruppen, fra de uten særlig terapeutisk bakgrunn til de med mye terapeutisk erfaring. Det bidro til at det var vanskelig å finne riktig nivå på undervisningen. De som hadde annen terapeutopplæring og -erfaring fra tidligere, tok prinsippene lettere. Superbrukerne mente at det var vanskeligere å lære PF for hjelpere som manglet kunnskap om grunnprinsippene i KAT. Mange nølte med å ta i

bruk PF fordi de var usikre faglig. At deltakerne ikke hadde kunnskap om KAT kunne også i følge superbrukerne representere en risiko, ved at de kunne bruke PF-materialet overflatisk og ty til litt lettvinte løsninger.

Et annet faremoment som ble påpekt, var at hjelpere kunne legge for mye ansvar på barnet for egen situasjon og psykiske helse. Tenkningen i PF kan, om den blir misforstått eller misbrukt, øke toleransen for at barn lever i vanskelige livssituasjoner og bidra til et individfokus som hindrer at en stiller sentrale spørsmål ved andre faktorer rundt barnet.

Det ble understreket at PF ikke må presenteres som noe mer enn det er, dvs. en framstilling av grunnprinsippene i KAT. Opplæringen som gis er begrenset, og er ingen fullverdig terapeut utdanning. I opplæringen er det viktig å stimulere til at foreldre og hjelpere prøver ut materialet i forhold til seg selv. Det kan bidra til at bruken av PF blir mer nyansert.

Superbrukernes mente den skriftlige veilederen med fordel kunne vært brukt mer av deltakerne. De etterlyste en tydeligere instruks i forhold til hvordan veilederen kan brukes, med anbefalinger om hva som bør leses og hvilke deler som kan brukes som oppslag. Videre mente de det var behov for en veileder som er mer direkte tilpasset for lærere.

DISKUSJON

Foreliggende prosjekt har bestått av fagutvikling, implementering og evaluering av PF i førstelinjen. I denne delen vil vi drøfte resultatene fra evalueringsdelen i prosjektet. I evalueringen har vi undersøkt *gjennomførbarheten* («feasibility studie») av å innføre en spesifikk samtalemetode, brukt som lavintensitets-tiltak, for hjelpere i førstelinjen. Fokus har vært hvorvidt hjelperne oppgir å ha tatt PF-materialet i bruk, hvordan de har brukt materialet, i forhold til hvilke målgrupper de har benyttet det, og med hvilke målsetninger. Hjelpernes bruk av PF ble vurdert både på kort (3 måneder) og på noe lengre sikt (6 måneder). Videre har vi sett på hvor nyttig hjelperne opplevde metoden, og hvorvidt det skjedde endringer i deres opplevelse av egen kompetanse etter opplæring i metoden.

Hovedfunnene fra spørreskjemaundersøkelsen var:

- 1) PF så ut til å være lett å spre, materialet ble tatt i bruk av en stor andel av deltakerne, ble likt av hjelperne, og ble opplevd som nyttig. Selv om hyppigheten i bruk av materialet avtok over tid, anga en stor andel av hjelperne at de fortsatte å bruke materialet 6 måneder etter dagkurset. Hjelpernes opplevelse av nytten av materialet økte over tid. Dette gjaldt i forhold til alle problemområdene vi etterspurte.
- 2) Hjelpere i førstelinjen rapporterte økt opplevd kompetanse i arbeid med å skape kontakt med, samtale med og gjøre endringsarbeid i forhold til barn og ungdom, vurdert før og etter opplæring i PF.
- 3) PF ble ikke fullt utnyttet som selvhjelpsmateriale.
- 4) Det var ikke forskjell mellom deltakere som fikk kort versus lengre opplæring, i forhold til hvor mange av dem som tok i bruk PF, hvor ofte de benyttet materialet eller opplevelse av egen kompetanse i arbeid med barn og ungdom 3 måneder etter endags-kurset.

HVORDAN OG I HVOR STOR GRAD TOK HJELPERNE I BRUK PF

Tre måneder etter endagskurset rapporterte majoriteten av hjelperne (over 80%) at de brukte hele eller deler av PF materialet. Litt under halvparten av hjelperne brukte Hjelpehånden ofte eller nesten daglig. De fleste brukte PF i forhold til barn og ungdom i alderen 8-18 år, men materialet ble også benyttet, om enn i mindre grad, i forhold til andre målgrupper (foreldre, familier, fagpersoner). PF ble hyppigst benyttet i *endringsarbeid* og da spesielt i forhold til *internaliserte vansker* - selv om en stor andel også anga å benytte materiale for *kartlegging og kontaktetablering* og i forhold til *eksternaliserte vansker, relasjonsvansker og skolevansker*.

PF ser ut til å være et verktøy som en stor andel av hjelpere i førstelinjen tar i bruk, selv etter kort opplæring. Dette antar vi skyldes at PF oppfyller en del av kriteriene som generelt sett har vist seg å fremme implementering, dvs. at metoden er enkel, praktisk, oppleves som tiltalende, antas å være troverdig og ser ut til å være relevant i forhold til de oppgavene hjelperne står overfor (jmf. Rogers 2003, i Sørli, Ogden, Solholm & Olseth, 2010). I tillegg er det en fordel for all type implementering at deltakerne selv har interesse for å lære seg metoden («readiness»). En stor andel av hjelperne i vårt prosjekt (95%) ga før oppstart uttrykk for positive holdninger til PF og motivasjon for å lære seg metoden. Tilsvarende positive holdninger framkom i fokusgruppeintervjuene.

PF ser ut til å være fleksibelt i den forstand at hjelperne tar metoden i bruk i forhold til ulike problemområder og overfor ulike målgrupper. Materialet ble imidlertid i liten grad benyttet i forhold til arbeid med grupper og skoleklasser. Dette kan delvis reflektere at det ble gitt lite eksempler på bruk av PF med grupper og klasser i opplæringen, samt at hjelperne i førstelinjen primært arbeider individuelt med barn og ungdom. Det er ut fra dette et utviklingspotensiale i forhold til bruk av PF, gjennom å vinkle opplæringen mer i retning av arbeid med grupper og skoleklasser.

PF ble mest benyttet i arbeid med følelsestilstander hos barn og unge (tristhet, angst, sinne) målt både ut fra hvor mange hjelpere som benyttet PF, og hvor ofte de benyttet materialet i forhold til ulike problemområder. PF ble minst benyttet i arbeid med negative livshendelser (f.eks. død, flytting, skilsmisse). Det er mulig at det å jobbe med negative livshendelser oppleves som mer komplisert, og at hjelperne i førstelinjen har

behov for ytterligere veiledning og støtte før de tar i bruk PF i samtaler om slike tema. Alternativt kan det bety at barn og unge sjeldnere søker kontakt med hjelpere i førstelinjen med problemstillinger knyttet til negative livshendelser, og/eller at hjelpere heller fokuserer på barnets følelsestilstand enn på negative hendelser i barn og unges liv.

HJELPERNES OPPLEVDE NYTTE AV PF

En stor andel hjelpere vurderte PF som nyttig i arbeid med barn, ungdom og foresatte. Gjennomsnittlig ble PF vurdert som mest nyttig i forhold til arbeid med internaliserte vansker, dernest eksternaliserte vansker og relasjonsvansker.

Hva hjelperne mente med "nyttig" vet vi mindre om, da begrepet manglet nærmere definisjon i våre spørreskjema. Fra fokusgruppeintervjuene erfarte vi at hjelperne brukte følgende begreper for å utdype på hvilke måter PF var nyttig: fungere, hjelpe, synliggjøre, egnet, "det har helt tydelig gått inn", "de har tatt det til seg". Utsagnene tyder på at hjelperne brukte en forståelse av begrepet "nytte" som var relatert til om klienten var mottakelig for materialet og/eller at det bidro til å hjelpe klienten. Hjelperne kan ha lagt ulike meninger i begrepet «nytte». Vi tolker resultatene på spørsmål om nytte som positive, men kunne i ettertid ønsket at vi hadde benyttet andre og mer presise begreper og formuleringer.

OMFANG AV OPPLÆRING

Vi fant ingen forskjeller i bruk av PF når vi sammenlignet deltakerne som fikk endagsopplæring og deltakerne som fikk utvidet opplæring. Det var imidlertid forskjell i hjelpernes vurdering av nytten av PF, men denne forskjellen gikk i motsatt retning av hva vi forventet. Overraskende nok vurderte deltakere som hadde fått endags-opplæring PF som mer nyttig enn deltakere som fikk utvidet opplæring.

Ingen forskjell mellom opplæringsalternativene i bruk av PF

En mulig forklaring på manglende forskjell i bruk av PF mellom opplæringsalternativene, er at det ikke var stor nok forskjell på de to opplæringsalternativene (endags-kurs versus tre dagers opplæring). I ettertid ser vi at den utvidede opplæringen burde ha inneholdt veiledning på egen praksis i små grupper eller individuelt, framfor konsultasjon i grupper på ca 20 deltakere. Som nevnt tidligere består «gullstandarden» for opplæring i evidensbasert praksis av en workshop, en manual og klinisk veiledning, hvor det forskningsmessig er belegg for at opplæringen bør være ferdighetsbasert og omfatte veiledning og feedback (Beidas & Kendall, 2010). Aktiv læring som inneholder undervisning, veiledning på egen praksis og bruk av rollespill, ser generelt sett ut til å føre til større endringer i klinikers praksis og bedre resultater hos brukerne, sammenlignet med mer passiv læring i form av ren undervisning (Beidas & Kendall, 2010). I vårt utvalg rapporterte deltakerne samme grad av *opplevd* kompetanse uansett opplæring. Ettersom vi verken målte endret praksis hos hjelperne eller hvilken effekt tiltaket hadde for brukerne, vet vi ikke om det var forskjeller i *reell* kompetanse hos hjelperne som fikk endagsopplæring versus utvidet opplæring.

Implementering og spredning av psykologiske tiltak er et felt hvor vi trenger forskning. Også internasjonalt diskuteres det hvordan opplæring og veiledning kan forbedre for å bli mest mulig effektiv (Fairburn, 2012). Det kan tenkes at ulike hjelpere trenger ulik omfang av opplæring, og at teknologiske hjelpemidler vil kunne imøtekomme dette gjennom å brukes som supplement til ordinær undervisning og veiledning. Flere av deltakerne foreslo *demonstrasjonsvideo for bruk av PF* på spørsmål om hvordan opplæringen kunne forbedres.

En forklaring på at vi ikke fant forskjell mellom gruppene, kan være at en-dags kurset var tilstrekkelig for å lære PF for hjelpere i førstelinjen. De fleste av hjelperne var erfarne og hadde relevant helsefaglig utdanning. På åpne spørsmål om hva de likte best med opplæringen, fikk vi svar som kan tyde på at for mange av deltakerne var en-dags kurset tilstrekkelig:

"Undervisningen var lagt opp slikt at vi kan overføre det direkte til eget arbeid, vi fikk snakke om flere case, øve oss selv i tillegg til faglig input. PF føles som et nyttig verktøy i hverdagen som kan brukes i mange settinger."

"Å få en grundig innføring i redskapet. Det var veldig bra."

"Jeg er mest fornøyd med at det var veldig "matnyttig". Jeg dro hjem igjen med et konkret verktøy som jeg kan bruke i jobben min."

"Det var et nyttig verktøy å få med seg, og det er langt mellom hver gang man opplever å få såpass nyttige verktøy etter kurs, så jeg var svært fornøyd og gleder meg til å ta i bruk dette."

Sist, men ikke minst kan manglende forskjell mellom deltakerne i de to opplæringsalternativene rett og slett skyldes manglende randomisering til de to alternativene og tilstedeværelsen av *andre* systematiske forskjeller mellom gruppene, hvilket vi også fant (bl.a. alder, erfaring med direkte arbeid med barn og ungdom, yrkesbakgrunn).

Forskjell mellom opplæringsalternativene i vurdert nytte av PF

Det er mulig at hjelperne som fikk utvidet opplæring i større grad begynte å se utfordringene ved å bruke materialet, samtidig som de ikke fikk tilstrekkelig veiledning i bruk av PF. Også dette kan være et argument for å inkludere veiledning i den videre opplæringen i PF.

Opplæringen av de som hadde endagskurs ble gitt av Solfrid Raknes, mens de fleste som fikk utvidet opplæring fikk opplæringen av de andre superbrukere. Som idèutvikler og gründer er Raknes en entusiastisk foredragsholder med stor tro på metoden. Hun er fortrolig med materialet og hvordan det kan anvendes, og har mye erfaring med undervisning i PF. Samlet kan dette ha påvirket deltakerne i endags-opplæringen i favør av at de vurderte PF som mer nyttig.

Også i forhold til vurdert nytte kan det være at forskjellene vi fant mellom gruppene (for eksempel at deltakerne i den korte opplæringen var eldre, jobbet mer direkte med barn og ungdom, i større grad jobbet på helsestasjon etc) forklarte forskjellene, og ikke hvilken opplæring deltakerne fikk. Vi har ut fra dette ikke grunnlag for å trekke sikre konklusjoner med hensyn til betydningen av omfang av opplæring i PF.

Opplæring som generelt har vært gitt i PF, har vært endags opplæring i store grupper. Det er et relativt billig tiltak som raskt når ut til mange hjelpere. Ifølge implementerings-

litteraturen er deltagelse på workshops og informasjon om behandlingsmanualer ofte utilstrekkelig for å skape endringer i terapeuters praksis (Oxman, Thomson, Davis & Haynes, 1995; Fixen 2005). Med bakgrunn i dette kunne det også vært interessant å utvikle demonstrasjonsvideoer, nettbasert opplæring og nettbaserte ferdighetsprøver, som supplement til undervisningsdagen (Fairburn & Cooper 2011).

ENDRINGER I HJELPERNES BRUK OG OPPLEVDE NYTTE AV PF OVER TID

Andelen hjelpere som brukte PF i forhold til de ulike problemområdene så ut til å være stabil. *Hvor ofte* hjelperne anga å bruke PF materialet var imidlertid signifikant lavere ved 6 måneder enn ved 3 måneder. Samtidig vurderte hjelperne PF som mer nyttig ved 6 måneder sammenlignet med ved 3 måneder, i forhold til alle problemområdene.

At hyppigheten i bruk av PF gikk ned over tid, var som forventet i forhold til kunnskap fra implementeringsforskning. Det ser ut til å være vanlig å drifte tilbake til tidligere praksis framfor å holde fast ved en ny metode, så fremt man ikke har etablert strukturer på arbeidsplassen som ivaretar vedlikehold. Vedlikeholdsaktiviteter kan være veiledning, rutiner for opplæring av nye medarbeidere og støtte/oppfølging fra ledelse som har forventninger om, og legger til rette for kvalitativ god bruk av metoden (Fixen 2005). Ettersom dette prosjektet var av avgrenset tid og omfang, ble det ikke fra vår side arbeidet med å etablere denne type vedlikeholdsaktivitet på deltakernes arbeidsplasser.

En uttalelse fra fokusgruppen understøtter behovet og ønske om slike aktiviteter:

"Jeg kunne gjerne tenkt meg å være i en liten gruppe der vi får litt sånne tips. Det er ikke så mange i vår bydel som har brukt det veldig mye. Det har blitt litt liggende der. Og det er kanskje litt for at man er på et kurs, så jobber man ikke med det etterpå, så går det lang tid og så glemmer man det litt. For alle var kjempepositiv etter de var på kurs. Og så sklir de verktøyene ut, fordi man ikke får brukt det."

I lys av dette var det lovende at antall hjelpere som fortsatt å bruke PF holdt seg over tid og at materialet ble vurdert som mer nyttig ved 6 måneder sammenlignet med ved 3 måneder. Det kan tyde på at metoden i stedet for å bli lagt vekk, heller ble mer innarbeidet over tid.

For å undersøke om hjelpernes bruk og opplevde nytte av PF endres over tid, tok vi utgangspunkt i deltakere som besvarte spørreskjema både ved 3 og 6 måneders evaluering. Begrensningen ved dette er at det kun omfatter 53% av deltakerne i prosjektet. Det er ikke urimelig å anta at det var de mest fornøyde deltakerne som besvarte spørreskjema på begge tidspunktene, og at dette påvirket resultatene som framkom. En oppfølgingsperiode på 6 måneder er nokså kort. Det hadde vært ønskelig med videre oppfølging over tid.

ENDRINGER I HJELPERNES OPPLEVDE KOMPETANSE

Hjelperne anga på tre tidspunkt (før opplæring og 3 og 6 måneder etter en-dagskurset) oppfatning av egen kompetanse i å samtale, få kontakt med og skape endring hos barn og ungdom. Opplevd kompetanse endret seg signifikant etter opplæringen i PF, og denne endringen holdt seg ved evalueringen etter 6 måneder. At hjelperne endret sin opplevelse av egen kompetanse etter så kort opplæring, var overraskende og positivt. Det konkrete materialet, det solide teoretiske fundamentet bak PF og den ferdighetsbaserte undervisningen antas å ha bidratt til endringer i hjelpernes opplevde kompetanse. Ut fra at vi ikke har inkludert noen kontrollgruppe i prosjektet, kan vi imidlertid ikke konkludere sikkert at endringene i opplevd kompetanse skyldes opplæring i og erfaringer med PF.

Det er viktig å påpeke at de observerte endringene i opplevd kompetanse ikke sier noe om endringer i hjelpernes *faktiske kompetanse* dvs om de ble mer kompetente i sin praksis og oppnådde bedre resultater i arbeid med barn og unge.

HJELPERNES BIDRAG TIL AT PF BRUKES SOM SELVHJELPSMATERIALE

PF kan benyttes som veiledet selvhjelp. Vi var interessert i hvorvidt hjelperne oppmuntret barn og ungdom til å bruke PF materialet hjemme, og om de stimulerte til dette ved å låne ut PF-skrin. Etter 3 måneder anga ca halvparten av hjelperne at de i ganske stor eller svært stor grad oppmuntret barn og unge til å bruke PF prinsippene

hjemme. Ved 6 måneder var denne andelen sunket til ca 38%. Ca 1/3 av hjelperne oppga at de lånte ut PF til hjemmebruk. Samlet sett anser vi dette som skuffende lave tall, som tyder på at deltakerne i liten grad tok i bruk mulighetene til å benytte PF-materialet som veiledet selvhjelp.

For å ta i bruk PF som veiledet selvhjelp og avtale med barn ungdom og/eller foreldrene at PF skal brukes hjemme, må man ha tro på at endring kan skje ved at en jobber videre på egen hånd utenom samtalene. Utsagn i fokusgruppene tydet på at dette var tilfelle for noen av hjelperne:

"Jeg har jo anbefalt dette her (PF). Jeg har drevet med en sånn foreldreveiledning. Og jeg har anbefalt noen av de foreldrene dette her, og vist de det. Sånn at de kan bruke det med sine barn. For det er så konkret. Og de fleste barnene jeg har hatt, de har tatt det. De tar det veldig fort også."

Kun et fåtall av hjelperne lot barn, unge eller familier låne med seg PF materiale hjem, til tross for at de hadde fått tildelt ekstra PF skrin for nettopp denne muligheten. Vi kan bare spekulere på hva som er grunnen til dette. Hjelperne kan ha manglet systemer for utlån, eller kan kanskje ha være redde for at materiellet skulle bli borte. Lav utlånsfrekvens kan imidlertid også skyldes mer grunnleggende holdninger hos hjelperne.

Nordgreen og Havik (2011) fant at norske hjelpere i liten grad tok i bruk selvhjelpsmateriell i forhold til sine pasienter. De viser også til at hjelpernes holdninger var vesentlige for i hvilken grad de benyttet selvhjelpsmateriell. Å utnytte potensialet i PF som veiledet selvhjelp, og ikke bare som en metode for samtale med barn, unge og foreldre i timene, vil sannsynligvis fordre en rolleforståelse der man som hjelper ser seg selv som en *katalysator for endring*, mer enn som en som *skaper* endring. Som katalysator vil hjelperen være en som bidrar til å utløse krefter og løsningsmuligheter som den som skal hjelpes allerede tenkes å besitte, og hvor betydningen av samtalen med hjelperen og hjelperens ansvar og rolle i endringsarbeidet nedtones.

I fokusgruppeintervjuene utforsket vi deltakernes endringsmodeller. Ett av sitatene belyser holdninger som potensielt kan hindre at PF tas i bruk som selvhjelpsmateriell.

Sitatet kommer som svar på spørsmål rundt hva en tror skal til for å hjelpe barn og unge til endring av psykisk helse:

"Det viktigste er egentlig at de får snakket om ting, tror jeg. Jeg føler at ofte har det løsna opp i det. At de bare har fått snakka, har fått satt ord på hva som er problematisk, at det er egentlig det største. Og så det med å sette fokus på hva som er vanskelig, og føle at det er noen som er der og lytter. Og at de har litt tro på at de skal klare det selv også. At de klarer å formidle og får den troen på at det går an å endre det. Og så er vi (helsesøstrene) jo i en veldig sånn unik posisjon egentlig."

Hvis man tror at endring først og fremst skjer gjennom at man møter en tilgjengelig, forståelsesfull, trøstende og aksepterende voksen som man kan få omsorg av, vil det å få med seg PF hjem, ikke være en logisk del av det som skal til for å skape endring. Ideen om at psykisk helse kan endres - også gjennom at mennesker arbeider på egen hånd eller leser seg til endring, virker fremmed for mange av hjelperne som er vant til å påta seg en hjelperrolle der de har mer ansvar, og hvor de ser seg selv som en mer aktiv del av endringsprosessen. De kan ha lite erfaring med og tro på at mennesker de møter kan endre seg ved selv å jobbe aktivt med selvhjelps litteratur.

Mange hjelpere vil trenge egne erfaringer med at hjelp til selvhjelp kan være nyttig, før de begynner å tro på det og jobbe med veiledet selvhjelp. De kan også trenge erfaring med, og ha mer kunnskap om hvordan en arbeider ut fra veiledet selvhjelp. Utvikling av veiledet selvhjelp og lav-intensitets tiltak er et område som vi antar at vi bare har sett begynnelsen på. Å skape endring i forståelsen av egen rolle og arbeidsmåte i retning av denne type jobbing, var sannsynligvis en mer ambisiøs oppgave enn hva som kunne forventes i forhold til deltakerne i foreliggende prosjekt, spesielt sett i lys av den kortvarige opplæringen som ble tilbudt.

BEGRENSINGER I PROSJEKTET OG I EVALUERINGSUNDERSØKELSEN

1) Omtrent 2/3 av deltakerne besvarte spørreskjemaene som ble sendt ut. Det er rimelig å anta at dette representerte de mest velvillige og motiverte deltakerne i prosjektet, noe

som kan ha bidratt til de svært positive responsene vi fikk på spørsmål om bruk og nytte av PF.

2) Det ble ikke planlagt tiltak/aktiviteter eller strukturer i den enkeltes arbeidssituasjon for å sikre videreutvikling og fortsatt bruk av PF-materialet over tid (vedlikeholdsaktivitet), slik det anbefales i implementeringslitteraturen.

3) Vi undersøker ikke hjelpernes kompetanse ved direkte observasjon eller video-opptak i utøvelse av metoden. Selv om opplæringen var tilstrekkelig til at PF ble tatt i bruk og fortsatt var i bruk etter 6 måneder, vet vi ikke hvorvidt metoden ble brukt på en kompetent måte.

4) Prosjektet inneholdt ikke målinger av hvorvidt bruk av PF bidro til endringer hos barna/ungdommene (men unntak av den pågående del-undersøkelsen i Barnehuset i Oslo).

5) Det ble ikke innhentet informasjon om barn og ungdoms opplevelse av å bruke PF (brukerperspektivet).

6) Deltakerne ble ikke tilfeldig fordeling i de to opplæringsalternativene, noe som også ble reflektert i vesentlige forskjeller mellom deltakerne i de to gruppene.

7) Det var vesentlige forskjeller i hvem av superbrukerne som gjennomførte undervisningen i de to opplæringsalternativene.

IMPLIKASJONER FOR VIDERE IMPLEMENTERING OG EVALUERING AV PF

Videre implementering av PF i førstelinjen

Hvis målet er å få hjelpere i førstelinjen til å bruke PF på en kvalitetsmessig god måte over tid, og å ta PF i bruk som veiledet selvhjelp, har vi følgende forslag til videre implementering:

1) Endags opplæring ser ut til å føre til at mange får det de trenger for å komme i gang med å bruke PF og for å oppleve det som et nyttig verktøy. Faren er at bruken av metoden avtar over tid, og at det ikke er knyttet noe kvalitetssikring til arbeidet. Endags

opplæring bør derfor suppleres med veiledning på egne saker. Veiledning vil kunne sikre at PF brukes på en kompetent måte og med høy kvalitet. Spesielt vil **video-basert veiledning** med tilbakemelding på det man faktisk gjør, kunne sikre at det skjer en endring av praksis som er kvalitetsmessig god.

2) PF kan inngå **som del av utdanning i kognitiv atferdsterapi**– spesielt for de hjelperne i førstelinjen som skal drive lav-terskel og lav-intensitet behandling og som jobber direkte med barn, ungdom og foreldre. Ved å integrere PF opplæringene i en mer omfattende utdanning, vil en sikre at hjelperne forstår og bruker de kognitive prinsippene i PF på en hensiktsmessig måte.

3) Kunnskap om implementering og spredning av psykologiske tiltak er et spennende felt, som også omfatter diskusjon om hvordan opplæring og veiledning kan bli mer effektivt for å nå ut til flere. **Teknologiske hjelpemidler** kan være nyttige supplement til ordinær undervisning og veiledning. Demonstrasjonsvideo for bruk av PF ved ulike problemstillinger, kan være et første skritt i å forbedre opplæringen. Lett tilgjengelig informasjon og tips til bruk av PF, gjerne på egen nettside, vil trolig også kunne inspirere hjelpere til å utvikle sin kompetanse og opprettholde bruk av PF over tid.

4) I det videre arbeid med PF vil vi anbefale at **PF brukt som selvhjelpsmateriale** i enda større grad betones i undervisningen, og at de som får opplæring oppfordres til å bruke den skriftlige PF veilederen mer aktivt.

Videre evaluering av PF

Vi ønsker kunnskap om hvorvidt PF har forebyggende effekt på psykiske helsevansker. For å trekke sikre, kausale slutninger om en forebyggingsmetode med antatt lav effektstørrelse på mange psykiske lidelser, må det gjøres en større randomisert kontrollert studie, med langtidsoppfølging. Dette er et ressurs- og tidkrevende design, og det anses som god prosedyre å ha gjennomført en feasibility-studie og en pilot-studie på forhånd slik det er gjort i foreliggende prosjekt. Resultatene fra foreliggende feasibility-studie er gode, og taler for videre forskning på PF. Neste skritt bør, etter vår vurdering, være en effektundersøkelse av PF i førstelinjen.

Evaluering av PF i andre sammenhenger der metoden blir brukt for å forebygge psykiske helsevansker, for eksempel som universalforebyggende tiltak i skolen, ville også vært interessant.

KONKLUSJON

Formålet med foreliggende studie var først og fremst å belyse gjennomførbarhet av å innføre PF i førstelinjen. Vi finner at PF er et materiale som hjelper i førstelinjen tilegner seg og tar i bruk etter relativt kort opplæring. Tilbakemeldingene fra helperne er svært positive, noe som er lovende i forhold til videre arbeid og implementering av metodikken i førstelinjen. I forkant av en eventuell større implementering av PF, er det imidlertid nødvendig å undersøke direkte om bruk av PF materialet medvirker til positive endringer hos målgruppene, dvs en effektstudie med fokus på hvorvidt bruk av PF bidrar til å forebygge eller dempe psykiske helseplager hos barn og ungdom.

REFERANSER

Barneombudet, (2009). Å leve med vold i familien. *Rapport fra Barneombudets ekspertgruppe med barn som har erfaring fra vold i familien*. Oslo: Barneombudet.

Barrett, P. (2006). *Friends: Therapeutmanual for ungdom*. Oslo: RBUP Helseregion Øst og Sør.

Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy, Second Edition: Basics and beyond*. Guilford Press.

Beidas R.S. & Kendall P.C. (2010). Training Therapists in Evidence-Based practice: a Critical Review of Studies From a Systems-Contextual Perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17 (1), 1-30

Bennett-Levy, J., Richards, D. A., Ferrand, P., Christensen, H., Griffiths, K. M., Kavanagh, D. J., Klein, B., Lau, M. A., Proudfoot, J., Ritterband, L., White, J. & Williams, C. (2010). *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford: Oxford University Press.

Berge, T. & Repål, A. (2012). Veiledet selvhjelp ved depresjon. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49, 49 – 58.

Bravender, T., Russell, A., Chung, R.J., Armstrong, S.C. (2010). A "novel" intervention: a pilot study of children's literature and healthy lifestyles. *Pediatrics*, 125(3), 513–517.

Chew-Graham, C. (2009). NICE has modified its stepped-care model for treating depression. *NICE Guidelines in Practice*, 12, 1–7.

Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23, 375–384.

Fixsen, Naoom, Blase, Friedman & Wallace (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Florida: University of South Florida.

<http://www.fpg.unc.edu/nirn/resources/publications/Monography>

Frisina, P. G., Borod, J. C. & Lepore, S. J. (2004). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 629–634.

Helsedirektoratet (2000). *Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering*. Oslo: Hdir. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/lav-terskel-hoy-kvalitet/Publikasjoner/lav-terskel-hoy-kvalitet.pdf>, nedlastet 08.01.13

Helsedirektoratet, 2009. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer--og-spesialisthelsetjenesten/Publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon.pdf>, nedlastet 08.01.13

Heiervang, E., Stormark, K., Lundervold, A.J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M-B., Ullebø, A.K., Plessen, K.J., Bjelland, I., Lie, S.A., & Gillberg, C. (2007). Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year-Olds: An Epidemiological Survey of Prevalence, Risk Factors, and Service Use. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46. DOI: 10.1097/chi.0b013e31803062bf

Kazdin, A.E. (2009). In high-risk adolescents, cognitive-behavioural therapy reduced depression at 6 months more than assessment alone but did not differ from bibliotherapy or supportive-expressive therapy. *Evidence Based Medicine*, 14(2), 51.

Kendall, P.C., Settepani, C.A. & Cummings, C.M. (2012). No Need to Worry: The Promising Future of Child Anxiety Research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(1), 103–115.

Leong J, Cobham VE, de Groot J, McDermott B. (2009). Comparing different modes of delivery: a pilot evaluation of a family-focused, cognitive-behavioral intervention for anxiety-disordered children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(4), 231–9.

Lundby, G. (1998). *Historier og terapi*. Oslo: Tano Aschehaug.

Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var...Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapport 2011:1*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Mathiesen, K. S., Karevold, E., & Knudsen, A. K. (2009). *Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Maalouf, F. T, Brent, D. A. (2012). Child and adolescent depression intervention overview: what works, for whom and how well? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(2), 299-312.

Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 8*. Oslo: Norsk Folkehelseintitutt.

NICE (2009). The guidelines manual.

http://www.nice.org.uk/guidelinesmanual/media/5f2/44/the_guidelines_manual_2009_-_all_chapters.pdf, nedlastet 08.01.13.

NICE (2011). Social and emotional wellbeing for children and young people: strategy, policy and commissioning. <http://pathways.nice.org.uk>, nedlastet 08.01.13.

Nordgreen, T. & Havik, O. (2011). Use of Self-Help Materials for Anxiety and Depression in Mental Health Services: A National Survey of Psychologists in Norway. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42, 185–191

Ogden T. (2012). *Evidensbasert praksis i arbeidet med barn og unge*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Öst, L. G. (2010). *KBT inom barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur.

Oxman, A. D., Thomson, M. A., Davis, D. A., & Haynes, R. B. (1995). No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 153, 1423-1431.

Puleo, C. M., Conner, B. T., Benjamin, C. L. & Kendall, P. C. (2011). CBT for childhood anxiety and substance use at 7.4-year follow-up: a reassessment controlling for known predictors. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 690–696.

Raknes, S. (2010a). *Psykologisk førstehjelp for barn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Raknes, S. (2010b). *Psykologisk førstehjelp for ungdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Repål, A. (2008). En kognitiv tilnærming til selvhjelp. I Berge, T. & Repål, A. (red.) *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Samnøy, S. (2012). *Rapport, arbeidsstipend fra RKBV Vest 2012*. Upublisert.

Shafran, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A., Freeston, M., Garety, P. A., Hollon, S. D., Öst, L. G., Salkovskis, P. M., & Wilson, G. T. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behavior Research and Therapy*, 47, 902-909.

St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen*.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/2.html?id=567203>, nedlastet 08.01.13

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, 315-321

van't Hof, E., Cuijpers, P. & Stein, D.J. (2009). Self-Help and Internet-guided interventions in depression and anxiety disorders: A systematic review of meta-analyses. *CNS Spectrums*, 14, 34–40.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

Williams, C., Ferrand, P., & Bennett-Levy, J. (2010). Guided CBT interventions using written materials: Overview. In: J. Bennett-Levy, J. mfl (red.). *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford: Oxford University Press.

SAMARBEIDSAVTALE MELLOM RBUP og

1. Avtalen gjelder gjensidige forpliktelser i forbindelse med at arbeidsstedet tar imot tilbud om opplæring og evaluering av Psykologisk Førstehjelp (PF). PF er et verktøy som kan brukes i samtaler med barn, ungdom og familier. Metoden er basert på grunnprinsippene i kognitiv terapi, og er utformet som et skrin i to versjoner. En barneverjon for aldersgruppen 8-12 år, og en ungdomsversjon for aldersgruppen 12-18 år.
2. Formålet med avtalen er å sikre at opplæring og evaluering gjennomføres slik som beskrevet under.
3. Opplæring:
 - 1 dags opplæring
 - tildeling av PF skrin (barne og ungdomsversjon) til bruk i eget arbeidOpplæringen foregår sentralt i regionen.
4. Evaluering:

Alle som deltar forplikter seg til å svare på et evalueringsskjema umiddelbart etter opplæringen, gjøre en registrering av hvordan de bruker materialet, samt svare på evalueringsskjema rundt bruk og opplevd nytte av PF.
5. RBUP er ansvarlig for undervisning, undervisningsmateriell og evaluering.
6. Arbeidsstedets leder har ansvar for at de ansatte gjennomfører opplæring og evaluering. Det innebærer fristilling av deltakerne, utgifter til lunsj, eventuelle reiseutgifter for deltakerne og oppfølging av evalueringen. Ut over dette er opplæringen gratis for kommunen.
7. Avtalen gjelder fra undertegningsdato og fram til juni 2012.

Sted/dato:

.....

Leder ...

Telefon

Epost

.....

Tori Mauseth

Prosjektleder RBUP

Dato	Hvem skal hjelpes?	Hvem har du brukt PF i forhold til?				Del av PF brukt					Problemstilling ¹	Nytteverdi Skalaer fra 0 – 10	Merknader
	Kjønn Alder	individuelt	familie	foresatte	Gruppe	figur	hjelpehand	heftet	Hele skrinet	Power Point		(0=ikke nyttig, 10=svært nyttig)	
09.feb	Gutt, 8		Gutt og mor			x	x				Tristhet Skilsmisse	7	Fin time! Han tar poenget med Rød og grønn, ser at han kan nytte grønn til å gå på skolen og at det er greit å være litt ukonsentrert nå! Mor er støttende, kommer noen med egne rødtanker, grønntanker og forteller hva hun gjør for å ha glede av jobben nå

¹T.d.

Redsel, tristhet, sinne, mer glede, uro, bekymring/grubling, død, sykdom, flytting, mobbing, selvbilde, skilsmisse/foreldrekonflikt, relasjonsvansker vs foresatte, sosiale vansker ift venner, relasjonsvansker vs lærer, skolefravær/skolevegning, andre skoleproblemer

LOGG: Mine erfaringer med Psykologisk Førstehjelp

Dato	Hvem skal hjelpes?	Hvem har du brukt PF i forhold til?				Del av PF brukt					Problemstilling ²	Nytteverdi Skalaer fra 0 – 10	Merknader
	Kjønn Alder	individuelt	familie	foresatte	Gruppe	figur	hjelpehånd	heftet	Hele skrinet	Power Point			
												(0=ikke nyttig, 10=svært nyttig)	Her kan du skrive inn hva som helst!

²T.d.

Redsel, tristhet, sinne, mer glede, uro, bekymring/grubling, død, sykdom, flytting, mobbing, selvbilde, skilsmisse/foreldrekonflikt, relasjonsvansker vs foresatte, sosiale vansker ift venner, relasjonsvansker vs lærer, skolefravær/skolevegning, andre skoleproblemer

Evaluering av Psykologisk Førstehjelp

SKJEMA 1: T₀ (Fylles ut ved påmelding, før kursdag 1)

- A) Alder ☐ Under 25 år ☐ 26-35 år ☐ 36-45 år ☐ 46-55 år ☐ 56 år eller eldre
- B) ☐ Kvinne ☐ mann
- C) Tilhører faggruppe
- ☐ Barnevernspedagog
 - ☐ Førskolelærer
 - ☐ Helsesøster
 - ☐ Klinisk pedagog
 - ☐ Lege
 - ☐ Lærer
 - ☐ Psykolog
 - ☐ Sosionom
 - ☐ Spesialpedagog
 - ☐ Sykepleier
 - ☐ Annet _____
- D) Hvilket arbeidssted har du?
- ☐ Barnevernet
 - ☐ Barne- og ungdomspsykiatrien
 - ☐ Familievernkontor
 - ☐ Helsestasjon
 - ☐ Helsestasjon for ungdom
 - ☐ Pedagogisk Psykologisk Tjeneste
 - ☐ Psykisk helsetjeneste for barn og unge
 - ☐ Skolehelsetjenesten
- E) Jobber du i et familiesenter / Familiens hus?
- Ja ☐
- Nei ☐
- F) Hvor mange **års yrkeserfaring** har du i arbeid **direkte med barn og ungdom** (etter endt utdanning)?
- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Under to år | 2-5 år | 6-14år | 15 år eller mer |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
- G) Hvor mange **timer i uken** arbeider du i gjennomsnitt **direkte med barn og ungdom** med samtaler og lignende i din nåværende arbeidssituasjon?
- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen timer | 1-3 timer | 4-9 timer | 10 timer eller mer |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

H) Hvor mye **kompetanse** har du **innen kognitiv adferdsterapi**

Ingen
kompetanse
☐

Noe
kompetanse
☐

Ganske mye
kompetanse
☐

Mye
kompetanse
☐

I) Hvilken **kjennskap** har du til Psykologisk Førstehjelp (PF) fra før?

Har ingen kjennskap til
PF fra før
☐

Kjenner til PF men har
brukt det lite selv
☐

Har brukt PF og kjenner
det ganske godt
☐

J) Hva er **din motivasjon** til å delta på kurset og lære om Psykologisk Førstehjelp?

- ☐ Ikke spesielt personlig motivert
- ☐ Er litt nysgjerrig men forventer ikke å få så mye ut av det
- ☐ Er positivt innstilt til PF og vil gjerne lære mer
- ☐ Har store forventninger til kurset og til å kunne benytte PF

K) Hvor **kompetent synes du at du er** til **å få kontakt** med barn og ungdom?

- ☐ Kompetent
- ☐ Ganske kompetent
- ☐ Noe kompetent
- ☐ Lite kompetent

L) Hvor **kompetent synes du at du er** til **å snakke med** barn og ungdom om deres problemer?

- ☐ Kompetent
- ☐ Ganske kompetent
- ☐ Noe kompetent
- ☐ Lite kompetent

M) I **samtaler med barn og ungdom**, i hvilken grad opplever du at du **kan hjelpe dem å:**

	Nesten ikke	I noen grad	En god del	I høy grad
a) sette ord på tanker og følelser:				
b) endre tanker og følelser:				
c) forstå sin egen situasjon:				
d) finne gode handlingsalternativer i hverdagen:				
e) mestre sitt sosial liv bedre:				
f) lage seg gode målsetninger				

Evaluering av Psykologisk Førstehjelp

SKJEMA 2: K1 *Kursevaluering (sendes ut like etter kursdag 1)*

Dato

Sted

a) I hvor stor grad opplevde du at kurset var relevant for deg i ditt daglige arbeid?

1	2	3	4
Lite	Noe	Ganske mye	Svært mye

b) Hva ville gjort kurset mer relevant for deg?

c) Hvor stor tro har du på at Psykologisk Førstehjelp kan være nyttig for deg i ditt daglige arbeid?

1	2	3	4
Liten nytte	Noe nytte	Ganske stor nytte	Svært stor nytte

d) Hvordan syns du kvaliteten på undervisningen var?

1	2	3	4
Ikke så bra	Ganske bra	Bra	Svært bra

e) Hvordan syns du kvaliteten på lysarkene var?

1	2	3	4
Ikke så bra	Ganske bra	Bra	Svært bra

f) Hvor nyttig synes du hjelpeveiledningen til PF er?

1	2	3	4	
Ikke så nyttig	Litt nyttig	Nyttig	Svært nyttig	Har ikke lest den

g) Hvor tilfreds er du med kursdagen sett under ett?

1	2	3	4
Utilfreds	Noe tilfreds	Tilfreds	Svært tilfreds

h) I hvor stor grad tror du at du vil bruke Psykologisk Førstehjelp i ditt videre arbeid?

1	2	3	4
Ikke bruke	Bruke noe	Bruke ganske mye	Bruke svært mye

i) Hvilke ting var du mest fornøyd med på kurset?

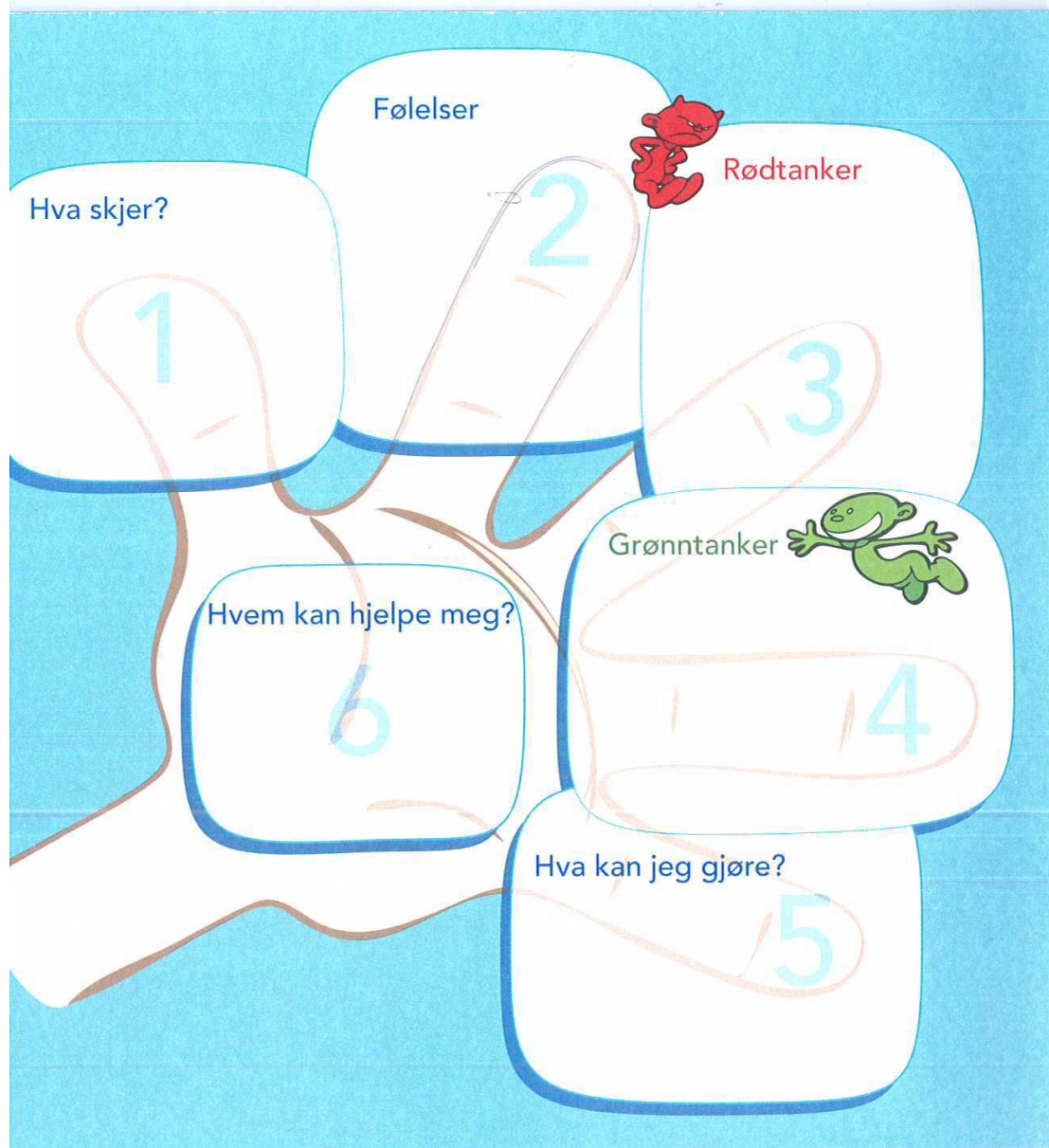
.....

j) Forslag til forbedringer av kurset:

.....

.....

k) Knut (14 år) har vært mye borte fra skolen de siste ukene. Han flyttet og startet på ny skole for et halvt år siden, da mor og far flyttet fra hverandre. Tenk deg at du har hatt samtaler med Knut. Sammen fylte dere ut en hjelpehånd som ga Knut bedre oversikt og var til hjelp for ham. Foreslå hvordan hjelpehånden så ut.



Evaluering av Psykologisk Førstehjelp

SKJEMA 3: T₁ a 3 måneders evaluering av PF (sendes ut tre måneder etter kursdag 1 for deltakere med opplæringsalternativ 1)

Dersom du har fått vesentlige endringer i din arbeidssituasjon eller ditt ansettelsesforhold siden kurset i Psykologisk Førstehjelp, ber vi deg beskrive kort hva som er forandret:

- A) Dersom din arbeidssituasjon har forandret seg siden du meldte deg på kurset om Psykologisk Førstehjelp, ber vi deg oppgi hvor mange **timer i uken du nå** arbeider i gjennomsnitt **direkte med barn og unge** med samtaler og lignende?

Ingen timer	1-3 timer	4-9 timer	10 timer eller mer
☐	☐	☐	☐

Med utgangspunkt i loggen (eller hukommelsen om du ikke har benyttet loggen) ber vi deg merke av

- B) **Hvor ofte har du brukt førstehjelpsskrinet** siden kurset/første kursdag? Sett étt kryss for _____ hver rad

	Aldri Brukt	Brukt 1-5 ganger	Brukt 6- 15 ganger	Brukt nesten daglig
Brukt heftet:				
Brukt figurene:				
Brukt hjelpehånden:				
Brukt hele skrinet:				
Brukt tilsendte lysark				

- C) **Hvem har du brukt førstehjelpsskrinet i forhold til** siden kurset / første kursdag? Sett étt kryss for hver rad

	Aldri Brukt	1-5 ganger	6-15 ganger	Brukt nesten daglig
Barn under 8 år:				
Barn 8-11 år:				
Ungdom 12-18 år:				
Familier (voksne og barn):				
Foresatte (kun voksne):				
Andre hjelpere / fagpersoner:				
Skoleklasser:				
Grupper med barn / ungdom:				
Andre:				

- D) **Hva har vært din målsetning når du har brukt førstehjelpsskrinet?** Sett étt kryss for hver rad

	Aldri Brukt	1-4 ganger	5-9 ganger	10-20 ganger	Brukt daglig
Kontaktetablering:					
Kartlegging:					
Endringsarbeid:					

- E) **Ved hvilke problemstillinger har brukt førstehjelpsskrinet?** (sett kryss både for hvor ofte har benyttet skrinet i tabell til venstre og hvor nyttig du anser at det har vært i tabell til høyre)

Angi på en skala fra 1-10

for hvor nyttig du anser skrinet kan være (for de problemstillinger du har erfaringer med bruk)

1 = ikke nyttig i det hele tatt

10= svært nyttig

Sett **kryss for hvor ofte** du har benyttet skrinet –

	Ikke brukt	Noen ganger	Mange ganger	Nytte (1-10)
Redsel:				
Tristhet:				
Sinne:				
Mer glede:				
Uro:				
Bekymring / grubling:				
Selvilde:				
Død:				
Sykdom:				
Flytting:				
Mobbing:				
Foreldrekonflikt / skilsmisse:				
Relasjonsvansker vs. foresatte:				
Sosiale vansker ifht. venner				
Relasjonsvansker vs. lærer(e):				
Skolefravær/skolevegring:				
Andre skoleproblemer :				

- F) Hvor **kompetent synes du at du er** til **å få** kontakt med barn og ungdom?

- ☐ Kompetent
- ☐ Ganske kompetent
- ☐ Noe kompetent
- ☐ Lite kompetent

- G) Hvor **kompetent synes du at du er** til **å snakke med** barn og ungdom om deres problemer?

- ☐ Kompetent
- ☐ Ganske kompetent
- ☐ Noe kompetent
- ☐ Lite kompetent

H) I **samtaler med barn og ungdom**, i hvilken grad opplever du at du **kan hjelpe dem å**:

	Nesten ikke	I noen grad	En god del	I høy grad
a) sette ord på tanker og følelser:				
b) endre tanker og følelser:				
c) forstå sin egen situasjon:				
d) finne gode handlingsalternativer i hverdagen:				
e) mestre sitt sosial liv bedre:				
f) lage seg gode målsetninger:				

I) Nedenfor finner du flere **påstander** om Psykologisk Førstehjelp (PF) som vi vil **be deg ta stilling til**:

	Helt uenig	Litt uenig	Litt Enig	Helt Enig
a) PF bygger på god psykologisk teori:				
b) Eksempelene i heftene er dårlig valgt:				
c) Ideen med rødtanker / grønttanker kan være til god hjelp:				
d) Hånden til å fylle ut er ikke til særlig til hjelp:				
e) PF forenkler virkeligheten for mye:				
f) Jeg har fått gode tilbakemeldinger på PF fra kollegaer:				
g) Jeg har ikke lært noe gjennom opplæring i og bruk av PF som jeg ikke kunne fra før:				
h) Jeg har opplevd at barn liker å arbeide med PF:				
i) Jeg har opplevd at ungdom liker å arbeide med PF:				
j) Jeg tror ikke jeg kommer til å bruke PF framover:				
k) Jeg har opplevd at barn har nytte av å bruke PF:				
l) Jeg har opplevd at ungdom har nytte av å bruke PF:				
m) Jeg ser PF som et nyttig verktøy i arbeide med foresatte:				
n) Jeg vurderer at PF i enkelte tilfeller kan volde skade:				
o) Jeg har ikke noe tro på denne metoden:				
p) Jeg vil anbefale PF til kollegaer:				
q) Hjelpemåten skaper struktur i samtaler med barn og ungdom				

J) I hvor stor grad har du oppmuntret barn og ungdom til å benytte prinsippene fra PF hjemme på egen hånd?

1	2	3	4
I liten grad	Noe	Ganske mye	Svært mye

K) I hvor stor grad har barn og ungdom som du har jobbet med brukt PF prinsippene hjemme?

1	2	3	4	
I liten grad	Noe	Ganske mye	Svært mye	Vet ikke

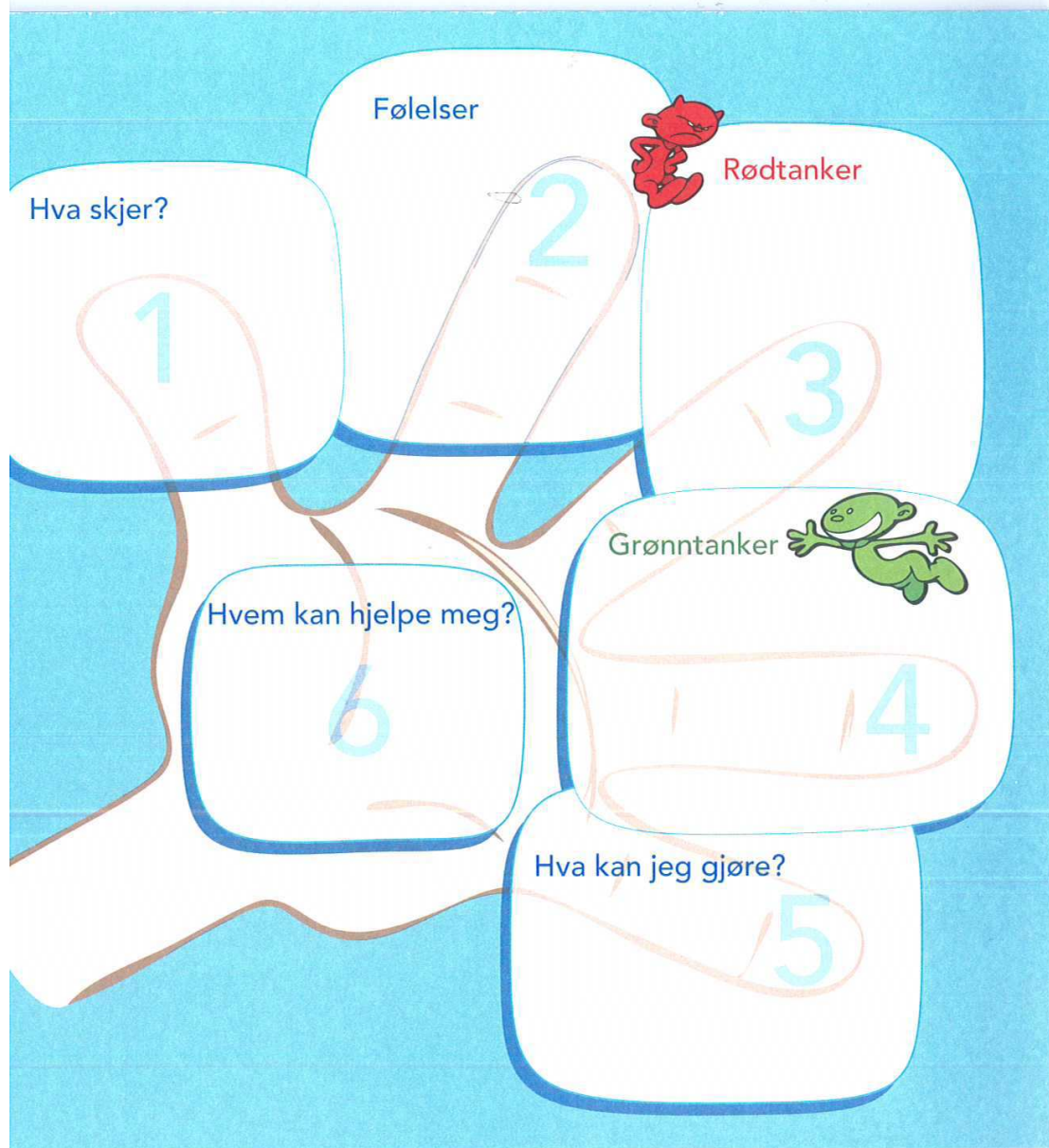
L) Hvor mange ganger har du lånt ut Førstehjelpsskrin eller deler av skrin for bruk hjemme?

1	2	3	4
Aldri	1-5 ganger	6-15 ganger	Mer enn 15 ganger

M) Hva tenker du om omfanget av den opplæring du har fått i PF?

For lite	Akkurat passe	For omfattende
----------	---------------	----------------

N) Knut (14 år) har vært mye borte fra skolen de siste ukene. Han flyttet og startet på ny skole for et halvt år siden, da mor og far flyttet fra hverandre. Tenk deg at du har hatt samtaler med Knut. Sammen fylte dere ut en hjelpehånd som ga Knut bedre oversikt og var til hjelp for ham. Foreslå hvordan hjelpehånden så ut.



Evaluering av Psykologisk Førstehjelp

SKJEMA 4: T₁ b 3 måneders evaluering av PF (sendes ut tre måneder etter kursdag 1 for deltakere med opplæringsalternativ 2)

Dersom du har fått vesentlige endringer i din arbeidssituasjon eller ditt ansettelsesforhold siden kurset i Psykologisk Førstehjelp, ber vi deg beskrive kort hva som er forandret:

- C) Dersom din arbeidssituasjon har forandret seg siden du meldte deg på kurset om Psykologisk Førstehjelp, ber vi deg oppgi hvor mange **timer i uken du nå** arbeider i gjennomsnitt **direkte med barn og unge** med samtaler og lignende?

Ingen timer	1-3 timer	4-9 timer	10 timer eller mer
☐	☐	☐	☐

Med utgangspunkt i loggen (eller hukommelsen om du ikke har benyttet loggen) ber vi deg merke av

- D) **Hvor ofte har du brukt førstehjelpsskrinet** siden kurset/første kursdag? Sett étt kryss for _____ hver rad

	Aldri Brukt	Brukt 1-5 ganger	Brukt 6- 15 ganger	Brukt nesten daglig
Brukt heftet:				
Brukt figurene:				
Brukt hjelpehånden:				
Brukt hele skrinet:				
Brukt tilsendte lysark				

- C) **Hvem har du brukt førstehjelpsskrinet i forhold til** siden kurset / første kursdag? Sett étt kryss for hver rad

	Aldri brukt	1-5 ganger	6-15 ganger	Brukt nesten daglig
Barn under 8 år:				
Barn 8-11 år:				
Ungdom 12-18 år:				
Familier (voksne og barn):				
Foresatte (kun voksne):				
Andre hjelpere / fagpersoner:				
Skoleklasser:				
Grupper med barn / ungdom:				
Andre:				

- D) **Hva har vært din målsetning når du har brukt førstehjelpsskrinet?** Sett étt kryss for hver rad

	Aldri brukt	1-4 ganger	5-9 ganger	10-20 ganger	Brukt daglig
Kontaktetablering:					
Kartlegging:					
Endringsarbeid:					

- E) **Ved hvilke problemstillinger har brukt førstehjelpsskrinet?** (sett kryss både for hvor ofte har benyttet skrinet i tabell til venstre og hvor nyttig du anser at det har vært i tabell til høyre)

Angi på en skala fra 1-10

for hvor nyttig du anser skrinet kan være (for de problemstillinger du har erfaringer med bruk)

1 = ikke nyttig i det hele tatt

10= svært nyttig

Sett **kryss for hvor ofte** du har benyttet skrinet –

	Ikke brukt	Noen ganger	Mange ganger	Nytte (1-10)
Redsel:				
Tristhet:				
Sinne:				
Mer glede:				
Uro:				
Bekymring / grubling:				
Selvbilde:				
Død:				
Sykdom:				
Flytting:				
Mobbing:				
Foreldrekonflikt / skilsmisse:				
Relasjonsvansker vs. foresatte:				
Sosiale vansker ifht. venner				
Relasjonsvansker vs. lærer(e):				
Skolefravær/skolevegring:				
Andre skoleproblemer :				

- F) Hvor **kompetent synes du at du er** til **å få** kontakt med barn og ungdom?

- ☐ Kompetent
- ☐ Ganske kompetent
- ☐ Noe kompetent
- ☐ Lite kompetent

- G) Hvor **kompetent synes du at du er** til **å snakke med** barn og ungdom om deres problemer?

- ☐ Kompetent
- ☐ Ganske kompetent
- ☐ Noe kompetent
- ☐ Lite kompetent

H) I **amtaler med barn og ungdom**, i hvilken grad opplever du at du **kan hjelpe dem å:**

	Nesten ikke	I noen grad	En god del	I høy grad
a) sette ord på tanker og følelser:				
b) endre tanker og følelser:				
c) forstå sin egen situasjon:				
d) finne gode handlingsalternativer i hverdagen:				
e) mestre sitt sosial liv bedre:				
f) lage seg gode målsetninger:				

I) Nedenfor finner du flere **påstander** om Psykologisk Førstehjelp (PF) som vi vil **be deg ta stilling til:**

	Helt uenig	Litt uenig	Litt enig	Helt enig
a) PF bygger på god psykologisk teori:				
b) Eksemplene i heftene er dårlig valgt:				
c) Ideen med rødtanker / grønttanker kan være til god hjelp:				
d) Hånden til å fylle ut er ikke til særlig til hjelp:				
e) PF forenkler virkeligheten for mye:				
f) Jeg har fått gode tilbakemeldinger på PF fra kollegaer:				
g) Jeg har ikke lært noe gjennom opplæring i og bruk av PF som jeg ikke kunne fra før:				
h) Jeg har opplevd at barn liker å arbeide med PF:				
i) Jeg har opplevd at ungdom liker å arbeide med PF:				
j) Jeg tror ikke jeg kommer til å bruke PF framover:				
k) Jeg har opplevd at barn har nytte av å bruke PF:				
l) Jeg har opplevd at ungdom har nytte av å bruke PF:				
m) Jeg ser PF som et nyttig verktøy i arbeide med foresatte:				
n) Jeg vurderer at PF i enkelte tilfeller kan volde skade:				
o) Jeg har ikke noe tro på denne metoden:				
p) Jeg vil anbefale PF til kollegaer:				
q) Hjelpehånden skaper struktur i samtaler med barn og ungdom				

J) I hvor stor grad har du oppmuntret barn og ungdom til å benytte prinsippene fra PF hjemme på egen hånd?

1	2	3	4
I liten grad	Noe	Ganske mye	Svært mye

K) I hvor stor grad har barn og ungdom som du har jobbet med brukt PF prinsippene hjemme?

1	2	3	4	
I liten grad	Noe	Ganske mye	Svært mye	Vet ikke

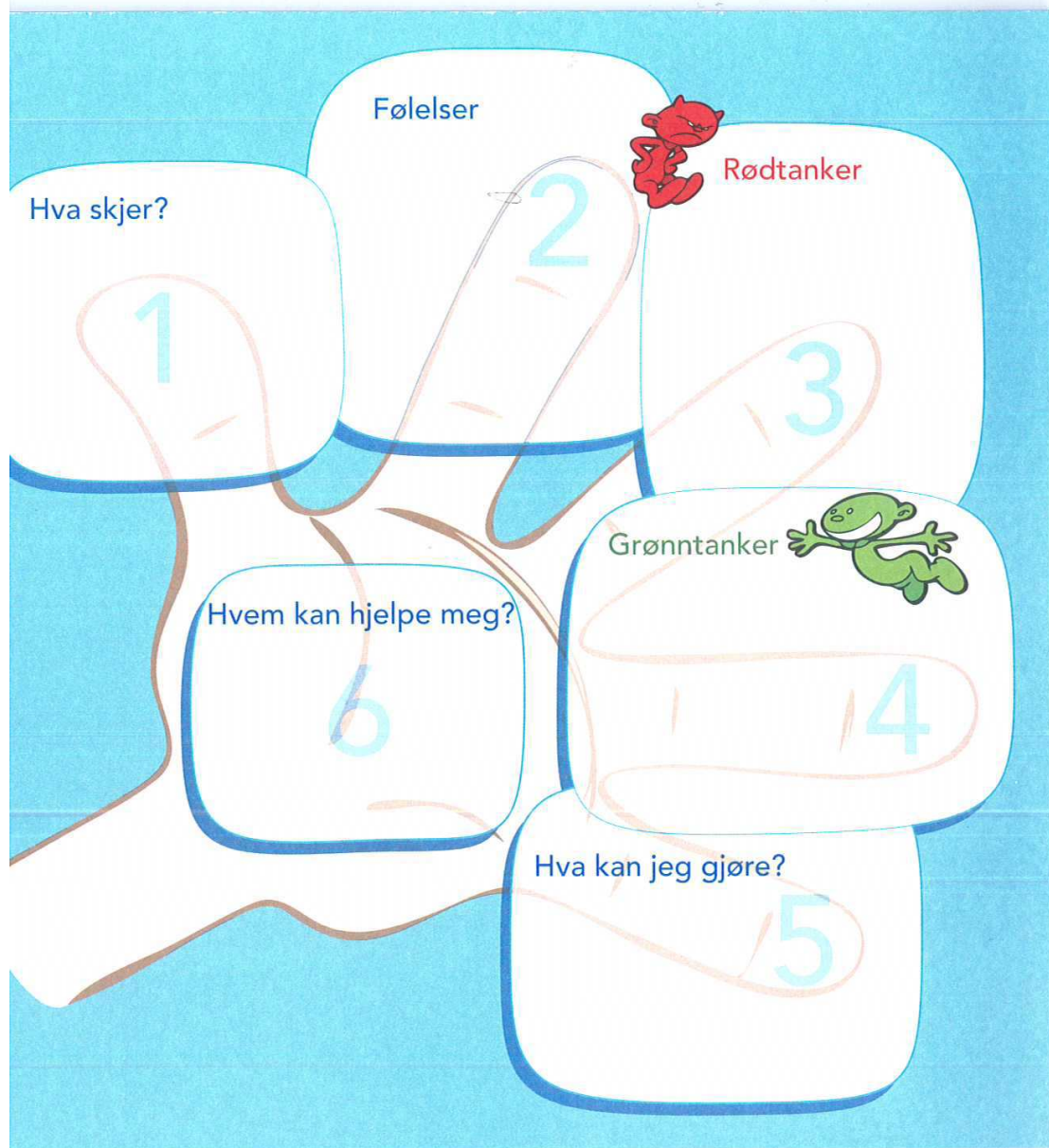
L) Hvor mange ganger har du lånt ut Førstehjelpsskrin eller deler av skrin for bruk hjemme?

1	2	3	4
Aldri	1-5 ganger	6-15 ganger	Mer enn 15 ganger

M) Hva tenker du om omfanget av den opplæring du har fått i PF?

For lite	Akkurat passe	For omfattende
----------	---------------	----------------

N) Knut (14 år) har vært mye borte fra skolen de siste ukene. Han flyttet og startet på ny skole for et halvt år siden, da mor og far flyttet fra hverandre. Tenk deg at du har hatt samtaler med Knut. Sammen fylte dere ut en hjelpehånd som ga Knut bedre oversikt og var til hjelp for ham. Foreslå hvordan hjelpehånden så ut.



O) I hvor stor grad opplevde du at kursdag 2 og veiledningsøktene var relevant for deg i ditt daglige arbeid?

1	2	3	4
Lite	Noe	Ganske mye	Svært mye

P) Hva ville gjort kursdag 2 og veiledningsøktene mer relevant for deg?

Q) I hvor stor grad opplever du at kursdag 2 og veiledningsøktene har bidratt til:

	Nesten ikke	I noen grad	En god del	I høy grad
a) økt kunnskap i bruk av PF:				
b) refleksjon rundt bruk av PF :				
c) økte ferdigheter i å bruke PF:				
d) økt tro på at jeg mestrer å bruke PF på en konstruktiv måte				

R) Hvor tilfreds er du med kursdag 2 og veiledningsøktene sett under ett?

1	2	3	4
Ikke tilfreds	Noe tilfreds	Tilfreds	Svært tilfreds

S) Hvilke ting var du mest fornøyd med på kursdag 2 og veiledningsøktene?

.....

T) Forslag til forbedringer av kursdag 2 og veiledningsøktene:

.....

.....

Evaluering av Psykologisk Førstehjelp

Skjema 5: T₂ 6 måneders evaluering av PF (sendes ut seks måneder etter kursdag 1 for alle deltakere)

Dersom du har fått vesentlige endringer i din arbeidssituasjon eller ditt ansettelsesforhold siste 3 måneder, ber vi deg beskrive kort hva som er forandret:

--

A) Dersom din arbeidssituasjon har forandret seg siste 3 måneder, ber vi deg oppgi hvor mange **timer i uken du nå** arbeider i gjennomsnitt **direkte med barn og unge** med samtaler og lignende?

Ingen timer	1-3 timer	4-9 timer	10 timer eller mer
☐	☐	☐	☐

Med utgangspunkt i loggen (eller hukommelsen om du ikke har benyttet loggen) ber vi deg merke av

B) **Hvor ofte har du brukt førstehjelpsskrinet** siste tre måneder? Sett étt kryss for hver rad

	Aldri Brukt	Brukt 1-5 ganger	Brukt 6- 15 ganger	Brukt nesten daglig
Brukt heftet:				
Brukt figurene:				
Brukt hjelpehånden:				
Brukt hele skrinet:				
Brukt tilsendte lysark				

C) **Hvem har du brukt førstehjelpsskrinet i forhold til** siste 3 måneder? Sett étt kryss for hver rad

	Aldri brukt	1-5 ganger	6-15 ganger	Brukt nesten daglig
Barn under 8 år:				
Barn 8-11 år:				
Ungdom 12-18 år:				
Familier (voksne og barn):				
Foresatte (kun voksne):				
Andre hjelpere / fagpersoner:				
Skoleklasser:				
Grupper med barn / ungdom:				
Andre:				

D) **Hva har vært din målsetning når du har brukt førstehjelpsskrinet (siste 3 måneder)**? Sett étt kryss for hver rad

	Aldri brukt	1-4 ganger	5-9 ganger	10-20 ganger	Brukt daglig
Kontaktetablering:					
Kartlegging:					
Endringsarbeid:					

- E) **Ved hvilke problemstillinger har brukt førstehjelpsskrinet (siste 3 måneder)?** (sett kryss både for hvor ofte har benyttet skrinet i tabell til venstre og hvor nyttig du anser at det har vært i tabell til høyre)

Angi på en skala fra 1-10

for hvor nyttig du anser skrinet kan være (for de problemstillinger du har erfaringer med bruk)

1 = ikke nyttig i det hele tatt

10= svært nyttig

Sett **kryss for hvor ofte** du har benyttet skrinet –

	Ikke brukt	Noen ganger	Mange ganger	Nytte (1-10)
Redsel:				
Tristhet:				
Sinne:				
Mer glede:				
Uro:				
Bekymring / grubling:				
Selvbilde:				
Død:				
Sykdom:				
Flytting:				
Mobbing:				
Foreldrekonflikt / skilsmisse:				
Relasjonsvansker vs. foresatte:				
Sosiale vansker ifht. venner				
Relasjonsvansker vs. lærer(e):				
Skolefravær/skolevegring:				
Andre skoleproblemer :				

- F) Hvor **kompetent synes du at du er** til ***å få*** kontakt med barn og ungdom?

- ☐ Kompetent
- ☐ Ganske kompetent
- ☐ Noe kompetent
- ☐ Lite kompetent

- G) Hvor **kompetent synes du at du er** til ***å snakke med*** barn og ungdom om deres problemer?

- ☐ Kompetent
- ☐ Ganske kompetent
- ☐ Noe kompetent
- ☐ Lite kompetent

H) I **samtaler med barn og ungdom**, i hvilken grad opplever du at du **kan hjelpe dem å:**

	Nesten ikke	I noen grad	En god del	I høy grad
a) sette ord på tanker og følelser:				
b) endre tanker og følelser				
c) forstå sin egen situasjon:				
d) finne gode handlingsalternativer i hverdagen:				
e) mestre sitt sosial liv bedre:				
f) å lage seg gode målsetninger				

I) Nedenfor finner du flere **påstander** om Psykologisk Førstehjelp (PF) som vi vil **be deg ta stilling til:**

	Helt uenig	Litt uenig	Litt enig	Helt enig
a) PF bygger på god psykologisk teori:				
b) Eksempelene i heftene er dårlig valgt:				
c) Ideen med rødtanker / grønttanker kan være til god hjelp:				
d) Hånden til å fylle ut er ikke til særlig til hjelp:				
e) PF forenkler virkeligheten for mye:				
f) Jeg har fått gode tilbakemeldinger på PF fra kollegaer:				
g) Jeg har ikke lært noe gjennom opplæring i og bruk av PF som jeg ikke kunne fra før:				
h) Jeg har opplevd at barn liker å arbeide med PF:				
i) Jeg har opplevd at ungdom liker å arbeide med PF:				
j) Jeg tror ikke jeg kommer til å bruke PF framover:				
k) Jeg har opplevd at barn har nytte av å bruke PF:				
l) Jeg har opplevd at ungdom har nytte av å bruke PF:				
m) Jeg ser PF som et nyttig verktøy i arbeide med foresatte:				
n) Jeg vurderer at PF i enkelte tilfeller kan volde skade:				
o) Jeg har ikke noe tro på denne metoden:				
p) Jeg vil anbefale PF til kollegaer:				
q) Hjelpemåten skaper struktur i samtaler med barn og ungdom				

J) I hvor stor grad har du oppmuntret barn og ungdom til å benytte prinsippene fra PF hjemme på egen hånd (siste 3 måneder)?

1	2	3	4
I liten grad	Noe	Ganske mye	Svært mye

K) I hvor stor grad har barn og ungdom som du har jobbet med brukt PF prinsippene hjemme (siste 3 måneder)?

1	2	3	4	
I liten grad	Noe	Ganske mye	Svært mye	Vet ikke

L) Hvor mange ganger har du lånt ut Førstehjelpsskrin eller deler av skrin for bruk hjemme (siste 3 måneder)?

1	2	3	4
Aldri	1-5 ganger	6-15 ganger	Mer enn 15 ganger