



## **Behandlers holdninger til evidensbasert praksis:**

### **En studie av EBPAS-50 i et BUP-utvalg**

Therapists' attitudes toward evidence-based practice among:

A study of EBPAS-50

**Ingrid Hilde Johansen & Nora Mortensen Aalo**

Veiledere: Ingunn Skre & Veronica Lorentzen

*Hovedoppgave til graden Cand. Psychol.*

*Institutt for Psykologi, Det Helsevitenskapelige Fakultet*

*Universitetet i Tromsø*

*Våren 2013*



## Forord

Interessen for å lære mer om kognitiv behandling av emosjonelle lidelser hos ungdom ble vekket da vi hørte Simon-Peter Neumer presentere SMART-behandlingen på Psykologikongressen høsten 2011. I etterkant av seminaret tok vi kontakt med psykologspesialist Veronica Lorentzen som implementerer SMART ved BUP Tromsø, Bodø, Sør-Troms og Vesterålen. Implementeringsprosjektet danner grunnlag for Lorentzens doktorgradsavhandling som veiledes av førsteamanuensis Ingunn Skre. Vi var så heldige å få begge som veiledere på vår hovedoppgave. Videre ble vi innvilget særplass ved to av poliklinikkene som er med på prosjektet og fikk dermed anledning til å være med på implementeringen av SMART.

Implementering av en evidensbasert metode er et spennende og komplekst tema, og det har vært en utfordring å avgrense oppgaven. I samarbeid med våre veiledere kom vi frem til problemstillingen som danner bakgrunn for denne studien. Som aktive deltakere i implementeringsprosessen fant vi det interessant hvordan behandlerne hadde ulike holdninger til manualbasert terapi. Vi valgte derfor å ta i bruk måleinstrumentet EBPAS-50 som nylig er oversatt til norsk av doktorgradsstudent Marte Rye Heimdal. Måleinstrumentet har ikke tidligere gjennomgått statistisk eksplorerende faktorstrukturering og vi valgte derfor å gjøre dette som en del av vår oppgave. Datainnsamling og analysering av resultater er gjort av oss, med innspill fra veilederne.

Vi vil rette en stor takk til våre to veiledere, som gjennom hele prosessen har bidratt med gode ideer og konstruktive innspill. En stor takk går også til de fire BUP-ene for at vi og prosjektet vårt ble så godt mottatt. Takk til doktorgradsstudent Marte Rye Heimdal for bruk av den norske oversettelsen av EBPAS-50. Vi ønsker også å takke familie og våre samboere for korrekturlesning, støtte og oppmuntring.

Sign. \_\_\_\_\_

Nora Mortensen Aalo

Sign. \_\_\_\_\_

Ingrid Hilde Johansen

Sign. \_\_\_\_\_

Ingunn Skre

Sign. \_\_\_\_\_

Veronica Lorentzen



### Sammendrag

**Bakgrunn:** Ansattes holdninger til evidensbasert praksis er av betydning ved implementering av evidensbaserte metoder. Evidence-Based Practice Attitude Scale-50 (EBPAS-50) måler ansattes holdninger til evidensbasert praksis og inneholder 12 subskalaer fundert på teoretisk innholdsanalyse. Instrumentet er nylig oversatt til norsk. Verken den engelske eller den norske versjonen har gjennomgått statistisk eksplorerende faktorstrukturering. **Mål:** Denne tverrsnittstudien undersøker psykometriske egenskaper ved EBPAS-50 og holdninger til evidensbasert praksis hos behandlere. **Metode:** Data ble samlet inn på fire barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker som er i en tidlig implementeringsfase av SMART-programmet. Femtini ansattes holdninger ble kartlagt ved EBPAS-50. Gjennom eksplorerende faktoranalyser ble faktorstrukturer i måleinstrumentet undersøkt. Forskjeller i holdninger mellom behandlerne og klinikkene ble analysert ved ANOVA og stegvis multippel regresjonsanalyse. **Resultater:** Resultatene fra de eksplorerende faktoranalysene tyder på færre kategorier enn tidligere antatt. Utvalget sett under ett har en aksepterende holdning til evidensbasert praksis. Signifikante forskjeller på flere aspekter ved holdninger mellom behandlergruppene ble funnet. Resultatene viste få forskjeller mellom klinikkene. **Konklusjon:** Funnene viser alternative subskalainndelinger av EBPAS-50. Resultatene tyder på at SMART-behandlerne vektlegger andre aspekter ved evidensbasert terapi enn de øvrige behandlerne. Denne forskjellen kan komme av SMART-behandlernes eksponering til en evidensbasert metode. Implikasjoner for videre forskning diskuteres.

*Nøkkelord: Evidensbasert praksis, EBPAS-50, holdninger, implementering*

---

Ingrid Hilde Johansen & Nora Mortensen Aalo

Behandleres holdninger til evidensbasert praksis:

En studie av EBPAS-50 i et BUP-utvalg

PSY-2901. Cand. Psychol. Våren 2013



### Abstract

**Background:** Therapists' attitudes are a crucial factor when implementing evidence-based methods in mental health services. The Evidence-Based Practice Attitude Scale-50 (EBPAS-50) consists of 12 theoretically based subscales and has recently been translated into Norwegian. Neither the English, nor the Norwegian version has undergone statistical exploratory factor analysis. **Aim:** This study examines the psychometric properties of the Norwegian EBPAS-50 and looks at therapists' attitudes toward evidence-based practice. **Method:** The sampling was done in four children and youth clinics that are implementing the SMART-programme. Fifty-nine employees' attitudes toward evidence-based practice were studied using EBPAS-50. Exploratory factor analysis was used to examine the factor structure of EBPAS-50. Differences between therapists and clinics were tested using ANOVA and stepwise multiple regression analysis. **Results:** The findings suggest fewer factors than 12 subscales. Therapists reported accepting attitudes toward evidence-based practice. The results showed significant differences in several aspects between therapist groups. Few cultural differences were found. **Conclusion:** The findings propose alternative factor solutions for the EBPAS-50. The significant differences between therapist groups may arise since SMART-therapists are exposed to the concept through the project. The implications of these findings for future research are discussed.

*Key words: Evidence-based practice, EBPAS-50, attitudes, implementation*





I 2012 mottok i overkant av 27 000 barn og unge i Norge et tilbud ved Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) (Helsedirektoratet, 2012). Disse pasientene har ofte høyt symptomtrykk og betydelig funksjonstap i hverdagen. Viktige spørsmål som reises i kjølvannet av barn og unges kontakt med helsevesenet er hvilken kunnskap som skal ligge til grunn for profesjonell praksisutøvelse. På tross av gode resultater internasjonalt tas evidensbaserte metoder sjelden i bruk i klinisk praksis (Borntrager et al., 2009; Weisz & Gray, 2008). Det er derfor interessant å undersøke hva som påvirker hvorvidt behandling som har vist god effekt benyttes i ordinære klinikker. Implementering av evidensbaserte metoder er forbundet med utfordringer på flere nivåer (Neumer, Martinsen, Gere & Villabø, 2011) og ulike teorier beskriver hva som medfører en vellykket implementeringsprosess (Ogden, 2012). En faktor som påvirker prosessen er ansattes holdninger til evidensbasert praksis (Aarons, 2004). Denne studien undersøker psykometriske egenskaper ved selvrapporteringskjemaet EBPAS-50 som nylig er oversatt til norsk. Måleinstrumentet har ikke tidligere gjennomgått matematisk faktorstrukturering. Ved bruk av EBPAS-50 kartlegges ansattes holdninger til evidensbasert praksis ved fire utvalgte BUP-er i Nord-Norge. Disse er i en tidlig implementeringsfase av en evidensbasert behandling for emosjonelle lidelser hos ungdom. Tidligere forskning på implementering er ofte utført som retrospektive studier. I tillegg vet man at teorier innenfor dette feltet i liten grad er forankret i forskning (Winter, 2003). En kartlegging av ansattes holdninger til evidensbasert praksis er dermed av interesse for å belyse hvilke holdninger behandlere har underveis i implementeringsprosessen og om eventuelle forskjeller vises mellom behandlerne og/eller mellom klinikkene.

### **Evidensbasert praksis**

Helsedirektoratets veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge har som formål å sikre at pasienter får best mulig behandling (Helsedirektoratet, 2008). Veilederen vektlegger hvordan psykologisk praksis skal hvile på et vitenskapelig kunnskapsgrunnlag og det henvises til definisjonen av evidensbasert psykologisk praksis, hentet fra Prinsipperklæringen til Norsk Psykologforening: *“Evidensbasert praksis er integrering av den best tilgjengelige forskning med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål”* (Helsedirektoratet, 2008; Norsk Psykologforening, 2007). Samtidig som

helsepersonell er pålagt å utøve evidensbasert praksis, viser studier at behandlere har vansker med å formulere presist hvilke behandlingsstrategier de bruker (Høstmælingen, 2010, Rønnestad, 2009).

Fixsen og medarbeidere (2005) viser til flere fellestrekk ved evidensbaserte programmer. De bygger ofte på en filosofi og et sett verdier som gir retningslinjer for kliniske vurderinger og progresjon i behandling. For å sikre nokså lik behandling uavhengig av hvem som utfører den er programmene konsistente og består av spesifikke behandlingskomponenter. Et annet fellestrekk er programmenes klare rammer. Det er uttalt hvor, når og hvor lenge behandlingen skal foregå. Programmene fokuserer også på evaluering av behandlingen for å få kunnskap om behandlingens effekt.

#### **Manualbaserte programmer**

Manualbasert behandling blir ofte sett på som standarden for evidensbasert behandling, der blant annet manualbasert kognitiv-atferdsterapi for barn og unge har fått empirisk støtte (Neumer et al., 2011). Tre evidensbaserte programmer som har vist effekt for barn og unge med emosjonelle lidelser i internasjonale studier er oversatt til norsk. Disse er Mestringskatten (Bratt, 2008; Kendall, Martinsen & Neumer, 2006), "Friends For Life" (Barrett, Webster & Turner, 2001) og SMART (Neumer & Junge-Hoffmeister, 2010; Reedtz & Eng, 2013).

#### **SMART-programmet som en evidensbasert behandlingsmetode**

SMART (Neumer & Junge-Hoffmeister, 2010) står for "Strukturert Materiale For Terapi" og inneholder flere av kjennetegnene for evidensbaserte behandlinger beskrevet av Fixsen et al. (2005). Programmet bygger på prinsippene fra kognitiv atferdsterapi og beskrives som et lavterskelverktøy for å forebygge og behandle emosjonelle vansker hos ungdom. SMART har en klar struktur med fem moduler som gjennomgås på åtte ukentlige møter og inneholder temaene depresjon, angst og sosial ferdighetstrening. Ungsinnvurderingen av SMART viser til den sterke teoretiske forankringen metoden har til kognitiv atferdsterapi og klassifiserer programmet som en sannsynlig virksom metode (Reedtz & Eng, 2013).

### **Implementering av SMART i Nord-Norge**

Siden våren 2012 har SMART-behandlingen blitt implementert i psykisk helsevern for barn og unge i Nord-Norge. Implementeringsprosjektet har en planlagt varighet på to år. Ved å samle inn data fra fire barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Nord-Norge skal prosjektet kartlegge om SMART-programmet er en virksom og varig behandling ved bruk i spesialisthelsetjenesten. Klinikkerne som er med i prosjektet er BUP Tromsø, Bodø, Sør-Troms og Vesterålen. Implementeringen av SMART-programmet skaper grunnlaget for denne studien som undersøker ansattes holdninger til evidensbasert praksis i en tidlig implementeringsfase. Denne problemstillingen er interessant fordi man etter fullført implementering vil kunne se i hvilken grad holdninger har betydning for implementeringssuksess.

### **”Efficacy” vs ”effectiveness”**

Begrepet “evidensbasert” blir ofte sidestilt med behandlingsmetoder testet i forskningsklinikker, kalt “efficacy”-studier (Weisz & Gray, 2008). Kunnskap om behandlingsprogrammer hentet fra denne typen studier kan ikke ukritisk overføres til bruk i vanlig klinisk praksis. “Efficacy”-studier er sentrale for å teste behandling under optimale betingelser. Studier gjennomført i ordinær praksis, kalt ”effectiveness”-studier, er derimot nødvendige for å bekrefte programmene robusthet (Weisz & Gray, 2008). En metastudie gjennomført av Weisz, Hawley og Doss (2004) fant at av alle studier som dokumenterte effektive behandlingsformer, var det under 2 % av studiene som ble utført i ordinær klinisk praksis. Forskning viser at det kan være store forskjeller mellom forskningsklinikker og ordinære klinikker, der ordinære klinikker påvirkes av blant annet høye produksjonskrav og omfattende tilleggsproblematikk hos pasientene (Neumer et al., 2011). Denne forskjellen kan være årsaken til at evidensbaserte behandlingsprogrammer blir lite brukt i ordinær klinisk praksis, til tross for empirisk støtte fra forskningsklinikker (Borntrager et al., 2009; Neumer et al., 2011). Det er derfor et sentralt spørsmål hvordan evidensbaserte programmer best kan implementeres i klinisk praksis.

### **Implementeringsteori**

Implementeringskvalitet har vist seg å påvirke utbytte for pasientene, og begrepet defineres som i hvor stor grad behandlingen utføres i tråd med retningslinjene for metoden (Domitrovich et al., 2008; Yeaton & Sechrest, 1981). En godt gjennomført

implementering av et program av dårlig kvalitet er mer effektiv enn en dårlig implementering av et program av god kvalitet (Mihalic et al., 2002). Gitt at implementering er av så stor betydning for om en intervensjon virker eller ikke, er forskning på implementeringsprosessen sentral. Temaet vekker stadig større interesse og det finnes en rekke teorier på hva som er viktig for en vellykket implementering. Rogers introduserte i 1962 begrepet implementering i boken “Diffusion of innovations” (Rogers, 1995). Innen helseorganisasjoner forklares begrepet som et sett planlagte og bestemte handlinger som skal til for en vellykket overføring av en bestemt metode eller behandlingsprogram til ordinær praksis (Ogden, 2012).

Flere teoretikere har beskrevet hva som bidrar til en vellykket implementeringsprosess (Fixsen et al., 2005; Ogden, 2012; Rogers, 1995; Sørli, Ogden, Solholm og Olseth, 2010). En av de mest sentrale teoriene vektlegger betydningen av personlig åpenhet for innovativ praksis (Rogers, 1995). Her skilles det mellom “early adopters”, som er tidlig ute med å prøve noe nytt, “late adopters”, som gjerne er mer avventende og først tar i bruk innovasjonen når den er mer anerkjent og etablert, og til slutt “refusers” som ikke tilegner seg metoden.

### **Integrert implementeringsteori**

Tansella og Thornicroft (2009) presenterer en implementeringsteori til bruk i helseorganisasjoner. Teorien beskriver implementering gjennom tre faser. Disse fasene er adopsjon av behandlingsprinsippene, tidlig implementering og opprettholdelse av implementering. I hver av fasene er det ulike komponenter som fungerer som barrierer eller fasilitatorer på et nasjonalt, lokalt og individuelt nivå. Den første fasen handler på nasjonalt nivå om politikk og retningslinjer, mens en på det lokale og individuelle nivået anerkjenner behovet for evidensbasert praksis. I den tidlige implementeringsfasen er det på nasjonalt nivå sentralt med finansiering og produksjon av effektive systemer for oppfølging. På lokalt nivå fokuseres det på opplæring og lederskap, mens en på det individuelle nivået vektlegger behandlernes preferanser og tilegnelse av kunnskap om metoden. Når metoden er implementert er det myndighetenes jobb å opprettholde kliniske retningslinjer og fortsette finansieringen. På det lokale nivået fortsettes opplæring av flere behandlere, mens fokuset på det individuelle nivået er å holde seg oppdatert på evidensbaserte metoder.

Denne teorien søker en samforekomst av evidens- og praksisendring. Sett ut i fra denne teorien befinner SMART-prosjektet seg i en tidlig implementeringsfase.

### **Implementeringsforskning**

Kunnskapen om implementering er i all hovedsak teoribasert (Winter, 2003). De fleste studiene som imidlertid finnes på implementeringsprosesser er retrospektive (Stirman, et al., 2012). Forskning viser at ulike komponenter er sentrale ut i fra hvilken implementeringsfase en befinner seg i (Tancella & Thornicroft, 2009). Flere teorier belyser også at behandlernes holdninger til evidensbasert praksis er med på å fremme eller hemme implementeringskvaliteten (Aarons, 2004; Domitrovich et al., 2008). Det er derfor av interesse å undersøke hvilke holdninger de ansatte har under ulike faser av implementeringen.

### **Ansattes holdninger til evidensbasert praksis**

Holdninger kan defineres som *"A learned predisposition to think, feel and behave towards a person (or object) in a particular way"* (Allport, 1935). En holdning kan således forstås som et individs tendens til å føle, tenke og handle i forhold til sentrale egenskaper ved miljøet. Holdninger er sentrale for å predikere atferd (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1977; Brookman-Frazer et al., 2009; Melas, Zampetakis, Dimopoulou & Moustakis, 2012). Studier har vist at implementeringssuksess predikeres av de ansattes holdninger til den aktuelle behandlingsmetoden (Van Someren, 1998). Gitt at holdninger predikerer atferd er det nyttig å ha kunnskap om hvilke holdninger de ansatte har under en implementeringsprosess.

### **Trekomponentmodellen for holdninger**

Trekomponentmodellen for holdninger (Rajecki, 1990; Zanna & Rempel, 1988) er nyttig i forståelsen av holdninger til evidensbasert praksis. Den kognitive komponenten består av de oppfatninger som dannes basert på den kunnskapen en innehar om et objekt eller en situasjon, i dette tilfellet hvor mye en behandler vet om evidensbaserte metoder og deres effekt. Den affektive komponenten omhandler individets verdier og emosjonelle erfaringer (Maio & Olson, 1995). Debatten om evidensbaserte metoder viser sterke emosjonelle meninger knyttet til evidensbegrepet blant behandlerne (Høstmælingen, 2010). Den atferdsbaserte komponenten knyttes til

personens observasjon av egen atferd. Bems selvpersepsjonsteori (1972) viser hvordan mennesker tyr til observasjoner av egen atferd når de er usikre på egne holdninger, eksempelvis ved at behandlere avgjør egne holdninger til evidensbasert praksis ut fra hvor mye de praktiserer slike metoder. Vektleggingen av de tre ulike komponentene kan variere når holdninger dannes. Eksempelvis kan holdninger til evidensbasert praksis for enkelte i stor grad være knyttet til den kognitive komponenten, mens for andre kan den emosjonelle komponenten være styrende for deres forhold til begrepet. Et annet sentralt område innenfor sosialpsykologien er hvordan holdninger kan endres. Dette temaet vil ikke bli belyst i denne oppgaven, men kan være av interesse å undersøke i andre studier hvor ansattes holdninger observeres over tid.

### **Hvilke faktorer påvirker de ansattes holdninger til evidensbasert praksis?**

De ansattes holdninger til evidensbasert praksis påvirkes både av individuelle forskjeller mellom behandlerne og kontekstuelle forhold ved arbeidsplassen (Aarons et al., 2012a, 2012b). Forskning viser at en rekke demografiske variabler som kjønn, alder og terapiretning virker inn på holdninger til evidensbaserte metoder (Brookman-Fraze et al., 2009). Ogden (2012) påpeker skjevfordelingen av hvilke terapiformer som blir testet ut i forskningsklinikker, der et flertall er kognitive- og atferdsterapeutiske metoder. Behandlerne kan dermed oppleve evidensbegrepet som ”biased” mot den kognitive-atferdsterapeutiske retningen, som kan føre til at behandlerne med andre terapiretninger har et mindre aksepterende syn på begrepet.

I sammenheng med at behandlerne foretrekker ulike terapiretninger, finnes det også ulike grunnholdninger til manualbasert behandling (Addis et al., 2006; Beidas et al., 2010; Strupp & Anderson, 1997). Strukturen og elementene en manual tilbyr kan ses på som en styrke og en kvalitetssikring hvor muligheten for ”flexibility within fidelity” blir vektlagt (Kendall, Gosh, Furr & Sood, 2008). Andre hevder at manualer er rigide og gir lite rom for kreativitet, fleksibilitet og tilpasning (Addis, Cardemil, Duncan & Miller, 2006). På bakgrunn av sammenhengen mellom holdninger og atferd, kan det tenkes at SMART-behandlerne har meldt seg til prosjektet fordi de i utgangspunktet har en preferanse for manualbasert terapi. Grunnet det selekterte utvalget blir ikke disse variablene undersøkt i denne studien for å bevare deltakernes

anonymitet. Det er likevel viktig å ta i betraktning de mange individuelle faktorene som påvirker de ansattes holdninger.

Gjennom SMART-prosjektet vil behandlerne som deltar lære en evidensbasert metode. I følge det psykologiske fenomenet ”mere exposure effect” vil en utvikle en preferanse for det en eksponeres for (Zajonc, 1968). Det kan derfor tenkes at det er en forskjell i holdninger mellom de behandlerne som deltar i prosjektet og de øvrige behandlerne.

Kulturelle aspekter ved arbeidsplassen, kalt organisatorisk sosial kontekst, har vist seg å ha betydning for klinikernes holdninger til å erverve og bruke evidensbaserte metoder (Aarons et al., 2012b; Parmelli et al., 2011). Organisatorisk sosial kontekst inkluderer kulturelle normer og forventninger innad i organisasjonen, så vel som den psykologiske påvirkningen arbeidsklimaet har for den individuelle arbeidstakeren. Forskning viser hvordan ledelsen påvirker motivasjonen hos behandlere til å tilegne seg en evidensbasert metode (Aarons & Sommerfeld, 2012). Ledelsens holdninger er dermed essensiell for effektiv implementering og det vil ut i fra det en vet om betydningen av organisatorisk sosial kontekst, være interessant å undersøke hvorvidt behandlere ved de fire poliklinikkene som er med på SMART-prosjektet har ulike holdninger til evidensbasert praksis.

### **Måling av holdninger**

Holdninger kan være vanskelige å måle siden begrepet er et hypotetisk konstrukt (Green, i Fazio, 2007). Det er en mangeårig debatt om den beste målingen av holdninger er å måle faktisk atferd, heller enn å måle holdninger indirekte ved bruk av spørreskjemaer (Ajzen, 2005). Mange måleinstrumenter og skalaer er likevel blitt utviklet og måling av holdninger hos ansatte i organisasjoner har foregått i mer enn et halvt århundre (Schneider, Ashworth, Higgs & Carr, 1996). De fleste spørreskjema innenfor dette feltet er utviklet på engelsk. Det er derfor viktig å sørge for gode oversettelser ved bruk av disse skjemaene i norsk forskning. For å kvalitetssikre et måleinstrument er det vesentlig å undersøke de psykometriske egenskapene ved instrumentet (Merenda, 2006).

### Måleinstrumentet EBPAS-50

Evidence-based Practice Attitude Scale (EBPAS) (Aarons, 2004) ble utviklet for å måle helsearbeideres holdninger til evidensbasert praksis. Spørreskjemaets første versjon fra 2004 inneholder 15 ledd delt inn i fire subskalaer kalt *Appellerende*, *Krav*, *Åpenhet* og *Divergens*. På bakgrunn av litteraturgjennomgang ble spørreskjemaet i 2012 utvidet til 50 utsagn og åtte nye subskalaer ble lagt til, kalt *Samsvar*, *Begrensninger*, *Overvåke*, *Kompetanse*, *Byrde*, *Jobbsikkerhet*, *Organisatorisk støtte* og *Tilbakemelding* (Aarons et al., 2012a) (Appendiks A). Tabell 1 viser de 12 subskalaene i EBPAS-50 og gir en oversikt over temaene for hvert spørsmål.

Tabell 1. Oversikt over Aarons' subskalainndeling

Spørsmål	Skala
	<b>Skala 1: Appellerende (Appeal): "ville tatt i bruk en intervensjon hvis..."</b>
9	Den var intuitivt tiltalende
10	Den virket fornuftig
14	Kollegaer var fornøyde
15	Fikk nok opplæring
	<b>Skala 2: Krav (Requirements): "ville tatt i bruk intervensjonen hvis..."</b>
11	Pålagt av leder
12	Pålagt av arbeidsplass
13	Pålagt av myndighetene
	<b>Skala 3: Åpenhet (Openness)</b>
1	Liker å prøve nye intervensjoner
2	Villig til å prøve nye intervensjoner
4	Vil prøve forskningsbaserte intervensjoner
8	Vil prøve tross forskjell fra egen preferanse
	<b>Skala 4: Divergens (Divergence)*</b>
3	Jeg vet bedre enn forskere
5	Forskningsbaserte intervensjoner er ikke nyttige
6	Erfaring er viktigere enn manualbaserte terapier
7	Ville ikke brukt manualbaserte terapier
	<b>Skala 5: Samsvar (Fit): "ville tatt intervensjonen i bruk hvis..."</b>
16	Pasient ønsket
17	Hadde informasjon om hvordan pasient likte den
18	Var velegnet for pasienten
19	Innflytelse på hvilken metode
20	Innflytelse på hvordan bruke metoden
21	Passet med klinisk tilnærming
22	Passet med behandlingsfilosofi
	<b>Skala 6: Begrensninger (Limitations)*</b>
23	EBP til hinder for kontakt
24	EBP vanskeliggjør allianse
25	EBP er forenklende
26	EBP unyttig for sammensatt problematikk
27	EBP unyttig for sammensatte familieproblemer
28	EBP ikke tilpasset den enkelte



29	EBP for snevert fokus
	<b>Skala 7: Overvåke (Monitoring)*</b>
30	Helst jobbe uten tilsyn
31	Vil ikke bli kikket over skulder
32	Unødvendig å holde øye med mitt arbeid
33	Behøver ikke bli holdt øye med
	<b>Skala 8: Kompetanse (Balance)*</b>
34	Fornøyd med terapeutferdigheter
35	Mer kunst enn vitenskap i terapi
36	Terapi både kunst og vitenskap
37	Kompetanse viktigst
	<b>Skala 9: Byrde (Burden)*</b>
38	Ikke tid til å lære noe nytt
39	Kan ikke oppfylle andre plikter
40	Får ikke passet inn EBP i administrative oppgaver
41	EBP gir mye papirarbeid
	<b>Skala 10: Jobbsikkerhet (Job Security)</b>
42	Lære EBP positivt for å beholde jobb
43	Lære EBP positivt for å få ny jobb
44	Lære EBP gjør det lettere å finne jobb
	<b>Skala 11: Organisatorisk støtte (Organizational Support)</b>
45	Lære EBP hvis får studiepoeng
46	Lære EBP hvis gitt opplæring
47	Lære EBP hvis kontinuerlig oppfølging
	<b>Skala 12: Tilbakemelding (Feedback)</b>
48	Liker tilbakemelding på arbeidet
49	Bedre terapeut av tilbakemelding
50	Bedre terapeut av veiledning

---

\*Reversert skala. EBP= Evidensbasert praksis

### Utforskning av underliggende strukturer i et spørreskjema

Faktoranalysen brukes til å finne det minste antall faktorer som på en tilfredsstillende måte kan forklare resultater fra et datasett (Bartholomew, 1995). Faktoranalyser deles inn i to hovedtyper: eksplorerende og konfirmerende (Hurley et al., 1997).

Eksplorerende faktoranalyser er en hypotesegenererende metode som utforsker hvilken faktormodell som best representerer testskårenes kovarians. Her avklares hvilke testledd som klynger seg sammen i grupper og som kan forklares av felles komponenter. Konfirmerende faktoranalyser er en teoriutprøvende metode som søker å bekrefte hypoteser. Her kreves det en forhåndsspesifisert faktormodell som kan hypotesetestes mot data. En slik konfirmerende faktoranalyse krever et stort utvalg (Thompson, 2004). Tanaka (1987) foreslo en minimumsstørrelse på utvalget, hvor hovedregelen er at det for hvert ledd bør være minst fire subjekter. Det vil si at for å gjøre en konfirmerende faktoranalyse i denne studien bør utvalget være på minst 200

respondenter.

I utviklingen av EBPAS-50 har Aarons benyttet en kombinasjon av matematisk drevne metoder og kvalitative metoder. Den kvalitative tilnærmingen til å finne ulike strukturer i et datasett, også kalt teoridreven metode, stammer fra Creswell (2007). Gangen i analysen foregår ved datalagring/organisering, lesning/gjennomgang, beskrivelse, klassifikasjon, fortolkning og til slutt fremstilling/visualisering (Creswell, 2007). De opprinnelige fire subskalaene fra EBPAS ble dannet ved litteraturstudier og er validert gjennom eksplorerende og konfirmerende faktoranalyser (Aarons, 2004). De åtte nye subskalaene i EBPAS-50 kom til ved at Aarons gjennom litteraturen fant nye aspekter ved holdninger. Disse er benyttet som utgangspunkt for å generere spørsmål til måleinstrumentet. Etter dette ble spørsmålene gjennomgått i fokusgrupper og spørsmål ble lagt til før overflødige ledd ble fjernet og man satt igjen med 127 ledd fordelt på 19 kategorier. Disse kategoriene ble til slutt klassifisert i åtte subskalaer og 35 ledd (Aarons et al., 2012a). Det er dermed ikke foretatt en ren matematisk drevne faktorstrukturering av EBPAS-50.

I originalversjonen med 15 utsagn har EBPAS en intern konsistens på 0.77 målt med Cronbachs  $\alpha$ . Aarons presenterer følgende verdier på Cronbachs  $\alpha$  på de fire opprinnelige subskalaene *Appellerende*: .80, *Krav*: .80, *Åpenhet*: .78 og *Divergens* .59. På de åtte subskalaene som ble presentert i 2012 viser han til følgende Cronbachs  $\alpha$ : *Samsvar*: .88, *Begrensninger*: .92, *Overvåke*: .87, *Kompetanse*: .79, *Byrde*: .77, *Jobbsikkerhet*: .82, *Organisatorisk støtte*: .85 og *Tilbakemelding*: .82 (Appendiks B).

### **Målet med studien**

Implementeringsforskningen og Aarons' studier viser at holdninger til evidensbasert praksis synes å være en distinkt og uunnværlig komponent knyttet til ervervelsen og implementeringen av evidensbasert praksis. Selv om målinger av holdninger hos ansatte er vanlig, har det i liten grad vært gjort i tilknytning til og underveis i en implementeringsprosess (Winter, 2003). Denne studien ønsket å se nærmere på de ulike aspektene ved holdninger til evidensbasert praksis hos behandlere på BUP. Siden det ikke tidligere er gjort matematiske faktorstruktureringer av EBPAS-50, vil faktorstrukturen ved måleinstrumentet i sin helhet undersøkes. Det er også av

interesse å gjøre en eksplorerende faktoranalyse siden skjemaet nylig er blitt oversatt til norsk. På bakgrunn av utvalgets størrelse og antall ledd og subskalaer, vil det ikke bli gjennomført en konfirmerende faktoranalyse. Det selekterte utvalget er ansatte på BUP-ene som er involvert i SMART-prosjektet. Studien undersøker variasjoner mellom besvarelser hos behandlere som er med i implementeringsprosjektet og de øvrige behandlerne, samt mellom poliklinikkene. Resultatene vil kunne gi kunnskap om holdninger hos behandlere som er i en tidlig implementeringsfase. Det antas at det vil være en forskjell i holdninger mellom behandlergruppene. I tillegg forventes det å ikke være store forskjeller mellom de ulike poliklinikkene. Målene med studien kan således formuleres slik:

1. Å undersøke faktorstruktur og psykometriske egenskaper ved Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS-50) i norsk oversettelse.
2. Å prøve ut ulike faktorløsninger for EBPAS-50 ved å
  - a) Undersøke holdninger til evidensbasert praksis hos behandlere ved BUP-er som er i en tidlig implementeringsfase av et manualbasert behandlingsprogram for emosjonelle lidelser hos ungdom.
  - b) Studere besvarelsene til behandlerne som er med i SMART-prosjektet opp mot de øvrige behandlerne for å se om det er forskjeller i holdninger til evidensbasert terapi.
  - c) Se på kulturelle forskjeller i holdninger til evidensbasert praksis ved å undersøke besvarelsene til de ulike poliklinikkene.

## **Metode**

### **Design**

Dette er en tverrsnittstudie med spørreskjema.

### **Utvalg**

Samtlige behandlere ved BUP Tromsø, BUP Bodø, BUP Vesterålen og BUP Sør-Troms ble forespurt om å delta i studien. Totalt utgjorde dette 78 behandlere. Av disse returnerte 59 behandlere spørreskjemaet. Dette tilsvarer en svarprosent på 75.6.

Klinikkene takket ja til å være med på implementeringen av SMART våren 2012. De forpliktet seg da til å stille med to av sine ansatte til SMART-prosjektet. To til tre behandlere ved hvert arbeidssted meldte seg til å bli SMART-behandlere. Disse mottar ukentlig veiledning og deltar på fagdager. Som SMART-behandler er man under forskningsprosjektet ansvarlig for utredning av pasienten før, under og etter SMART-behandlingen. I tillegg er man forpliktet til å filme én time med hver SMART-pasient.

### **Variabler og instrumenter**

Spørreskjemaet inneholder 52 variabler og dekker demografiske data og holdninger til evidensbaserte metoder (Appendiks C).

#### **Demografiske data**

Opplysninger om hvilken poliklinikk behandlerne tilhører og hvorvidt de er SMART-behandler eller ikke ble registrert. Av personvern hensyn ble alder og kjønn ikke kartlagt, da det i det selekterte og findelte utvalget ville vært vanskelig å sikre anonymiteten til deltakerne.

#### **Holdninger til evidensbasert praksis**

Evidence-Based Practice Attitude Scale-50 Item Version (EBPAS-50) er brukt for å måle ansattes holdninger til evidensbasert praksis. Måleinstrumentet er utviklet av Aarons et al. (2012a) (Appendiks A) og oversatt til norsk av doktorgradsstudent Marte Rye Heimdal (2012). Oversettelsen er foretatt etter vitenskapelig aksepterte prinsipper ved at det først er oversatt til norsk og deretter er den norske versjonen oversatt tilbake til engelsk av et profesjonelt oversetterfirma som ikke hadde tilgang på den engelske originalen. Den norske oversettelsen og tilbakeoversettelsen er så forelagt Aarons, som har godkjent oversettelsen som den offisielle norske EBPAS-50. EBPAS-50 består av 50 spørsmål som er laget for å måle generelle holdninger til evidensbasert praksis (eksempel spørsmål 4: *“Jeg er villig til å bruke nye og forskjellige former for terapi/intervensjoner som er utviklet av forskere”* og spørsmål 8: *“Jeg ville prøve en ny terapi/intervensjon selv om den er svært forskjellig fra hva jeg er vant til å gjøre”*). Respondentene skal på en Likert-skala besvare i hvor stor grad de er enige i utsagnene, med svaralternativene: 0= Ikke i det hele tatt, 1= I liten grad,

2= I moderat grad, 3= I stor grad og 4= I svært stor grad.

EBPAS-50 består av tolv subskalaer: *Appellerende, Krav, Åpenhet, Divergens, Samsvar, Begrensninger, Overvåke, Kompetanse, Byrde, Jobbsikkerhet, Organisatorisk støtte og Tilbakemelding*. Oversettelsen av subskalanavn til norsk er gjort i forbindelse med denne studien. Leddene i subskalaene *Begrensninger, Overvåke, Byrde, Divergens og Kompetanse* er reverserte, slik at en høy skåre på måleinstrumentet indikerer aksepterende holdning til evidensbasert praksis.

### **Datainnsamling og prosedyre**

Data er samlet inn ved at forfatterne av oppgaven oppsøkte poliklinikkene for å informere om studien, samt dele ut og samle inn EBPAS-50. Det ble sendt spørreskjema på epost til behandlere som ikke hadde mulighet til å svare på spørreskjemaet i det tidsrommet forfatterne var til stede.

### **Etikk**

Av personvern hensyn i et lite utvalg spredt på fire arbeidsplasser er det ikke hentet inn opplysninger om alder og kjønn. Det er stort flertall av kvinner på disse arbeidsplassene, og menn ville derfor være direkte identifiserbare, og det samme ville kombinasjon av alder og kjønn være. I det videre er de fire klinikkene anonymisert og hver har fått en tilfeldig bokstav fra A til D, som ikke samsvarer med den rekkefølgen de er navngitt tidligere i teksten.

### **Statistiske analyser**

Dataprogrammet SPSS, versjon 19, er brukt til følgende statistiske analyser: Deskriptiv statistikk, eksplorerende faktoranalyser, enveis ANOVA og stegvis multipl regresjonsanalyse.

### Resultater

Hensikten med studien var todelt. Det ene formålet var å undersøke de psykometriske egenskapene ved måleinstrumentet EBPAS-50. Videre ble holdninger til evidensbasert praksis hos behandlerne på de fire BUP-ene som er med i SMART-prosjektet studert. Her var målet å se etter ulikheter i holdninger mellom behandlergrupper og mellom klinikkene ved bruk av ulike faktorløsninger for EBPAS-50. Aarons' allerede etablerte kategorier vil bli omtalt som subskalaer, mens faktorinndelingene utført i denne studien vil bli omtalt som komponenter.

#### Del 1: Psykometriske egenskaper ved EBPAS-50

I originalversjonen med 15 utsagn har EBPAS en intern konsistens på .77 målt med Cronbachs  $\alpha$ . I denne studien ble det funnet en Cronbachs  $\alpha$  på .89 for EBPAS-50.

I litteraturen fremkommer det at det ikke tidligere er utført matematisk dreven faktorstrukturering på EBPAS-50. I teorien (Aarons et al., 2012a) skal det finnes en 12-faktorløsning for instrumentet. En prinsipalkomponentanalyse med varimax rotasjon ble gjennomført på de 50 leddene. 12 komponenter hadde Eigenvalue over 1 og forklarte i kombinasjon 77.74 % av den totale variansen. Antall komponenter stemte dermed overens med litteraturen. Tabell 2 gir en oversikt over hvilke spørsmål som inngikk i hver komponent i følge denne analysen.

Tabell 2. Eksplorerende prinsipalkomponentanalyse med varimax rotasjon

Spørsmål EBPAS-50	Prinsipalkomponenter											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Enig, uenig..												
1. Liker nye intervensjoner		.64			-.42							
2. Villig nye intervensjoner		.65										
3. Vet bedre enn forskere	.46		.40									.43
4. Prøve forskningsinterven.		.59						-.46				
5. Forskningsint. ikke nyttig	.80											
6. Erfaring over manualer				.52				-.47				
7. Ikke bruke manualer	.84											
8. Pos. forskjell preferanse		.47					-.36	-.41				
<i>Ville tatt i bruk hvis..</i>												
9. Intuitivt tiltalende		.48			.51		-.32	.35				
10. Fornuftig		.59			.53							
11. Pålagt av leder			.72		.30							
12. Pålagt av arbeidsplass		.31	.73		.39							

13. Pålagt av myndighetene													
14. Kollegaer fornøyde	<b>.68</b>												
15. Fikk nok opplæring	<b>.74</b>												
16. Pasient ønsket	<b>.48</b>								.40				
17. Info om pasient likte den	<b>.60</b>												
18. Velegnet for pasient	<b>.49</b>												
19. Innflytelse på metode	<b>.53</b>												
20. Innflytelse på å bruke	<b>.58</b>												
21. Passet med tilnærming	<b>.46</b>												
22. Passet med filosofi	<b>.45</b>												
<i>Enig/uenig med:</i>													
23. EBP hindrer kontakt	<b>.87</b>												
24. EBP vanskelig allianse	<b>.82</b>												
25. EBP er forenklede	<b>.77</b>												
26. EBP unyttig sammensatt	<b>.79</b>												
27. EBP unyttig sam. familie	<b>.79</b>												
28. EBP utilpasset enkelte	<b>.66</b>												
29. EBP for snevert fokus	<b>.75</b>												
30. Helst jobbe uten tilsyn	<b>.75</b>												
31. Ikke kikket over skulder	<b>.72</b>												
32. Unødvendig holde øye	<b>.69</b>												
33. Trenger ikke holde øye	<b>.58</b>												
34. Fornøyd med ferdigheter	<b>-.49</b>												
35. Mer kunst enn vitenskap	<b>.54</b>												
36. Kunst og vitenskap													
37. Kompetanse viktigst													
38. Ikke tid lære noe nytt	<b>.52</b>												
39. Kan ikke oppfylle plikter	<b>.71</b>												
40. Ikke EBP i adm. oppg.	<b>.69</b>												
41. EBP gir mye papirarbeid	<b>.71</b>												
42. EBP positivt holde jobb													
43. EBP positivt få ny jobb													
44. EBP lettere å finne jobb													
45. EBP hvis studiepoeng													
46. EBP hvis opplæring													
47. EBP hvis oppfølging													
48. Liker å få tilbakemelding													
49. Bedre med tilbakemeld.													
50. Bedre med veiledning													
Eigenvalue	10.28	8.66	3.43	3.13	2.41	2.31	1.99	1.62	1.43	1.37	1.20	1.04	
Forklart varians (%)	20.55	17.32	6.86	6.26	4.82	4.61	3.98	3.24	2.86	2.75	2.39	2.09	

Total varians forklart= 77,74 %. Komponentladninger <.30 er ikke tatt med. Den sterkeste komponentladningen for hvert spørsmål er uthevet. Faktornavn: 1-Klinisk fleksibilitet, 2-Opplæring/Åpenhet, 3-Overordnede betingelser, 4-Klinisk ekspertise, 5-Intuitivt tiltalende, 6-Betenkeligheter, 7-Styrke jobbmulighet, 8-Beholde jobb, 9-Metoder viktig, 10-Terapeutferdighet, 11-Belønning, 12-Forskningskompetanse  
EBP= Evidensbasert praksis

Hver av de tolv komponentene har fått nye navn, basert på hvilke ledd som ladet på den aktuelle komponenten. Det er tatt mest hensyn til de sterkeste

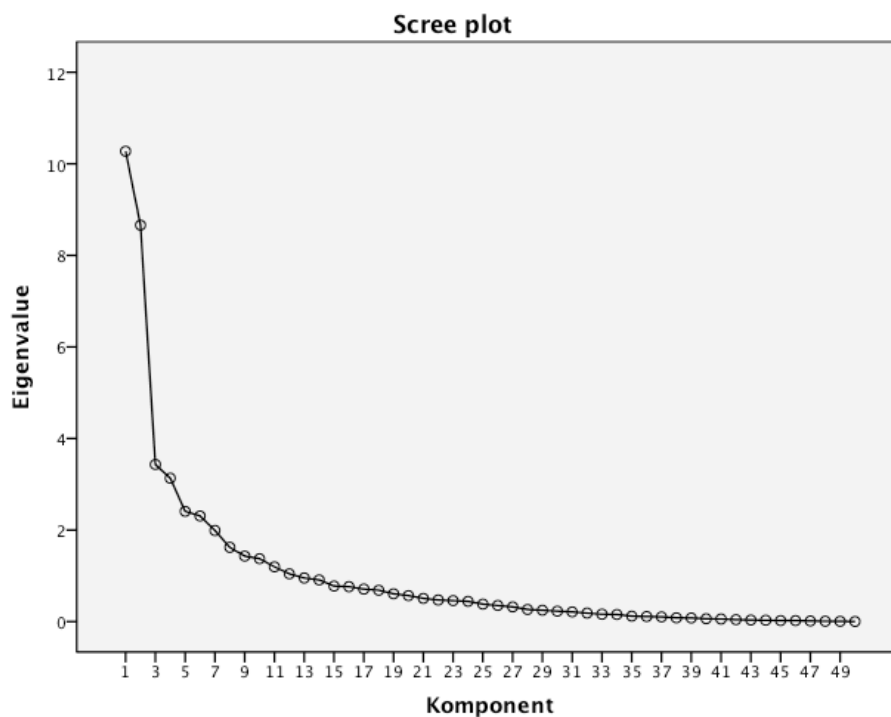
komponentladningene. Sammenlignet med Aarons' subskalaer inneholdt komponent 1 alle leddene i *Begrensninger*, *Byrde* og *Overvåke*, samt tre av fire ledd i *Divergens* og *Kompetanse*. Fellestrekk ved disse subskalaene var bakgrunnen for navnet *Klinisk Fleksibilitet*. Komponent 2 inneholdt alle ledd fra *Åpenhet*, *Organisatorisk støtte* og *Tilbakemelding*, seks av syv ledd i *Samsvar* og tre av fire ledd i *Appellerende*. Komponent 3 har fått navnet *Opplæring/Åpenhet* siden komponenten ladet høyest på leddene fra disse to subskalaene. Komponent 4 inneholdt alle ledd fra *Krav*, samt to av tre ledd fra *Jobbsikkerhet*. Denne komponenten er dermed gitt navnet *Overordnede betingelser*. I komponent 5 var det to spørsmål fra *Kompetanse* og ett fra *Divergens* og komponenten har fått navnet *Klinisk Ekspertise*. Komponent 6 til og med 12 inneholdt få sterke faktorladninger og har fått navn etter leddet med høyest ladning, samt retningen på besvarelsene. Disse var 5 *Intuitivt tiltalende*, 6 *Betenkeligheter*, 7 *Styrke jobbmulighet*, 8 *Beholde jobb*, 9 *Metoder viktig*, 10 *Terapeutferdighet*, 11 *Belønning* og 12 *Forskningskompetanse*.

I prinsipalkomponentanalysen ladet over 80 % av leddene på de to første komponentene og komponentladningene ble svake da de fordelte seg over et så stort antall komponenter. Flere av komponentene bestod kun av ledd som ladet høyere på andre komponenter. Imidlertid hadde alle 12 komponentene Eigenvalue høyere enn 1, noe som tydet på at de var relativt robuste, selv i et så lite utvalg.

Figur 1 viser scree-plottet fra prinsipalkomponentanalysen gjort med varimax rotasjon. Denne gir en grafisk fremstilling av hvilke komponenter som hadde høy nok Eigenvalue til å kunne representere en meningsfull faktor.



Figur 1: Scree plot



Scree-plottet var tvetydig og indikerte støtte for å beholde to, fire eller seks komponenter, i og med at det "knekker" ved disse punktene. Dette ga et annet bilde enn Aarons' subskalainndeling. Et færre antall komponenter ble også støttet i prinsipalkomponentanalysen med varimax rotasjon siden de fleste leddene ladet på de to første komponentene. Det ble derfor kjørt prinsipalkomponentanalyser med et forhåndsbestemt antall komponenter på seks og fire. Tabell 3 viser resultatene fra analysen med seks komponenter.

Tabell 3. Prinsipalkomponentanalyse med seks komponenter

Spørsmål EBPAS-50	Prinsipalkomponenter					
	1	2	3	4*	5	6
<i>Enig, uenig..</i>						
1. Liker å prøve nye intervensjoner		.58				.47
2. Villig til å prøve nye intervensjoner		.54				.46
3. Jeg vet bedre enn forskere	.44				-.32	
4. Vil prøve forskningsintervensjoner		.51				.54
5. Forskningsintervensjoner ikke nyttig	.81					
6. Erfaring viktigere enn manualbasert					-.61	
7. Vil ikke brukt manualbaserte terapier	.84					
8. Prøve tross forskjell fra egen preferanse		.39				.61
<i>Ville tatt i bruk hvis..</i>						
9. Intuitivt tiltalende			.77			
10. Fornuftig			.76			
11. Pålagt av leder				.84		
12. Pålagt av arbeidsplass				.87		
13. Pålagt av myndighetene				.82		
14. Kollegaer var fornøyde		.52	.46			
15. Fikk nok opplæring		.71				
16. Pasient ønsket			.54			
17. Info om pasient likte den		.51	.37			
18. Velegnet for pasient			.60			
19. Innflytelse på metoden		.33			.59	
20. Innflytelse på hvordan bruke		.30			.71	
21. Passet med klinisk tilnærming					.70	
22. Passet med behandlingsfilosofi			.34		.70	
<i>Enig/uenig med:</i>						
23. EBP til hinder for kontakt	.88					
24. EBP vanskeliggjør allianse	.83					
25. EBP er forenklende	.78					
26. EBP unyttig sammensatt problematikk	.80					
27. EBP unyttig for sammensatte familie	.79					
28. EBP ikke tilpasset den enkelte	.66	.34				
29. EBP for snevert fokus	.75					
30. Helst jobbe uten tilsyn	.74					
31. Vil ikke bli kikket over skulder	.70					
32. Unødvendig å holde øye med mitt arbeid	.67					
33. Behøver ikke bli holdt øye med	.55					
34. Fornøyd med terapeutferdigheter	-.50				-.33	
35. Mer kunst enn vitenskap i terapi	.52					-.31
36. Terapi både kunst og vitenskap						-.72
37. Kompetanse viktigst	-.35				-.32	-.50
38. Ikke tid til å lære noe nytt	.50					
39. Kan ikke oppfylle andre plikter	.71					
40. Ikke passet EBP i adm. oppg.	.69					
41. EBP gir mye papirarbeid	.71					
42. Lære EBP positivt beholde jobb		.35		.30		-.46
43. Lære EBP positivt for å få ny jobb		.53	-.36			
44. Lære EBP lettere å finne jobb		.45	-.38	.40		

45. Lære EBP hvis får studiepoeng		.49				.32
46. Lære EBP hvis gitt opplæring		.81				
47. Lære EBP hvis kont. oppfølging		.77				
48. Liker tilbakemelding på arbeidet		.74				
49. Bedre terapeut av tilbakemelding		.83				
50. Bedre terapeut av veiledning		.77				
Eigenvalue	10,28	8,66	3,43	3,13	2,41	2,31
Forklart varians (%)	20,55	17,32	6,86	6,26	4,82	4,61

Total varians forklart= 60,43 %. Komponentladninger <.30 er ikke tatt med. Den sterkeste komponentladningen for hvert spørsmål er uthevet. Faktornavn: 1-*Ideologi*, 2-*Opplæring/Veiledning*, 3-*Appellerende*, 4- *Krav*, 5-*Autonomi*, 6-*Vitenskapelig innstilt*  
 \*Identisk med Aarons' (2004) subskala "Krav"  
 EBP= Evidensbasert praksis

Sekskomponentmodellen forklarte 60.43 % av total varians. Når data ble gjennomgått og spørsmålene plassert under komponenten som de ladet høyest på, var de to første komponentene særlig fremtredende. Kun én komponent var identisk med en av Aarons sine subskalaer, og ellers inneholdt komponentene ledd fra flere subskalaer. Komponent 1 inneholdt alle leddene i *Begrensninger*, *Overvåke* og *Byrde*, i tillegg til tre av fire ledd i *Divergens* og *Kompetanse*. Denne komponenten fikk dermed navnet *Ideologi*. Komponent 2 inneholdt alle leddene til *Organisatorisk støtte* og *Tilbakemelding* og to av tre ledd i *Jobbsikkerhet* og fikk navnet *Opplæring/Veiledning*. Komponent 3 inneholdt to ledd fra *Appellerende* og to ledd fra *Samsvar*, og har ut i fra høyeste faktorladning og fellestrekk ved leddene fått navnet *Appellerende*. Komponent 4 var identisk med Aarons' subskala *Krav* og har dermed fått samme navn. Komponent 5 inneholdt fire av seks ledd fra *Samsvar* og fikk på bakgrunn av innholdet i leddene navnet *Autonomi*. Komponent 6 inneholdt to ledd fra *Kompetanse* som er negativt ladet, samt to ledd fra *Åpenhet*. Komponent 6 var vanskelig å tolke på grunn av stort mangfold blant leddene. Fellestrekkene som var mest fremtredende ligger til grunn for navnet *Vitenskapelig innstilt*.

Tabell 4 viser en oversikt over prinsippkomponentanalyse gjort med fire komponenter.

Tabell 4: Prinsipalkomponentanalyse med fire komponenter

Spørsmål EBPAS-50	Prinsipalkomponenter			
	1	2	3	4
<i>Enig, uenig..</i>				
1. Liker å prøve nye intervensjoner		<b>.59</b>		
2. Villig til å prøve nye intervensjoner		<b>.54</b>	.43	
3. Jeg vet bedre enn forskere	<b>.44</b>			.36
4. Vil prøve forskningsintervensjoner		<b>.57</b>		
5. Forskningsintervensjoner ikke nyttig	<b>.81</b>			
6. Erfaring viktigere enn manualbasert				<b>.46</b>
7. Vil ikke brukt manualbaserte terapier	<b>.84</b>			
8. Prøve tross forskjell egen preferanse		<b>.38</b>	.32	
<i>Ville tatt i bruk hvis..</i>				
9. Intuitivt tiltalenende		<b>.48</b>		
10. Fornuftig		<b>.56</b>		
11. Pålagt av leder			<b>.79</b>	
12. Pålagt av arbeidsplass			<b>.80</b>	
13. Pålagt av myndighetene.			<b>.69</b>	
14. Kollegaer var fornøyde		<b>.70</b>		
15. Fikk nok opplæring		<b>.76</b>		
16. Pasient ønsket		<b>.48</b>		-30
17. Info om pasient likte den		<b>.64</b>		
18. Velegnet for pasient		<b>.51</b>		
19. Innflytelse på metoden		.45		<b>-.48</b>
20. Innflytelse på hvordan bruke		.48		<b>-.63</b>
21. Passet med klinisk tilnærming		.44		<b>-.52</b>
22. Passet med behandlingsfilosofi		<b>.49</b>	-.31	<b>-.47</b>
<i>Enig/uenig med:</i>				
23. EBP til hinder for kontakt	<b>.88</b>			
24. EBP vanskeligjør allianse	<b>.83</b>			
25. EBP er forenklede	<b>.77</b>			
26. EBP unyttig sammensatt problem	<b>.80</b>			
27. EBP unyttig for sammensatt familie	<b>.79</b>			
28. EBP ikke tilpasset den enkelte	<b>.66</b>			
29. EBP for snevert fokus	<b>.74</b>			
30. Helst jobbe uten tilsyn	<b>.74</b>			
31. Vil ikke bli kikket over skulder	<b>.71</b>			
32. Unødvendig holde øye med arbeid	<b>.68</b>			
33. Behøver ikke bli holdt øye med	<b>.56</b>		-.31	.35
34. Fornøyd med terapeutferdigheter	<b>-.51</b>			
35. Mer kunst enn vitenskap i terapi	<b>.53</b>			
36. Terapi både kunst og vitenskap				<b>.45</b>
37. Kompetanse viktigst	-.33			<b>.59</b>
38. Ikke tid til å lære noe nytt	<b>.51</b>			
39. Kan ikke oppfylle andre plikter	<b>.72</b>			
40. Ikke passet EBP i adm. oppg.	<b>.69</b>			
41. EBP gir mye papirarbeid	<b>.71</b>			
42. Lære EBP positivt beholde jobb			.31	<b>.42</b>
43. Lære EBP positivt for å få ny jobb			<b>.42</b>	.31
44. Lære EBP lettere å finne jobb			<b>.60</b>	

45. Lære EBP hvis får studiepoeng		.38		.44
46. Lære EBP hvis gitt opplæring		.77		
47. Lære EBP hvis kont. oppfølging		.77		
48. Liker tilbakemelding på arbeidet		.72		
49. Bedre terapeut av tilbakemelding		.80		
50. Bedre terapeut av veiledning		.76		
<hr/>				
Eigenvalue	10.28	8.66	3.43	3.13
Forklart varians (%)	20.51	16.28	7.68	6.53

Total varians forklart= 51.00 %. Komponentladninger <.30 er ikke tatt med. Den sterkeste komponentladningen for hvert spørsmål er uthevet. Faktornavn: 1-*Klinisk nytte*, 2-*Tilbakemelding/Appellerende*, 3-*Krav/Sikre arbeidet*, 4-*Kritisk til bruk*  
EBP= Evidensbasert praksis

Firekomponentmodellen forklarte 51 % av total varians. Komponent 1 inneholdt alle leddene til de reverserte skalaene *Begrensninger*, *Overvåke* og *Byrde* og tre av fire ledd i *Divergens*. I tillegg inneholdt den to av fire ledd i *Kompetanse*. Komponent 2 har fått fellesbetegnelsen *Klinisk nytte*. Komponent 2 inneholdt alle leddene til *Appellerende*, *Åpenhet* og *Tilbakemelding*. Den inneholdt også fire av syv ledd til *Begrensninger* og har fått navnet *Tilbakemelding/Appellerende*. Komponent 3 inneholdt alle leddene i *Krav*, i tillegg til to av tre i *Jobbsikkerhet* og har fått navnet *Krav/Sikre arbeidet*. Komponent 4 inneholdt tre av syv ledd fra *Samsvar* som var negativt ladet. Den inneholdt også to av fire ledd fra *Kompetanse* og har fått navnet *Kritisk til bruk*.

Når antall komponenter ble redusert til fire ladet de fleste spørsmålene på de to første komponentene. Da forklart varians var lav ved firekomponentmodellen, ble det besluttet å ikke redusere antall komponenter ytterligere, siden man bør etterstrebe at modellen forklarer så høy varians som mulig (Dancey & Reidy, 2011).

Sekskomponentløsningen ga et mer nyansert bilde og forklarte større del av variansen. Denne modellen var derfor å foretrekke fremfor firekomponentmodellen. Tolvkomponentmodellen forklarte mest av den totale variansen, men siden faktorladningene ble svake fra komponent 5 til 12, ble ikke denne modellen ansett som gunstig. Videre analyser ble utført med utgangspunkt i sekskomponentmodellen. For å kunne sammenligne sekskomponentmodellen opp mot tidligere subskalainndeling er de samme analysene også utført med Aarons' subskalainndeling.

De psykometriske egenskapene ved EBPAS-50 ble videre undersøkt ved at reliabiliteten av subskalaene i form av intern konsistens ved Cronbachs  $\alpha$  ble estimert.

Tabell 5 viser verdiene for Aarons' 12 subskalaer og for sekskomponentmodellen. De fleste verdiene på sekskomponentmodellen var gode eller utmerkede, med verdier mellom .79 og .93. Komponent 6 skilte seg ut med en uakseptabel lav verdi på .11. Estimerte Cronbachs  $\alpha$  målt på de 12 subskalaene viste jevnt over høye verdier, der de fleste komponentene hadde verdier fra .70 til .92 som blir sett på som gode og utmerkede (Field, 2009).

Tabell 5. Cronbachs  $\alpha$  på de to komponentmodellene

6 komponenter		12 subskalaer	
Komponent	Cronbachs $\alpha$	Subskala	Cronbachs $\alpha$
1. <i>Ideologi</i>	.93	1. <i>Appellerende</i>	.78
2. <i>Opplæring/Veiledning</i>	.88	2. <i>Krav</i>	.90
3. <i>Appellerende</i>	.79	3. <i>Åpenhet</i>	.80
4. <i>Krav</i>	.90	4. <i>Divergens</i>	.63
5. <i>Autonomi</i>	.84	5. <i>Samsvar</i>	.80
6. <i>Klinisk kompetanse</i>	.11	6. <i>Begrensinger</i>	.92
		7. <i>Overvåke</i>	.88
		8. <i>Kompetanse</i>	.54
		9. <i>Byrde</i>	.81
		10. <i>Jobbsikkerhet</i>	.73
		11. <i>Organisatorisk støtte</i>	.66
		12. <i>Tilbakemelding</i>	.90

Tabell 6 gir en oversikt over leddene til hver komponent i sekskomponentmodellen.

Tabell 6. Oversikt over sekskomponentmodellen

Spørsmål	Komponent
<b>Komponent 1: Ideologi</b>	
3	Jeg vet bedre enn forskere
5	Forskningsbaserte intervensjoner ikke nyttig
7	Ville ikke brukt manualbaserte terapier
23	EBP til hinder for kontakt
24	EBP vanskeliggjør allianse
25	EBP er forenklende
26	EBP unyttig for sammensatt problematikk
27	EBP unyttig for sammensatte familie
28	EBP ikke tilpasset den enkelte
29	EBP for snevert fokus
30	Helst jobbe uten tilsyn
31	Vil ikke bli kikket over skulder

- 32 Unødvendig å holde øye med mitt arbeid
- 33 Behøver ikke bli holdt øye med
- 34 Fornøyd med terapeutferdigheter
- 35 Mer kunst enn vitenskap i terapi
- 38 Ikke tid til å lære noe nytt
- 39 Kan ikke oppfylle andre plikter
- 40 Får ikke passet inn EBP i admin. oppgaver
- 41 EBP gir mye papirarbeid

***Komponent 2: Opplæring/Veiledning***

- 1 Liker å prøve nye intervensjoner
- 2 Villig til å prøve nye intervensjoner
- 14 Kollegaer var fornøyde
- 15 Ville brukt hvis fikk nok opplæring
- 17 Informasjon om pasient likte den
- 43 Lære EBP positivt for å få ny jobb
- 44 Lære EBP lettere å finne jobb
- 45 Lære EBP hvis får studiepoeng
- 46 Lære EBP hvis gitt opplæring
- 47 Lære EBP hvis oppfølging
- 48 Liker tilbakemelding på arbeidet
- 49 Bedre terapeut av tilbakemelding
- 50 Bedre terapeut av veiledning

***Komponent 3: Appellerende***

- 9 Intuitivt tiltalende
- 10 Fornuftig
- 16 Pasient ønsket
- 18 Velegnet for pasient

***Komponent 4: Krav***

- 11 Pålagt av leder
- 12 Pålagt av arbeidsplass
- 13 Pålagt av myndighetene

***Komponent 5: Autonomi***

- 6 Erfaring viktigere enn manualbasert
- 19 Innflytelse på metoden
- 20 Innflytelse på hvordan bruke
- 21 Passet med klinisk tilnærming
- 22 Passet med behandlingsfilosofi

***Komponent 6: Vitenskapelig innstilt***

- 4 Vil prøve forskningsbaserte intervensjoner
- 8 Vil prøve tross forskjell fra egen preferanse
- 36 Terapi både kunst og vitenskap
- 37 Kompetanse viktigst
- 42 Lære EBP positivt beholde jobb

**Del 2: Forskjeller i holdninger til evidensbasert praksis**

Totalt ble det samlet inn 59 spørreskjema. Elleve av disse var fra behandlere i SMART-prosjektet, mens de resterende 48 representerte øvrige behandlere ved poliklinikkene. Maksimal skåre som var mulig på spørreskjemaet er 200. Tabell 7 viser at skårene til behandlerne varierte fra 97 til 173, med gjennomsnittskåre 131.60.

Tabell 7. Antall besvarelser og totalskåre fra de fire arbeidsstedene og de to behandlergruppene

<i>Arbeidssted</i>	<i>SMART</i>	<i>Øvrige</i>	<i>Total</i>	<i>Totalskåre</i>		
				Gjennomsnitt	SD	Range
<i>A</i>	3	22	25	132.92	18.93	101-173
<i>B</i>	3	12	15	131.27	20.37	95-166
<i>C</i>	2	6	8	137.63	18.39	103-160
<i>D</i>	3	8	11	120.73	16.47	99-152
<i>Total</i>	11	48	59			
<i>Totalskåre</i>						
Gjennomsnitt	131.00	131.73		131.60		
SD	25.89	17.65			19.19	
Range	99-173	97-170				97-173

SMART-behandlerne og de øvrige behandlerne avga tilnærmet lik gjennomsnittsskåre. Mellom arbeidsstedene var skårene mer ulike, der arbeidssted D skilte seg ut med en gjennomsnittsskåre på 120.73, som var en markant, men ikke statistisk signifikant, lavere skåre enn ved de tre andre poliklinikkene.

Tabell 8 gir en oversikt over gjennomsnittsskåre for hvert ledd, utvalget sett under ett.

Tabell 8. Deskriptive data for leddene i EBPAS-50 (N=59)

	<i>Spørsmål</i>	<i>Gj.snitt</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>
1.	Liker å prøve nye intervensjoner	3.02	0.63	2-4
2.	Villig til å prøve nye intervensjoner	3.14	0.75	1-4
3.	Jeg vet bedre enn forskere*	1.92	0.86	0-4
4.	Vil prøve forskningsbaserte intervensjoner	3.07	0.76	1-4
5.	Forskningsbaserte intervensjoner ikke nyttig*	2.66	1.35	0-4
6.	Erfaring viktigere enn manualbasert*	1.78	0.83	1-4
7.	Vil ikke brukt manualbaserte terapier*	2.81	1.46	0-4
8.	Vil prøve tross forskjell fra egen preferanse	2.63	0.96	0-4
9.	Ville prøvd hvis intuitivt tiltalende	3.15	0.78	1-4
10.	Ville prøvd hvis virket fornuftig	3.36	0.69	2-4



11. Hvis pålagt av leder	2.68	0.88	1-4
12. Hvis pålagt av arbeidsplass	2.68	0.88	1-4
13. Hvis pålagt av myndighetene	2.81	0.84	1-4
14. Hvis kollegaer var fornøyde	3.10	0.73	2-4
15. Hvis fikk nok opplæring	3.39	0.72	1-4
16. Hvis pasient ønsket	3.14	0.68	2-4
17. Hvis info om pasient likte den	2.85	0.76	1-4
18. Hvis velegnet for pasient	3.51	0.54	2-4
19. Hvis innflytelse på metoden	3.00	0.72	1-4
20. Hvis innflytelse på hvordan bruke	3.05	0.78	1-4
21. Hvis passet med klinisk tilnærming	3.44	0.73	1-4
22. Hvis passet med behandlingsfilosofi	3.36	0.79	0-4
23. EBP til hinder for kontakt*	2.78	1.33	0-4
24. EBP vanskeliggjør allianse*	2.69	1.25	0-4
25. EBP er forenklende*	2.42	0.95	0-4
26. EBP unyttig for sammensatte problemer.*	2.32	1.11	0-4
27. EBP unyttig for sammensatt familie*	2.32	1.17	0-4
28. EBP ikke tilpasset den enkelte*	2.15	0.96	0-4
29. EBP for snevert fokus*	2.17	0.95	0-4
30. Helst jobbe uten tilsyn*	2.53	1.25	0-4
31. Vil ikke bli kikket over skulder*	2.58	1.28	0-4
32. Unødvendig å holde øye med mitt arbeid*	2.46	1.26	0-4
33. Behøver ikke bli holdt øye med*	2.24	1.22	0-4
34. Fornøyd med terapeutferdigheter*	1.63	0.64	1-3
35. Mer kunst enn vitenskap i terapi*	2.53	1.12	0-4
36. Terapi både kunst og vitenskap*	1.53	1.24	0-4
37. Kompetanse viktigst*	1.73	0.88	0-4
38. Ikke tid til å lære noe nytt*	2.08	1.15	0-4
39. Kan ikke oppfylle andre plikter*	2.19	1.11	0-4
40. Ikke passet EBP i admin. oppgaver*	2.34	1.25	0-4
41. EBP gir mye papirarbeid*	2.31	1.05	0-4
42. Lære EBP positivt beholde jobb	1.20	1.08	0-4
43. Lære EBP positivt for å få ny jobb	1.88	1.02	0-4
44. Lære EBP lettere å finne jobb	1.97	1.14	0-4
45. Lære EBP hvis får studiepoeng	1.78	1.44	0-4
46. Lære EBP hvis gitt opplæring	3.25	0.78	1-4
47. Lære EBP hvis oppfølging	3.25	0.80	1-4
48. Liker tilbakemelding på arbeidet	3.39	0.81	1-4
49. Bedre terapeut av tilbakemelding	3.63	0.76	1-4
50. Bedre terapeut av veiledning	3.75	0.60	2-4
Gjennomsnitt	2.63	0.38	0-4

\*Reverserte spørsmål.

EBP= Evidensbasert praksis

Spørsmål som var negativt ladet ble reversert i tråd med skåringsmanualen (Appendiks B), slik at en høy totalskåre tilsvarer en aksepterende holdning til evidensbasert praksis. Gjennomsnittsskåren for leddene var 2.63. Tabell 8 viser at spørsmål 42 hadde laveste gjennomsnittsskåre (*Å lære en evidensbasert metode vil hjelpe meg å holde på jobben min*) på 1.20, mens høyeste gjennomsnittsskåre var på spørsmål 50 (*Å motta veiledning hjelper meg til å bli en bedre terapeut*) på 3.75.

For å undersøke om det var signifikante forskjeller i holdninger mellom behandlergruppene og mellom poliklinikkene ble det utført ANOVA. Analysene er gjort både med sekskomponentmodellen og Aarons' subskalainndeling. Siden komponentene inneholder ulikt antall spørsmål, er det vanskelig å sammenligne verdiene for gjennomsnitt og standardavvik på tvers av komponentene. Eksempelvis har subskalaen *Samsvar* syv ledd, mens *Jobbsikkerhet* inneholder kun tre. Disse verdiene er derfor i tabell 9 til 12 delt på antall ledd i subskalaene og komponentene for en lettere sammenligning.

Tabell 9. Sammenligning mellom behandlergruppene på hver subskala

Subskala	Total		SMART		Øvrige		df	F-verdi	p
	Gj. snitt	SD	Gj. snitt	SD	Gj. snitt	SD			
<i>Appellerende*</i>	3.25	0.57	3.57	0.34	3.17	0.58	1,57	4.67	.035
<i>Krav</i>	2.72	0.78	3.00	0.58	2.66	0.81	1,57	1.73	.193
<i>Åpenhet**</i>	2.96	0.83	3.52	0.43	2.83	0.59	1,57	13.30	.001
<i>Divergens</i>	2.29	0.80	1.91	1.04	2.38	0.72	1,57	3.23	.078
<i>Samsvar*</i>	3.19	0.48	3.48	0.31	3.13	0.49	1,57	5.18	.027
<i>Begrensninger**</i>	2.41	0.92	1.69	1.18	2.57	0.77	1,57	9.52	.003
<i>Overvåke</i>	2.45	1.07	2.07	1.34	2.54	0.99	1,57	1.74	.193
<i>Kompetanse</i>	1.85	0.65	1.73	0.49	1.88	0.68	1,57	0.50	.484
<i>Byrde*</i>	2.23	0.91	1.64	1.33	2.36	0.73	1,57	6.27	.015
<i>Jobbsikkerhet</i>	1.68	0.97	2.12	0.97	1.58	0.83	1,57	3.54	.065
<i>Org. støtte*</i>	2.76	0.81	3.30	0.71	2.64	0.79	1,57	6.56	.013
<i>Tilbakemelding</i>	3.59	0.66	3.94	0.13	3.51	0.71	1,57	3.92	.051
<i>Gj.snitt totalskåre</i>	2.63	0.38	2.62	0.52	2.63	0.35	1,57	0.01	.911

\* $p > 0,05$ . \*\* $p > 0,01$

På totalskåre var det tilnærmet like gjennomsnittsskårer mellom behandlergruppene. Forskjeller mellom SMART-behandlere og øvrige behandlere ble imidlertid fremtredende da spørsmålene ble fordelt i de 12 subskalaene. SMART-behandlere skilte seg fra øvrige behandlere på subskalaene *Appellerende* ( $F(1,57) = 4.67, p = .035$ ), *Åpenhet* ( $F(1,57) = 13.30, p = .001$ ), *Samsvar* ( $F(1,57) = 5.18, p = .027$ ), *Begrensninger* ( $F(1,57) = 9.52, p = .003$ ), *Byrde* ( $F(1,57) = 6.27, p = .015$ ) og *Organisatorisk støtte* ( $F(1,57) = 6.56, p = .013$ ). På subskalaene *Appellerende*, *Åpenhet*, *Samsvar* og *Organisatorisk støtte* skåret SMART-behandlerne signifikant høyere. Videre hadde de en signifikant lavere skåre på subskalaene *Begrensninger* og *Byrde*. Gjennomsnittsskåren på subskalaen *Tilbakemelding* var svært høy hos SMART-gruppen, med en verdi på 3.94. Dette tilsier at behandlergruppen har opp mot maksimal skåre på holdninger knyttet til veiledning ved bruk av evidensbaserte metoder.

ANOVA ble også brukt for å undersøke forskjellen mellom arbeidsstedene. Resultatene presenteres i Tabell 10.

Tabell 10. Forskjeller mellom arbeidsstedene på hver subskala

Subskala	Arbeidssted										
	A		B		C		D		df	F-verdi	p
Gj. snitt	SD	Gj. snitt	SD	Gj. snitt	SD	Gj.sn itt	SD				
<i>Appellerende</i>	3.15	0.63	3.32	0.49	3.44	0.56	3.23	0.54	3,55	1.32	.255
<i>Krav</i>	2.17	0.79	2.90	0.84	2.42	0.50	2.58	0.81	3,55	0.01	.946
<i>Åpenhet</i>	2.91	0.47	2.82	0.78	3.19	0.76	3.11	0.60	3,55	0.00	.996
<i>Divergens</i>	2.35	0.78	2.30	0.74	2.59	0.96	1.93	0.77	3,55	0.00	.981
<i>Samsvar</i>	3.06	0.52	3.26	0.43	3.41	0.49	3.25	0.44	3,55	2.86	.096
<i>Begrensninger</i>	2.44	0.90	2.50	0.94	2.80	0.74	1.92	0.97	3,55	0.15	.702
<i>Overvåke</i>	2.50	0.99	2.62	1.09	2.66	1.05	1.95	1.23	3,55	0.09	.765
<i>Kompetanse</i>	2.03	0.65	1.97	0.60	1.47	0.74	1.57	0.49	3,55	1.14	.290
<i>Byrde</i>	2.20	0.74	2.38	0.95	2.56	0.79	1.84	1.22	3,55	0.57	.456
<i>Jobbsikkerhet*</i>	1.99	0.91	1.44	0.72	1.46	0.96	1.48	0.82	3,55	4.80	.033
<i>Org. støtte</i>	2.76	0.81	3.30	0.71	2.64	0.79	2.52	1.18	3,55	0.87	.354
<i>Tilbakemelding</i>	3.60	0.69	3.64	0.61	3.58	0.61	3.48	0.79	3,55	0.01	.905
<i>Gj.snitt totalskåre</i>	2.66	0.38	2.68	0.41	2.41	0.33	2.75	0.37	3,55	0.06	.812

 \* $p > 0,05$

Det var ikke signifikante forskjeller mellom arbeidsstedene for totalskåre. Holdninger mellom ansatte på de ulike klinikkene viste seg å være signifikant forskjellig på subskalaen *Jobbsikkerhet* ( $F(3,55) = 4.80, p = .033$ ). Bonferroni post hoc sammenligning av de fire arbeidsplassene viste ikke signifikante forskjeller på denne subskalaen. Dette kan skyldes at det ved et lite utvalg og mange komponenter kreves svært sterke effekter for å finne signifikante forskjeller ved Bonferroni post hoc analyse (Field, 2009). Likevel tyder de deskriptive resultatene på at arbeidsplass A i større grad enn de andre klinikkene vurderer bruk av evidensbaserte metoder som viktig for å beholde jobben.

ANOVA-analyser ble også utført med sekskomponentmodellen (Tabell 11).

Tabell 11. Sammenligning mellom behandlergruppene på hver komponent

Komponent	Total		SMART		Øvrige		df	F-	p
	Gj. snitt	SD	Gj. snitt	SD	Gj. snitt	SD			
<i>1. Ideologi*</i>	2.36	0.77	1.80	1.10	2.48	0.63	1,57	7.88	.007
<i>2. Oppl./Veiledning*</i>	2.71	0.52	3.15	0.33	2.62	0.51	1,57	10.98	.002
<i>3. Appellerende</i>	3.29	0.53	3.52	0.48	3.23	0.53	1,57	2.72	.105
<i>4. Krav</i>	2.72	0.78	3.00	0.56	2.66	0.81	1,57	1.73	.193
<i>5. Autonomi*</i>	2.93	0.48	3.25	0.24	2.85	0.49	1,57	7.07	.010
<i>6. Vit. innstilt</i>	2.03	0.47	2.25	0.38	1.98	0.47	1,57	3.22	.078
<i>Gj.snitt totalskåre</i>	2.63	0.38	2.62	0.52	2.63	0.35	1,57	0.01	.911

\* $p > 0,01$

De to behandlergruppene var signifikant forskjellige på komponentene *Ideologi* ( $F(1,57) = 7.88, p = .007$ ), *Opplæring/Veiledning* ( $F(1,57) = 10.98, p = .002$ ) og *Autonomi* ( $F(1,57) = 7.07, p = .010$ ). Her skåret SMART-behandlerne signifikant høyere på komponentene *Opplæring/Veiledning* og *Autonomi*. Resultatene viste at SMART-behandlerne i større grad enn de øvrige behandlerne mener de ville tatt i bruk evidensbaserte metoder dersom de mottok opplæring og veiledning, samt hadde innflytelse på valg av metode. På den reverserte komponenten *Ideologi*, som omfatter opplevde begrensninger og byrder ved evidensbaserte metoder, skåret SMART-behandlerne signifikant lavere enn den øvrige behandlergruppen. Dette tyder på at de

i større grad enn de øvrige behandlerne opplever disse negative aspektene i utøvelsen av evidensbasert behandling.

Sammenligning mellom arbeidsstedene (Tabell 12) viste en signifikant forskjell i holdninger på komponenten *Vitenskapelig innstilt* ( $F(3,55) = 11.91$   $p = .001$ ).

Tabell 12. Forskjeller mellom arbeidsstedene på hver komponent

Komponent	Arbeidssted								df	F-verdi	p
	A		B		C		D				
	Gj. snitt	SD	Gj. snitt	SD	Gj. snitt	SD	Gj. snitt	SD			
<i>1. Ideologi</i>	2.39	0.67	2.49	0.79	2.62	0.70	1.92	0.96	3,55	0.21	.647
<i>2. Oppl./Veiledning</i>	2.75	0.48	2.69	0.50	2.78	0.56	2.62	0.65	3,55	0.08	.774
<i>3. Appellerende</i>	3.20	0.54	3.40	0.47	3.44	0.69	3.23	0.49	3,55	1.69	.199
<i>4. Krav</i>	2.79	0.79	2.93	0.84	2.42	0.50	2.52	0.81	3,55	0.01	.946
<i>5. Autonomi</i>	2.78	0.50	2.91	0.44	3.25	0.38	3.05	0.44	3,55	2.57	.115
<i>6. Vit. innstilt*</i>	2.27	0.40	1.87	0.46	1.78	0.38	1.89	0.47	3,55	11.91	.001
<i>Gj.snitt totalskåre</i>	2.66	0.38	2.68	0.41	2.41	0.33	2.75	0.37	3,55	0.06	.812

\* $p > 0,01$ .

Post hoc sammenligning ved bruk av Bonferroni-test viste at ansatte ved arbeidsplass A ( $M = 11.36$ ,  $SD = 2.02$ ) hadde en signifikant høyere skåre på komponenten *Vitenskapelig innstilt* enn både ved arbeidsplass B ( $M = 8.88$ ,  $SD = 1.86$ ) og C ( $M = 9.33$ ,  $SD = 2.32$ ). Dette indikerer at ansatte ved denne klinikken rapporterer at de er mer villige til å prøve forskningsbaserte metoder og vektlegger evidensbasert behandling i sin praksis.

For å undersøke hva som predikerer de ulike holdningskomponentene ble det utført stegvis multiple regresjonsanalyser med behandlergruppe og arbeidssted som uavhengige variabler. Tabell 13 viser analysen gjort med Aarons' 12 subskalaer.

Tabell 13. Stegvis multipl regressjonsanalyse på de 12 subskalaene

Subskala	Adjusted R-square	Beta	t-skåre	p
<b>Appellerende</b>	.06			
SMART*		.26	2.00	.046
Arbeidssted		-.12	-0.96	.339
<b>Krav</b>	-.01			
SMART		.17	1.31	.197
Arbeidssted		.01	0.08	.939
<b>Åpenhet</b>	.16			
SMART**		.44	3.64	.001
Arbeidssted		.05	0.40	.694
<b>Divergens</b>	.02			
SMART		-.23	-1.79	.079
Arbeidssted		-.02	-0.17	.863
<b>Samsvar</b>	.09			
SMART*		.27	2.12	.038
Arbeidssted		-.19	-1.51	.136
<b>Begrensninger</b>	.12			
SMART**		-.39	-3.14	.003
Arbeidssted		-.09	-0.75	.458
<b>Overvåke</b>	.00			
SMART		-.18	-1.35	.182
Arbeidssted		-.06	-0.45	.656
<b>Kompetanse</b>	-.01			
SMART		-.08	-0.60	.554
Arbeidssted		.13	0.95	.347
<b>Byrde</b>	.09			
SMART*		-.33	-2.61	.012
Arbeidssted		-.13	-1.06	.292
<b>Jobbsikkerhet</b>	.12			
SMART*		.28	2.23	.030
Arbeidssted*		.31	2.53	.014
<b>Org. støtte</b>	.13			
SMART**		.34	2.70	.009
Arbeidssted		.16	1.28	.205
<b>Tilbakemelding</b>	.03			
SMART		.26	1.98	.053
Arbeidssted		.01	0.09	.926
<b>Totalskåre</b>	-.03			
SMART		-.02	-0.14	.891
Arbeidssted		-.03	-0.25	.807

\* $p > 0,05$ . \*\* $p > 0,01$

R square change viste signifikante verdier for alle subskalaene.

Stegvis multipl regressjonsanalyse på subskalamodelle viste at verken behandlergruppe eller arbeidssted signifikant predikerte totalskåren. På subskalanivå var behandlergruppe en signifikant prediktor for subskalaene *Appellerende*, *Samsvar*, *Åpenhet*, *Begrensninger*, *Byrde*, *Jobbsikkerhet*, og *Organisatorisk støtte*. Arbeidsstedene var kun en signifikant prediktor for subskalaen *Jobbsikkerhet*.

Stegvis multipl regressjonsanalyse gjort med seks komponenter (Tabell 14) viste at behandlergruppe var en signifikant prediktor for holdningskomponentene *Ideologi*,

*Opplæring/Veiledning, Autonomi og Vitenskapelig innstilt.* Arbeidssted var kun en signifikant prediktor for komponenten *Vitenskapelig innstilt*.

Tabell 14. Stegvis multipl regressjonsanalyse på de seks komponentene

Komponent	Adjusted R-square	Beta	t-skåre	p
<b>1. Ideologi</b>	.10			
SMART**		-.36	-2.87	.006
Arbeidssted		-.10	-0.79	.433
<b>2. Oppl./Veiledning</b>	.14			
SMART**		.41	3.35	.001
Arbeidssted		.09	0.68	.497
<b>3. Appellerende</b>	.04			
SMART		.20	1.52	.135
Arbeidssted		-.15	-1.16	.251
<b>4. Krav</b>	-.01			
SMART		.17	1.31	.197
Arbeidssted		.01	0.08	.939
<b>5. Autonomi</b>	.11			
SMART*		.31	2.51	.015
Arbeidssted		-.17	-1.35	.185
<b>6. Vit. innstilt</b>	.22			
SMART*		.28	2.40	.019
Arbeidssted***				
<b>Totalskåre</b>	-.03			
SMART		-.02	-0.14	.891
Arbeidssted		-.03	-0.25	.807

\* $p > 0,05$ . \*\* $p > 0,01$

\*\*\*R square change viste signifikante verdier for alle komponentene, bortsett fra *Vitenskapelig innstilt*. Verdierne for den endelige modellen for denne komponenten er dermed ikke oppgitt i tabellen.

### Diskusjon

De psykometriske egenskapene ved spørreskjemaet EBPAS-50 ble undersøkt ved bruk av eksplorerende faktoranalyser. Analysene viser ingen fullt ut tilfredsstillende inndelinger av underliggende faktorer i måleinstrumentet, men antyder færre komponenter enn den teoretiske inndelingen til Aarons. Resultatene viser at utvalget sett under ett rapporterte en aksepterende holdning til evidensbasert praksis. Det er også signifikante forskjeller mellom SMART-behandlerne og de øvrige behandlerne på flere områder. Funnene støtter hypotesen om en forskjell mellom behandlergruppens holdninger til evidensbasert praksis. Det var få, men interessante kulturelle forskjeller i holdninger på tvers av arbeidssted.

**Psykometriske egenskaper ved måleinstrumentet EBPAS-50**

Det var av særlig interesse å undersøke de psykometriske egenskapene ved spørreskjemaet da faktoranalyser på hele EBPAS-50 ikke tidligere er utført (Aarons et al., 2012a). Ulike faktorløsninger ble testet og prinsipalkomponentanalysen med varimax rotasjon viste 12 komponenter. Dette antallet tilsvarer Aarons' antall subskalaer og støtter derfor en 12-delning av de 50 leddene. Resultatene fra prinsipalkomponentanalysen med varimax rotasjon viste imidlertid en skjevfordeling av leddene der åtte av komponentene inneholdt svært få ledd og svake faktorladninger.

Scree-plottet indikerte mulige faktorløsninger med to, fire eller seks komponenter. Sekskomponentmodellen ble tolket som en mulig inndeling siden den forklarte over 60 % av variansen, noe som var betydelig mer forklart varians enn faktorstrukturering ved bruk av færre komponenter. Det er imidlertid problematisk at komponent 6, *Vitenskapelig innstilt*, viste svært dårlig reliabilitet. Dette tjener som et argument for å beholde Aarons' opprinnelige 12 subskalaer, da disse gir en mer meningsfull tolkning.

På bakgrunn av at flertallet av leddene klynget seg til de to første komponentene på samtlige faktorløsninger, kan det tenkes at EBPAS-50 inneholder to hovedkomponenter, såkalte g-faktorer. En kartlegging av disse mulige g-faktorene viser at den ene består av tiltalende aspekter ved evidensbasert praksis, mens den andre omhandler negative aspekter ved behandlingsformen. Det vil være av interesse å undersøke faktorstrukturen gjennom et større utvalg for å kartlegge om det fremkommer en lignende fordeling. Dette kan i så fall være en indikasjon på at spørreskjemaet ikke er like nyansert som tidligere antatt.

Det selekterte utvalget i denne studien var ikke av tilstrekkelig størrelse til å få meningsfulle resultater gjennom en konfirmerende faktoranalyse, siden det i følge litteraturen burde ha vært et minimumsantall på 200 respondenter grunnet mange ledd på spørreskjemaet (Tanaka, 1987). Med den foreliggende utvalgsstørrelsen har man kun hatt statistisk styrke til å gjøre en eksplorerende analyse og å sammenligne resultatene av denne kvalitativt med den teoretiske modellen. I fremtidige studier er det ønskelig å gjøre en konfirmerende faktoranalyse.



**Holdninger til evidensbasert praksis hos ansatte på BUP**

Over tre fjerdedeler av behandlerne ved de fire poliklinikkene besvarte EBPAS-50.

En såpass høy svarprosent gir grunnlag for å kunne si at besvarelsene representerer de ansattes holdninger ved disse klinikkene (Dillman, 2000). Den høye gjennomsnittsskåren viser at holdningene til evidensbasert praksis jevnt over er positive. Subskalaene *Appellerende* og *Samsvar* og komponentene *Appellerende* og *Autonomi* har høyest gjennomsnittsverdier. Disse omhandler tema som hvorvidt behandlerne ville tatt i bruk evidensbaserte metoder hvis de opplevde dem som tiltalende, dersom de stemte overens med pasientens ønske for behandlingen og dersom en hadde innflytelse på hvordan man skulle bruke behandlingsmetoden. Den aksepterende holdningen til disse aspektene ved evidensbasert praksis viser seg stabil på tvers av klinikkene. De høye skårene på subskalaen *Appellerende* stemmer overens med forskning som vektlegger betydningen av å bruke en behandlingsmanual fleksibelt for å opprettholde alliansen og samarbeidet med klienten (Beidas et al., 2010). De høye skårene på *Samsvar* og *Autonomi* viser at de ansatte vektlegger muligheten til å ha innflytelse på selve implementeringsprosessen. Dette samsvarer med forskning som viser at de ansattes engasjement i behandlingsmetoden predikerer implementeringssuksess (Domitrovich et al., 2008).

Spørsmål som omhandler hvorvidt evidensbasert praksis er nødvendig for å beholde jobben har lavest gjennomsnittsskåre. Det synes med andre ord som om holdninger av evidensbasert praksis i liten grad er knyttet til jobbsikkerhet for de som har besvart denne undersøkelsen. Jobbsikkerheten er da også relativt god i psykisk helsevern for barn og unge i Norge (Finansdepartementet, 2013).

Til tross for at det ikke var forskjeller i totalskårer, fremkom det signifikante forskjeller på subskala- og komponentnivå. Dette indikerer at SMART-behandlerne og de øvrige behandlerne vektlegger ulike aspekter ved evidensbasert behandling.

**Større åpenhet hos SMART-behandlere**

Dersom man undersøker ulike aspekter ved holdningene fremkommer signifikante forskjeller i besvarelsen mellom behandlergruppene på syv av Aarons' 12 subskalaer og på tre av komponentene fra sekskomponentmodellen. Regresjonsanalysene viste at det å være SMART-behandler predikerte høyere skårer på subskalaene *Appellerende*,

*Åpenhet, Samsvar, Jobbsikkerhet og Organisatorisk støtte.* Ved bruk av sekskomponentmodellen predikerte det å være SMART-behandler høyere skårer på komponentene *Opplæring/Veiledning* og *Autonomi*. Det var signifikante forskjeller mellom gruppene på alle disse subskalaene og komponentene, bortsett fra på *Jobbsikkerhet*.

Disse funnene er interessante og kan ha flere forklaringer. Forskjellene kan skyldes individuelle faktorer hos behandlerne. Siden SMART-behandlerne skårer høyere enn de øvrige behandlerne på *Åpenhet*, kan det tenkes at denne behandlergruppen består av flere såkalte ”early adopters” enn ”late adopters”, noe som vil si at de i så fall raskere tilegner seg nye intervensjoner (Rogers, 1995). Behandlerne har ulike grunnholdninger til manualer (Beidas et al., 2010; Rogers, 1995; Strupp & Anderson, 1997) og de høye skårene på *Appellerende, Samsvar* og *Autonomi* kan komme av at SMART-behandlerne innehar en mer aksepterende grunnholdning til denne behandlingsformen.

De signifikante forskjellene mellom de to behandlergruppene kan også forklares ut i fra deltakelse i implementeringsprosjektet. Forskning viser til en sterk sammenheng mellom holdninger og atferd (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1977; Bem 1972). Da SMART-behandlerne praktiserer en evidensbasert metode, kan det tenkes at de har evaluert sine egne holdninger til å være mer aksepterende til evidensbasert behandling enn hvis de ikke hadde deltatt i prosjektet. SMART-behandlerne skåret høyere på komponenten *Opplæring/Veiledning* og det kan tenkes at disse skårene blir høye på bakgrunn av positive erfaringer med veiledning gjennom prosjektet. Samtidig kan det også tenkes at denne behandlergruppen vektlegger disse aspektene høyt i utgangspunktet og derfor valgte å være med på prosjektet.

Forskning har vist at det ofte er en betydelig diskrepans mellom forskernes og klinikernes forståelse av evidensbegrepet (Brookman-Frazer et al., 2009). Denne studien har ikke undersøkt hvilken betydning behandlerne tillegger begrepet og en kan derfor ikke med sikkerhet si om det er en forskjell i forståelse av evidensbegrepet mellom behandlingsgruppene. Imidlertid kan det tenkes at behandlerne som eksponeres for en evidensbasert metode har et annerledes forhold til evidensbegrepet (Bem, 1972;

Zajonc 1968). Det kan derfor være at SMART-behandlerne føler større aksept mot evidensbegrepet siden de praktiserer terapiformen i sitt daglige virke.

### **SMART-behandlernes negative opplevelser med evidensbaserte metoder**

SMART-behandlerne rapporterer at de i større grad enn de øvrige behandlerne opplever byrder og begrensninger ved evidensbaserte metoder. Ved første øyekast kan disse funnene virke uventede og motstridende med øvrige resultater som viser til flere områder hvor SMART-behandlerne rapporterer en mer aksepterende holdning til evidensbasert terapi. SMART-behandlerne har imidlertid flere forpliktelser og mye ansvar i forbindelse med forskningsprosjektet. De er forpliktet til å foreta en grundig utredning flere ganger i løpet av behandlingen. I tillegg blir de vurdert som behandlere gjennom filming av SMART-timer. De opplever også organisatoriske byrder ved at de blir pådrivere for å endre administrative rutiner ved sin klinikk for at prosjektet skal kunne fungere best mulig. Ut i fra oppgavene som tillegges en SMART-behandler kan skårene på *Begrensning* og *Byrde* forstås. Også på komponenten *Ideologi* svarer SMART-behandlerne signifikant lavere enn den øvrige behandlingsgruppen. Flere av leddene i denne komponenten stammer fra Aarons' subskalaer *Byrde* og *Begrensninger*. Det er derfor sannsynlig å tro at det er disse temaene som fører til de signifikante forskjellene mellom behandlergruppene på denne komponenten.

Andre årsaker til opplevelsen av byrde og begrensning kan komme av implementeringsfasen SMART-behandlerne befinner seg i. Ved introduksjon av en ny behandlingsform vil behandlere tilegne seg kunnskap om hvilken pasientgruppe behandlingen passer godt for og hvem som ikke profitterer på dette tilbudet. Siden SMART-behandlerne i følge Tansella og Thornicrofts (2009) modell befinner seg på et tidlig implementeringsstadium, er atferden ennå ikke godt etablert. Det kan tenkes at fleksibilitet øker med kunnskap og erfaring med metoden og at bruk av den evidensbaserte metoden vil oppleves som mindre krevende når behandlerne er mer drevne og behandlingsmetoden bedre integrert. Når forskningsprosjektet er over og behandlerne slipper den ekstra arbeidsmengden som et slikt prosjekt medfører, ville det være interessant å undersøke hvorvidt skårer på *Byrde* og *Begrensninger* endrer seg. Likeledes er det interessant å undersøke om den høye skåren på

*Opplæring/Veiledning* kommer av den ekstra oppfølgingen de mottar som en del av forskningsprosjektet. Dette kan undersøkes ved å se om disse skårene forholder seg stabile når den tette oppfølgingen frafaller som en konsekvens av at implementeringsprosjektet avsluttes.

### **Ulike holdninger mellom arbeidsstedene**

Det var få forskjeller mellom arbeidsstedene i holdninger til evidensbasert praksis.

Dette kan tyde på at eventuelle kulturelle ulikheter mellom arbeidsstedene i liten grad virker inn på de ansattes holdninger. Organisasjonens sosiale kontekst predikerer holdninger til evidensbaserte metoder (Aarons et al., 2012). Siden holdningene i liten grad varierer mellom arbeidstedene, kan det tenkes at klinikkene har nokså lik sosial kontekst. Dette antyder et likt utgangspunkt for implementeringsprosessen på de fire klinikkene.

En alternativ forklaring til de få forskjellene, samt høye skårer på tvers av klinikkene, kan være at alle de fire klinikkene har sagt seg villige til å delta på implementeringen av en evidensbasert metode. Siden avgjørelsen om å delta på prosjektet ligger på ledelsesnivå, kan det ut i fra det en vet om ledelsens påvirkning av de ansattes holdninger (Aarons & Sommerfeld, 2012), være naturlig å tenke at en aksepterende holdning fra ledelsens side påvirker klinikkens generelle holdning til evidensbasert praksis, og ikke bare behandlerne som er direkte involvert i prosjektet. For å undersøke dette nærmere kunne en ha sammenlignet disse fire klinikkene opp mot klinikker som ikke deltok i implementeringsprosjektet.

De ulike skårene på subskalaen *Jobbsikkerhet* kan skyldes ulik sosial kontekst på dette området, der ansatte på den ene klinikken vektlegger det å kunne evidensbaserte metoder som viktigere for å både beholde nåværende jobb og som attraktivt ved jobbsøking. Siden det på grunn av anonymisering av klinikkene ikke er mulig å vite hvilken som skiller seg signifikant fra de andre, er det problematisk å si noe om årsaken til dette funnet.

**Sammenhengen mellom holdninger og bruk av evidensbaserte metoder**

Utvalget sett under ett rapporterte en aksepterende holdning til evidensbasert praksis. Forskning viser at behandlere ofte er positive til evidensbasert praksis, men at de ikke føler seg kompetente til å utføre metodene siden de ikke er forskere (Stevenson, Lewis & Hay, 2004). Hvis den aksepterende holdningen funnet i denne studien gjenspeiler den generelle holdningen blant behandlere i psykisk helsevern for barn og unge, er diskrepansen mellom holdninger og utført evidensbasert behandling interessant. I så tilfelle er det interessant å undersøke andre faktorer som ligger til grunn for utfordringene ved å ta i bruk disse metodene. Teorier på implementeringsprosesser viser til mange innvirkende faktorer på nasjonalt, lokalt og individuelt nivå (Tansella & Thornicroft, 2009). Dette tydeliggjør kompleksiteten ved en implementering og synliggjør holdninger som en av mange komponenter av betydning for en vellykket implementeringsprosess.

**Styrker og svakheter ved bruk av EBPAS-50 i denne studien**

EBPAS-50 inneholder 12 subskalaer og omfatter flere aspekter ved ansattes holdninger til evidensbasert praksis. Det gjør det utfordrende å undersøke hele 12 subskalaer med et noe begrenset utvalg. Man kunne derfor i denne studien valgt å benytte kortversjonen av EBPAS som inneholder kun fire subskalaer. Dette ville imidlertid ha utelatt en rekke sentrale aspekter ved holdninger til evidensbasert praksis. Utvalgets størrelse kan skape diskusjoner rundt hvorvidt studien har stort nok utvalg til å dra konklusjoner om nye subskalaer. De eksplorerende faktoranalysene viser likevel en tendens til at færre subskalaer kan være en aktuell løsning, noe som gir grunnlag for fremtidige studier. Samtidig som en kan argumentere for at størrelsen på utvalget er lite, er det viktig å ta i betraktning formålet med studien som var å undersøke ansattes holdninger på de fire poliklinikkene som var i en implementeringsprosess. En naturlig konsekvens av dette er at utvalget får en begrenset størrelse.

Det er i denne studien ikke foretatt noen kriteriebasert validering av EBPAS-50. Innholdet i EBPAS-50 synes imidlertid å være sentralt og relevant for begrepet

”holdninger til evidensbasert praksis”, og man kan derfor hevde at instrumentet har god face-validitet.

### **Implikasjoner for videre forskning**

Ut fra resultatene i denne studien fremkommer flere interessante hypoteser som er verdt å belyse i fremtidig forskning. Videre undersøkelser av faktorstrukturen og psykometriske egenskaper ved EBPAS-50 bør utføres i mer omfattende studier med større utvalg. Det vil også være interessant med korrelasjonelle studier hvor man inkluderer egenskaper ved behandleren, organisatoriske forhold og forhold ved pasientene.

Forskning viser at holdninger til evidensbasert praksis er korrelert med suksessen til et implementeringsprosjekt (Aarons, 2004). Studier på implementering er i hovedsak retrospektive og få studier har undersøkt prosessen underveis og i etterkant av den tidlige implementeringsfasen (Stirman et al., 2012). Det er av interesse å gjennom longitudinelle studier undersøke holdninger og holdningsendringer til evidensbasert praksis ved flere tidspunkter i implementeringsprosessen.

Forskning som gjøres på terapieffekt blir ofte gjort på manualbaserte programmer fordi de er mest målbare (Ogden, 2012). Dette kan føre til en smal forståelse av evidensbegrepet, noe som i litteraturen har blitt poengtert og kritisert (Ogden, 2012). En kartlegging av terapietning, betydningen en tillegger evidensbegrepet, samt grad av aksept til metodene, vil kunne si noe om betydningen av behandlingssideologi for holdninger til evidensbasert praksis.

Andre demografiske variabler, som kjønn, alder, utdanning, yrkesaktive år og erfaring med evidensbaserte metoder, har vist seg å påvirke holdninger til evidensbasert praksis. Eksempelvis er det slik at kvinner viser mer aksepterende holdninger enn menn. Forskning viser også en negativ korrelasjon mellom antall år i yrkeslivet og grad av aksepterende holdning til evidensbasert behandling (Brookman-Fraze et al., 2009). Disse variablene er ikke undersøkt i denne studien for å bevare respondentenes anonymitet. Dette vil derfor være nyttig å kartlegge i studier med større utvalg.

**Konklusjon**

Implementering blir sett på som bindeleddet mellom forskning og praksis (Sørli et al., 2010). For å sikre god implementeringskvalitet er det viktig å ta hensyn til en rekke aspekter som påvirker en implementeringsprosess. Ansattes holdninger til evidensbasert terapi kan undersøkes ved bruk av EBPAS-50, og for å sikre måleinstrumentets kvalitet er det viktig å undersøke dets psykometriske egenskaper. I denne studien tyder de eksplorerende faktoranalysene på at EBPAS-50 inneholder færre kategorier enn den teoretiske inndelingen foreslår. Utvalget sett under ett har en aksepterende holdning til evidensbasert praksis. Få kulturelle forskjeller kan tyde på en lik sosial kontekst og dermed et likt utgangspunkt for implementering av evidensbaserte metoder ved disse klinikkene. De signifikante resultatene mellom behandlergruppene tyder på at SMART-behandlerne, som er en aktiv del av et implementeringsprosjekt, vektlegger andre aspekter ved evidensbasert terapi enn de øvrige behandlerne.

### Referanser

Aarons, G. A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Mental health services research*, 6, 61-74. DOI: 10.1023/B:MHSR.0000024351.12294.65

Aarons, G. A., Cafri, G., Lugo, L. & Sawitzky, A. (2012a). Expanding the Domains of Attitudes Towards Evidence-Based Practice: The Evidence Based Practice Attitude Scale-50. *Admin and Policy in Mental Health and Mental Health Servi Research*, 39, 331. DOI: 10.1007/s10488-010-0302-3

Aarons, G., Glisson, C., Green, P., Hoagwood, K., Kelleher, K., & Landsverk, J. (2012b). The organizational social context of mental health services and clinician attitudes toward evidence-based practice: a United States national study. *Implementation Science*, 7, 1-15. DOI: 10.1186/1748-5908-7-56

Aarons, G. A., & Sommerfeld, D. H. (2012). Leadership, innovation climate, and attitudes toward evidence-based practice during a statewide implementation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 423-43. DOI: 10.1016/j.jaac.2012.01.018

Addis, M. E., Cardemil, E. V., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2006). Does Manualization Improve Therapy Outcomes? Norcross, J. C., Beutler, L. E., Levant, R. F. (Red.) *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington: American Psychological Association. DOI: 10.1037/11265-003

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological bulletin*, 84, 888. DOI: 10.1037/0033-2909.84.5.888

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50, 179-211. DOI: 10.1016/0749-5978(91)90020-T

Ajzen, I. (2005). *Attitudes, Personality and Behavior*, 2.utg. Berkshire: McGraw-Hill International.

Allport, G. W. (1935). Attitudes. *Handbook of social psychology*, 2, 798-844.

Barrett, P., Webster, H., & Turner, C. (2001). Friends for children: Group leader's manual. *Australian Academic Press*.



Bartholomew, D. J. (1995). Spearman and the origin and development of factor analysis. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 48, 211-220. DOI: 10.1111/j.2044-8317.1995.tb01060.x

Beidas, R. S., Benjamin, C. L., Puleo, C. M., Edmunds, J. M., & Kendall, P. C. (2010). Flexible applications of the coping cat program for anxious youth. *Cognitive and behavioral practice*, 17, 142-153. DOI: 10.1016/j.cbpra.2009.11.002

Bem, D. J. (1972). Self- perception theory. *Advances in experimental social psychology*, 6, 2- 57.

Borntrager, C., Chorpita, B., Higa-McMillan, C., & Weisz, J. (2009). Provider attitudes toward evidence-based practices: are the concerns with the evidence or with the manuals?. *Psychiatric Services*, 60, 677-681.

Bratt, C. (2010). *Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Mestringskatten (Coping cat)*. Ungsinn, tiltak nr 4. Hentet fra: [http://www2.uit.no/portal/page/portal/Forebyggingsbasen/startside/artikkel?p\\_document\\_id=84136](http://www2.uit.no/portal/page/portal/Forebyggingsbasen/startside/artikkel?p_document_id=84136)

Brookman-Fraze, L., Garland, A. F., Taylor, R., & Zoffness, R. (2009). Therapists' attitudes towards psychotherapeutic strategies in community-based psychotherapy with children with disruptive behavior problems. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36, 1-12. DOI: 10.1007/s10488-008-0195-6

Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design. Choosing among five approaches*. California: Sage Publications.

Dancey, C. P. & Reidy, J. (2011). *Statistics without math for psychology* (5.utg.). Edinburgh: Pearson Education Limited.

Dillman, D. A. (2000). *Mail and internet surveys: The tailored design method*, 2.utg. New York: Wiley.

Domitrovich, C. E., Bradshaw, C. P., Poduska, J. M., Hoagwood, K., Buckley et al. (2008). Maximizing the implementation quality of evidence-based preventive interventions in schools: A conceptual framework. *Advances in School Mental Health Promotion*, 1, 6-28. DOI:10.1080/1754730X.2008.9715730

Fazio, R. H. (2007). Attitudes as object-evaluation associations of varying strength. *Social Cognition*, 25, 603. DOI: 10.1521/soco.2007.25.5.603

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications Limited.

- Finansdepartementet. (2013). *Perspektivmeldingen 2013*. St.meld. nr. 12.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blace, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). Implementation research: a synthesis of the literature. *The National Implementation Research Network, 231*. Tampa: University of South Florida
- Helsedirektoratet (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2012) *Ventetider og pasientrettigheter 1. tertial 2012*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hurley, A. E., Scandura, T. A., Schriesheim, C. A., Brannick, M. T., Seers, A., Vandenberg, R. J., & Williams, L. J. (1997). Exploratory and confirmatory factor analysis: Guidelines, issues, and alternatives. *Journal of Organizational Behavior, 18*, 667-683. DOI: 10.1002/(SICI)1099-1379(199711)18:6<667::AID-JOB874>3.0.CO;2-T
- Høstmælingen, A. (2010). Hvordan kan prinsipperklæringen bidra til å kvalitetssikre psykologisk praksis? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 47*, 930-936.
- Kendall, P. C., Martinsen, K. D., & Neumer, S. P. (2006). *Mestringskatten (Coping cat): kognitiv atferdsterapi for barn med angst*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kendall, P. C., Gosch, E., Furr, J. M., & Sood, E. (2008). Flexibility within fidelity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*, 987-993. DOI: 10.1097/CHI.ObO13e31817eed2f
- Maio, G. R., & Olson, J. M. (1995). Relations between values, attitudes, and behavioral intentions: The moderating role of attitude function. *Journal of Experimental Social Psychology, 31*, 266-285. DOI: 10.1006/jesp.1995.1013
- Melas, C. D., Zampetakis, L. A., Dimopoulou, A., & Moustakis, V. (2012). Evaluating the Properties of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS) in Health Care. *American Psychological Association* DOI: 10.1037/a0027445.
- Merenda, P. F. (2006). An overview of adapting educational and psychological assessment instruments: past and present 1. *Psychological reports, 99*, 307-314. DOI: 10.2466/pr0.99.2.307-314
- Mihalic, S., Ballard, D., Michalski, A., Tortorice, J., Cunningham, L., & Argamaso, S. (2002). *Blueprints for Violence Prevention, Violence Initiative: Final process evaluation report*. Boulder: University of Colorado.

Neumer, S.-P. & Junge-Hoffmeister, J. (2010). *SMART. Forebygging av emosjonelle problemer hos ungdom*. Veileder. Oslo: Kommuneforlaget.

Neumer, S-P., Martinsen, K. D., Gere, M. & Villabø, M. A. (2011). Kognitiv-atferdsterapeutiske programmer i klinikk: utfordringer og muligheter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 21-25

Norsk Psykologforening (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 1127-1128.

Ogden, T. (2012). *Evidensbasert praksis i arbeidet med barn og unge*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Parmelli, E., Flodgren, G., Beyer, F., Baillie, N., Schaafsma, M. E. & Eccles, M. (2011). The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance: a systematic review. *Implementation Science*, 6, 1-8. DOI: 10.1186/1748-5908-6-33

Rajecki, D. W., (1990). *Attitudes*. Sunderland: Sinauer associates.

Reedtz, C. & Eng, H. (12.04.2013). *Beskrivelse og vurdering av tiltaket: SMART. Forebygging av emosjonelle problemer hos ungdom*. I M. Martinussen (red.), Ungsinn, tiltak nr. 36. Hentet fra: [http://ungsinn.no/ungsinn/startside/artikkel?p\\_document\\_id=334763](http://ungsinn.no/ungsinn/startside/artikkel?p_document_id=334763)

Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations* (4.utg.). New York: Free Press.

Rønnestad, M. H. (2009). Evidensbasert psykologisk praksis. I H. Grimen og L. I. Terum (red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 39–63). Oslo: Abstrakt forlag.

Schneider, B., Ashworth, S. D., Higgs, A. C., & Carr, L. (1996). Design, validity, and use of strategically focused employee attitude surveys. *Personnel Psychology*, 49, 695-705. DOI: 10.1111/j.1744-6570.1996.tb01591.x

Stevenson, K., Lewis, M., & Hay, E. (2004). Do physiotherapists' attitudes towards evidence-based practice change as a result of an evidence-based educational programme?. *Journal of Evaluation in Clinical practice*, 10, 207-217. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2003.00479.x

Stirman, S. W., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F., & Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science*, 7, 17. DOI: 10.1186/1748-5908-7-17

Strupp, H. H., & Anderson, T. (1997). On the limitations of therapy manuals. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 76-82. DOI: 10.1111/j.1468-2850.1997.tb00101.x

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, 315-21.

Tanaka, J. S. (1987). "How Big Is Big Enough?": Sample Size and Goodness of Fit in Structural Equation Models with Latent Variables. *Child development*, 58, 134-146.

Tansella, M., & Thornicroft, G. (2009). Implementation science: understanding the translation of evidence into practice. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 283-285. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.065565

Thompson, B. (2004). Exploratory and confirmatory factor analysis: Understanding concepts and applications. *American Psychological Association*. DOI: 10.1037/10694-000

Van Someren, V. (1998). Changing clinical practice in the light of evidence: two contrasting stories from perinatology. I A. Haines & A. Donald (Red.), *Getting research into practice* (143- 151). London: BMJ Books.

Weisz, J. R., Hawley, K. M. & Doss, A. J. (2004) Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 13, 729- 815. DOI:10.1016/j.chc.2004.05.006

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

Winter, S. (2003). Implementation perspectives: status and reconsideration. B. G. Peters & J. Pierre (Red.) *Handbook of public administration*, (212-222). London: Sage

Yeaton, W. H., & Sechrest, L. (1981). Critical dimensions in the choice and maintenance of successful treatments: Strength, integrity, and effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 156. DOI: 10.1037/0022-006X.49.2.156

Zajonc, R. B. (1968). Attitudinal effects of mere exposure. 1. *Pers. Soc. Psycho*, 9, 1-27.

Zanna, M. P., & Rempel, J. K. (1988). Attitudes: A new look at an old concept. I Bar-Tal, D. & Kruglanski, A. W. (Red), *The social psychology of knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press.

**Appendiks A**

EBPAS-50. Engelsk versjon.

**EBPAS-50 (©Gregory A. Aarons, Ph.D.)  
Evidence-Based Practice Attitude Scale-50 Item Version**

**Reference:**

Aarons, G. A., Cafri, G., Lugo, L., Sawitzky, A. (2012). Expanding the domains of attitudes towards evidence-based practice. The Evidence Based Practice Attitude Scale - 50. *Administration and Policy in Mental Health*, 39, 331-340.

Contact: [gaarons@ucsd.edu](mailto:gaarons@ucsd.edu)

=====  
The following questions ask about your feelings about using new types of therapy, interventions, or treatments. Manualized therapy refers to any intervention that has specific guidelines and/or components that are outlined in a manual and/or that are to be followed in a structured/predetermined way. Evidence-based practice refers to any intervention that is supported by empirical research.

**For questions 1-8: Circle the number indicating the extent to which you agree with each item using the following scale:**

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Not at all</b>	<b>Slight extent</b>	<b>Moderate extent</b>	<b>Great extent</b>	<b>Very great extent</b>

- 1. I like to use new types of therapy/interventions to help my clients ..... 0 1 2 3 4
- 2. I am willing to try new types of therapy/interventions even if I have to follow a treatment manual ..... 0 1 2 3 4
- 3. I know better than academic researchers how to care for my clients ..... 0 1 2 3 4
- 4. I am willing to use new and different types of therapy/interventions developed by researchers ..... 0 1 2 3 4
- 5. Research based treatments/interventions are not clinically useful ..... 0 1 2 3 4
- 6. Clinical experience is more important than using manualized therapy/treatment ..... 0 1 2 3 4
- 7. I would not use manualized therapy/interventions ..... 0 1 2 3 4
- 8. I would try a new therapy/intervention even if it were very different from what I am used to doing ..... 0 1 2 3 4

**For questions 9-15: If you received training in a therapy or intervention that was new to you, how likely would you be to adopt it if:**

- 9. it was intuitively appealing? ..... 0 1 2 3 4
- 10. it "made sense" to you? ..... 0 1 2 3 4

- 11. it was required by your supervisor? ..... 0 1 2 3 4
- 12. it was required by your agency? ..... 0 1 2 3 4
- 13. it was required by your state? ..... 0 1 2 3 4
- 14. it was being used by colleagues who were happy with it? ..... 0 1 2 3 4
- 15. you felt you had enough training to use it correctly? ..... 0 1 2 3 4
- If you received training in a therapy or intervention that was new to you, how likely would you be to adopt it if:**
- 16. your clients wanted it ..... 0 1 2 3 4
- 17. you knew more about how your clients liked it ..... 0 1 2 3 4
- 18. you knew it was right for your clients ..... 0 1 2 3 4
- 19. you had a say in which evidence-based practice was used ..... 0 1 2 3 4
- 20. you had a say in how you would use the evidence-based practice ..... 0 1 2 3 4
- 21. it fit with your clinical approach ..... 0 1 2 3 4
- 22. it fit with your treatment philosophy ..... 0 1 2 3 4

=====  
**For questions 23-50: Circle the number indicating the extent to which you agree with each item using the following scale:**

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>Not at all</b>	<b>Slight extent</b>	<b>Moderate extent</b>	<b>Great extent</b>	<b>Very great extent</b>
23. Evidence-based practice detracts from truly connecting with your clients .....	0	1	2	3	4
24. Evidence-based practice makes it harder to develop a strong working alliance .....	0	1	2	3	4
25. Evidence-based practice is too simplistic .....	0	1	2	3	4
26. Evidence-based practice is not useful for clients with multiple problems .....	0	1	2	3	4
27. Evidence-based practice is not useful for families with multiple problems. ....	0	1	2	3	4
28. Evidence-based practice is not individualized treatment .....	0	1	2	3	4
29. Evidence-based practice is too narrowly focused .....	0	1	2	3	4
30. I prefer to work on my own without oversight... ..	0	1	2	3	4
31. I do not want anyone looking over my shoulder while I provide services .....	0	1	2	3	4

- 32. My work does not need to be monitored. .... 0 1 2 3 4
- 33. I do not need to be monitored ..... 0 1 2 3 4
- 34. I am satisfied with my skills as a therapist/case manager ..... 0 1 2 3 4
- 35. A positive outcome in therapy is an art more than a science ..... 0 1 2 3 4

**Circle the number indicating the extent to which you agree with each item using the following scale:**

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Not at all</b>	<b>Slight extent</b>	<b>Moderate extent</b>	<b>Great extent</b>	<b>Very great extent</b>

- 36. Therapy is both an art and a science ..... 0 1 2 3 4
- 37. My overall competence as a therapist is more important than a particular approach ..... 0 1 2 3 4
- 38. I don't have time to learn anything new ..... 0 1 2 3 4
- 39. I can't meet my other obligations ..... 0 1 2 3 4
- 40. I don't know how to fit evidence-based practice into my administrative work ..... 0 1 2 3 4
- 41. Evidence-based practice will cause too much paperwork ..... 0 1 2 3 4
- 42. Learning an evidence-based practice will help me keep my job ..... 0 1 2 3 4
- 43. Learning an evidence-based practice will help me get a new job ..... 0 1 2 3 4
- 44. Learning an evidence-based practice will make it easier to find work ..... 0 1 2 3 4
- 45. I would learn an evidence-based practice if continuing education credits were provided..... 0 1 2 3 4
- 46. I would learn an evidence-based practice if training were provided ..... 0 1 2 3 4
- 47. I would learn an evidence-based practice if ongoing support was provided ..... 0 1 2 3 4
- 48. I enjoy getting feedback on my job performance ..... 0 1 2 3 4
- 49. Getting feedback helps me to be a better therapist/case manager ..... 0 1 2 3 4
- 50. Getting supervision helps me to be a better therapist/case manager ..... 0 1 2 3 4



**Appendiks B**

Skåringsmanualen til EBPAS-50.

**EBPAS-50 (©Gregory A. Aarons, Ph.D.)**  
**Evidence-Based Practice Attitude Scale-50 Item Version**  
**Abbreviated Items\*, Factor Loadings, Chronbach's Alphas, and Scoring**  
 (\*Note: Full items must be used for data collection)

**Reference:**

Aarons, G. A., Cafri, G., Lugo, L., Sawitzky, A. (2012). Expanding the domains of attitudes towards evidence-based practice. The Evidence Based Practice Attitude Scale - 50. *Administration and Policy in Mental Health*, 39, 331-340.

Item #	Scale	Factor Loading	Alpha
	<b>Scale 1: Requirements</b>		.90
12	Agency required	.99	
11	Supervisor required	.88	
13	State required	.78	
	<b>Scale 2: Appeal</b>		.80
10	Makes sense	.89	
9	Intuitively appealing	.83	
14	Colleagues happy with therapy	.56	
15	Enough training	.55	
	<b>Scale 3: Openness</b>		.78
2	Will follow a treatment manual	.61	
4	Will try therapy/interventions developed by researchers	.81	
1	Like to use new therapy/interventions	.62	
8	Would try therapy/interventions different than usual	.66	
	<b>Scale 4: Divergence</b>		.59
5	Research based treatments/interventions not useful	.65	
7	Would not use manualized therapy/interventions	.76	
6	Clinical experience more important	.42	
3	Know better than researchers how to care for client	.34	
	<b>Scale 5: Limitations</b>		.92
16	Truly connecting with your clients	.65	
17	Develop a strong working alliance	.64	
18	Too simplistic	.69	
19	Clients with multiple problems	.89	
20	Families with multiple problems	.91	
21	Not individualized treatment	.90	
22	Too narrowly focused	.79	
	<b>Scale 6: Fit</b>		.88
23	Clients wanted it	.72	
24	Knew more about how your clients liked it	.65	
25	Right for your clients	.78	
26	Had a say in which evidence-based practice	.81	
27	Had a say in how to use the evidence-based practice	.80	

28	Fit with your clinical approach	.65	
29	Fit with your treatment philosophy	.58	
	<b>Scale 7: Monitoring</b>		.87
30	Work without oversight	.72	
31	Looking over my shoulder	.78	
32	Work does not need to be monitored	.90	
33	I do not need to monitored	.71	
	<b>Scale 8: Balance</b>		.79
34	Satisfied with my skills	.77	
35	Positive outcome is an art	.60	
36	Therapy is an art and a science	.73	
37	Overall competence is more important	.56	
	<b>Scale 9: Burden</b>		.77
38	Don't have time to learn anything new	.51	
39	Can't meet other obligations	.72	
40	How to fit evidence-based practice in	.71	
41	Cause too much paperwork	.63	
	<b>Scale 10: Job security</b>		.82
42	Help me keep my job	.81	
43	Help me get a new job	.89	
44	Make it easier to find work	.61	
	<b>Scale 11: Organizational Support</b>		.85
45	Continuing education credits provided	.75	
46	Training provided	.81	
47	Ongoing support provided	.68	
	<b>Scale 12: Feedback</b>		.82
48	Enjoy feedback on performance	.62	
49	Feedback helps me to be better	.74	
50	Supervision helps me to be better	.68	

### SCORING THE SCALES

The score for each subscale is created by computing a mean score for each set of items that load on a given subscale. For example, items 11, 12, and 13 constitute Scale 1.

### COMPUTING THE TOTAL SCORE

Only for the total score (not the individual scale scores), items from subscale 4 (Divergence), subscale 5 (Limitations), subscale 7 (Monitoring), subscale 8 (Competence) and subscale 9 (Burden) **must be reverse scored** and the subscale score recomputed. After the reverse scoring is complete, then a mean of the scale scores may be computed to yield the mean score for the total EBPAS-50 Item Score.

You may contact Dr. Aarons by email at: [gaarons@uscd.edu](mailto:gaarons@uscd.edu)

**Appendiks C**

EBPAS-50. Norsk Versjon. Inkludert informasjon om denne studien og demografiske variabler.

*Vi er to studenter på profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Tromsø som skriver hovedoppgave om SMART under veiledning av Veronica Lorentzen og Ingunn Skre. Hensikten med dette spørreskjemaet er å kartlegge behandlernes holdninger til evidensbasert praksis. Dataene vil bli brukt på gruppenivå. Det vil derfor ikke være mulig å identifisere enkeltpersoners svar. Takk for at du tar deg tid til å fylle ut skjemaet.*

Hva er ditt arbeidssted?

- BUP Bodø
- BUP Harstad
- BUP Stokmarknes
- BUP Silsand
- BUP Tromsø

Er du med i SMART- prosjektet?  Ja  Nei

**EBPAS-50 (©Gregory A. Aarons, Ph.D.)  
Evidence-Based Practice Attitude Scale-50 Item Version**

**Reference:**

Aarons, G. A., Cafri, G., Lugo, L., Sawitzky, A. (2012). Expanding the domains of attitudes towards evidence-based practice. *The Evidence Based Practice Attitude Scale - 50. Administration and Policy in Mental Health*, 39, 331-340.

Contact: [gaarons@ucsd.edu](mailto:gaarons@ucsd.edu)

De følgende spørsmål omhandler din innstilling til å ta i bruk nye former for terapi, intervensjoner eller behandlinger. Manualbasert terapi refererer til enhver intervensjon som har spesifikke retningslinjer og/eller komponenter som er skissert i en manual og/eller som skal følges på en strukturert/forutbestemt måte. Evidensbasert praksis refererer til enhver intervensjon som støttes av empirisk forskning.

For spørsmål 1-8: Sett en ring rundt tallet som viser i hvilken grad du er enig med hver påstand ved hjelp av følgende skala:

0	1	2	3	4	
Ikke i det hele tatt	I liten grad	I moderat grad	I stor grad	I svært stor grad	
1. Jeg liker å bruke nye former for terapi/intervensjoner for å hjelpe mine pasienter.....	0	1	2	3	4
2. Jeg er villig til å prøve nye former for terapi/intervensjoner selv om jeg da må følge en behandlingsmanual.....	0	1	2	3	4
3. Jeg vet bedre enn forskere hvordan jeg skal ta meg av pasientene mine.....	0	1	2	3	4
4. Jeg er villig til å bruke nye og forskjellige former for terapi/intervensjoner som er utviklet av forskere.....	0	1	2	3	4
5. Forskningsbaserte behandlingsformer/intervensjoner er ikke klinisk nyttige.....	0	1	2	3	4
6. Klinisk erfaring er viktigere enn bruk av manualbasert terapi/behandling.....	0	1	2	3	4
7. Jeg ville ikke brukt manualbaserte terapier/intervensjoner.....	0	1	2	3	4
8. Jeg ville prøve en ny terapi/intervensjon selv om den var svært forskjellig fra hva jeg er vant til å gjøre.....	0	1	2	3	4
<b>For spørsmål 9-15: Hvis du fikk opplæring i en terapi eller intervensjon som var ny for deg, hvor sannsynlig er det at du ville ta den i bruk gitt at:</b>					
9. den var intuitivt tiltalende? .....	0	1	2	3	4
10. den virket fornuftig?.....	0	1	2	3	4
11. det ble pålagt av din leder?.....	0	1	2	3	4
12. det ble pålagt av din arbeidsplass? .....	0	1	2	3	4
13. det ble pålagt av myndighetene?.....	0	1	2	3	4
14. den ble brukt av kollegaer som var fornøyd med den?.....	0	1	2	3	4

15. du følte du hadde nok opplæring til å bruke den riktig?..... 0 1 2 3 4
- Hvis du fikk opplæring i en terapi eller intervensjon som var ny for deg, hvor sannsynlig er det at du ville ta den i bruk gitt at:**
16. pasientene dine ønsket det..... 0 1 2 3 4
17. du visste mer om hvordan pasientene dine likte den..... 0 1 2 3 4
18. du visste den var velegnet for dine pasienter..... 0 1 2 3 4
19. du hadde innflytelse på hvilken evidensbaserte metode som skulle benyttes..... 0 1 2 3 4
20. du hadde innflytelse på hvordan du skulle bruke den evidensbaserte metoden..... 0 1 2 3 4
21. den passet med din kliniske tilnærming..... 0 1 2 3 4
22. den passet med din behandlingsfilosofi..... 0 1 2 3 4

**For spørsmål 23-50: Sett en ring rundt tallet som viser i hvilken grad du er enig med hver påstand ved hjelp av følgende skala:**

0	1	2	3	4
Ikke i det hele tatt	I liten grad	I moderat grad	I stor grad	I svært stor grad

23. Evidensbaserte metoder er til hinder for å etablere kontakt med pasientene..... 0 1 2 3 4
24. Evidensbaserte metoder gjør det vanskeligere å etablere en sterk behandlingsallianse..... 0 1 2 3 4
25. Evidensbaserte metoder er for forenklede..... 0 1 2 3 4
26. Evidensbaserte metoder er ikke nyttige for pasienter med sammensatte problemer..... 0 1 2 3 4
27. Evidensbaserte metoder er ikke nyttige for familier med sammensatte problemer ..... 0 1 2 3 4
28. Evidensbaserte metoder er ikke tilpasset den enkelte pasient..... 0 1 2 3 4
29. Evidensbasert praksis har for snevert fokus ..... 0 1 2 3 4
30. Jeg foretrekker å jobbe på egen hånd uten tilsyn..... 0 1 2 3 4
31. Jeg ønsker ikke at noen kikker over skulderen min mens jeg gjør jobben min..... 0 1 2 3 4
32. Det er unødvendig å holde øye med arbeidet mitt..... 0 1 2 3 4
33. Jeg behøver ikke bli holdt øye med..... 0 1 2 3 4
34. Jeg er fornøyd med mine terapeutiske ferdigheter..... 0 1 2 3 4
35. Et positivt utfall i terapi er følge av kunst mer enn en vitenskap ..... 0 1 2 3 4

**Sett en ring rundt tallet som viser i hvilken grad du er enig med hver påstand ved hjelp av følgende skala:**

0	1	2	3	4
Ikke i det hele tatt	I liten grad	I moderat grad	I stor grad	I svært stor grad

36. Terapi er både kunst og vitenskap..... 0 1 2 3 4

37. Min terapeutiske kompetanse er viktigere enn en bestemt tilnærming..... 0 1 2 3 4
38. Jeg har ikke tid til å lære noe nytt ..... 0 1 2 3 4
39. Jeg kan ikke oppfylle mine andre plikter..... 0 1 2 3 4
40. Jeg vet ikke hvordan jeg skal få passet inn evidensbaserte metoder i mine administrative oppgaver..... 0 1 2 3 4
41. Evidensbaserte metoder vil medføre for mye papirarbeid..... 0 1 2 3 4
42. Å lære en evidensbasert metode vil hjelpe meg å beholde jobben min..... 0 1 2 3 4
43. Å lære en evidensbasert metode vil hjelpe meg med å få en ny jobb..... 0 1 2 3 4
44. Å lære en evidensbasert metode vil gjøre det lettere å finne arbeid ..... 0 1 2 3 4
45. Jeg vil lære en evidensbasert metode hvis det gir godkjente studiepoeng som etter-/ videreutdanning..... 0 1 2 3 4
46. Jeg ville lære en evidensbasert metode hvis det ble gitt opplæring..... 0 1 2 3 4
47. Jeg ville lære en evidensbasert metode hvis det ble gitt kontinuerlig oppfølging..... 0 1 2 3 4
48. Jeg liker å få tilbakemelding på jobben jeg gjør ..... 0 1 2 3 4
49. Å motta tilbakemelding hjelper meg å bli en bedre terapeut..... 0 1 2 3 4
50. Å motta veiledning hjelper meg til å bli en bedre terapeut ..... 0 1 2 3 4