

Spesialistoppgaver i klinisk psykologi: kunnskapsbidrag og forbedringsmuligheter

I spesialistoppgaver i klinisk psykologi finner vi gode eksempler på forskning og tjenesteutvikling i en praktisk kontekst. Men ofte ville den metodemessige kvaliteten enkelt kunne forbedres.

TEKST

Jan Skjerve

Sissel Reichelt

PUBLISERT 5. november 2010

ABSTRACT:

Clinical psychological research and program development in a practical context

A categorisation was conducted of 282 papers accepted by the Norwegian Psychological Association as fulfilling the requirements for becoming a specialist in clinical psychology. Sixty-six of the papers were found to be examples of research in the context of a clinical practice situation. Characteristics of this research are described and discussed, and suggestions for quality improvements are given. Forty-two of the papers were categorised as service development. Many of the latter produce ideas for other practitioners involved in service development, but few of the papers refer to the literature on program development, program evaluation, implementation, or quality improvement. Application of more standard methods and procedures suited for the field of service improvement could have resulted in even more valuable contributions.

Keywords: practitioner research, local scientist.

EMNER

utøverforskning

lokal forsker

Den såkalte Boulder-modellen (Raimy, 1950), som norsk profesjonsutdanning for psykologer bygger på, har som ideal at yrkesutøvere skal være både forskere og praktikere. Egen forskningsaktivitet inngår i den akademiske grunnutdanningen. Praktikere skal få nødvendig metodekunnskap for å kunne arbeide så systematisk i sin daglige virksomhet at de kan underbygge erfaringer og høste funn på en måte som gir kunnskap. Vi oppfatter at kravet om skriftlig arbeid til spesialitetene bygger på samme tankemodell. Det er sett som ønskelig å ivareta og videreutvikle kompetansen som er oppnådd i grunnutdanningen, også på spesialistnivå, selv om det ikke lenger kreves et vitenskapelig arbeid (Berge, 1993), slik at det kan ytes bidrag til profesjonsutøvernes kliniske ekspertise og kunnskapsgrunnlag.

«Presisering av problemstillinger, bruk av kasesdesigner, mer systematisk datainnsamling og bedre prosedyrebeskrivelser er blant forbedringsmulighetene som ville styrket holdbarheten av funnene»

Praksisnær forskning kan ha flere formål. For det første kan den bidra med lokal kunnskap om psykoterapi og kliniske fenomener og lede til utvikling av de tjenestene som gis. Videre kan den bidra til praktikernes evne til å tenke systematisk og reflektere over sin egen praksis, slik at forutsetningene for den kliniske ekspertisen som kreves for å ta de valg og beslutninger som ligger i yrkesutøvelsen, blir styrket. Egen forskningsaktivitet styrker også praktikernes forutsetninger for kritisk vurdering av og tilpasning av forskningsbaserte prinsipper til egne klienter.

Fox, Martin og Green (2007) hevder at det er en nødvendig konsekvens av innføringen av krav om at praksis skal være evidensbasert, at praktikere må forske. Det første og mest avgjørende premisset for dette er at tjenesteytingen vil endre seg når den bygger på den beste tilgjengelige forskningen, og disse endringene bør registreres og evalueres av praktikerne på en forskningsmessig holdbar måte. Etersom den evidensbaserte kulturen utvikler seg, vil det bli økende krav om at behandlere skal evaluere egen virksomhet. Ifølge Fox et al. (2007) er det også erkjent at innføring av forskningsbasert praksis best oppnås gjennom at praktikerne selv er aktive forskere. Det er slik den nødvendige brobyggingen mellom forskning og praksis blir etablert. Forskningen må bygges inn som en ordinær del av den tjenesteytende organisasjonen for at tjenesteytingen skal utvikle seg.

Utviklingsvirksomhet, slik den inngår i uttrykket FoU (forsknings- og utviklingsarbeid), er en form for evidensbasert praksis der en systematisk tar i bruk og prøver ut etablert kunnskap i en ny utforming eller i en ny kontekst, og der formålet er å forbedre eksisterende praksis. Innenfor det psykologiske praksisfeltet kan en se utviklingsvirksomhet som en tilnærming til den kontinuerlige kvalitetsforbedringen i organisasjonen.

«I noen tilfeller var datainnsamlingen mangelfull. Det kunne være at det bare ble rapportert om tilfredshet med behandlingen der problemstillingen krevde

dokumentasjon av atferdsendringer, og der relevante instrumenter var lett tilgjengelige»

For å få innblikk i hva som er kunnskapsinteressen hos norske kliniske psykologer, hvordan observasjoner og erfaringer er systematisert, og hva slags kunnskap arbeidene resulterer i, har vi lest 282 godkjente skriftlige arbeider til spesialiteten i klinisk psykologi. Vi ønsket å undersøke hvilke forskningstemaer det er arbeidet med og hvilke designer og datainnsamlingsmetoder som er benyttet i oppgaver som kan karakteriseres som forsknings- og utviklingsarbeid. Vår interesse har ikke vært å kartlegge den tallmessige forekomsten av ulike sider ved kunnskapsproduksjonen, men å finne grunnlag for en oppfatning om karakteren av og kvaliteten på det praksisnære forsknings- og utviklingsarbeidet som norske psykologer er engasjert i.

I det følgende vil vi gi et bilde av forsknings- og utviklingsvirksomhet (FoU) slik den avtegner seg i spesialistoppgaver i klinisk psykologi. Vi vil gi en oversikt over forskningstemaer og gi eksempler på bidrag til kunnskapsutviklingen. Våre funn gir grunnlag for noen metodekritiske kommentarer og forslag til forbedringsmuligheter for å styrke holdbarheten av funnene. Endelig vil vi komme med noen forslag til hva fremtidige forfattere bør vektlegge i sin fremstilling for at andre skal kunne få best mulig utbytte av de refleksjonene og den forståelsen som er basert på forsøkene som er gjort.

Før vi går nærmere inn på enkelte karakteristika ved forsknings- og utviklingsarbeidene, vil vi kort omtale noen tenke- og arbeidsmåter som er grunnleggende for forsknings- og utviklingsvirksomhet i en praktisk kontekst.

Forskning i praksis

Fox et al. (2007) er av den oppfatning at forskning i egen praksis ikke skiller seg fra annen forskning. Men for å kunne utforske de problemstillingene som er viktige for praksis, må forskningen være metodemessig fleksibel og åpen for ulike forskningsparadigmer. Både deduktiv og induktiv forskningsprosess, samt både kvantitative og kvalitative metoder, er påkrevd. Det er ulike kvalitetskrav for de ulike forskningstilnærmingene, men det betyr ikke at forskjellige typer forskning nødvendigvis varierer med hensyn til hvor holdbar den er. Allerede for nærmere 30 år siden argumenterte Larsen (1983) for en nødvendig pragmatisme i anvendt klinisk forskning. Han advarer mot en fundamentalistisk forståelse der én epistemologisk tilnærming blir hevdet å gi en sannere forståelse enn en annen. Ulike forståelsesformer har sin berettigelse avhengig av hvilke spørsmål en ønsker å besvare og innenfor hvilket område en ønsker å forske. Larsen har det synet at en pragmatisk tilnærming til epistemologisk posisjon og metodevalg ikke er til hinder for å innfri krav til holdbarhet og relevans, krav ingen forskere er fritatt fra. Fishman (1999) har utviklet pragmatisme som egen faglig orientering.

Kazdin (2008) mener det er et beklagelig trekk ved klinisk praksis at den enkelte klinikers oppsamlete erfaring forsvinner med vedkommende. Kazdin sier videre at det ikke er noen grunn til at klinikere skal bli forskere som gjør kompliserte dataanalyser. Klinikere «forsker» allerede ved at de lager hypoteser om at en gitt behandlingskombinasjon vil ha effekt, og ved at hypoteser blir testet ut i behandlingen av den enkelte klient. Han går derfor inn for at klinikere skal akkumulere saker over tid, og evaluere dem systematisk. Med systematisk evaluering mener han bruk av de beste måleinstrumentene vi har, som kan administreres hyppig, som tar liten tid, og som kan anvendes på både terapeuter og klienter. Dette kan styrke kunnskapsbasen vår, selv om en ikke har studier med kontrollerte betingelser.

For mange praktikere kan det virke vanskelig å velge hvordan de skal dokumentere endringer hos klientene. Klinikeren vil alltid stå overfor dilemmaet om man skal prøve en individuelt utformet registreringsmåte eller et standardinstrument med dokumenterte psykometriske egenskaper. I det første tilfellet blir vekten lagt på sensitivitet for endringer hos en gitt klient, i det andre tilfellet på muligheten for å kunne sammenligne flere klienter (Ogles, Lambert & Fields, 2002). Begge strategier kan være mulige og relevante for den som forsker i egen klinikk.

«For oppgavene om programutvikling ligger det viktigste forbedringspotensialet i økt tydelighet og økt detaljrikdom i fremstillingen. I de færreste tilfellene er informasjonen tilstrekkelig for at andre skal kunne replikere det som er prøvd ut»

De nevnte forskerne argumenterer alle for at selv om den praktiske arbeidssituasjonen begrenser kontrollmulighetene, er ikke begrensningene til hinder for å utføre verdifull forskning. Men den faktiske situasjonen utelukker bruken av en del designer, og det er ikke alle typer relevante problemstillinger som lar seg utforske integrert i det daglige arbeidet.

I løpet av de siste tiårene er det vokst frem en bred litteratur om kasushistorier utformet etter vitenskapelige prinsipper (f.eks. Barlow, Hayes & Nelson, 1984; Dattilio, 2006; Hersen & Barlow, 1976; Kazdin, 2003), og Peterson (2004) argumenterer for at en vitenskapelig utformet kasushistorie er det beste praktikere kan yte, både som ansvarlige profesjonelle og som bidrag til det vitenskapelige foretakendet. Fishman (2005) er den som kanskje har satset mest på kasusstudier i behandlingsforskning, ved å utvikle et nettidsskrift med sikte på å publisere kasusstudier og drøfte kasusstudiemetodikk. Den overordnede forskningsidéen er at en akkumulering av

kasushistorier kan resultere i ny kunnskap. Gjennom induktiv generalisering kan en basere behandling av nye klienter på erfaringer fra tidligere saker som er nøye matchet med den aktuelle klienten. Hersen (2002) startet et tidsskrift for publisering av kliniske kasusstudier, som alle skulle følge en fast mal for å sikre det vitenskapelige nivået.

Bridges (2003) reiser det grunnleggende spørsmålet om en som forsker med det formålet å forbedre tjenester som en selv er ansvarlig for, kan gjøre dette uten å konfrontere sine egne verdier. Implisitt i spørsmålet ligger tvilen på om en som forsker i egen praksis kan ha den nødvendige avstand til sine funn og ikke påvirke eller skeivfremstille dem. Vårt syn er at dette er allmenne spørsmål for forskere, ikke begrenset til å gjelde praktikerforskerne, selv om utfordringene kan være større når en forsker på egen praksis.

Utviklingsvirksomhet

Forbedring av psykologiske tjenester kan skje gjennom nyskapende virksomhet, der vekten ligger på utforming av nye idéer om hva som kan være god og tjenlig praksisutforming, men uten at formålet er å frembringe ny viten om kliniske fenomener eller behandlingseffekt. Programutvikling og programevaluering er en omfattende faglig virksomhet, med en fyldig litteratur (f.eks. Fitzpatrick, Sanders & Worthen, 2004; Posavac & Carey, 2003; Rossi, Lipsey & Freeman, 2004).

Med program menes summen av alle de tjenestemessige ytelsene som blir gitt til en brukergruppe. Tjenestene blir gitt med et bestemt formål, og tjenesteutformingen er basert på teoretiske eller empirisk funderte antakelser om at tilbudet vil lede til forandringer og måloppnåelse hos brukergruppen. En tilfredsstillende programbeskrivelse bør omfatte blant annet mål, brukerkarakteristika, rasjonale for programaktivitetene, tidligere relevant forskning, hvilke aktiviteter som blir gjennomført, kompetanse hos tjenesteytere, organisatoriske rammer, støttefunksjoner og ressursbruk (Sanders, 1994).

Programutvikling i behandlingsarbeid kan spenne fra å tilpasse et allerede utformet behandlingsprogram til en ny klientgruppe eller til en ny kontekst, til å sette sammen fragmenter fra ulike behandlingsteorier til et nytt teoretisk fundament som skal være styrende for valg av intervensjoner. Evaluering vil ofte inngå som del av utviklingsarbeidet. To sentrale evalueringsoppgaver er om programmet er gjennomført slik det var intendert, og om oppsatte mål er nådd. Det er vanlig å skille mellom formativ evaluering (korrigerende tilbakemelding) og summativ evaluering (hvilke resultater som er oppnådd).

**«Særlig utviklingsarbeidene bør
forankres bedre i relevant
litteratur, og det foreslås å
skolere psykologer bedre**

i programutvikling og evaluering»

Å ta i bruk nye behandlingsmetoder eller nye programmer representerer ofte utfordringer knyttet til endring av tenke- og arbeidsmåter i miljøer med etablerte tradisjoner for tjenesteutforming eller med organisasjonsstrukturer som er lite åpne for omlegninger. Forskning på omlegningene, implementeringsforskningen, omhandler prosesser og strategier ved innføring av nye arbeidsmåter og også om å få dem til å virke som intendert (Sørli, Ogden, Solholm & Olseth, 2010). Informasjon om erfaringer med faglige omleggingsprosesser og håndtering av utfordringer som oppstår, gir viktige bidrag til arbeid med kvalitetsutvikling. Fixsen, Naom, Blase, Friedman og Wallace (2005) gir en oversikt over implementeringsforskningen.

Metodeutvikling dreier seg i vår sammenheng i det vesentlige om utforming og tilpasning av ulike typer behandlingsmåter og i noen tilfeller av kartleggingsinstrumenter. Ofte vil det være slik at kjente metoder legges til rette for bruk overfor klientkategorier der metoden ikke har vært prøvd før. Til forskjell fra programutvikling handler ikke metodeutvikling om utforming av helhetlige tilbud, men om mer spesifikke eller avgrensede intervensjoner.

Metode

De 282 skriftlige arbeidene var godkjente innenfor et av fordypningsområdene klinisk barne- og ungdomspsykologi, klinisk voksenpsykologi, psykologisk arbeid med rus- og avhengighetsproblemer, klinisk familiepsykologi, klinisk psykologi i skolen eller klinisk psykologi med psykoterapi. Med få unntak var de godkjent i tidsrommet 1995 til 2007. Oppgavene var valgt ut for å sikre et strategisk (ikke et statistisk representativt) utvalg av arbeidere som omhandlet forskning og systematisert erfaring i klinikk. Analysen av arbeidene startet med å gi en kort karakterisering av hvert av dem. Vi vurderte blant annet om det var formulert en problemstilling, om eventuelle forskningsspørsmål var besvart, og om det var metodemessig grunnlag for å svare.

Opgavene ble fordelt i tre kategorier: forskning, utviklingsarbeid og faglig arbeid. OECDs kriterier for anvendt forskning og for utviklingsarbeid (NOU 2000:7) ble benyttet for kategoriene forskning og utviklingsarbeid, og henholdsvis 66 og 42 oppgaver ble gitt disse klassifiseringene. Felles for de to kategoriene var at arbeidene måtte representere noe nytt. Det nye kunne ha form av forskningsfunn eller av sammenstilling av tidligere kjente funn eller fremgangsmåter til nye tilbudsutforminger, nye metoder eller tilbud som ikke hadde vært gitt en bestemt klientgruppe tidligere. Den vesentligste forskjellen mellom forskning og utviklingsarbeid var at utviklingsarbeidene ikke trengte å prøve å besvare et forskningsspørsmål eller å ha en design som muliggjør å gi slike svar. Oppgavene ble også kategorisert i fem underkategorier av forskningsarbeid og tre av utviklingsarbeid, avhengig av hvilket tema som var behandlet og hvilken metode som var benyttet. To av underkategoriene for forskning, oversiktsartikkel og prosesstudier,

hadde så få eksempler at de ikke er tatt med i den videre resultatpresentasjonen. Kategorien faglige arbeider inkluderte alle oppgaver som ikke oppfylte kriteriene for en av de to første kategoriene.

Alle vurderinger og alt kategoriseringsarbeid bygde på prinsipper for kvalitative analyser etter konsensusmetoden (Hill et al., 2005; Hill, Thompson & Williams, 1997). Forfatterne vurderte først oppgavene hver for seg. Resultatene ble deretter sammenlignet, og uoverensstemmelser ble drøftet. Etter dette gikk vi igjennom oppgavene på nytt og arbeidet oss frem til konsensus. En nærmere beskrivelse av seleksjonen av oppgavene og fremgangsmåten i analysen av dem, og en tallmessig oversikt over fordelingen av oppgavene på underkategorier og fordypningsområder, er gitt i Skjerve og Reichelt (2010).

Resultater

Nedenfor presenterer vi eksempler på kunnskapsbidrag i henholdsvis forsknings- og utviklingsarbeidene, og hvilke muligheter til forbedringer som var gjengangere i de to oppgavekategoriene.

Hva forskningsarbeidene bidro med

Langt de fleste forskningsoppgavene falt i en av de tre underkategoriene behandlingsevaluering, helsetjenesteforskning og fenomen- eller klientbeskrivelser.

Behandlingsevalueringen innbefattet både individual- og gruppebehandling. Mange av undersøkelsene av individualbehandling dreide seg om resultater og erfaringer med bruk av kognitiv terapi for ulike problemtyper, men med tyngdepunktet i angstlidelser. I noen tilfeller hadde klientene vært igjennom tidligere behandling som ikke var vellykket, og det ble drøftet hvilke endringer av opplegg som sannsynligvis bidro til bedre resultat. Systemisk terapi og dynamisk korttidsterapi var eksempler på andre behandlingsformer som ble evaluert. Gruppebehandlingstilbudene fordelte seg jevnt mellom kognitiv terapi og behandling med en eklektisk orientering. Et eksempel på eklektisk utformet behandling var en kombinasjon av kognitiv terapi, affektbevissthetsteori og bioenergetisk kroppsterapi anvendt for tre grupper med selvskading og mangelfulle sosiale ferdigheter.

Helsetjenesteforskningen fordelte seg på kategoriene evaluering av tjenestetilbud gitt til en avgrenset pasientgruppe, og utforskning av praksis ved egen institusjon. Et eksempel i første kategori var en studie av hvilket utbytte psykotiske langtidspasienter fikk av å være på en dagavdeling. Reinnleggelser og opplevd livskvalitet var blant målene som ble benyttet. For øvrig var både effektmål og tilfredshetsmål benyttet i evalueringene. Diagnosepraksis, endringsforløp under opphold i en barnepsykiatrisk behandlingstilbud, risikofaktorer ved gruppebehandling samt personalholdninger til psykoterapi versus medikamentell behandling var blant de mange temaene som ble utforsket vedrørende tilbud ved egen institusjon.

De fleste *fenomen- og klientbeskrivelsene* omhandlet heterogenitet innenfor en klientgruppe eller betydningen av livssituasjonen for utvikling av psykologiske vansker. Nyansering av karakteristika for klienter med en gitt diagnostisk tilhørighet, for eksempel rusavhengighet, var gjerne formålet med studier av heterogenitet, mens tenåringsbarns opplevelse av foreldres samlivsbrudd er eksempel på det andre hovedtemaet.

Mange av oppgavene som falt i kategorien fenomen- eller klientbeskrivelser, inneholdt grundige og systematiske beskrivelser av kliniske observasjoner og utfordringer forfatteren hadde møtt i sin praksis. Både kvalitative metoder og standardiserte kartleggingsinstrumenter var brukt for å gi et bilde av de fenomenene klinikerne hadde blitt opptatt av og som det var ønsket å få mer kunnskap om. Forfatterne var gjennomgående forsiktige med å trekke generaliserte konklusjoner ut over de utvalgene som var studert. Samtidig ga oppgavene et kunnskapsgrunnlag for å møte nye klienter og for utforskningen av hva som er karakteristisk for dem.

Forbedringsmuligheter for forskningsarbeidene

Kommentarene om forbedringspotensialer for forskningsarbeidene har vi valgt å knytte til de fem hovedbolkene som pleier å utgjøre kjernen i presentasjonen av empiriske forskningsarbeider.

Problemstillinger. Flere oppgaver kunne tjent på at forskningsspørsmålene var tydeligere, slik at det hadde vært lettere å vurdere om de var besvart eller ikke. Eksempel: Er narrativt orientert behandling nyttig i tilbud til pårørende? Her er det for uklart hva «nyttig» innebærer. Det var også flere eksempler på at problemstillingene kunne vært formulert på en måte som ville gjort det enklere å besvare dem ut fra den design som var valgt. Eksempel: Kartlegging av forekomsten av traumer i en bestemt klientgruppe. Det ble funnet en høy forekomst, noe som var interessant i seg selv. Men forskningsspørsmålet var om forekomsten var høyere enn i andre klientgrupper, noe som ikke lot seg besvare uten kontrollgrupper. I forholdsvis mange oppgaver var problemstillingene gitt en for generell form, eller det var tatt opp for mange spørsmål. Eksempel: Ungdommers refleksjoner under og etter kriser i familien.

Utvvalg. I enkelte undersøkelser var svarprosenten lav, og resultatene ville blitt styrket med høyere svarprosent (for eksempel gjennom puring). I noen undersøkelser var utvalget lite i forhold til å anvende kvantitative analyser, og informasjonen som var samlet inn, kunne med fordel vært analysert kvalitativt.

Metoder. Den vanligste designen i behandlingsstudiene var en A–B-design, med målinger før og etter behandling. Ofte forelå det opplysninger som kunne blitt brukt til å konstruere en «baseline», og som ville fortalt oss om stabilitet eller utviklingstendenser i vanskene forut for behandlingsstart. I mange studier av enkeltkasus eller smågrupper kunne det med letthet vært utført repeterte målinger som ville tydeliggjort endringsprosesser og bidratt til å kaste lys over forhold av betydning for å forstå de observerte endringene. Systematisk datainnsamling, hyppige målinger, vurdering av klientatferden over en lengre periode, vurdering av atferdsendringer

relatert til behandlingen og inkludering av flere og ulike klienter i studiene, er blant tiltak som kan forbedre indre validitet i kasusstudier (Kazdin, 2003). I studier der det inngikk flere kasus, kunne disse vært stilt sammen i en replikasjonsundersøkelse. Etter vår oppfatning kunne mange av oppgavene, med små grep, fått et bedre grunnlag for drøfting av hva som ble oppnådd i behandlingen.

I noen tilfeller var datainnsamlingen mangelfull for de problemstillingene som en ønsket å besvare. Det kunne være at det bare ble rapportert om tilfredshet med behandlingen der problemstillingen krevde dokumentasjon av atferdsendringer, og der relevante instrumenter var lett tilgjengelige. Eller det kunne være at det var valgt instrumenter med liten sensitivitet for de endringene en ønsket å kartlegge.

Noen andre forbedringsmuligheter:

- Redegjøre bedre for designen og de mulighetene en har for å trekke slutninger ut fra den.
- Styrke datagrunnlaget med for eksempel enkle skaleringer av klientenes tilstand før og etter behandling, heller enn bare verbale beskrivelser.
- Redegjøre for klientens historie med hensyn til varighet og stabilitet av vansker før behandlingen.
- Spesifisere når et spørreskjema er sendt ut i forhold til behandlingens avslutning.
- Spesifisere mål for behandlingen og kvantifisere graden av måloppnåelse.
- Bruke N=1-design, eventuelt med replikasjon over flere atferder eller flere situasjoner.
- Drøfte alternativer til behandlingen som mulige årsaker til observerte endringer.
- Bruke flere måleinstrumenter.

Det var behandlingsstudiene som kunne profittert mest på tydeligere bruk av relevante forskningsmetoder. Det kan virke som at ulike varianter av kasusmetodikk var lite kjent blant forfatterne, og vi savnet en mer reflektert drøfting av de funnene som ble presentert, i lys av det grunnlaget en hadde for å trekke slutninger.

Resultatpresentasjon og konklusjon. Det viktigste forbedringspotensialet her ligger i å unngå å trekke slutninger som det ikke er dekning for i materialet. Det er også viktig å anvende den empirien en har, og trekke slutninger ut fra den, heller enn å la teori få for stor tyngde når det empiriske materialet er oppgavens fundament. I mange tilfeller kunne datapresentasjon med fordel blitt gitt en mer visuell form gjennom bruk av tabeller eller figurer. Det var ikke alltid et klart skille mellom observasjoner og funn, og fortolkningen av disse.

Hva utviklingsarbeidene bidro med

Utviklingsarbeidene ble gruppert i tre underkategorier. To av kategoriene omhandler programutvikling i behandlingsøyemed og for andre typer tjenester. Den tredje kategorien gjelder metodeutvikling.

Flere av oppgavene om utvikling av *behandlingsprogrammer* var skrevet ut fra erfaringer med manualisert behandling som sentralt element i behandlingstilbudet. Noen hadde erfart at manualene ikke passet til de klientgruppene de arbeidet med, mens andre hadde teoretiske synspunkter som de ikke syntes ble ivaretatt gjennom manualene, men som burde inngå i grunnlaget for behandlingsutformingen. I arbeidene var det utviklet forslag til nye retningslinjer for behandlingen ved at teori fra andre kilder enn manualene ble trukket inn. Det mest karakteristiske var at den manualiserte metoden var kognitiv atferdsterapi, og at den teorien som ble trukket inn, var basert på tilknytningsteori og teori der emosjoner er sentrale. De supplerende teoretiske synsmåtene ble gjerne prøvd ut i en formativ evalueringsprosess. Oppgavene bidrar til å nyansere betydningen av manualisert behandling, og illustrerer den eklektisismen som er typisk for terapifeltet i dag.

Enkelte av oppgavene omhandlet utforming av tilbud til grupper som ikke direkte falt inn under institusjonenes målgrupper, som foster-/adoptivforeldre, barn av misbrukere, barn i asylmottak, etc. Disse oppgavene, kalt *programutvikling*, *andre tjenester*, illustrerer at en er opptatt av klientenes kontekst og nærpå personer, som er i tråd med nyere føringer i helselovgivningen (helsepersonelloven § 10a). Typisk for tilbudene som ble utviklet i disse sammenhengene, var at de bygde på funn fra formativ programevaluering med vektlegging av videre forbedring.

I noen av oppgavene om programutvikling både for behandling og for andre tjenester var det innslag av erfaringer med og refleksjon rundt utfordringer knyttet til implementering. Flere viktige momenter med betydning for de ulike fasene i en omleggingsprosess er omtalt.

Blant oppgavene som ble kategorisert som *metodeutvikling*, hadde noen som formål å utvikle behandlingsformer for problemtyper en tidligere ikke har hatt spesialisert metodikk for. I disse oppgavene var det trukket inn teori fra mange kilder, som kombinasjon av eksponerings- og tilknytningsteori eller av affektbevissthetsteori, systemisk teori og eksternaliseringstenkning. Metodene ble prøvd ut, gjerne med evalueringer basert på klientenes reaksjoner. Slike pilotprosjekter kan gi inspirasjon til videre utforskning av hjelpetilbud til vanskelig tilgjengelige klienter.

Det var flere eksempler på at metoder som er etablert i noen sammenhenger, ble prøvd ut i andre sammenhenger. I ett arbeid ble EMDR forsøkt som tilbud for barn med mindre traumer/belastninger i en skolesetting. Et av formålene med dette var å vurdere metodenes anvendelighet, eventuelle begrensninger og mulige modifikasjoner. Igjen ser vi dette som inspirasjonskilder til videre utforskning av metodeutforming.

Et hovedinntrykk var at utviklingsoppgavene var skrevet med utgangspunkt i en egenopplevelse hos psykologen, Det kunne være en uro over noe som ikke fungerte, det kunne være spørsmål som oppsto i det kliniske arbeidet, eller det kunne være idéer som sprang ut av klinisk erfaring eller teori. Så begynte arbeidet med å sette ord på uroen, finne ut av hvordan spørsmålene kan besvares og å iverksette idéene. Med dette

utgangspunktet ble oppgavene en rik idékilde for psykologer som har tilsvarende egenopplevelser.

Forbedringsmuligheter for utviklingsarbeidene

For oppgavene om programutvikling ligger det viktigste forbedringspotensialet i økt tydelighet og økt detaljrikdom i fremstillingen. I de færreste tilfellene er informasjonen tilstrekkelig for at andre skal kunne replikere det som er prøvd ut. Helt vesentlige opplysninger i forhold til rådende standarder for programbeskrivelser (se f. eks. Sanders, 1994) manglet i mange oppgaver.

I flere av oppgavene ble teorien presentert på en måte som gjorde det vanskelig å se hvordan den gir rasjonale for programutformingen, selv om relevansen ikke virket urimelig. Det forekom at teorien ble presentert på flere steder, og gjerne ikke foran programmet som en rasjonale for det. Det fantes også eksempler på at teorijennomgangen ble for omfattende, noe som gikk ut over presentasjonen av programmet.

Programmene var noen ganger presentert på en uklar og vag måte, gjerne blandet sammen med teoretiske betraktninger og erfaringer, slik at det ble vanskelig å få overblikk over elementene i programmet. En svakhet kunne også være at det ikke fremgikk om programmet faktisk ble gjennomført etter planen.

Erfaringene med hvordan nye tilbud ble mottatt av pasienter og personale var oftest godt presentert, og vanligvis ble det reflektert over hva materialet ga grunnlag for å si noe om. Det var varierende omfang og kvalitet av evaluering. Vanligvis skulle programmene fortsette, og det ville vært av stor betydning om de ble evaluert på en måte som eventuelt kunne gjort dem bedre.

Det var en gjennomgående mangel at forfatterne ikke plasserte arbeidet inn i den tradisjonen det tilhørte, som programutvikling, programevaluering, implementering eller kvalitetsutvikling. Dermed gikk de glipp av den veiledningen som ligger i disse tradisjonene med hensyn til for eksempel hvilke elementer som bør beskrives i et program, eller hvilke evalueringsformer som er best egnet for formålet med arbeidet. Ingen kommenterte på om det var formativ eller summativ evaluering de forsøkte å gjennomføre. Det var heller ikke noen som trakk inn studier av hvilke utfordringer av organisasjonsmessig eller personalmessig art en støter på når en forsøker å innføre nye arbeidsmåter som bryter med etablerte rutiner og tenkemåter.

Metodeutviklingsoppgavene var gjennomgående karakterisert ved å være en beskrivelse av den fremgangsmåten eller det instrumentet som ble presentert, uten omfattende utprøving utover erfaringer med bruken overfor en eller noen få klienter. Bestemte designer eller datainnsamlingsmetoder ble ikke forsøkt gjennomført, og forfatterne var gjennomgående forsiktige med generelle konklusjoner om metodenes kvaliteter. Presisjons- og detaljnivå i beskrivelsene varierte imidlertid i betydelig grad. I Reichelt og Skjerve (2010) har vi presentert et sett av indikasjoner for vurdering av holdbarheten av funn basert på systematisering av praksiserfaringer. Disse

indikasjonene er relevante for vurdering av mange av utviklingsarbeidene, og de kan også være nyttige som veiledning for utforming av oppgavene.

Psykologer ser behovet for, og er engasjert i arbeidet med, å styrke tjenestetilbudet som blir gitt av institusjonene de jobber i. Dette er viktig arbeid for å ivareta klientenes rett til faglig gode tilbud. Det er også profesjonspolitisk viktig å markere at vi som psykologer har kompetanse i kvalitetsutviklingsarbeid. Dette til tross har vi grunn til å tro at det for mange er «once in a life time» at det blir gjennomført et arbeid som spesialistoppgaven. Det er synd, fordi profesjonen går glipp av betydningsfull viten og refleksjon, og fordi en viktig profesjonsferdighet bare sporadisk blir synliggjort. Utvikling av bedre rammer for å utføre forskning i klinikken, endringer av verdiorientering med hensyn til betydningen av praksisnær forskning og bedre skolering i å utføre slik forskning er utfordrende profesjonspolitiske arbeidsoppgaver.

Gjennomgangen av utviklingsarbeidene har vist at den formelle opplæringen i gjennomføring av for eksempel programutvikling og programevaluering er mangelfull. Litteraturen på områdene virker å være ukjent, og det kan fortone seg som forfatterne ofte ikke er klar over hvilken type arbeid de holder på med. Kanskje burde det være et satsingsområde for Psykologforeningen å gi et etterutdanningstilbud om ulike former for utviklingsrettete og kvalitetsforbedrende tiltak i ulike praksissammenhenger?

Konklusjon

Gjennomgangen av spesialistoppgavene kategorisert som forsknings- og utviklingsarbeider viste et bredt utvalg av temaer og metodiske tilnærminger. Atskillige arbeider presenterte praktisk nyttig kunnskap for den arbeidssituasjonen forfatteren og andre med tilsvarende arbeidsoppgaver står oppi. Presisering av problemstillinger, bruk av kasusdesigner, mer systematisk datainnsamling og bedre prosedyrebeskrivelser er blant forbedringsmulighetene som ville styrket holdbarheten av funnene og mulighetene for at andre kunne bygge videre på dem. Særlig utviklingsarbeidene bør forankres bedre i relevant litteratur, og det er foreslått å skolere psykologer bedre i programutvikling og -evaluering.

Kontakt: Jan Skjerve. Tlf. 55 58 88 59

E-post: jan.skjerve@psykp.uib.no

Alle forfattere er medlemmer av Norsk Psykologforenings testpolitiske utvalg.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 47, nummer 11, 2010, side 1003-1009

TEKST

Jan Skjerve, Institutt for klinisk psykologi, UiB

KONTAKT: jan.skjerve@psykp.uib.no

Sissel Reichelt

Referanser

- Barlow, D. H., Hayes, S. C. & Nelson, R. O. (1984). *The scientist practitioner. Research and accountability in clinical and educational settings*. New York: Pergamon Press.
- Berge, T. (1993). Det skriftlige arbeidet – et tilbakeblikk. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 30, 559-561.
- Bridges, D. (2003). A philosopher in the classroom. *Educational Action Research*, 11, 181-195.
- Dattilio, F. M. (2006). Does the case story have a future in the psychiatric literature? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10, 195-203.
- Fishman, D. B. (1999). *The case for pragmatic psychology*. New York: New York University Press.
- Fishman, D. B. (2005). From single case to database: A new method for enhancing psychotherapy practice. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 1, 1-50.
- Fitzpatrick, J. L., Sanders, J. R. & Worthen, B. R. (2004). *Program evaluation*. (3rd ed.) Boston: Allyn and Bacon.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, Florida: The National Implementation Research Network.
- Fox, M., Martin, P. & Green, G. (2007). *Doing practitioner research*. London: Sage Publications.
- Hersen, M. (2002). Rationale for clinical case studies: An editorial. *Clinical Case Studies*, 1, 3-5.
- Hersen, M. & Barlow, D. H. (1976). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon.
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A. & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 196-205.
- Hill, C. E., Thompson, B. J. & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25, 512-572.
- Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology*. 4th ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice. New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146-159.
- Larsen, E. (1983). Anvendt klinisk psykologisk forskning: Problemer og muligheter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 20, 324-330.
- Lov om helsepersonell m.v. Lov-1999-07-02-64.
- NOU 2000:7. *Ny giv for nyskaping*. Oslo: Nærings- og handelsdepartementet.
- Ogles, B. M., Lambert, M. J. & Fields, S. A. (2002). *Essentials of outcome assessment*. New York: John Wiley & Sons.
- Peterson, D. R. (2004). Science, scientism, and professional responsibility. *Clinical Psychology: Research and Practice*, 11, 196-210.
- Posavac, E. J. & Carey, R. G. (2003). *Program evaluation. Methods and case studies*. (6th ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
- Raimy, V. C. (red.) (1950). *Training in clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice Hall.
- Reichelt, S. & Skjerve, J. (2010). *Praktikeres bidrag til kunnskapsgrunnlaget for yrkesutøvelse*. Artikkelmanus innsendt til vurdering.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W. & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation. A systematic approach*. (7th ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.

Sanders, J. R. (1994). *The program evaluation standards*, 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications.

Skjerve, J. & Reichelt, S. (2010). Spesialistoppgaver i klinisk psykolog: Noen karakteristika. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47, 100-105.

Sørli, M.-A., Ogden, T., Solholm, R. & Olseth, A. R. (2010). Implementeringskvalitet - om å få tiltak til å virke: En oversikt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 315-321.