

Övergripande poäng

Poängöversikt

0/20 + 15.5 = 15.5 (77.5%)

Sektion 1

Försättsblad



PSG030, Prevention & Hälsa I, 2000

Datum: 2018-12-07

Skrivtid: 14:00-19:00

Lärare: Annika Norell Clarke

Tillåtna hjälpmedel: Inga

Betygskala: G = 10 poäng, VG = 15 poäng

Maxpoäng: 20 poäng

Lycka till!

0

Ok



Sektionens poängsättning

0/0

Sektion 2

Prev I: Case - BUP

Sektionens poängsättning

0/6

+

4

Annika Clarke

2+2 Guldstjärna på hur du besvarat fråga 2!

+4 I ditt arbete som psykolog får du i uppd starta upp...

I ditt arbete som psykolog får du i uppdrag att starta upp en preventionsinsats i grupp på en barnpsykiatrisk klinik. Du ska leda en grupp med tonåringar i insatsen och utvärdera hur väl insatsen fungerar. Syftet är att fördröja eller förebygga behov av ny behandling för klinikkens befintliga patienter genom att lära ut emotionsreglerings-strategier. Chefen har varit på studiebesök i Malmö och är eld och lågor över metoden som används där. Metoden har (sågs det) god evidens i Kanada.

Du får ett arbetsmaterial som endast består av arbetsboken som deltagarna ska använda. Du får ingen utbildning och ingen terapeutmanual. Arbetsboken verkar dock bygga på välkända terapeutiska principer så du får en ganska tydlig idé om det troliga behandlingsupplägget. Du tror att du nog kan skapa något liknande baserat på det du kan utläsa från arbetsboken. Du tar kontakt med kliniken i Malmö för att få mer information men det visar sig att deras programansvarige är svårt sjuk och inte kan kontaktas. Ingen annan har insyn i programmet.

- Fråga 1: Identifiera och diskutera utmaningar när det gäller "treatment fidelity" och utvärdering utifrån vad du lärt dig under kursen (framförallt kapitlet av Royse et al och artikeln av Gottfredson et al). (4 p)
- Fråga 2: Vad kan du göra för att optimera dina förutsättningar att genomföra prevention och utvärdering i detta läge? (Att lägga ned projektet är omöjligt då hela din anställning baseras på att du ska implementera denna typ av preventionsinsats). (2 p)

-

1. Avsaknad av manual är kritiskt för att säkerställa fidelity till ursprungsprogrammet.

Risken är att jag på avgörande punkter kommer frångå rutiner som ursprungsprogrammet har för behandlaren att följa. Avsaknad av manual skapar även stora problem vid uppföljning, vad ska kontroll göras mot? Beroende på hur väl och detaljerad arbetsboken är kan viktiga utvärderingsmått på hur väl man följt interventionen finnas där, t ex uppgifter om dos (antal sessioner och antal minuter per gång). Men även även om vissa uppgifter finns att hitta "bakvägen" i arbetsboken kan det inte med säkerhet fastställas att programmet utförs med rätt dos vad gäller antal sessioner, hur långa de är eller under hur lång tid behandlingen ska pågå.

Utbildning är en mycket viktig komponent vid implementeringen. Den ska säkerställa att alla deltagare förstår programmets syfte, hur interventionen är tänkt att fungera och framförallt vilken teori den vilar på. Om jag som ansvarig inte har fått utbildning eller har fakta om den teori programmet gör att det finns stor risk för att jag inte följer programmets intention. Det är föreligger då risk att jag i mitt sätt att utföra behandlingarna "glider" mot tidigare bekanta terapiformer som inte följer programmets intention.

2. Först och främst behöver jag komma överens med ansvariga på BUP vad som eg är mitt ansvarsområde. Hur jag kan jobba med programmet med de brister som påvisats. Här bör vi bli komma överens om mitt ansvar, vilka resurser jag har att tillgå, vilken budget jag har och hur uppföljning ska göras (under, efter pgm). Här bör även överenskommelse göras för hur programmets implementering ev ska justeras, om programansvarige i Malmö tillfrisknar eller mer information kan hittas på annat håll, och det visar sig att genomförandet avviker från ursprungsprogrammet i väsentliga delar.

Sedan bör jag utifrån arbetsboken skapa en manual för programmet. Det finns då dokumentation på hur det är implementerat och genomfört. Det gör det möjligt att ev kunna lämna över det till kollega/efterträdare. Det kan även utgöra grund till utbildning

om programmet ska utökas med fler behandlare eller om ersättare ska till. Med en manual har man även en god grund till utvärdering av hur programmet genomförts.

Det är viktigt att låta processen inför och under implementeringen ta tid. Finns inte grunderna på plats lär det skapa problem längre fram.

Rutiner och principer för utvärdering bör vara på plats innan programmet dras igång.

När ska det göras, under, efter eller både.

Sektion 3

Prev I: Case - skola

Sektionens poängsättning

0/6

+

5

Annika Clarke

3+2

+5 Du får i uppdrag att implementera och i
ny...

Du får i uppdrag att implementera och utvärdera en ny preventiv insats på en liten skola. Du har gått en gedigen utbildning i metoden (som utvärderats grundligt) och du är entusiastisk inför att få börja. Fokus är bemötande och sociala förmågor. Tanken är att du till en början ska hålla i programmets "lektioner" i samtliga skolklasser men att lärarna sedan ska ta över och din roll ska bli att handleda. Enligt preventionsprogrammets grundidé så är målet att metoden för bemötande ska genomsyra hela undervisningen till slut. Grundprinciperna bygger i korta drag på att "barn som kan uppföra sig, uppför sig" och att barns problembeteenden i skolan (stökighet, bråk) ska ses som tecken på oförmåga som det är de vuxnas ansvar att hantera och förebygga genom ändringar i klassrumsmiljön och bemötande (tex genom att inte eskalera en konflikt genom att skrika på eller bestraffa ett barn som är upprört).

Lärarna är dock skeptiska till programmet. En del av principerna för programmet är markant annorlunda än hur de vanligtvis bemöter elevernas (problem)beteenden. "Du får väl komma och köra din grej men jag kommer jobba på mitt sätt resten av veckan" säger en lärare.

- Fråga 3: Identifiera vilka utmaningar du står inför när det gäller implementering och utvärdering, baserat på vad du lärt dig under kursen (4 p).
- Fråga 4: Vad skulle kunna underlätta ditt uppdrag? Vad behöver du? Skriv en "önskelista" till din uppdragsgivare där du motiverar dina önskemål utifrån vad du lärt dig under kursen (2 p).

3. Den största utmaningen är att skapa förståelse, acceptans och att deltagarna "köper"/ställer upp på teorin bakom programmet. Här möts personer som har olika teoretisk bakgrund vilket kan skapa problem med att få acceptans för hela programmet och dess intentioner. Om deltagande lärare inte tror på interventionen finns uppenbar risk att hen inte kommer följa programmet alls eller "gör om" vissa delar så det blir mer likt det sätt de brukar göra. Det blir då stora problem med treatment fidelity. Även om utfallet skulle bli positivt skulle man då inte kunna vara säker på att det är programmets intervention som ligger bakom. Finns en misstro mot programmets teori eller syfte, även om alla lärare följer interventionen efter implementering, kan det uppstå problem vid uppföljningen. Upplever någon programmet som ett hot eller att det finns en dold agenda kan de försöka påverka både genomförande och utvärdering för att "motverka" det som de tror är negativt för dem. Det kan vara svårt att få lärarna att känna att de har tid att ta till sig och genomföra programmet. De har ju inte valt att delta frivilligt, deltagandet är ett krav från skolans ledning.

4. Först och främst skulle jag se till skolans ledning/rektors tydligt ger mig och programmet sitt stöd. Förklarar vad syftet är och varför man vill införa det. För att öka trovärdigheten och skingra ev farhågor. Sedan skulle jag be om resurser (framför allt tid) för att * utbildning av lärarna i interventionen * hålla "work shop" för att diskutera farhågor och misstro till teorin. Alla måste vara med på att genomföra programmet och tro på det. Attityder kan ta tid att förändra. Jag skulle även be om resurser/tid för tät kontinuerlig handledning och då även för extra insatser till enskilda lärare om det behövs. Handledare måste få vara tillgänglig under hela genomförandet. Ledningen måste även säkerställa att tid avsätts för programmet i lärarnas ordinarie arbetstid. Om programmet blir en börda ovanpå allt annat riskerar det att upplevas som något negativt även hos de som varit positivt inställda från början. Sedan måste det finnas material till alla deltagare. En en policy/rutin för hur eventuella fel och avvikelser ska hanteras och rättas till under programmets genomförande borde finnas. För att ge

goda förutsättningar för utvärderingen borde sätten utvärderingen ska utföras på fastställas (kommer ta upp både + och -) innan införandet och förmedlas till alla berörda och intressenter, som även bör delta i utvärderingen.

Lägg till text här

Sektion 4

Prev I: Preventionsnivå

Läs artikeln om självmordsprevention (papperskopia) och besvara frågan nedan:

Vilken typ av preventionsnivå handlar ASSIP och SPI om, baserat på vilka man riktar sig till? (Universell, selektiv eller indikerad?) Motivera ditt svar! (2 p)

ASSIP verkar på indikerad nivå. Deltagarna är personer i en utpekad riskgrupp. Det är personer som har genomfört ett suicidförsök, de har en konstaterad psykisk ohälsa. Då tidigare försök är en mycket stor riskfaktor för suicid vill ASSIP försöka motverka nya suicidförsök hos individerna i denna grupp. Insatserna är riktade mot individer och mycket närliggande till behandling.

Sektion 5

Prev I: Mediatorer

Sektionens poängsättning

0/2

+

2

Annika Clarke

+2 Läs artikeln om självmordsprevention (papperskopia) och...

Sektionens poängsättning

0/2

+

1

Annika Clarke

Självkänedom kan absolut vara en mediator på att skilja mellan tekniker som används för att påverka mediatorerna (tex psykoedukation) från andra tekniker. Mediatorerna är i detta fall några individer som påverkas av insatserna och påverkar förekomsten av utfallet. Generellt sägas mediatorerna vara insikt om sårbarhet och kombination med tillgång till andra (nya) copingstrategier än självmordshandlingar.

+1 Läs artikeln om självmordsprevention i Psykologtidningen...

Läs artikeln om självmordsprevention ur Psykologtidningen (papperskopia) och svara sedan på frågan.

- Genom vilken/vilka mediator/er (mekanismer) är det tänkt att utfallsvariabeln (förhindrade självmord) ska påverkas i de nya typerna av självmords-prevention? Beskriv och förklara! (2 p)

-

Både ASSIP och SPI jobbar med "självkänedom" som en mediator. SPI har försöker via manualstyrt möte på 45min kartlägga, känslor och händelser som förgått självmordsförsöket. För att sedan utifrån det ta fram en "safety plan" med copingstrategier mm för framtiden. ASSIP genomför 3 sessioner där känslor och händelser går igenom för att sedan leda fram till en folder där copingstrategier mm finns. I båda fallen är det individuella planer och strategier patienten själv formulerar med stöd.

ASSIP använder även psykoeduktion som en mediator.

Sektion 6

Prev I: Moderator

Läs artikeln om självmordsprevention ur Psykologtidningen (papperskopia) och svara sedan på frågan.

- Vad skulle kunna vara modererande faktorer när det gäller sambandet mellan att må psykiskt dåligt och att försöka begå självmord? Benämna minst en faktor och förklara hur denna skulle kunna påverka. (1 p)

-

Personliga egenskaper som temperament och kognitiv flexibilitet kan fungera som moderatorer vid psykisk ohälsa och självmordsförsök. Har man ett sk hett temperament och svårt att reglera ner sina känslor finns risken att starka känslor övermannar personen och att impulsiv handling som självmordsförsök blir resultatet. Samma även om man är mer lugn men har svårt att styra om sina tankar. Fastnar i negativt tankesätt, ältar. Risken är då att man befäster och förstärker det som upplevs som negativt och slutligen är den enda lösning man kan se självmord(flykt) för att komma ifrån dem.

Sektionens poängsättning

0/1

+

1

Annika Clarke

+1 Läs artikeln om självmordsprevention u

Sektion 7

Prev I: Forskningsstadie

Läs artikeln om självmordsprevention. Vilket "stadie" av preventionsforskning befinner sig programmet ASSIP på? Efficacy, effectiveness, scaling up? Motivera ditt svar. (1 p)

Jag bedömer att ASSIP befinner sig i effectiveness stadiet. Det finns endast en RCT studie gjord, 2016, den visade på kausalsamband mellan intervention och utfall. Men metoden har inte testats i flera olika miljöer, kulturer mm i "verkliga livet". Så även om en överföring från ett land till ett annat oftare sker i Scaling up -stadiet anser jag inte att programmet är moget för det ännu utan behöver testas i flera olika miljöer, kulturer och tidpunkter föra att man kan säkerställa att efficacy resultatet kan generaliseras till andra sammanhang, kulturer, miljöer, etniska grupper etc.

Sektion 8

Prev I: Etik

Läs artikeln om självmordsprevention. Vad finns det för etiskt problematiska aspekter med att forska på självmordsnära personer? Ge några exempel och föreslå lösningar (2 p).

Viktiga etiska principerna är att göra gott och att inte göra skada. Båda två kan ifrågasättas vid studier på självmordsnära personer. Om metoden som testas är helt ny finns risk att den gör skada, får fler att begå självmord, istället för nytta/gott, få färre att begå självmord.

Om personer som sätts på väntelista inte får någon behandling kan även det leda till skada, självmord. För att minska den risken kan ett alternativ vara att personer på väntelista får traditionell behandling t ex KBT istället för att bli helt utan. Jämförelse då blir om nya metoden är bättre eller lika bra.

Sektionens poängsättning

0/1

+

1

Annika Clarke

Fortfarande efficacy då det bara finns en er innan och då kontexten är mer forskningsbe klinikbetonad (samarbete mellan olika univ enskilda behandlare snarare än att man ber kliniker eller landsting)..Jag tolkar ditt svar och med sista meningen ringar in det rätta :

+1 Läs artikeln om självmordsprevention. ' "stadie" av...

Sektionens poängsättning

0/2

+

1.5

Annika Clarke

Två goda exempel, lösning för bara den ena.

+1.5 Läs artikeln om självmordsprevention det för...