



## **Opplæringsprogram i kognitiv atferdsterapi for Rask psykisk helsehjelp**

**Her beskrives utdanningsprogrammet for Kull 15, 2023–2024. Først skisseres elementer i kognitiv atferdsterapi og veiledet selvhjelp, og behovet for å utvikle hjelpetilbud for å nå ut til de store gruppene av befolkningen med angstlidelser og depresjon. Så beskrives opplæringen, med undervisning, ferdighetstrening og kollegaveiledning, program samt pensum.**

### **Generelt om kognitiv atferdsterapi**

Kognitiv terapi, også kalt kognitiv atferdsterapi, er tilrettelagt for en rekke pasientgrupper med psykiske lidelser og somatiske sykdommer. Den har form av individual-, familie-, gruppe- og miljøterapi, rettet mot barn, ungdom eller voksne. Prinsippene i kognitiv atferdsterapi anvendes i hele behandlingsskjeden: i allmennhelsetjenestene, ambulante tjenester, poliklinisk oppfølging, dagsenter og døgnbehandling. Den brukes både i det psykiske og det somatiske helsetilbudet, og i arbeidsrådgiving og arbeidspsykologi. Dessuten benytter selvhjelpsgrupper prinsipper og materiell fra kognitiv atferdsterapi. Slik tjener tilnærmingen til å binde tiltak sammen og etablere et felles språk.

Kognitiv atferdsterapi er en godt dokumentert behandlingsmetode for psykiske lidelser, som fremheves i nasjonale og internasjonale retningslinjer for behandling. Det gjelder for eksempel britiske NICE-guidelines, og de svenske retningslinjene, som er de nyeste i Norden: «Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom». Her konkluderer Socialstyrelsen med at kognitiv atferdsterapi bør tilbys som behandling så vel som tilbakefallsforebygging hos voksne med depresjon, og ved panikklidelse, tvangslidelse, sosial fobi, posttraumatisk stresslidelse og generalisert angstlidelse. Kognitiv atferdsterapi anbefales av Socialstyrelsen også som behandling av barn og unge. Det samme gjelder behandling av insomni, der kognitiv atferdsterapi er anbefalt førstevalg.

I en naturalistisk oppfølgingsstudie utført av Folkehelseinstituttet av 12 sentre for Rask psykisk helsehjelp, ble det rapportert betydelig reduksjon av psykiske plager og meget god brukertilfredshet av behandlingstilbudet. En randomisert klinisk kontrollert studie, av Folkehelseinstituttet, viser at Rask psykisk helsehjelp med sitt tilbud om kognitiv atferdsterapi og selvhjelp hadde behandlingsresultater som var klinisk signifikant bedre enn kontrollgruppen (behandling som vanlig). En artikkel med data fra 12 måneders oppfølging er publisert, som viser at de gode resultatene holder seg.

Evalueringer de engelske sentrene for Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) – en modell for Rask psykisk helsehjelp i Norge – viser at kognitiv atferdsterapi lar seg innpasse på et nasjonalt plan, og at resultatene er tilsvarende som i vitenskapelige studier av behandlingsmetodene. En artikkel av David Clark og medarbeidere i Lancet i 2018 presenterer disse resultatene.

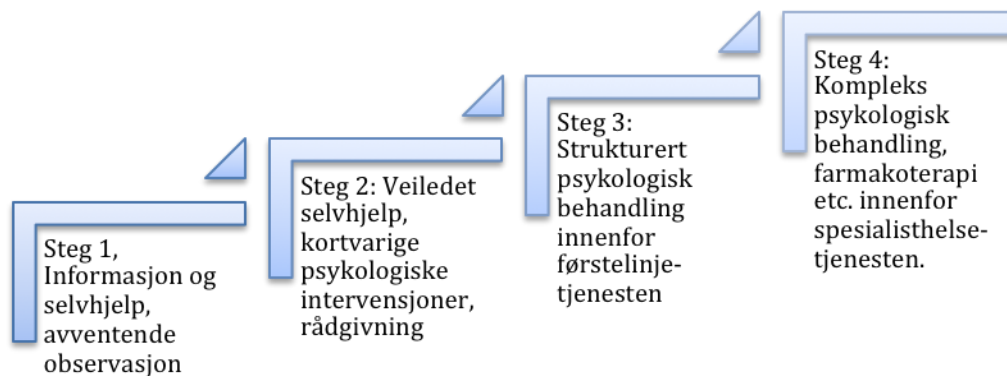
### **Beste effektive omsorgsnivå og veiledet selvhjelp**

I Folkehelseinstituttets rapport *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* fremgår det at depresjon og angst er en hovedårsak til sykefravær og redusert livskvalitet, at god behandling finnes og at utfordringen er å få den fordelt i befolkningen. Rapporten viser at

tiltak, mange av dem i form av kognitiv atferdsterapi, vil lønne seg – problemet er at tilbudet ikke kommer ut til folk. Det er viktig å kombinere tradisjonelle måter å formidle terapi på, med veiledet selvhjelp slik at flere kan nås.

Hjelp gitt som lavintensivtilbud utgjør grunnlaget i BEON-prinsippet (Beste Effektive OmsorgsNivå), som vektlegges i Samhandlingsreformen. Hovedbudskapet er at folk skal få lettere og raskere tilgang på hjelp. Betegnelsen «lavintensiv kognitiv atferdsterapi» brukes om psykisk helsehjelp for å 1) gi økt tilgang til evidensbaserte tiltak, 2) er kostnadseffektive og 3) krever lite tid per pasient for spesialisert helsepersonell. For pasientene er imidlertid tiltaket høyintensivt ved at de må legge ned mye tid og egenarbeid for at det skal være til hjelp. I en trinnvis modell, inngår lavintensive tiltak på steg 1 og 2, mens mer tradisjonelle behandlingstilbud inngår på steg 3 og 4 (se modell 1 under).

Det var vært gjort studier av kognitiv atferdsterapi benyttet i en trappetrinnmodell («stepped care» eller «mixed care», med en innledende vurderingssamtale om rett hjelpenivå). Tilbudene med best resultater har et velfungerende system for hjelp på riktig nivå, for eksempel veiledet selvhjelp og oppfølging via telefon/video eller mestringskurs. De har også gode systemer for overføring til mer omfattende tiltak ved behov.



*Modell 1: Trappetrinnmodell for psykiske helsetjenester*

«Veiledet selvhjelp» fremheves i Helsedirektoratets retningslinjer for behandling av depresjon. Helsepersonell formidler eller henviser til selvhjelpsmateriell, i form av brosjyrer, bøker eller elektroniske programmer. Samtidig tilbys pasienten et begrenset antall oppfølgende samtaler der pasientens konkrete erfaringer med opplegget diskuteres. Veiledet selvhjelp er systematisk og planmessig samarbeid mellom helsepersonell og pasient, der pasienten er den primære endringsagenten. Materialet for selvhjelp er typisk bygget på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi.

### **Ferdighetsmål i utdanningen**

Kognitiv atferdsterapi er fundert på empiriske metoder og oppdatert teoriforståelse spesielt fra psykologisk og psykiatrisk forskning. Modellene som presenteres i utdanningen etterprøves og utvikles kontinuerlig gjennom vitenskapelige studier. Betydningen av en god terapeutisk allianse vektlegges. Det innebærer elementer som terapeutisk empati, positiv anerkjennelse og ekthet og hvordan man kan tilpasse hjelpetiltak til pasientens kulturelle bakgrunn.

Utøvelse av kognitiv atferdsterapi berører fem kompetanseområder:

1. Generelle terapeutiske ferdigheter (som evne til empati og fagetisk refleksjon)

2. Grunnleggende ferdigheter i kognitiv atferdsterapi (som å kunne begrunne ulike tiltak og strukturere samtalen ut fra en målrettet agenda som lages i felleskap med pasienten)
3. Spesifikke teknikker i kognitiv atferdsterapi (for eksempel eksponering ved angstlidelser)
4. Problemspesifikke modeller for intervensjon (for eksempel Clark/Wells-modellen for sosial angstlidelse)
5. Metaferdigheter (terapeutens evne til å knytte de overnevnte kompetanseområder sammen og tilpasse dem til den enkelte pasient, samt å kunne dra nytte av veiledning på sitt terapeutiske arbeid)

I utdanningsprogrammet vektlegges trening i evnen til å knytte sammen alle nivåer av terapeutiske ferdigheter. Se detaljert beskrivelse av ferdigheter på [www.kognitiv.no](http://www.kognitiv.no), som bygger på kompetansebeskrivelsen som er utarbeidet for opplæring av terapeuter i Improving Access to Psychological Therapies (IAPT).

Studier som vurderer effekt av utdanning i kognitiv atferdsterapi, dokumenterer at den bidrar til bedre resultater for pasientene. Det er viktig med en kombinasjon av pedagogiske former: forelesning, modellering, ferdighetstrening og refleksjon over egen klinisk praksis.

### **Opplæringsprogram Rask psykisk helsehjelp**

Opplæringen skal gi kompetanse i:

- prinsippene for kognitiv atferdsterapi ved angstlidelser og depresjon
- bruk av kartleggingsinstrumenter og klinisk intervju for angstlidelser og depresjon
- bruk av metoder for veiledet selvhjelp ved depresjon og angstlidelser
- gjennomføring av psykoedukative kurs i mestring og forebygging av depresjon og angstlidelser
- kognitiv atferdsterapi ved langvarige søvnproblemer
- kognitiv atferdsterapi ved lettere rusmiddelproblemer
- bruk av lavintensivmetoder for formidling av terapi, som telefon/video og nettbaserte tilbud
- vurdering av hvem som faller inn under Rask psykisk helsehjelp, og hvem som bør henvises videre
- vurdering av prinsippene for at pasientene får tilbud på egnet nivå i trappetrinnsmodellen og rask formidling videre til dette nivået
- løpende vurdering og kartlegging av effekten av tilbudet for pasienten
- identifisering og kartlegging av risiko for suicid, og gode rutiner for rask henvisning til spesialisert oppfølging ved behov
- jobbfokusert kognitiv atferdsterapi og arbeidsrettede tiltak for å unngå langvarig sykmelding
- samtaler om situasjonen til deprimerte foreldres barn, og vurdere støttetiltak for foreldrene

#### *Vurdering av symptombelastning*

Det gis opplæring i bruk av instrumenter for kartlegging av symptomer på angst og depresjon for regelmessig å evaluere behandlingen. Regelmessig tilbakemelding til både behandler og pasient styrker behandlingseffekten og motvirker uvirksom behandling. Det gis en innføring i kartleggingsskjemaer som brukes rutinemessig for alle pasienter, og i skjemaer for måling av symptomtrykk ved spesifikke lidelser, som sosial angstlidelse og posttraumatisk stresslidelse.

#### *Vurdering av arbeidsevne*

Rask psykisk helsehjelp skal bidra til å forhindre langtidsfravær og uførhet. Det gis opplæring i vurdering av og samtalemetoder rundt arbeidsevne, for eksempel symptomenes innvirkning

på jobbfunksjon, opplevelse av arbeidsmiljø, sosial støtte på jobben og relasjon til leder. Et tema er arbeidstilrettelegging og bruk av gradert sykmelding.

#### *Opplæring i kurs i mestring av depresjon og angst*

Det gis opplæring i tilrettelegging av kurs i mestring av depresjon, angstlidelser og søvnproblemer. Det formidles informasjon om mestringskurs utviklet ved ulike Rask psykisk helsehjelp-sentre.

#### *Suicidalvurdering*

Sentrene vil gi et tilbud til deprimerte personer, og da er kompetanse i identifisering og kartlegging av suicidalitet livsviktig. Det er satt av en dag til temaet, og så må man vurdere videre tiltak for å sikre kompetanse ved de ulike Rask psykisk helsehjelp-sentrene.

#### *Ferdighetstrening*

Det er 11 dager med ferdighetstrening. Den tar utgangspunkt i kasuistikker og veksler mellom demonstrasjoner i plenum av kursleder og at deltakerne øver to og to. Deltakere skal ta med minimum video- eller lydbåndopptak av to terapitimer til en ferdighetstreningssdag i løpet av utdanningen.

Det legges vekt på å gi den enkelte deltaker konkret tilbakemelding på utøvelse. I tilbakemeldingen benyttes kompetanseskjemaet Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale (CTACS), som omhandler kognitiv terapistruktur, utvikling av terapeutisk allianse, bruk av individualisert problembeskrivelse, bruk av kognitive og atferdsrettede teknikker, og helhetsvurdering

#### *Kollegaveiledning*

Kollegaveiledning innebærer at kandidaten har en kandidat å lære sammen med, og bidrar til økt motivasjon og bedre læring. Den foregår via telefon eller videokonferanse, 50 minutter per gang. Kandidatene fører en logg over møtene i form av stikkord om tema for kollegaveiledningen, evaluering av utbytte av samtalen og dato. Kravet er minimum fem møter per semester, det vil si ti møter totalt. Loggen med oversikt over samtaler samles inn på siste kurssamling

#### *Vektlegging av kvalitet og kontinuerlig veiledning*

Målet for de engelske IAPT-sentrene er at de skal kunne oppnå tilsvarende resultater som i evidensstudiene av kognitiv atferdsterapi for depresjon og for de ulike angstlidelsene (NICE, 2009, 2011, 2017). En forutsetning for at det skal være mulig, er at terapeutene mottar samme grad av opplæring som terapeutene i evidensstudiene og at de tilsvarende mottar samme regelmessige veiledning i utøvelsen av behandling og veiledet selvhjelp. Helsedirektoratet har opprettet en veiledningsordning for Rask psykisk helsehjelp, der veilederne har utdanning som veiledere i kognitiv atferdsterapi. Ordningen administreres av Norsk Forening for Kognitiv terapi.

### **Program for undervisningsseminarer**

Under er et oppsett for temaer for undervisningsseminarene (med forbehold om endringer). I parentes under hvert tema er det stikkordsmessig angitt hvilke områder innenfor de overnevnte fem kompetansebeskrivelsene som er involvert på den aktuelle samlingen.

#### **Kurstid og kurssted**

Dag 1 er fra kl. 10.00–1700 (ved Teams-seminar kl. 0900–1600), og dag 2 og dag 3 fra kl. 0900–1600.

### **1. seminar**

21.–22. august 2023

Dag 1 og 2: Introduksjon til kognitiv atferdsterapi og Rask psykisk helsehjelp (Torkil Berge)  
(Generelle terapeutiske ferdigheter og grunnleggende ferdigheter i kognitiv atferdsterapi.  
Problemspesifikke ferdigheter ved depresjon. Samhandling med fastleger og andre deler av helse- og sosialtjenestene)

### **2. seminar**

13.–15. september 2023

Dag 1 og 2: Depresjon, kartlegging og tiltak (Torkil Berge)  
(Problemspesifikke ferdigheter ved depresjon)

Dag 3: Ferdighetstrening (Heidi Maria Päivärinne og Per Sjöberg)

### **3. seminar**

11.–13. oktober 2023

Dag 1 og 2: Angstlidelser, kartlegging og tiltak, del 1 (Torkil Berge)  
(Problemspesifikke ferdigheter ved spesifikke fobier, agorafobi og panikklidelse)

Dag 3: Ferdighetstrening (Heidi Maria Päivärinne og Per Sjöberg)

### **4. seminar**

20.–22. november 2023

Dag 1 og 2: Angstlidelser, kartlegging og tiltak, del 2 (Torkil Berge)  
(Problemspesifikke ferdigheter ved sosial angstlidelse)

Dag 3: Ferdighetstrening (Heidi Maria Päivärinne og Per Sjöberg)

### **5. seminar**

Digitalt seminar på Teams Kl. 0900–16.00

Dag 1 og 2: Insomni (Håvard Kallestad)

(Problemspesifikke ferdigheter i bruk av søvnlogg, stimuluskontroll og søvnrestriksjon)

Dag 3: Ferdighetstrening (Jone Solberg Vik)

### **6. seminar**

Dag 1: Veiledet selvhjelp som behandlingsmetode: prinsipper og evidens (Arne Repål)

Dag 2: Kurs i mestring og forebygging av depresjon (Arne Repål)

Dag 3: Ferdighetstrening (Heidi Maria Päivärinne og Per Sjöberg)

### **7. seminar**

Dag 1 og 2: Hjelp til jobbmestring (Marit Hannisdal og Danielle Wright)

(Ferdigheter i jobbfokusert kognitiv atferdsterapi)

Dag 3: Ferdighetstrening (Heidi Maria Päivärinne og Per Sjöberg)

### **8. seminar**

Dag 1 og 2: Rusmiddelproblemer (Peter Prescott)

(Problemspesifikke ferdigheter i kartlegging, rådgivning og behandling ved rusmiddelproblemer)

Dag 3: Ferdighetstrening (Peter Prescott)

### **9. seminar**

Digitalt seminar på Teams, kl. 0900–16.00

Dag 1 og 2: Posttraumatisk stresslidelse (Torkil Berge og Nille Lauås)

(Problemspesifikke ferdigheter: CT-PTSD)

Dag 3: Ferdighetstrening (Jon Fauskanger Bjaastad)

### **10. seminar**

Dag 1: Møte med selvmordsrisiko (Synøve Magnussen Wiig)

Dag 2: Kulturkompetanse og kultursensitivitet i behandling (Malin Øyen og Ellen Svartholt)

Dag 3: Ferdighetstrening (Heidi Maria Päivärinne og Per Sjöberg)

### **11. seminar**

Dag 1: Bekymringsangst og generalisert angstlidelse (Leif Edward Kennair)

Dag 2: Sinneproblemer (Steinar Sunde)

Dag 3: Ferdighetstrening (Heidi Maria Päivärinne og Per Sjöberg)

### **12. seminar**

Digitalt seminar på Teams

Dag 1: Arbeid for og med barn som pårørende (Heidi Wittrup Djup)

Dag 2. Kognitiv atferdsterapi med eldre (Ken Laidlaw)

Dag 3: Ferdighetstrening (Jone Solberg Vik)

### **13. seminar**

Digitalt seminar på Teams

Oppsummering og avslutning (Torkil Berge og Heidi Päivärinne)

(Alle fem kompetanseområder: oppsummering. Avslutning av terapi og forebygging av frafall)

### **Eksamen**

Det avholdes tre timers eksamen, to uker etter siste kurssamling. Den er basert på kasusbaserte oppgaver på siste kurssamling. Deltakerne sendes en momentliste i god tid som angir aktuelle temaer. Besvarelsene vurderes av erfarne sensorer.

### **Fraværsregler**

Det er krav om 100 % fullført ferdighetstrening og 90 % fullført undervisning. Det vil bli lagt opp til ordninger slik at alle deltakere får fullført, for eksempel deltakere ansatt etter at opplæringen er startet. Det vil være mulig å delta gratis på seminarer man mangler, for eksempel ved sykdom, ved å delta på et tilsvarende seminar i et av NFKT sine utdanningsprogrammer.

### **Kontaktadresser**

*Kursleder Torkil Berge.* Nedre Movei 37, 1450 Nesoddtangen. E-post [torkil.berge@gmail.com](mailto:torkil.berge@gmail.com) (faglige spørsmål om opplæringsprogrammet)

*NFKTs sekretariat* (spørsmål om samlinger, overnatting og programgjennomføring etc.). Norsk Forening for Kognitiv Terapi, tlf 90 54 37 54, e-post [post@kognitiv.no](mailto:post@kognitiv.no)  
Postadresse: NFKT, Furuhallvn. 8c, 3512 Hønefoss.

Torkil Berge  
Norsk Forening for Kognitiv Terapi

27. februar 2023