



OsloMet - storbyuniversitetet

**Lisa Iversen Vrettos**

---

# **Implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD i spesialisthelsetjenesten – hvordan ledere kan tilrettelegge for terapeuters bruk av metodene**

**Masteroppgave i Styring og ledelse**

**OsloMet - storbyuniversitetet, Fakultet for samfunnsvitenskap, Oslo 01.12.2020**

## **Forord**

I arbeidet med denne masteroppgaven har jeg fått mulighet til å lære om og gå dypere ned i et viktig og aktuelt tema. Jeg vil takke Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) for at jeg har fått anledning til å skrive denne masteroppgaven i tilknytning til prosjektet. Det har gitt meg verdifull kunnskap om hva implementering er og hvordan implementering kan gjennomføres.

Det er mange som har hjulpet meg med denne oppgaven. Jeg vil takke alle terapeutene, som har stilt opp på intervju og bidratt med kunnskap. Tusen takk til veilederen min på OsloMet, Pål Veiden. Du har stilt opp når jeg har hatt behov for det.

Tusen takk til prosjektleder ved NKVTS Karina M. Egeland, som har vært min biveileder. Du har vært en utrolig kunnskapsrik og trygg veileder. Du har alltid stilt opp for meg og satt av tid når jeg har hatt behov for det, og virkelig drevet meg igjennom denne oppgaven.

Tusen takk til resten av prosjektgruppen ved NKVTS, og særlig til Aida Babaii for bistand med alt det praktiske i iPad, app'er, transkriberinger og utvalgsriterier. Det frigjorde tid, noe som er en mangelvare når man studerer ved siden av full jobb.

Jeg vil også takke mine kollegaer, som har spurt og vært nysgjerrige på det jeg holder på med. Til slutt – en stor takk til dere her hjemme! Uten dere hadde denne oppgaven ikke vært mulig.

Lisa Iversen Vrettos

Oslo, 1. desember 2020

## **Sammendrag**

Økt bruk av kunnskapsbasert behandling og reduksjon i variasjonen i tjenestetilbud er utfordringer som spesialisthelsetjenesten står ovenfor. Det må i større grad implementeres nye og effektive behandlingsmetoder, som er kunnskapsbaserte og individuelt tilpasset pasienten.

Ledere har en viktig rolle i implementeringsarbeidet ved å påvirke, være aktiv deltakende og legge til rette for at endring kan skje. Oppgaven undersøker hvordan ledere kan tilrettelegge for implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) i spesialisthelsetjenesten hhv. distriktpsykiatriske sentre (DPS) og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) sett fra terapeutenes ståsted. DPS og BUP er en del av psykisk helsevern som har ansvaret for å gi behandlingstilbud til personer med psykiske vansker. De er organisert under helseforetakene.

Beskrivelse av hva implementering er, implementeringsfaser og –faktorer, samt implementeringsledelse og fullspektrumsmodellen for ledelse er det teoretiske grunnlaget i oppgaven. Datagrunnlaget består av intervju med ni terapeuter i psykisk helsetjeneste, og det er benyttet et kvalitativt forskningsdesign.

Oppsummert har oppgaven fokusert på tre temaer; mulighetene for å gi kollegastøtte/-veiledning, emosjonell støtte og praktisk støtte. Temaer som fremkom som viktige fra terapeutenes ståsted for å kunne implementere kunnskapsbaserte behandlingsmetoder.

## **Abstract**

Increased use of evidence-based practice and reduction in the variation in service offerings are challenges that the specialist health service faces. New and effective treatment methods must be implemented to a greater extent, which are evidence-based and individually adapted to the patient.

Leaders have an important role in the implementation work by influencing, being an active participant and facilitating that change can take place. The thesis examines how leaders can facilitate the implementation of evidence-based practice for post-traumatic stress disorder (PTSD) in the specialist health service resp. district psychiatric centers (DPS) and child and adolescent psychiatric clinics (BUP) from the therapists' point of view. DPS and BUP are part of mental health care that is responsible for providing treatment to people with mental health problems. They are organized under the health trusts.

Description of what is implementation, implementation phases and factors, as well as implementation leadership and the full spectrum model for leadership is the theoretical basis in the thesis. The data consists of interviews with nine therapists in mental health services, and a qualitative research design has been used.

In summary, the thesis has focused on three themes; the opportunities to provide peer support / guidance, emotional support and practical support. Topics that emerged as important from the therapists' point of view in order to be able to implement evidence-based practice.

**OsloMet - storbyuniversitetet, Fakultet for samfunnsvitenskap, Oslo 2020**

## **Innhold**

|   |     |
|---|-----|
| Forord .....  | I   |
| Sammendrag .....  | II  |
| Abstract .....  | III |
| 1 Innledning.....   | 1   |
| 1.1 Bakgrunn for implementeringen.....  | 2   |
| 1.2 Kunnskapsbasert praksis i behandling av PTSD .....  | 2   |
| 1.2.1 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) .....   | 2   |
| 1.2.2 Kunnskapsbasert praksis .....   | 3   |
| 1.3 Implementering av kunnskapsbasert behandling for PTSD i spesialisthelsetjenesten                        | 3   |
| 1.3.1 Om implementeringen.....  | 3   |
| 1.3.2 Om implementeringsmodellen The Leadership and Organizational Change for<br>Implementation (LOCI)..... | 3   |
| 1.3.3 Opplæring og veiledning av terapeuter .....   | 4   |
| 1.4 Formålet med oppgaven og forskningsspørsmål .....   | 5   |
| 1.5 Oppgavens struktur.....   | 5   |
| 2 Teori .....   | 6   |
| 2.1 Implementering.....   | 6   |
| 2.1.1 Hva er implementering .....   | 6   |
| 2.2 Implementeringsfaser og faktorer som påvirker implementering .....                                      | 7   |
| 2.2.1 Rammeverk for implementering .....  | 7   |
| 2.3 Implementeringsledelse og fullspektrumsmodell for ledelse .....   | 10  |
| 2.4 Implementeringsledelse .....  | 10  |
| 2.4.1 The Implementation Leadership Scale (ILS) .....   | 11  |
| 2.5 Fullspektrumsmodell for ledelse .....   | 11  |
| 2.5.1 Transformasjonsledelse .....  | 12  |
| 2.5.2 Transaksjonsledelse.....  | 14  |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 2.5.3 | «La det skure ledelse» / «Laissez faire»-ledelse .....                        | 15 |
| 3     | Metode.....   | 16 |
| 3.1   | Kvalitativt forskningsdesign.....   | 16 |
| 3.1.1 | Intervju .....  | 16 |
| 3.1.2 | Intervjuguide .....   | 16 |
| 3.2   | Utvalg og rekruttering av informanter.....                                    | 17 |
| 3.2.1 | Utvalg og utvalgsriterier.....  | 18 |
| 3.2.2 | Rekruttering av informanter .....   | 20 |
| 3.2.3 | Informert samtykke .....  | 20 |
| 3.3   | Gjennomføring.....  | 21 |
| 3.3.1 | Pilotintervju.....  | 21 |
| 3.3.2 | Intervjusituasjonen .....   | 21 |
| 3.3.3 | Min rolle som forsker .....   | 22 |
| 3.3.4 | Forskningsetikk .....   | 22 |
| 3.3.5 | Oppbevaring av data.....  | 23 |
| 3.3.6 | Godkjenninger.....  | 23 |
| 3.4   | Analyseprosessen.....   | 23 |
| 3.4.1 | Transkribering .....  | 23 |
| 3.4.2 | Tematisk analyse .....  | 23 |
| 3.5   | Reliabilitet og validitet .....   | 24 |
| 4     | Resultater.....   | 26 |
| 4.1   | Terapeutenes involvering i implementeringen .....                             | 26 |
| 4.2   | Muligheten for kollegastøtte/-veiledning om bruk av behandlingsmetodene ..... | 27 |
| 4.2.1 | Læring og deling av kunnskap .....  | 27 |
| 4.2.2 | Få tid til samtaler og kollegaveiledning .....                                | 29 |
| 4.3   | Emosjonell støtte .....   | 31 |
| 4.3.1 | Få lov til å prioritere.....  | 31 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 4.3.2 | Vis interesse og spør om hvordan det går .....                                      | 32 |
| 4.3.3 | Anerkjennelse .....   | 34 |
| 4.4   | Praktisk støtte .....   | 34 |
| 4.4.1 | I form av tilgjengelige og konkrete verktøy .....                                   | 35 |
| 4.4.2 | Fordeling av pasienter .....  | 36 |
| 5     | Diskusjon.....  | 38 |
| 5.1   | Tilrettelegging for kollegastøtte/-veiledning for bruk av behandlingsmetodene ..... | 38 |
| 5.2   | Tilrettelegging for å gi emosjonell støtte.....                                     | 41 |
| 5.3   | Tilrettelegging for praktisk støtte .....   | 42 |
| 6     | Konklusjon .....  | 44 |
| 7     | Litteraturliste .....   | 46 |
| 8     | Vedlegg .....   | 50 |
|       | Vedlegg 1: Intervjuguide terapeuter .....   | 50 |
|       | Vedlegg 2: Informasjonsskriv/samtykkeerklæring DPS .....                            | 52 |
|       | Vedlegg 3: Informasjonsskriv/samtykkeerklæring BUP .....                            | 55 |
|       | Vedlegg 4: Meldeskjema til NSD .....  | 58 |

## 1 Innledning

Tema for oppgaven er å undersøke hvordan ledere kan legge til rette for implementeringen av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) i spesialisthelsetjenesten sett fra terapeutenes ståsted. Oppgaven fokuserer på at det er terapeutene som er utførere av behandlingsmetoden, og hvordan leder tilrettelegger og muliggjør at behandlingsmetodene tas i bruk.

I de aller fleste virksomheter foregår det et kontinuerlig forbedringsarbeid med å komme opp med gode løsninger på ulike utfordringer. Løsningene kommer ikke til nytte for virksomheten, hvis organisasjonen ikke klarer å implementere dem.

I psykisk helsetjeneste finnes det mange behandlingsmetoder som har effekt, men som ikke brukes i praksis (Girlanda et al, 2017). Det betyr at pasienter ikke mottar den beste behandlingen. Ledere har en viktig rolle i å påvirke og legge til rette for at endring kan skje. For å få til god implementering må ledelsen være aktiv deltakende og tilrettelegge dvs. fjerne barrierer, for at terapeutene skal kunne ta i bruk behandlingsmetodene.

Økt bruk av kunnskapsbasert behandling og reduksjon i variasjonen i tjenestetilbud er utfordringer som spesialisthelsetjenesten står overfor. I større grad må det implementeres nye og effektive behandlingsmetoder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Tjenestene må utvikles og tilpasses de særskilte behovene til enkeltmennesker. I pakkeforløpet for psykisk helse og rus (Helsedirektoratet, 2020) fremkommer det at behandlingen skal være kunnskapsbasert, og pasienten skal være trygg på at behandlingen er effektiv og individuelt tilpasset.

Det er forsket mye på implementering i det siste, men vi vet fortsatt lite om hva ledere kan gjøre for å tilrettelegge for god implementering av nye intervensjoner eller behandlingsmetoder (Aarons et al, 2015).

Begrepet implementering trenger en nærmere avklaring. Implementering handler om å iverksette eller gjennomføre spesifikke ideer eller aktiviteter i praksis (Roland, 2015). Det er en endringsprosess som fokuserer på hva som skal iverksettes og hvordan det skal gjøres.



## **1.1 Bakgrunn for implementeringen**

Implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD innebærer å finne strategier for hvordan de mest effektive behandlingsmetodene for lidelsen, kan tas i bruk i praksis og opprettholdes over tid. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (Prop. 1 S (2014-2015), s. 181) opprettet et implementeringsprosjekt, som skal bidra til at kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD tas i bruk og videreføres i distriktpsykiatriske sentre (DPS) for voksne og i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) for barn og unge.

Siden 2011 har NKVTS implementert kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD i barne- og ungdomspsykiatrien. I prosjektperioden 2012 til 2017 ble behandlingsmetoden traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) implementert i 46 psykiatriske poliklinikker for barn og unge, og flere enn 400 terapeuter fikk opplæring i metoden. I neste prosjektperiode fra 2018 til 2020 er målet å utvide bruken av TF-CBT til alle landets barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, samtidig som tilbudet opprettholdes ved poliklinikkene som var med i første prosjektperiode (NKVTS, 2020a).

I perioden 2016 til 2017 ble det gjennomført et pilotprosjekt, som undersøkte hvordan implementering av kunnskapsbasert traumebehandling for voksne med PTSD best lar seg gjennomføre. Piloten ble gjennomført ved to DPS i Helse Sør-Øst (Prop. 12 S (2016-2017), s. 63). Med bakgrunn i erfaringer fra pilotprosjektet ble behandlingsmetodene Eye Movement Desensitization og Reprocessing (EMDR) og kognitiv terapi for PTSD (KT-PTSD) implementert i 20 DPS fra 2018 til 2020 (NKVTS, 2020b).

TF-CBT, EMDR og CT-PTSD er ifølge internasjonale retningslinjer tre av de mest anbefalte behandlingsmetodene for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (NICE, 2018).

Denne oppgaven tok utgangspunkt i implementeringen som fant sted mellom 2018-2020.

## **1.2 Kunnskapsbasert praksis i behandling av PTSD**

### *1.2.1 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)*

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er en psykisk lidelse som kan utvikles av enkelte personer som opplever store eller langvarige traumehendelser, som ulykker, overfall og overgrep (Egeland et al, 2019, s. 4). Symptomer inkluderer gjenopplevelse av minner,

unntvikelse av påminnelser og en kropp i stadig alarmberedskap. For personer som utvikler PTSD er lidelsen svært inngripende, og vil kunne føre til betydelig forringelse på sosiale, yrkesmessige og andre viktige funksjonsområder (Bækkelund et al, 2017).

### *1.2.2 Kunnskapsbasert praksis*

Kunnskapsbasert praksis eller evidensbasert praksis i behandling av psykiske lidelser defineres som «integrasjonen av den best tilgjengelige forskning med klinisk ekspertise, i kontekst av pasientens egenskaper, kultur og preferanser» (Rønnestad, 2008). I definisjonen fremheves best tilgjengelige forskning, klinisk ekspertise og pasientpreferanser, og når disse tre utøves benyttes kunnskapsbasert praksis. Det første prinsippet *best tilgjengelig forskning* viser til en bredde i forskningstilnærmingen og bruk av variert forskningsdesign, som praksis skal være forankret i. Det andre prinsippet *klinisk ekspertise* viser til terapeutenes erfaringsbaserte kunnskap. Det tredje prinsippet *pasientpreferanser* viser til kunnskap om og vektlegging av pasientens preferanser for behandling (Rønnestad, 2008).

## **1.3 Implementering av kunnskapsbasert behandling for PTSD i spesialisthelsetjenesten**

### *1.3.1 Om implementeringen*

Hensikten med implementering av spesifikke kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD i spesialisthelsetjenesten for voksne og barn, er at metodene tas i bruk og opprettholdes for videre bruk (NKVTS, 2020b). Ledere har en avgjørende rolle for å få til suksessfulle organisatoriske endringer, et godt klima for implementering og bedre holdninger til kunnskapsbaserte behandlingsmetoder (Aarons et al, 2015).

I følgende implementeringsprosjekt som denne oppgaven bygger på ble det tilrettelagt for opplæring, oppfølging og veiledning av terapeuter som benyttet kunnskapsbaserte behandlingsmetoder i pasientbehandlingen. For å utvikle lederferdigheter og ferdigheter relatert til implementering av kunnskapsbaserte metoder ble terapeutenes ledere kurset i implementeringsledelse gjennom modellen Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI).

### *1.3.2 Om implementeringsmodellen The Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI)*

LOCI er et lederutviklingsprogram og er utviklet i USA av professor Gregory Aarons og professor Mark G. Ehrhart. LOCI bygger på de to ledelsesmodellene implementeringsledelse

og fullspektrumsmodellen for ledelse (Aarons et al, 2015). Modellen er tidligere testet ut i kunnskapsbaserte virksomheter i USA, med lovende resultater.

Ledere som deltar på LOCI-programmet blir gjerne omtalt som LOCI-ledere. Dette er som regel terapeutenes ledere, samt leders overordnede leder som deltar i månedlige strategimøter. Programmet gjennomføres over 12 måneder, med fire ledersamlinger i løpet av denne perioden (NKVTS, 2020b). Det består av fire sentrale komponenter;

- 360-graders vurdering: i forkant av hver av de fire ledersamlingene, gjennomføres det en 360-graders kartlegging. Terapeutene, LOCI-lederen og hans/hennes overordnede, gir lederen tilbakemelding på hans/hennes lederatferd, implementeringsledelse og implementeringsklimaet i organisasjonen. Tilbakemeldingene danner utgangspunkt for lederutviklingsplanen for LOCI-leder.
- Ledertrening/-opplæring: består av to introduksjonsdager ved oppstart av programmet. Ledere får opplæring i hva som er god ledelse (ledelsesteori), gjennomgang og oppfølging av 360-graders tilbakemeldingen og LOCI-lederens personlige lederutviklingsplan. Etter fire og åtte måneder gjennomføres det en dags workshop med fokus på 360-graders tilbakemeldingen og leders personlige utviklingsplan. Ved programslutt gjennomføres det en felles avslutnings workshop.
- Veiledning: gjennomføres med ukentlige telefonsamtaler med hver LOCI-leder. Det fokuseres på lederens personlige utviklingsplan. En gang i måneden erstattes den personlige veiledningen med gruppeveiledning for alle LOCI-ledere. Dette for å lære av hverandre og å bygge nettverk.
- Organisasjonsstrategiplan og strategimøter: hver tredje til fjerde måned gjennomføres det et møte mellom LOCI-leder og hans/hennes overordnede ledelse. Gjennomgang av 360-graders tilbakemeldingen og utvikling av konkrete strategier som kan hjelpe lederen med implementeringen (organisasjonsstrategiplan). Det gjennomføres også månedlige telefonsamtaler med overordnet ledelse, hvor fokuset er på deres oppfølging av organisasjonsstrategiplanen.

### *1.3.3 Opplæring og veiledning av terapeuter*

Opplæring og veiledning av terapeuter i kunnskapsbaserte behandlingsmetoder vil kunne føre til en forbedring av praksis, og er dermed viktig for implementeringsarbeidet (Roland, 2015).

Opplæringen av terapeutene er inndelt i to deler. I den første delen deltar *alle* terapeutene på klinikken. De får en halv dags opplæring i kartleggingsverktøy, som kan brukes til å kartlegge traumehendelser og symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD).

I del to av opplæringen deltar kun et *utvalg* av terapeuter fra klinikken. Disse terapeutene får opplæring i en av tre behandlingsmetoder (TF-CBT, EMDR eller CT-PTSD) på en samling som går over tre dager. Etter opplæringen mottar terapeutene veiledning i bruk av metoden. Veiledning gis av erfarne veiledere over Skype i en fem måneders periode med til sammen ti timer.

#### **1.4 Formålet med oppgaven og forskningsspørsmål**

Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan ledere legger til rette for implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder sett fra terapeutenes ståsted. Min studie fokuserer på terapeutene som utførere av behandlingsmetodene, og hvordan terapeutene oppfatter at leder tilrettelegger og muliggjør at behandlingsmetodene kan tas i bruk.

Jeg har følgende problemstilling for oppgaven:

*Hvordan kan leder tilrettelegge for at terapeuter skal ta i bruk behandlingsmetodene som implementeres i tjenestene?*

#### **1.5 Oppgavens struktur**

For å belyse problemstillingen presenteres sentrale begreper om implementering, rammeverk for implementering, implementeringsledelse og fullspektrumsmodellen for ledelse i kapittel 2. Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming for oppgaven, og i kapittel 3 vil jeg presentere mine metodiske valg og redegjøre for hvordan jeg har gått frem for å gjennomføre analysen. I kapittel 4 presenterer jeg resultatene fra gjennomførte intervjuer, som jeg deretter diskuterer i kapittel 5. Konklusjon presenteres i kapittel 6.

## 2 Teori

Dette kapittelet vil gi en beskrivelse av hva implementering er, implementeringsfaser og faktorer som påvirker implementering, implementeringsledelse og fullspektrumsmodellen for ledelse. Det er en redegjørelse av teori, som er relevant for å belyse problemstillingen min.

### 2.1 Implementering

#### 2.1.1 Hva er implementering

Å implementere betyr å iverksette eller gjennomføre ideer eller modeller for å forbedre organisasjonen. Implementering beskriver konkretiseringsfasen når visjoner, ideer, programmer, teorier og aktiviteter omsettes til praksis (Roland, 2015).

Fixen et al. (2005, s. 5) definerer implementering som *spesifikke aktiviteter som er utviklet for å omsette til praksis en aktivitet eller program som består av kjente dimensjoner.*

Et sentralt element ved implementering er å omsette til praksis. Implementering kan deles i intervensjon og implementeringsprosess, hvor intervensjon er *hva* som skal gjøres og implementeringsprosessen er *hvordan* det skal utføres (Roland, 2015). Før en endring kan implementeres må det være klart hva som skal iverksettes eller hva endringen består av. Det er viktig at endringen er klart definert før implementeringsprosessen kan starte (Fixen et al., 2005). De som skal formidle hva endringen er eller består av må ha god kjennskap til endringen, og kunnskap om overføring og omsetting av denne.

Implementering består av den bestemte endringen som skal iverksettes (kilden), og innholdet i endringen (kjernekomponentene) (Roland, 2015). Endringsagentene (individer eller grupper) er med å tilrettelegger for trening, veiledning og administrativ støtte, slik at de ansatte kan lære og omsette til praksis innholdet i endringen. Roland (2015, s. 37) påpeker at implementering er komplekst endringsarbeid. Det krever et like stort fokus på hva som skal iverksettes og hvordan det skal gjøres for å få til en effektiv implementering.

Jacobsen (2018, s. 34) påstår at et grunnleggende trekk ved organisasjoner er at de er sosiale systemer bestående av mennesker, og det er dermed vanskelig å forutsi helt sikkert hva som kommer til å skje. Selv om endringen er planlagt, så er det ikke alltid man klarer å gjennomføre den planlagte implementeringsprosessen eller at endringen fører til de resultatene man ønsket.

I mange virksomheter som tilbyr tjenester, slik som helsetjenester, kan implementering ta opptil to til fire år og skjer ikke umiddelbart (Fixsen et al., 2009).

## **2.2 Implementeringsfaser og faktorer som påvirker implementering**

### *2.2.1 Rammeverk for implementering*

Det finnes flere modeller og rammeverk som beskriver og identifiserer de ulike fasene som implementeringsprosessen er inndelt i (Roland, 2015; Fixsen et al., 2005; Meyers et al., 2012). Å ha kjennskap til disse fasene er nyttig når man jobber med implementering. De ulike fasene definerer hvor i implementeringsprosessen man er, og definerer hvilke tema man bør vektlegge i den enkelte fase. Dette bidrar til retningen for implementeringsarbeidet og gir mulighet for evaluering av prosessen underveis (Roland, 2015, s. 25).

I implementeringen av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD i DPS og BUP, har NKVTS tatt utgangspunkt rammeverket Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) (Egeland et al., 2019, s. 5). EPIS beskriver implementeringsprosessen i fire faser: utforske, forberede, implementere og opprettholde (Aarons et al., 2011). De fire fasene i EPIS identifiserer faktorer som er relatert til ytre og indre organisasjonskontekst og interaksjonene mellom disse.

En av nøkkelfaktorene i rammeverket er ytre og indre kontekst (Moullin et al., 2019). Innsikt i og forståelse for hvilken kontekst organisasjonen er en del av vil kunne påvirke organisasjonens muligheter for endring, samt hva som kan fremme og hemme implementering. (Jacobsen, 2018; Fixsen et al., 2005; Moullin et al., 2019). Organisasjonens ytre kontekst inkluderer politiske, økonomiske og sosiale omgivelser. Det kan også inkludere pasient-/brukerorganisasjoner og forskningsinstitutter/-miljøer. Organisasjonens indre kontekst viser til kjennetegn ved organisasjonen selv, slik som lederskap, struktur, kultur, politikk, bemanning, fagfelt og fagpersoner (eksempelvis terapeuter) (Jacobsen, 2018; Moullin et al., 2019).

Kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD blir implementert i DPS og BUP, som er desentraliserte spesialisthelsetjenester. Klinikkerne har ansvar for utredning, behandling og akutttehelsehjelp til mennesker med psykiske lidelser (Meld. St. 7 (2019-2020) s. 56).

Spesialisthelsetjenesten er organisert med selvstendige helseforetak hvor eier er Helse- og

omsorgsdepartementet. Implementeringen av behandlingsmetodene for PTSD i helseforetakene vil være påvirket av kontekstuelle forhold som den kulturen og strukturen som eksisterer i den enkelte klinikk og i psykisk helsetjeneste, samt de institusjonelle omgivelsene som gir politiske føringer, retningslinjer, lov- og regelverk for oppgaveutførelsen. Overordnede føringer og pakkeforløp for psykisk helse om at behandlingen skal være kunnskapsbasert og tilpasset pasientens ønsker og behov, er forhold som påvirker implementeringen av behandlingsmetodene og som er kontekstuelle forutsetninger for leders håndtering av implementeringsprosessen.

I EPIS antas det at ulike faktorer påvirker i de 4 ulike fasene, hvor eksempelvis ledelse er en av nøkkelfaktorene som er tilstede i alle fasene (Aarons et al., 2011).

I utforskningsfasen (*exploration*) vurderer helsetjenesten hvilke nye eller eksisterende behov pasientene har for behandling, for så å undersøke og identifisere den beste kunnskapsbaserte praksis for å oppfylle disse behovene (Aarons et al., 2011) I denne fasen må det tas stilling til hva som passer best til egen organisasjon, og det må etter hvert tas en avgjørelse som forplikter organisasjonen til endring. En sentral oppgave for leder i denne situasjonen er å klargjøre at endringen er en forbedring fra dagens situasjon, og at den er nødvendig å gjennomføre (Jacobsen, 2018, s. 180). Det må klargjøres om terapeutene er i stand til å gjennomføre endringen ved å kartlegge hvilken kompetanse de har innenfor traumer og traumebehandling. Systemer og mekanismer må planlegges for at terapeutene skal kunne tilegne kunnskap om nye behandlingsmetoder, og prosjektet må være gjennomførbart politisk og økonomisk.

I forberedelsesfasen (*preparation*) identifiseres potensielle hindringer for implementeringen, og planleggingen for hvordan implementeringen kan gjennomføres starter (Aarons et al., 2011). Ledere må jobbe for å fjerne hindre og barrierer for implementering. Jacobsen (2018, s. 183) påpeker at forberedelse av endring i praksis innebærer å utvikle en god begrunnelse for endringen, hvorfor endringen er nødvendig og hvordan den vil virke, samt hvordan den vil føre til en forbedring og kommunisere dette. I forberedelsesfasen brukes kunnskapen fra første fase (utforsking) til å involvere terapeutene i endringsprosessen, samt aktører i den ytre og indre organisasjonskonteksten (Aarons et al., 2011). Ledere kan bidra til å minske motstand mot endringen ved å informere og involvere terapeutene i hva endringen innebærer, slik at de blir villige til å ta i bruk nye behandlingsmetoder (Jacobsen, 2018, s. 193).

I denne fasen informerte prosjektet ved NKVTS de forskjellige klinikkene om behovet for å innføre nye behandlingsmetoder for PTSD og om implementeringsprosjektet, gjennom bruk av informasjonsmateriell og informasjonsmøter hvor ledere og terapeuter deltok. Dette var grunnlaget for rekruttering av klinikker, og identifisering av terapeutene som skulle få opplæring og veiledning i bruk av behandlingsmetodene.

I implementeringsfasen (*implementation*) gjennomføres endringen i form av at de nye kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD tas i bruk. I denne fasen er det viktig å ha oversikt hvordan implementeringsprosessen forløper, og støtte endringsarbeidet der det er behov for det (Aarons et al., 2011). Ved implementeringen av ny behandlingspraksis har terapeutene behov for ledere som støtter, er engasjerte og som har forpliktet seg til hele implementeringsprosessen (Egeland et al., 2019a). Mange terapeuter kan være usikre på hva implementeringen innebærer for dem selv og organisasjonen. Klargjøring av mål og hva endringen betyr for den enkelte og tydelig ledelse med klare prioriteringer er viktig i implementeringsfasen (Midthassel, 2015, s. 107). Ledere må støtte opp om de terapeutene som skal lære seg å bruke behandlingsmetodene. De må legge til rette for at implementeringsarbeidet lar seg gjennomføre ved å prioritere ressurser, tid og strukturering av oppgaver (Jacobsen, 2018, s. 195). Ledere må også ta hensyn til hvordan den enkelte terapeut opplever endringssituasjonen, og kunne bidra med inspirasjon, støtte, omsorg og omtanke (Jacobsen, 2018, s. 202).

Det er i implementeringsfasen at ledere har fått lederopplæring (LOCI) og terapeutene har fått opplæring og veiledning i kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD av prosjektet ved NKVTS.

I vedlikeholdsfasen (*sustainment*) er endringen implementert, og det må sørges for at ny praksis er institusjonalisert på de ulike nivåene i organisasjonen. Klinikkerne må fortsette å benytte og tilby behandlingsmetodene for PTSD til pasienter som har nytte av disse (Aarons et al., 2011). Ledere må sikre at terapeutene kan fortsette å bruke behandlingsmetodene, og rekruttere nye terapeuter til opplæring i metoden når det er behov for det. I organisasjoner hvor ledelsen legger til rette for teamarbeid og terapeutene opplever arbeidsmiljøet som trygt, vil dette kunne være faktorer som bidrar til en vellykket opprettholdelse av behandlingsmetodene (Aarons et al., 2011). Hva ledere er oppmerksomme på, hva som blir



målt og kontrollert, hvordan belønninger og status fungerer og hvordan terapeuter blir rekruttert, valgt og forfremmet er alle mekanismer som påvirker opprettholdelsen av metodene (Aarons et al., 2011).

### **2.3 Implementeringsledelse og fullspektrumsmodell for ledelse**

Det antas at for å lede en tjeneste gjennom en implementeringsprosess, kreves dyktige ledere (Aarons et al., 2015). I LOCI-modellen undervises det i implementeringsledelse og fullspektrumsmodellen for ledelse.

### **2.4 Implementeringsledelse**

Implementeringsledelse er et forholdsvis nytt begrep, som oppstod i implementeringsforskningsmiljøet på 2010-tallet (Castiglione, 2019). Implementeringsledelse fokuserer på hvordan ledere kan forbedre implementeringsarbeidet i organisasjonen (Egeland et al., 2019). Den skiller seg fra annen ledelse ved at den er mer kontekstavhengig og spesifikk rettet mot effektiv implementering av kunnskapsbasert praksis (Castiglione, 2019).

Teorien om implementeringsledelse (Aarons et al, 2014) inkluderer proaktiv ledelse, kunnskapsrik ledelse, støttende ledelse og utholdende ledelse. Elementene har tre underkategorier, som understøtter de fire elementene.

Proaktiv ledelse indikerer en leder som forutser og håndterer fremtidige implementeringsutfordringer. I implementeringen av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD innebærer det at leder:

- utvikler planer for tilrettelegging av implementering av kunnskapsbasert praksis for PTSD
- etablerer en tydelig framgangsmåte for implementering av kunnskapsbasert praksis for PTSD
- Fjerner hindringer for implementering av kunnskapsbasert praksis for PTSD

Kunnskapsrik ledelse indikerer en leder som har kunnskap om behandlingsmetodene og implementeringsutfordringer i tilknytning til metodene. I implementeringen av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD innebærer det at leder:

- Er kunnskapsrik når det gjelder kunnskapsbasert praksis for PTSD
- Kan svare på spørsmål ansatte har om kunnskapsbasert praksis for PTSD

- Vet hva han/hun snakker om når det gjelder kunnskapsbasert praksis for PTSD

Støttende ledelse indikerer en leder som støtter terapeutenes innsats for å lære seg behandlingsmetodene og bruke dem. I implementeringen av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD innebærer det at leder:

- Anerkjenner og setter pris på terapeutenes innsats for å lykkes med implementeringen av kunnskapsbasert praksis for PTSD
- Støtter terapeutenes innsats for å lære mer om kunnskapsbasert praksis for PTSD
- Støtter terapeutenes innsats for å bruke kunnskapsbasert praksis for PTSD

Utholdende ledelse indikerer en leder som holder ut til tross for motgang i implementeringen. I implementeringen av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD innebærer det at leder:

- Opprettholder implementering av kunnskapsbasert praksis for PTSD i motgang og medgang
- Fortsetter med implementering av kunnskapsbasert praksis for PTSD til tross for utfordringer
- Adresserer presserende saker knyttet til implementering av kunnskapsbasert praksis for PTSD på en åpen og effektiv måte

#### *2.4.1 The Implementation Leadership Scale (ILS)*

The Implementation Leadership Scale (ILS) er et spørreskjema som består av 12 spørsmål, og som ble utviklet for å kunne svare på om hvordan lederen støtter implementeringen av en spesifikk kunnskapsbasert behandlingsmetode (Aarons et al., 2014). ILS kan være til hjelp til å forstå hvilken effekt og påvirkninger ledelse har ved implementering av kunnskapsbasert praksis. Det er et verktøy som kan bli brukt blant annet i implementeringsforskning for å vurdere i hvilken grad ledere støtter sine ansatte.

## **2.5 Fullspektrumsmodell for ledelse**

Transformasjonsledelse, transaksjonsledelse og «la det skure»-ledelse inngår i fullspektrumsmodellen for ledelse. Modellen ble utviklet av Bernard Bass og Bruce J. Avolio i 1994, som et instrument for å kartlegge lederatferd og utforme et lederopplæringsprogram (Li, 2013). Northouse (2019, s. 5) definerer ledelse som «en prosess hvor et individ påvirker en gruppe til å nå felles mål».

En effektiv leder vil benytte en kombinasjon av både transaksjonsledelse og transformasjonsledelse. Transaksjonsledelse benyttes for å oppnå mål innenfor en kort tidsperiode, mens transformasjonsledelse benyttes i et lengre tidsperspektiv for realisere langsiktige mål og visjoner (Li, 2013, s. 19).

### *2.5.1 Transformasjonsledelse*

Transformasjonsledelsen teoretiske grunnlag ble fremlagt av James McGregor Burns i 1978, og videreutviklet og operasjonalisert av Bernard Bass i 1985. Det teoretiske grunnlaget for modellen (Li, 2013, s. 12) er hvordan ledere kan fremme ansattes motivasjon, tillit og presentasjoner gjennom å være en rollemodell for de ansatte. Ledere skal ha en støttende atferd, vilje til å ta personlig risiko og hjelpe til med å utvikle ferdigheter ved å gi ansatte myndighet og utfordrende oppgaver.

Transformasjonsledelse er en prosess som eksempelvis bidrar til å endre en organisasjons langsiktige mål, standarder og verdier. Bruk av transformasjonsledelse kan tilfredsstillere behov for læring og utfordringer i jobben som medarbeidere kan oppleve å ha. Utøvelse av transformasjonsledelse er å konsentrere seg om enkeltpersonen ved å legge vekt på indre motivasjon og positiv selvutvikling. (Li, 2013, s. 16-17). At ledelsen sammen med de ansatte klarer å endre egeninteresser i jobben til et kollektiv engasjement, hvor enhver bidrar og blir inspirert til å realisere organisasjonens mål og visjoner, er et vesentlig element i transformasjonsledelse (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 467).

En transformasjonsorientert leder vil benytte strategier for å påvirke ansatte til å bidra til og å oppnå resultater som er over forventning (Li, 2013, s. 18). Bevisstgjørelse av hvordan deres arbeidsoppgaver er en del av en større sammenheng, bidra til økt motivasjon for oppgaven og høy verdiskapning i det daglige vektlegges.

En sentral og viktig forutsetning for læring og utvikling er motivasjon (Lai, 2013, s. 135). Motivasjon kan komme i form av engasjement, nysgjerrighet eller ønske om personlig eller faglig utvikling. Tiltak for læring bør være basert på reell frivillighet, tilpasset deltakerne og deres læringsbehov. Ufrivillig deltakelse og negative holdninger til tiltak kan føre til at det blir brukt uforholdsmessig mye tid og ressurser på å håndtere motstand mot endringen.

Å bli invitert til å komme med nye ideer og nye måter å utføre arbeidet på kan påvirke kreativiteten (Martinsen, 2013). Transformasjonsledelse kan gi ansatte en opplevelse av myndiggjøring, og bidra til kunnskapsdeling og innovasjonsevne.

Hvordan lederen påvirker ansatte vil kunne ha en indirekte effekt på deres innsats og kvalitet på arbeidet, mens den direkte effekten er hvordan ansatte oppfatter arbeidet og følelsene for det (Martinsen, 2013). Tillit, motivasjon, nye ideer, nye måter å utføre arbeidet på og opplevelse av mening med arbeidet, er antatte effekter av en slik påvirkningsatferd. Det ser ut til at tillit til leder er en forutsetning for at ansatte har tillit til lederens visjon, og dermed en forutsetning for at ledelse har en effekt.

Ansatte som har en selvopplevd mestringstro og en opplevelse av at arbeidet er meningsfullt vil kunne bidra til å oppfylle visjonen for oppgaven (Molstad & Spangberg, 2017). Ledere som er tydelige på å definere retning gjennom klare roller, krav og mål, og er opptatt av å forklare årsak og å gi individuell støtte og oppmerksomhet når det trengs, bidrar til at ansatte opplever mestring og yter sitt beste.

Ved formidling av organisasjonens mål og visjoner kan transformasjonsorienterte ledere bidra til at ansatte opplever at de er viktige bidragsyttere til implementeringen, og at de føler et engasjement og blir inspirert (Li, 2013). Det å ha en leder som ikke bare er inspirerende, men også gir utfordringer som man kan lære av og som bidrar til en følelse av eierskap til eget ansvarsområde, er verdifullt for en medarbeider.

Transformasjonsledelse vektlegger betydningen lederen har i å skape endring i organisasjonen gjennom medarbeiderne sine (Li, 2013). Påvirkningsstrategiene består av individuell støtte, intellektuell stimulering, inspirerende motivasjon og idealisert innflytelse.

Individuell støtte er når lederen viser personlig respekt for ansatte ved å gi dem individuell oppmerksomhet og se den enkeltes behov. Generelle karakteristikk er:

- Empatisk for den enkeltes situasjon
- Verdsetter og anerkjenner den enkeltes behov
- Støtter kontinuerlig utvikling/forbedring

Intellektuell stimulering er når lederen stimulerer de ansatte til å være kreative, innovative og til å utfordre egne (og organisasjonens) antagelser. Generelle karakteristikk er:

- Oppfordre til innovasjon og nytenkning
- Utfordre etablerte antagelser og gamle måter å gjøre ting på
- Verdsette ideer, tanker og refleksjon hos ansatte

Inspirerende motivasjon er når lederen inspirerer de ansatte til å akseptere og strekke seg mot utfordrende mål og en visjon for fremtiden, og til å få medarbeiderne til å oppnå mer enn de ville gjort kun for egen interesse. Generelle karakteristikk er:

- Tydeliggjør hvor organisasjonen er på vei (fremtidsvisjon)
- Snur utfordringer til muligheter
- Hever medarbeidernes forventninger til seg selv og organisasjonen

Idealisert innflytelse (karismatisk ledelse) er når lederen virker som en rollemodell, og vekker stolthet, tro og tillit hos ansatte ved å aktivt takle problemer og uttrykke selvsikkerhet.

Generelle karakteristikk er:

- Utstråler trygghet om visjonen
- Skaper mening i arbeidet og bygger tillit
- Viser dedikasjon til de ansatte

### 2.5.2 *Transaksjonsledelse*

Transaksjonsledelse (Li, 2013, s. 18) vektlegger samspillet mellom leder, kolleger og ansatte som en transaksjon der lederen setter krav og forventninger til den ansatte, og angir hvilken belønning og betingelser den ansatte får for å innfri kravene og forventningene.

Transaksjonslederen (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 446) skaper dermed oppslutning om mål og visjoner gjennom belønningsordninger, og relasjonen mellom leder og ansatt opprettholdes så lenge partene har noe å tjene på det. Hvis interesser endres eller en av partene får tilbud om bedre belønning vil relasjonen lett kunne brytes.

For lederen vil utfordringen med å skape oppslutning om organisasjonens mål og visjoner ved bruk av transaksjonsledelse være å benytte betinget belønning eller avviksstyring (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 446). Betinget belønning kan oppfattes som en positiv form, hvor lederen klargjør hva den ansatte kan forventes å motta når presentasjonsmålene er nådd.

Avviksstyring oppfattes som en mer negativ aktiv og passiv form, hvor lederen fokuserer på uregelmessigheter, feilgrep eller avvik fra rutiner og prosedyrer og kun griper aktivt inn når alt ikke går som planlagt (Li, 2013, s. 21).

### 2.5.3 «La det skure ledelse» / «Laissez faire»-ledelse

«La det skure ledelse» eller «lassiez faire»-ledelse er en ledelsesform som er passiv, og som blir oppfattet som den minst effektive ledelsesstilen (Li, 2013, s. 24; Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 468). Lederen trekker seg ut av ledelsessituasjonen, og unngår å ta avgjørelser eller utsetter beslutninger på eget ansvarsområde. Medarbeidere og oppgaver blir overlatt til seg selv, da leder ikke pleier å være tilstede når det er behov for vedkommende eller unngår å ta standpunkt når viktige spørsmål oppstår. Forsøk på å motivere ansatte til en større innsats gjøres ikke, og ledelsesutøvelsen blir overlatt til uformelle ledere.

### **3 Metode**

Metode beskriver hvordan man kommer frem til ny kunnskap. I kapittelet vil jeg beskrive hvilken metode og framgangsmåte som er benyttet for å besvare problemstillingen;

*Hvordan kan leder tilrettelegge for at terapeuter skal ta i bruk behandlingsmetodene som implementeres i tjenestene?*

#### **3.1 Kvalitativt forskningsdesign**

Denne studien har et kvalitativt design. Det er en metode som kan brukes til å få vite mer om menneskelige egenskaper som forventninger, erfaringer, motiver og holdninger ved å spørre etter meningen, betydningen eller nyanser av hendelser og atferd (Malterud, 2017, s. 30).

Forskningsdesignet er valgt for å kunne utforske problemstillingen i dybden og finne nye dimensjoner ved temaet.

##### *3.1.1 Intervju*

I studien har jeg valgt intervju som metode, da jeg ønsker å få informasjon som kan belyse og bidra til økt kunnskap om et tema. Intervju er en samtale mellom mennesker, hvor forskeren stiller spørsmål og informanten svarer. Det som produseres i samtalen mellom forsker og informant regnes som data (Johannessen et al., 2011). Det kvalitative datagrunnlaget for denne studien består av intervjuer, som er gjennomført med terapeuter ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP).

Jeg har valgt å gjennomføre semistrukturerte intervjuer, og har ikke vært bundet av rekkefølgen temaene og spørsmålene har i intervjuguiden (Brottveit, 2018, s. 92). Jeg har fått en større mulighet til å variere rekkefølgen på spørsmålene, måten spørsmålene har blitt formulert på under intervjuet og for å stille oppfølgingsspørsmål. Informantene får mulighet til å formulere svarene med egne ord, og en mulighet til å gi innspill til temaer som ikke er tatt opp i intervjuguiden. En slik intervjuform gir en god balanse mellom standardisering og fleksibilitet (Johannessen et al., 2011, s. 147).

##### *3.1.2 Intervjuguide*

Det ble utarbeidet en intervjuguide for terapeutene, som har fått opplæring og veiledning i kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD. Intervjuguiden ble utarbeidet i samarbeid med prosjektet ved NKVTS (se vedlegg 1). Prosjektgruppen hadde begynt på første utkast til

intervjuguiden før jeg ble involvert i prosjektet. Etter første møte med prosjektet fikk jeg tilsendt et planleggingsnotat for intervjuene, som jeg kunne komme med forslag til. På dette tidspunktet var min problemstilling ikke klar. Min tilbakemelding til prosjektet var kun forslag til spørsmål (ikke ferdig formulert) og at perspektivet på min undersøkelse måtte være ut fra fagområdet styring/ledelse. Intervjuguiden bestod av spørsmål som omhandlet terapeutenes involvering i implementeringen av metoden. Det vil si beslutningsprosessen, målsettingen, organisatoriske endringer (handler om eierskap til prosessen og bruk av metoden under og etter implementering), om målene og visjonen for endringen (implementeringen) hadde blitt presentert av ledelsen og om terapeutene opplevde å bli inkludert i endringsstrategien. Videre ble det spurt om terapeutenes opplevelse av ledelsens involvering og tilrettelegging for at terapeutene deltok i implementeringsprosessen, rammebetingelser, opplæring, (tid og administrasjon).

Prosjektgruppen ved NKVTS utarbeidet den endelige intervjuguiden. Intervjuguiden ble strukturert i tematiske hovedpunkter, hvor spørsmålene er basert på spørreskjemaet The Implementation Leadership Scale (ILS). Temaene i intervjuguiden er proaktiv ledelse, støttende ledelse, kunnskapsrik ledelse og utholdende ledelse, med spørsmål tilknyttet de forskjellige temaene. I tillegg ble det utarbeidet spørsmål om hvordan det har vært å jobbe med behandlingsmetodene for terapeutene ved klinikken. Avslutningsvis fikk terapeutene mulighet til å ta opp temaer som ikke var nevnt under intervjuet, og som de synes var viktig å si noe om.

### **3.2 Utvalg og rekruttering av informanter**

Hensikten med kvalitative undersøkelser er å få mest mulig kunnskap fra et begrenset antall informanter (Johannessen et al., 2011). Derfor må informantene ha, og sammensetningen av informantene inneholde, tilstrekkelig informasjon om det man ønsker å si noe om når studien er gjennomført. Det vil si at studien har nok adekvate data for å kunne belyse problemstillingen.

Fordelen med kvalitativ forskningsdesign er at man kommer nært innpå og får tilstrekkelig informasjon fra et begrenset antall personer (Johannessen et al., 2011). Ofte er det vanskelig å si på forhånd hvor mange intervjuer som er nok for å kunne besvare problemstillingen. I følge Malterud (2017) er det derfor viktigere å etablere et utvalg med informanter med god informasjonsstyrke, enn å bestemme omfanget i forhold til et bestemt antall informanter.



Informantens informasjonsstyrke er avhengig av hvor mye og variert informasjon vedkommende kan formidle om problemstillingen. Det er behov for færre intervjuer i et utvalg som har høy informasjonsstyrke, og behov for flere intervjuer i et utvalg som har lav informasjonsstyrke. Den er også avhengig av kvaliteten på dialogen i intervjuet og analysestrategien som er valgt. Data fra fire til syv informanter med høy informasjonsstyrke kan være tilstrekkelig til å danne et fyldig materiale. Antall intervjuer og lengden på disse vil gi variasjon til omfanget av datainnsamlingen.

Andre forskere (Johannessen et al, 2011) påpeker at en utvalgsstørrelse på mellom 8 til 12 informanter er tilstrekkelig for en studie av denne størrelsen, som en studentoppgave/masteroppgave er.

### *3.2.1 Utvalg og utvalgsriterier*

Utvalget i studien er 9 terapeuter fra enten distriktpsikiatrisk senter (DPS) eller barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Valget av terapeutene i studien er gjort ut fra et strategisk utvalg (Johannessen et al., 2011). En strategisk utvelgelse er at forskeren først tenker igjennom hvilken målgruppe som må delta for å kunne få samlet inn nødvendig data, for så å velge ut hvem i målgruppen som skal delta. Utvelgelse av informanter er ut fra hensiktsmessighet, og ikke representativitet. Målgruppen i min studie er terapeuter som har fått opplæring og veiledning i bruk av en av de kunnskapsbaserte behandlingsmetodene for PTSD, det vil si TF-CBT, CT-PTSD eller EMDR. Terapeutene bruker behandlingsmetodene på sine pasienter, og terapeutenes nærmeste leder har deltatt i LOCI.

I klinikker som deltok i prosjektet ved NKVTS mottok terapeuter en halv dag med opplæring i traumekartlegging, og et utvalg av terapeutene fikk tre dagers opplæring og ti timers veiledning i de spesifikke behandlingsmetodene for PTSD. Ledere og overordnede ledere fikk lederopplæring i LOCI-programmet, som gikk over 12 måneder. Terapeuter, ledere og overordnede ledere svarte på undersøkelser før oppstart og etter 4, 8, 12, 16 og 20 måneder (Egeland et al., 2019, s. 8).

I den aktuelle prosjektperioden som denne oppgaven bygger på ble klinikkene delt inn i tre kohorter. Kohortene fikk opplæring i kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD samtidig, men lederne startet opp med lederopplæring (LOCI) på ulike tidspunkt. Det vil si at terapeutene mottok opplæring i behandlingsmetodene før lederne startet i LOCI. Deltakende poliklinikker ble rekruttert på følgende måte:

- Allmennpoliklinikker ved DPS ble rekruttert ved at informasjon om prosjektet ble spredt via kurs og seminarer. Informasjon om prosjektet ble også tilsendt de regionale helseforetakene, som igjen spredte det til sine helseforetak.
- BUP ble rekruttert ved at informasjon om prosjektet ble spredt til de poliklinikkene, som ikke har deltatt i prosjektet tidligere.

Neste steg i utvelgelsen er å velge hvem i målgruppen som skal delta. I prosjektet ved NKVTS besvarte lederens ansatte (terapeuter) og overordnet leder på spørsmål om hvordan de opplever lederen sine implementeringsegenskaper, deriblant The Implementation Leadership Scale (ILS). ILS består av 12 spørsmål om proaktiv ledelse, kunnskapsrik ledelse, støttende ledelse og utholdende ledelse. Undersøkelsen besvares ved bruk av skala fra 0 (ikke i det hele tatt) til 4 (i meget stor grad). ILS er en del av 360 graders vurderingen av ledere i LOCI-programmet, og svarene som gis vurderes opp mot lederens selvevaluering.

For å sikre at terapeutene som ble intervjuet hadde erfaring med ledere som skåret både lavt og høyt på implementeringsledelse, valgte prosjektgruppen ved NKVTS ledere i hver kohort med høy eller lav skåre på ILS. Det ble også gjort et strategisk utvalg slik at utvalget bestod av terapeuter som hadde erfaring med de ulike behandlingsmetodene (CT-PTSD, EMDR og CT-PTSD). Utvalget så følgende slik ut:

|              |                              |   |            |
|--------------|------------------------------|---|------------|
| Kohort 1     | Leder med høyest skår på ILS | = | terapeuter |
|              | Leder med lavest skår på ILS | = | terapeuter |
| Kohort 2     | Leder med høyest skår på ILS | = | terapeuter |
|              | Leder med lavest skår på ILS | = | terapeuter |
| Kohort 3     | Leder med høyest skår på ILS | = | terapeuter |
|              | Leder med lavest skår på ILS | = | terapeuter |
| Kohort 1+2+3 | Leder med høyest skår på ILS | = | terapeuter |
|              | Leder med lavest skår på ILS | = | terapeuter |

Terapeutene som ble valgt ut til å være med i studien er valgt ut fra det som kan betegnes som kvoteutvelgelse eller stratifisert utvalg (Johannessen et al, 2011, s. 113). En slik utvelgelse kjennetegnes av at man kategoriserer ut fra sentrale kjennetegn, for deretter å velge innenfor disse.

Jeg ble i forkant av intervjuene ikke informert om hvilke terapeuter som ble valgt ut, og om terapeutenes leder hadde skåret høyt eller lavt på ILS. Dette gjorde at jeg ikke kjenner til hvilken leder som har skåret høyt eller lavt på ILS.

### *3.2.2 Rekruttering av informanter*

Prosjektgruppen ved NKVTS kontaktet terapeutenes LOCI-leder for å avklare om terapeutene kunne inviteres til å delta på intervju. Når leder godkjente dette fikk jeg tilsendt kontaktinformasjon til terapeutene. Jeg utarbeidet en e-post om forespørsel om deltakelse på intervju, og de første invitasjonene ble sendt i slutten av november 2019. Påminnelse om invitasjon til deltakelse på intervju ble sendt ca. ti dager etter invitasjonen.

Det var flere av informantene som fikk invitasjon, som ikke kunne delta på intervju. Dette ble formidlet til NKVTS sin prosjektgruppe. Jeg fikk da tilsendt kontaktinformasjon om andre aktuelle informanter, som jeg sendte invitasjon til. Det ble sendt invitasjon til 17 terapeuter totalt, av disse har 9 deltatt på intervju og 8 har takket nei.

### *3.2.3 Informert samtykke*

Det er behov for samtykke fra informanten før et intervju kan gjennomføres (Malterud 2017, s. 214). For at informanten skal kunne ta stilling til om han ønsker å bidra eller ikke med sin kunnskap, skal informanten kjenne godt nok til prosjektet. Det skal gis informasjon om hvordan datainnsamlingen foregår, hvordan data blir håndtert og muligheten til å trekke tilbake sitt samtykke.

Vedlagt invitasjonen og påminnelsen om deltakelse på intervju var samtykkeerklæring med informasjon om forskningsprosjektet, kontaktinformasjon til prosjektleder og informasjon om at det var en masterstudent som ville gjennomføre intervjuet (se vedlegg 2 og 3).

Før intervjuene ble gjennomført ba jeg terapeutene om å signere samtykkeerklæringen og sende det til meg per e-post. Jeg passet på at samtykket forelå før vi startet på intervjuet. I begynnelsen av intervjuet gjentok jeg informasjonen om hvordan data blir håndtert og muligheten for å trekke tilbake samtykket.

Samtykkeskjemaene er lagret hos Tjenester for sensitive data (TSD) ved Universitetet i Oslo.

### **3.3 Gjennomføring**

#### *3.3.1 Pilotintervju*

Det ble gjennomført et pilotintervju i begynnelsen av november 2019, hvor hensikten var å vurdere om intervjuguiden dekket det jeg ønsket å få vite. Til dette intervjuet var det NKVTS som tok kontakt med informanten først, før jeg fikk tilsendt kontaktinformasjon og avtalte direkte med informanten om tidspunktet for intervju. Gjennomføring av pilotintervjuet opplevde jeg som en svært nyttig erfaring, både for å kunne teste ut intervjuguiden og å øve på intervjusituasjonen.

#### *3.3.2 Intervjusituasjonen*

Pilotintervjuet førte ikke til endringer av intervjuguiden og den var i utgangspunktet den samme for alle informantene, med rom for å stille noen tilleggsspørsmål der jeg opplevde det som nyttig. Dette sikret at jeg i løpet av samtalen gjennomgikk alle temaene i intervjuguiden med terapeutene. Dette dannet et godt grunnlag når analysen skulle gjøres.

I begynnelsen av hvert intervju presenterte jeg meg selv, og informerte om hva vi skulle snakke om i intervjuet og hva informasjonen fra intervjuet skulle brukes til. Jeg informerte også om at når vi snakket om leder under intervjuet, mente jeg den som hadde deltatt på lederkurs ved NKVTS. Helt til slutt i introduksjonen fortalte jeg om at intervjuet ville bli transkribert uten gjenkjennende opplysninger, og at det ikke vil være mulig å knytte informanten til opplysningene som blir gitt.

Intervjuene med informantene er gjennomført på Skype eller telefon, med unntak av ett intervju som ble gjennomført på terapeutens arbeidssted. Informantene er spredt over et stort geografisk område, og av praktiske grunner er derfor telefonsamtaler valgt som en hensiktsmessig metode for å gjennomføre intervjuene. Under intervjuene valgte jeg å oppholde meg på et rom, hvor muligheten for avbrytelser og at noen kunne overhøre samtalen var lav. I Skype-samtalene observerte jeg nonverbal kommunikasjon, men det gjorde jeg ikke i telefonsamtalene. Lydopptak fanger ikke opp nonverbal kommunikasjon, men ordene som sies, samt latter, pauser og nøling. Den nonverbale kommunikasjonen fra Skype-samtalene kom ikke fram i transkriberingen etterpå. Under intervjuene konsentrerte jeg meg om å lytte til hva som ble sagt av informanten. Jeg tok ikke notater under intervjuet, ettersom jeg oppfattet at dette ville ha påvirket min konsentrasjonsevne.

Etter hvert som jeg intervjuet flere utviklet tilnærmingen til gjennomføringen av intervjuet seg. Jeg ble flinkere til å gi informantene tid til å tenke seg om før jeg fortsatte intervjuet. I praksis innebar det at jeg var stille i lengre perioder, enn hva jeg var i de første intervjuene. Jeg oppdaget da at informantene åpnet seg mer, og kom med data om noe annet enn det jeg var kjent med fra før.

Jeg benyttet lydopptak av intervjuene, og lånt nettbrett fra NKVTS til formålet. Intervjuene ble tatt opp ved å bruke applikasjonen Nettskjema-diktafon som er utviklet av USIT ved Universitetet i Oslo, og tilknyttet Tjenester for sensitive data (TSD) ved samme universitet. Applikasjonen er installert på nettbrettet.

Alle intervjuene er transkribert med dialekt, mens i oppgaven er alle sitater omgjort til bokmål, for å bevare anonymiteten til informantene. Intervjuene er aidentifiserte, og jeg har kodet intervjuene som terapeut 1 til 9.

Intervjuene er gjennomført i samarbeid med prosjektet ved NKVTS, og både jeg og ansatte i forskningsprosjektet vil bruke datagrunnlaget fra intervjuene.

### *3.3.3 Min rolle som forsker*

Som samfunnsforsker er jeg preget av min forforståelse, i form av hvordan jeg oppfatter verden og kunnskapen jeg har (Johannessen et al., 2011, s. 42). Den påvirker valgene jeg tar i en forskningsprosess, ved at jeg kan ha gjort meg opp en mening om hva jeg ser etter og hvordan dette henger sammen. At jeg som forsker jobber med å veilede ledere og selv er prosjektleder for et implementeringsprosjekt i et helseforetak, vil kunne påvirke spørsmålene jeg stiller og hva jeg er opptatt av. I en intervjusituasjon ønsker jeg at informantene skal få fortelle sin historie i form av erfaringer og oppfatninger om implementeringen som de har. Jeg har dermed i intervjuene vært oppmerksom på å gi terapeutene plass og rom til å fortelle, da min hensikt har vært å få tilgang til informasjon og ikke påvirke for mye.

### *3.3.4 Forskningsetikk*

Ivaretagelse av informanter under et intervju handler om å skape trygghet, lytte og sette grenser (Busso, 2018, s. 118). Da terapeutene stilte opp på intervju, så jeg det som min oppgave å legge til rette for at de opplevde intervjuet som ivaretagende. Terapeuter som blir intervjuet om temaer relatert til ledelse og egne erfaringer fra arbeidsplassen kan oppfatte det

som sensitive emner (Busso, 2018, s. 122). Intervjuene ble gjennomført på Skype eller telefon, og jeg kunne kun observere verbale uttrykk på Skype. Jeg prøvde å være en aktiv lytter og vise forståelse for det som ble sagt. Jeg var oppmerksom på terapeutenes behov om å fortelle om personlige emner og passet på å ikke gå inn dypt inn i disse, men «ta de tilbake» til temaene som var hensikten med intervjuet.

### *3.3.5 Oppbevaring av data*

Samtykkeskjema, lydopptak og transkriberte data er lagret hos Tjenester for sensitive data (TSD) ved Universitetet i Oslo. Jeg har fått tilgang til aidentifiserte transkriberte data fra TSD. Disse oppbevares på krypterte minnepinner og krypterte filer, og slettes når masteroppgaven er levert.

### *3.3.6 Godkjenninger*

Jeg har fulgt Norsk senter for forskningsdata (NSD) sine retningslinjer, og har meldt inn studien (vedlegg 4). Etter dialog med NSD ble søknaden trukket og avsluttet av NSD. Grunnen til dette er at datagrunnlaget blir lagret hos Tjenester for sensitive data (TSD), og jeg kun får tilgang til aidentifiserte transkriberte data.

## **3.4 Analyseprosessen**

### *3.4.1 Transkribering*

Lydopptakene ble transkribert av studenter tilknyttet NKVTS. Transkribering er å omgjøre lydopptakene til tekst (Johannessen et al., 2011, s. 37). Malterud (2017, s. 79-80) skriver at gjennom transkribering kan forskeren oppdage ting som har betydning for teksten og kan oppklare uklarheter. Men forskeren vil også kunne påvirke meningen i teksten ved å sette spor i materialet. I den transkriberte teksten blir eksempelvis pauser, latter og andre «lyder» gjengitt. Det har gjort materialet mer gjenkjennelig for meg, og jeg husker stemningen under intervjuet. Ved å få hjelp til transkriberingen har jeg ikke kunnet påvirke denne, men må forholde meg til teksten som grunnlag for analysen.

### *3.4.2 Tematisk analyse*

Jeg har benyttet meg av Braun og Clarke (2006) sitt rammeverk for tematisk analyse. Dette er en pragmatisk og fleksibel metode, som kan brukes på flere forskjellige måter. Jeg har benyttet meg av deres seks faser for tematisering, og disse fasene har hele tiden vært med når jeg har tematisert intervjuene. Dette er en form for steg-for-steg guide med følgende faser: 1)

gjør deg godt kjent med dataene («familiarizing yourself with your data»), 2) lag innledende koder («generating initial codes»), 3) let etter tema («searching for themes»), 4) gjennomgå temaene på nytt («reviewing themes»), 5) definer og navngi temaene («defining and naming themes») og 6) lag rapporten («producing the report»). Dette er ingen lineærprosess, men fasene kan brukes fleksibelt ved at man kan bevege seg frem og tilbake i materialet når det er nødvendig for å tilpasse det til problemstillingen og empiri.

Da jeg mottok tekstfilene med transkriberte intervjuer startet jeg aller først med å lese igjennom alle intervjuene. Deretter leste jeg igjennom intervjuene en gang til. Dette handler om å bli kjent med bredden og dybden i innholdet som fremkommer i intervjuene.

Etter hvert begynte jeg å notere kommentarer som jeg opplevde som interessante i intervjudokumentene, og som kunne være grunnlag for videre koding/tematisering.

Underveis i arbeidet med tematiseringen spurte jeg hele tiden meg selv, med utgangspunkt i problemstillingen *hva er det egentlig de [terapeutene] sier?*

For å systematisere analysearbeidet opprettet jeg først excel-filer hvor jeg kategoriserte svarene fra alle terapeutene på de ulike spørsmålene fra intervjuguiden. Etter dette begynte jeg å finne frem til temaer, som jeg opplevde at terapeutene snakket mye om. Disse temaene begynte jeg å sette sammen i temakart. Jeg begynte så å fokusere på temaer som jeg syntes var interessante, og som jeg oppfattet var viktige for terapeutene. Dette mønsteret har etter hvert blitt utviklet til temaer som skal besvare oppgavens problemstilling.

### **3.5 Reliabilitet og validitet**

I vurderingen av reliabiliteten av datagrunnlaget tas det hensyn til hvilke data som brukes, måten de er samlet inn på og hvordan de bearbeides. Johannessen et al (2011, s 243) påpeker at det som skiller kvalitative metoder for kvantitative metoder er at det ikke er mulig å gjenta en kvalitativ undersøkelse for så å komme ut med det nøyaktige samme resultatet. Å si noe om hvor pålitelige dataene fra kvalitativ forskning er krever en åpenhet rundt framgangsmåte, og en detaljert beskrivelse av i hvilken kontekst datainnsamlingen fant sted. Etterprøvbarehet av kvalitative undersøkelser har ikke samme hensikt som ved kvantitative undersøkelser, og kravene som stilles til kvantitative datagrunnlag er lite hensiktsmessige for kvalitative datagrunnlag. I kvalitativ forskning er hensikten å få en dypere kjennskap til fenomenet eller temaet som studeres, og fortolke dette ut fra valgt teorigrunnlag og egen forforståelse for å avdekke et budskap, en mening eller finne et mønster i datamaterialet.

Validitet i kvalitativ forskning handler om å opplyse om metodevalgene som er gjort er hensiktsmessige og gjenspeiler det undersøkelsen har til hensikt å undersøke (Johannessen et

al., 2011, s.244). Å redegjøre for hvordan datainnsamlingen, intervjumetode og analyse av transkriberingen har blitt gjennomført er en del av valideringen og bidrar til å belyse studiens pålitelighet og troverdighet.



## 4 Resultater

I dette kapittelet vil jeg først gi en innføring i terapeutenes involvering i implementeringen av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD. Deretter vil jeg fokusere på tre temaer som fremkom i analysen som sentrale for problemstillingen; mulighetene for å gi kollegastøtte/-veiledning, emosjonell støtte og praktisk støtte.

### 4.1 Terapeutenes involvering i implementeringen

Terapeutene som er intervjuet til denne studien er ansatte i disktriktpsykiatriske sentre (DPS) og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). De arbeider i klinikker som i all hovedsak befinner seg på Østlandet, samt at noen befinner seg på Vestlandet og i Nord-Norge. Terapeutene er i alderskategorien 28 år til 57 år, og 89 prosent av dem er kvinner og 11 prosent er menn. De har jobbet ved de ulike poliklinikkene fra 2 ½ år og opptil 17 år. Terapeutene har bakgrunn som psykolog, psykologspesialist, psykiatrisk sykepleier, sykepleier med fordypning i familieterapi og barnevernspedagog. Terapeutene har fått opplæring og veiledning i en av de kunnskapsbaserte behandlingsmetodene for PTSD.

Terapeutene hadde ulike erfaringer med å bli valgt ut til å delta på opplæringen i behandlingsmetodene. Terapeut 3 fortalte at:

Når vi startet opp i fjor, så var alle på et sånn kort kurs - alle på poliklinikken. Og så ble det bestemt hvem av oss som skulle gå inn og lære metoden. Og det har vi [to terapeuter]. Det tok vel [leder] opp som et tema, fra starten av, det var liksom åpent. Vi er en ganske liten poliklinikk, så her er det egentlig ganske sånn gjennomiktig med hva alle gjør.

På spørsmål om hvem som spurte terapeutene om å delta sa terapeut 8 «det var lederen min. [Leder] tok bare tak i meg innpå kontoret og sa at nå har vi noe spennende på gang, og fortalte om det, og om jeg kunne tenke meg å være med. Jeg hadde jo hørt om [metoden]», og utdyper dette videre med at «jeg synes traumefeltet er veldig spennende. Det har vært et felt jeg har fordypet meg i lenge. Derfor synes jeg det var en ære å bli spurt». Terapeut 7 fortalte at det var «innledningsvis på det møtet han kalte inn oss som var aktuelle».

På flere av poliklinikkene var det en del utskiftninger av personell i løpet av perioden de deltok i prosjektet. Flere av terapeutene opplevde at kollegaer som hadde fått opplæring i behandlingsmetoden sluttet, og som terapeut 1 sa «så mister vi den kompetansen».

Terapeut 8 forteller at det var to grunner for å bli spurt om å delta på opplæringen; «i forhold til motivasjon og ønsker [...] og i forhold til om vi hadde planer om å bytte jobb eller om vi hadde planer om å bli».

Terapeutene oppga ulike grunner til at de ble valgt ut til å delta i opplæring og veiledning i behandlingsmetodene for PTSD. Terapeut 9 fortalte at «jeg er jo en av de mest strukturerte, så jeg har vært kjapt ute og var vel den som var litt ivrig på at vi skulle få i gang [behandlingsmetodene]». Det var flere terapeuter som tok initiativ og som involverte seg. Terapeut 1 fortalte:

Hvorfor har jeg blitt involvert mer enn andre, men det er sikkert fordi jeg har vært i den gruppen med spesielt interesserte fra tidligere da. [...] og så har jeg holdt tak i annen veiledning som har vært ekstern oppigjennom årene, også. Så da jeg også ble bedt om å holde tak i veiledningen med [veileder fra NKVTS] da han kom hit, så det kan nok hende at det har litt med det å gjøre, at vi kjente en del til det fra før, da. Utover det de andre som også fikk tilbud om opplæring

Ut fra disse funnene forstår jeg at terapeutene gir uttrykk for at leder har vært aktivt involvert i utvelgelsen av hvilke terapeuter som skulle på kurs, og at de har valgt på bakgrunn av terapeuter som er engasjerte, motiverte og ønsker å bli i klinikken. Noen av terapeutene uttrykte bekymring for at terapeuter slutter, og at klinikken dermed mister kompetansen.

## **4.2 Muligheten for kollegastøtte/-veiledning om bruk av behandlingsmetodene**

De fleste av terapeutene opplevde at kollegastøtte var viktig. Kollegastøtte kan være kollegaer som gir råd, som er imøtekommende og som er åpne for nye kunnskaper som andre kollegaer har tilegnet seg. Med kollegastøtte mener jeg læring, deling av kunnskap og tid til samtaler.

### *4.2.1 Læring og deling av kunnskap*

Det er gjennom sine egne ansatte at en organisasjon kan tilegne seg kunnskaper, ferdigheter og holdninger (Lai, 2018, s. 118). Individuell læring hos den enkelte terapeut er en forutsetning for utvikling og deling av kompetanse.

Noen terapeuter ga uttrykk for at tilrettelegging for læring var en forutsetning for at man ble med i implementeringsprosjektet. Det var det for terapeut 8, som jobbet ved en klinikk hvor mange av kollegaene har sluttet det siste året og det er et stort arbeidspress. Når prosjektet ble presentert på klinikken opplevde han/hun at:

Det vi fikk av informasjon, så kom det så tydelig fram at her var ledelsen godt informert og de hadde forpliktet seg og det skulle legges godt til rette for at vi [terapeutene] skulle få sette oss inn i det og lære det. Legge til rette for læring, da. [...] I utgangspunktet kom det en pakke, og i den pakken der var grunnen redet for at her skulle vi få rom og tid. Hadde det ikke vært sånn, så er det ikke sikkert at jeg hadde vært med på det, for det var marginale forhold. (Terapeut 8)

For andre terapeuter kan læring handle om et behov og mulighet for fordypning i behandlingsmetodene. Terapeut 1 sa: «skulle ønske det var mulighet for mer fordypning i det [behandlingsmetoden]. Så er det alltid den følelsen av at ledelsen vil så veldig gjerne, men det er igjen vi, som på en måte må løse det, vi behandlerne».

Ved å fortelle kollegaer om hvordan de løser utfordringen med å jobbe med metodene i praksis, vil kollegaene kunne få inspirasjon til hvordan de kan løse utfordringene de opplever å ha. Terapeutene opplevde det som verdifullt å ha kollegaer som har mulighet til å svare, når det oppstår spørsmål om behandlingsmetodene. Terapeut 9 fortalte:

Jeg tenker nok at de [kollegaene] synes det har vært allright at vi har kommet inn og fått mer kompetanse på det [metoden]. Vi blir jevnlig spurt; vi har en sak, er dette en mulig «metode»-sak, kan du bli med på et info-møte eller være med på en drøfting sammen med en pasient.

Terapeutene opplevde det også som en støtte og ressurs i arbeidshverdagen å kjenne til hva kollegaer kan og har kunnskap om. Terapeut 1 fortalte at:

Vi [kollegaer] vet veldig godt om hverandres kunnskap når det gjelder ulike ting, så det synes jeg er en veldig ressurs. Veldig godt nå at alle kjenner til traumer og

behandling. Da har man også liksom samme begreper for å snakke om det. Så ja, det er en god støtte.

Terapeut 3 opplevde at leder ønsket at terapeutene skulle dele sin kunnskap, og fortalte at: «[leder] har hatt det aktivt på planen når vi har hatt planleggingsdager. Så vi har hatt flere fremlegg jeg og kollegaen min, da. På en måte om metoden og hvordan vi jobber med den».

Enkelte klinikker har opprettet team som muliggjør drøfting av behandlingsmetodene. Noen gir uttrykk for at dette gjør drøfting enklere for terapeutene. Terapeut 5 sa at problemstillinger knyttet til traumebehandlingen er: «noe som vi prioriterer å drøfte på tverrfaglig team. Det er godt å ha noen å kunne eventuelt overføre det til, eller at noen kan utrede de [pasienter]».

Dette utdypes av terapeut 9 som sa: «hvis det var et problem så går vi jo som regel bare til en av de andre [metode]-terapeutene her, og drøfter det med de samme dag eller kort tid etterpå. Ellers så tar vi det på teamet».

Terapeutene opplevde det som nyttig å ha mulighet til å drøfte problemstillinger i tilknytning til bruk av behandlingsmetodene i pasientbehandling. Terapeut 2 fortalte at: «de andre [terapeutene] som ikke har jobbet med denne metoden er flinke til å ta tak i og drøfte saker, som de vurderer kan være [metode]-sak eller ikke. I dette teamet så får en på en måte drøftet det vi trenger».

Ut fra disse funnene forstår jeg at det følte betryggende for terapeutene at det var tilrettelagt for læring i form av en opplæringspakke før prosjektstart, og at det var en forutsetning for noen av terapeutene til å delta på opplæringen. Terapeutene opplevde kjennskap til kollegaers kompetanse som en støtte og ressurs, og å ha noen å spørre og drøfte med som nyttig. Opprettelse av team har bidratt til at terapeutene har et møtepunkt, hvor de kan få drøftet faglige utfordringer. Noen terapeuter uttrykte bekymring for manglende mulighet til fordypning i behandlingsmetodene.

#### *4.2.2 Få tid til samtaler og kollegaveiledning*

Kollegaveiledning er en læringsmetode, hvor en kollega overfører sin kunnskap til en annen kollega (Lai, 2013, s. 126). Den gir mulighet for konkrete og raske tilbakemeldinger på spørsmål og uklarheter som terapeutene har om behandlingsmetodene.

Kollegaveiledning krever tid til gjennomføring, og det kan være behov for planlegging av når den kan gjennomføres. Noen terapeuter opplevde at det settes av tid til kollegaveiledning, mens andre ikke gjør det. På klinikken der terapeut 3 jobbet så har terapeutene:

I samråd med lederen vår lagt opp en plan fremover, hvor jeg og kollegaen min har satt av en time annenhver uke for å kunne gi kollegaveiledning. Og så har vi satt av en time i måneden til såkalt traumenettverk.

Også andre klinikker har planlagt når og på hvilken måte kollegaveiledning kan gis. På klinikken der terapeut 9 jobbet ble det gjort slik:

Etter at veiledningen var ferdig, så satt vi raskt i gang med å få til å møtes annenhver uke. Og det gjør vi fortsatt, med en fast tid og fast dag, også for at de andre på klinikken kan komme og drøfte saker som kan være aktuelle [metode]-saker. Og interndrøfting for oss, vi har kombinert begge delene!

Planlegging og gjennomføring av kollegaveiledning og –opplæring overlates noen ganger til terapeutene selv. Men det er ikke alltid like lett å vite hvordan man skal kunne gjennomføre det, slik som terapeut 8 påpekte:

Leder er veldig positiv til at vi samles og alt vi gjør i forhold til metoden. Så hadde vi bestemt oss for at vi ville ha samling, så ville leder ha sagt oj, så flott! Men, det må ikke gå ut over noe annet.

Om det er satt av tid til opplæring, veiledning og drøfting sier terapeut 2 at «leder setter av den tiden vi trenger for å delta på kurs og har gitt oss tid til å følge det opp. Også interne drøftinger og veiledningstimene har det blitt satt av tid til».

Andre terapeuter opplever at det kan være vanskelig å få nok tid til samtaler, kollegaveiledning og drøfting, og terapeut 8 sa det slik: «vi møtes en gang i uken, og utover det så var det ikke tid til noe samarbeid. Da jobbet vi på hver vår tue».

På klinikken der terapeut 7 jobbet var det også en utfordring å få tid til samarbeid og veiledning; «i teamet her på avdelingen så har vi ti minutter i uken til drøfting og 20-25 pasienter».

Terapeut 9 opplyste at spesielt i starten når behandlingsmetodene skulle tas i bruk var det behov for litt ekstra tid: «spesielt i starten var det mye forberedelser, og vi brukte lang tid på komme inn i systemet. Hver sak var forskjellig».

Gjennomføring av prosjekter tar tid, og slik som terapeut 1 påpekte: «det tar jo tid å holde på med et prosjekt. Å gjennomføre spørsmål og forberede til time, så det tar ekstra tid, så der synes jeg kanskje ikke det har vært så mye tilrettelegging».

Ut fra funnene i dette kapittelet forstår jeg at mange ledere planlegger og setter av tid til kollegaveiledning, samtaler og drøfting, men ikke alle ledere. Noen terapeuter opplevde at organiseringen av dette overlates til dem, og at de opplevde det som vanskelig. Terapeutene påpekte at særlig i starten av prosjektet trengte de tid, og at prosjektdeltakelse krever tid.

### **4.3 Emosjonell støtte**

Terapeutene ga uttrykk for at emosjonell støtte var viktig. Emosjonell støtte menes her lederens forståelse for og evne til å kunne sette seg inn i hvordan terapeutene opplever situasjonen de er i. Jeg har valgt følgende temaer under emosjonell støtte; vis interesse og spør hvordan det går og anerkjennelse.

#### *4.3.1 Få lov til å prioritere*

Prioritering handler om å rangere noe foran noe annet. Med mange pasienter som har behov for behandling, og samtidig lære og bruke behandlingsmetodene for PTSD kan oppleves som krevende av den enkelte terapeut.

Jeg oppfattet at terapeutene ga uttrykk for et behov for tid til å lære seg behandlingsmetodene og bruke dem. Det er mye å sette seg inn i, og mange skjemaer som må fylles ut. Flere av terapeutene opplevde å ha fått tilrettelagt for dette av leder, og slik som terapeut 5 sa:

[Leder] lar oss prioritere det sånn tidsmessig. For det kan jo ta litt lengre tid, særlig når det er en del av prosjektet (sånn med de spørreskjemaene og sånn i tillegg). Så tar

behandlingstimene litt lengre tid. [...] Men vi får lov til å prioritere det [behandlingsmetodene]. [Leder] ønsker at vi skal prioritere det og det har jo noen implikasjoner i forhold til at vi ikke får kanskje like mange saker [pasienter] som andre i perioder.

Flere terapeuter opplevde fleksibilitet og forståelse fra leder til å foreta egne prioriteringer innenfor rammene de har, og som terapeut 1 sa «fordi det er jeg som må finne en løsning på det, for å få det til da, så føler jeg at jeg får litt det, den forståelsen». Terapeut 6 sa «jeg har fått rammer til å kunne både sette meg inn i og praktisere metoden, med konsultasjonslengde, utstyr og sånn. Og tid til å følge opp veiledning».

Terapeut 9 fortalte at det tar lengre tid og krever kapasitet å sette seg inn i nye behandlingsmetoder, og «det man kunne ønske seg er at det bør skånes med mindre saker, spesielt første året».

Jeg oppfattet at noen av terapeutene opplevde at det var litt opp til dem å klare å gjennomføre behandlingstimene med de nye behandlingsmetodene. Om dette sa terapeut 1:

Hverdagen forløper som før. Det tenker jeg har berodd mer på min egen kapasitet, at det er noe jeg har forpliktet meg til. Da jeg fikk tilbud om å være med på prosjektet. [...] Men å gjennomføre det, det står og faller på meg, ikke sant. At jeg får det til, i alt av det andre, andre oppgaver man har.

Flere av terapeutene opplevde at det var overlatt til dem å foreta prioriteringene, og terapeut 8 sa: «vi [terapeutene] må vite hvordan vi kan prioritere, for nå strekker vi ikke til. Men det kommer ikke, alt er like viktig og alt må tas».

Ut fra funnene i dette kapittelet forstår jeg at terapeutene har behov for at det prioriteres tid til å lære behandlingsmetodene og når de skal brukes i praksis. Flere av terapeutene opplevde å ha en leder som lar terapeutene foreta egne prioriteringer innenfor avtalte rammer. Noen av terapeutene opplevde derimot at prioriteringene er overlatt til dem, og hvordan det skal foretas er ikke avklart med leder.

#### 4.3.2 *Vis interesse og spør om hvordan det går*

Å vise interesse og spørre om hvordan det går, er å være en leder som bryr seg og verdsetter den enkelte. Det handler om å ha en tilnærming som får fram det beste i medarbeiderne gjennom tilrettelegging.

Noen terapeuter opplevde at leder på eget initiativ kom på møter hvor behandlingsmetodene var i fokus. Om det sa terapeut 9 at: «[leder] dukker jo opp innimellom de møtene vi har felles i vårt team, da. Og så i «metode»-teamet der møter han opp av og til».

De fleste av terapeutene opplevde at spørsmålene fra leder handlet om hvordan implementeringen av behandlingsmetodene gikk. Terapeut 4 beskrev det slik «[leder] har på en måte kommet innom, og spurt etter at vi har vært på kurs; hvordan går det? Har du kommet i gang med det? Hva trenger du? Hvor mange pasienter har du nå?». Det er noe av det samme som terapeut 1 opplevde: «min nærmeste leder, har vært opptatt av hvordan vi har opplevd veiledningen, også hvordan vi synes det har fungerer med fordelingen av de pasientene som kan være aktuelle til det prosjektet».

Noen av terapeutene savnet en mer personlig leder. Terapeut 8 sa: «savner litt den oppbakkede, altså den medfølende ledelsen. Den forståelsesfulle, hvordan går det, hva trenger du, hvordan skal vi gjøre det. [...] altså den team-følelsen at dette er vi sammen om og hvordan skal vi gjøre det».

For andre terapeuter oppleves ikke støtten fra leder personlig, men heller mer praktisk. Terapeut 7 opplevde støtten fra leder som «det er ikke sånn direkte personlig, men mer sånn på gruppenivå. Godkjenning av søknader, reiseregninger og sånne ting».

Det at terapeuten ikke hører så mye fra leder kan oppleves som god støtte. Terapeut 2 opplevde at leder ikke har «mast noe på at vi skal gjøre det hverken raskere, bedre eller oftere. Så den [støtten] er vel god».

Ut fra funnene i dette kapittelet forstår jeg at flere av terapeutene opplevde å ha en leder spurte om konkrete forhold når de spurte om hvordan det går. Om hvor mange pasienter terapeutene har, om fordelingen av pasienter, om kurset og veiledningen de har deltatt på eller godkjenning av søknader og reiseregninger. Noen av terapeutene savnet en leder som er mer personlig.



### 4.3.3 Anerkjennelse

Anerkjennelse handler om å skape en god følelse hos andre. Om å gi tilbakemeldinger på arbeid som har vært godt utført og på andre måter vise at man verdsetter terapeutenes innsats.

Flere av terapeutene oppga at deres leder omtalte kunnskapen de har om behandlingsmetodene, og oppfordret dem til å dele denne med sine kollegaer. Terapeut 3 sa: «[leder] har med jevne mellomrom bedt meg og min kollega om å si noe om metoden. Si noe om hvordan vi jobber. Altså [leder] har tatt initiativ til det da. I en travel hverdag så er det viktig». Terapeut 9 fortalte at leder ofte har bedt terapeutene om å bidra, og sa «[leder] har ofte hatt det oppe på det vi kaller seksjonsundervisning, hvor vi har måtte ha fremlegg da. Foran enten hele klinikken eller [flere klinikker]».

Noen terapeuter uttrykte sin entusiasme ovenfor sin leder, og opplevde at leder ble glad for at noen synes det er en bra metode. Om dette sa Terapeut 4 «det virker på en måte veldig genuint. Som jeg også synes har hjulpet veldig, så får man på en måte veldig lyst til å bruke det. Det er jo kanskje en form for anerkjennelse for arbeidet man gjør da».

Andre terapeuter opplevde å bli spurt til råds om hvordan saker skal håndteres. Dette er en form for anerkjennelse av terapeutens kunnskap. Terapeut 6 opplevde at «jeg ble spurt til råds for eksempel. At leder spør hva som er lur fremgangsmåte. [leder] har spurt meg og andre til råds flere ganger».

Ut fra funnene i dette kapittelet forstår jeg at flere terapeuter har hatt ledere som anerkjenner sine ansatte gjennom å omtale deres kunnskap, og som har tatt initiativ til at terapeutene har presentasjoner/innlegg om behandlingsmetodene på fellesmøter (avdelingsmøter, planleggingsdager). Noen terapeuter opplevde å bli spurt til råds om håndtering av ulike saker.

## 4.4 Praktisk støtte

Praktisk støtte handler om tilgjengeliggjøring av metoder og verktøy, som terapeutene har behov for til å kunne gi traumebehandling. Det er også behov for tilgang på pasienter som kan ha nytte av behandlingsmetodene for PTSD. Jeg har valgt følgende temaer under praktisk støtte: i form av tilgjengelige og konkrete verktøy og fordeling av pasienter.

#### 4.4.1 *I form av tilgjengelige og konkrete verktøy*

I forhold til å få tilgang til behandlingsmetodene sier flere terapeuter at de opplevde å ha fått en konkret metode å jobbe med, og flere kalte det et ordentlig verktøy. Ved å ta i bruk en av behandlingsmetodene opplever terapeut 1 en trygghet i det og sa «et helt konkret verktøy. Jeg tror [kollegaer] liksom føler seg tryggere».

Andre terapeuter opplevde behandlingsmetodene som strukturerte og terapeut 2 forklarte det slik: «en strukturert metode, som gir bekreftelse på at jeg kan gjøre det og at jeg gjør ting riktig» og sa også at «jeg tror alle vi som jobber med det synes det har vært godt med en strukturert metode».

Verktøy i tilknytting til bruk av behandlingsmetodene kan lette belastninger i hverdagen. Om innkjøp av lysbarer til bruk i behandlingen sa terapeut 4 «vi har kjøpt den lysbaren. Sånn at det gjør det litt lettere. Hadde en periode med to pasienter etter hverandre, så jeg fikk litt vondt i armen. Så det har vært en viktig ting».

Implementeringsprosjektet samler systematisk inn data på behandlingsforløp og implementering. Som en del av dette dokumentasjonsarbeidet fikk terapeutene utdelt en iPad (nettbrett). Flere terapeuter kunne ønske de fikk mer opplæring i bruk av nettbrettet før de skulle ta det i bruk. Introduksjon til nettbrettet skal ha skjedd mot slutten av den tre dager lange opplæringen, og terapeutene ble der oppfordret til å logge seg på og bruke tid på å sette seg inn i verktøyet litt senere. Terapeut 9 opplevde det: «nesten som et halvdagsprosjekt, akkurat den iPad'en. Hva gjør man når man får tekniske problemer, og hva er vanlig, hvor bør du ha den liggende, alt av sånne ting». En utfordring for terapeutene var hvem kan de spørre, når de opplevde at også kollegaene deres lurte på det samme som de gjorde.

Noen terapeuter sa at det i begynnelsen, etter opplæring, var det veldig mye å sette seg inn i. Mange skjemaer som skal fylles ut, de skal lære seg koder og de skal lære seg å bruke nettbrettet. Terapeut 8 sa at «det er veldig enkelt, når man har lært det. Men akkurat i den travle hverdagen du skal lære alt dette i, så trenger man virkelig den tiden. Det er en god grunn for at tiden til dette er viktig».

Ut fra funnene i dette kapitlet forstår jeg at terapeutene opplevde å ha fått tilgang til strukturerte og konkrete behandlingsmetoder, som bidro til at de opplevde en trygghet i

traumebehandlingen. Innkjøp av en lysbar til bruk i behandlingen reduserte den fysiske belastningen hos terapeuten. Ved bruk av ny teknologi (her: nettbrett) har terapeutene behov for tid for å lære teknologien, samt å vite hvem de kan kontakte når de har spørsmål av teknisk og administrativ art.

#### 4.4.2 *Fordeling av pasienter*

I prosjektperioden forplikter terapeutene seg til å rekruttere pasienter, som kan ha nytte av en kunnskapsbasert behandlingsmetode for PTSD. For terapeutene handler dette om mulighet for å praktisere det de har lært. De har dermed behov for å få nok pasienter, som de kan benytte metoden på.

Klinikkene har inntaksteam/-møter eller tilsvarende, som gjør en vurdering og kartlegging av hvorvidt pasienter kan ha nytte av en spesifikk traumebehandling. Terapeutenes påvirkning på tildelingen av pasienter varierer. Terapeut 3 sa «så sitter jeg i inntaksteam også da. Det er klart jeg har en viss påvirkning i forhold til hvilke saker [pasienter] jeg får da. Det er kanskje en forskjell, enn hvis du sitter og bare får tildelt saker».

Andre terapeuter opplever at leder var bevisst på hvem av terapeutene, som får pasienter til behandling. Terapeut 5 sa at: «han [leder] er veldig bevisst på hvem som er med i prosjektet og ikke. Hvem som på en måte får de sakene. Og ja, han prioriterer det», og terapeut 6 sa at «[leder] har fulgt med og fordelt pasienter i henhold til implementeringen».

Intensjonen er at teamene skal fordele pasienter til terapeutene, som har fått opplæring og veiledning i bruk av en av behandlingsmetodene for PTSD. I forhold til inntaksansvarlig handler det om kommunikasjon for terapeut 7, som sa: «det går på det å kommunisere skikkelig nok til inntaksansvarlig, og ikke bli overbelastet med nye pasienter».

For andre terapeuter handlet det om å gi tilbakemelding til leder om behovet for pasienter. Terapeut 5 sa at «i forhold til fordeling av saker; kan vi si i fra, hvis det blir for mye tidspress og i forhold til kapasitet, og at vi også får saker da hvor det er aktuelt». Terapeut 4 sa direkte i fra til sin leder når en pasient er ferdigbehandlet, og at terapeuten har behov for en ny pasient.

For terapeutene kan det også handle om å ha en pasientportefølje, som gjør at de får trening i å bruke metoden og blir fortrolige med den. Slik som terapeut 1 sa «altså ideelt sett, så kunne jeg for å fokusere hatt noen polikliniske pasienter som før, men med en mindre portefølje, og med en større portefølje på traumepasienter». Videre sier terapeut 1 «kunne gjerne hatt ønsket

meg opptil ti pasienter, så jeg kunne ordentlig ha satt meg inn i [metoden], altså fått det litt under huden på en måte». Mens terapeut 2 sa dette om antall pasienter «jeg tror vel vi har fått litt færre saker [pasienter], i og med at det tar en del tid».

Ut fra funnene i dette kapittelet forstår jeg at det var leder og/eller inntaksteamet som bestemte fordelingen av pasienter til terapeutene. For terapeutene handlet det om å ha nok pasienter til at de fikk trening i å bruke behandlingsmetodene, men ikke for mange pasienter da behandlingstidene tok lengre tid. Om hvor mange pasienter det er behov for og kapasitet til må terapeutene kommuniseres til leder/inntaksansvarlig.

## 5 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg drøfte resultatene som fremkom i kapittel 4 til å besvare oppgavens problemstilling: *Hvordan kan leder tilrettelegge for at terapeuter skal ta i bruk behandlingsmetodene som implementeres i tjenestene?* Jeg vil diskutere hvordan leder kan møte det som terapeutene beskriver, for på den måten kunne tilrettelegge for at kunnskapsbaserte behandlingsmetoder kan tas i bruk.

Da klinikkene valgte å delta i implementeringen av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD fikk alle terapeutene opplæring i traumekartlegging. Det var et utvalg av terapeutene som deltok på traumekartleggingen, som deltok på opplæringen og veiledningen i en spesifikk behandlingsmetode. Funn i studien viser at mange ledere var tydelig aktivt med i implementeringen ved å velge ut hvilke terapeuter som skulle delta på kurs og veiledning. Lederne hadde litt ulike måter å snakke med terapeutene i forhold til hvem som skulle delta. Noen ledere hadde det oppe på informasjons- eller personalmøter hvor alle terapeutene var tilstede og fikk samme informasjon. På disse møtene var det leder som tok opp temaet om deltakelse på kurs og veiledning. På noen av poliklinikkene er det små forhold, og terapeutene ble raskt enige med leder om hvem som skulle delta. På andre klinikker tok leder direkte kontakt med terapeutene med forespørsel om å deltakelse. Noen ledere inviterte terapeutene de anså som aktuelle inn på et eget møte, mens andre ledere rekrutterte terapeutene direkte ved å ta tak i dem og høre om de var interesserte.

Funn i studien viser at lederne valgte ut terapeuter som har vist interesse for traumefeltet og som er engasjerte, men også ut fra motivasjon og ønsker. Flere av terapeutene fremstod som personer som tar initiativ og som var strukturerte. Noen hadde vært involvert i tidligere prosjekter innenfor traumebehandling, og hadde litt kunnskap om dette fra før. Dette tyder på at flere ledere viste tydelige lederroller, og at de var aktivt involvert i utvelgelsen av terapeuter som skulle delta på opplæring.

### 5.1 Tilrettelegging for kollegastøtte/-veiledning for bruk av behandlingsmetodene

Ved innføring av nye kunnskapsbaserte behandlingsmetoder har terapeutene behov for å lære seg metodene, og utøve metodene i praksis. I følge Fixen et al. (2009) krever nye behandlingsmetoder nye måter å gi behandling og støtte på. Terapeutene har behov for å lære når, hvor og hvordan nye ferdigheter og tilnærminger skal brukes og med hvem.

Som en del av forberedelsesfasen for implementeringsprosjektet gis det opplæring til terapeutene i en av tre kunnskapsbaserte behandlingsmetoder, som følges opp med veiledning i etterkant. Informasjon om opplæring og veiledning ble gitt til terapeutene på et informasjonsmøte som ble avholdt før klinikkene valgte å bli med i prosjektet. Funn i denne studien viser at det følte betryggende for terapeutene at det var tilrettelagt for læring i form av en opplæringspakke før prosjektstart, og at det var en forutsetning for noen av terapeutene til å delta på opplæringen.

I en hektisk arbeidshverdag er det krevende både å lære nye behandlingsmetoder og samtidig levere som vanlig. I teorien for implementeringsledelse (ILS) fremheves proaktiv ledelse som sentralt for å oppnå implementering. En proaktiv leder «etablerer en tydelig framgangsmåte for implementering av kunnskapsbasert praksis for PTSD» (Aarons et al., 2014). I dette tilfellet kan det forstås som at leder fjerner hindre og barrierer for implementeringen. Hvis terapeutene ikke deltar på opplæringen i behandlingsmetodene kan heller ikke klinikken ta de i bruk. En oppgave for leder er å involvere terapeutene i endringsprosessen (Aarons et al., 2011), og det kan de gjøre ved å informere terapeutene om hva endringen innebærer eksempelvis ved å fortelle om hva implementeringen av behandlingsmetodene kan bidra til. I ILS sies det videre at for å få til god implementering bør ledere vise støtte til terapeuters innsats for å lære seg og ta i bruk nye behandlingsmetoder (Aarons et al. 2014). En støttende leder bør følgelig tilrettelegge for at terapeutene kan delta i opplæringen, og tilpasse dette til terapeutens arbeidshverdag.

For å tilrettelegge for deling av kunnskap om behandlingsmetodene er det behov for møteplasser, hvor menneskene i et team kan møtes og utveksle erfaringer (Jacobsen, 2018, s. 205). Funn i denne studien viser at opprettelse av team har bidratt til at enkelte av terapeutene har et møtepunkt, hvor de kan få drøftet faglige utfordringer. Drøfting av problemstillinger i tilknytning til traumebehandling skjer ofte i traumeteam/-nettverk og tverrfaglige team. Terapeutene opplevde at teamene er stedet de prioriterte å drøfte konkrete problemstillinger med andre traumeterapeuter. På flere av klinikkene i studien var det satt av faste møtetider for teammøtene, men ikke alle klinikkene opplevde at det var satt av nok tid til dette. Terapeutene ga uttrykk for at de deler og bidrar med kunnskap om behandlingsmetodene seg imellom. De tar tak i hverandre, spør hverandre og drøfter ulike problemstillinger og utfordringer i tilknytning til bruk av behandlingsmetodene. Både en-til-en samtaler og team blir brukt til å få råd om hvordan de skal håndtere ulike utfordringer. At de har kjennskap til hverandres kunnskap, og har noen å spørre og drøfte med blir trukket frem som verdifullt og nyttig.

Det er dermed grunn til å tro at teamene har vært en viktig arena for terapeutene til å samhandle og drøfte bruk av behandlingsmetodene. Dette understøttes av funn i studier som viser at slike felleskap bidrar til kollektiv orientering, noe som er viktig for læring og for motivasjon og for å oppnå grunnleggende endringer i en organisasjon (Roland, 2015). Funnene i studien tyder følgelig på at innlæring av traumebehandling bør skje på kollektivt nivå, slik at alle som jobber med behandlingsmetodene får reflektert, øvd og trent sammen.

I ILS kan dette knyttes til å være en proaktiv leder. Proaktive ledere «etablerer en tydelig framgangsmåte for implementering av kunnskapsbasert praksis for PTSD» (Aarons et al., 2014). Etablering av team vil kunne bidra til at kompetanse om behandlingsmetodene utvikles og deles. Ledere har ansvar for å tilrettelegge for at kompetanseutveksling skjer i teamet, og oppmuntre til at terapeutene lærer av hverandres erfaringer (Jacobsen, 2018, s. 205). Ledere som tilrettelegger for at terapeutene deltar i team kan dermed bidra til at behandlingsmetodene blir tatt i bruk og opprettholdt over tid.

Men i ILS fremkommer det også at ledere skal være kunnskapsrike og at en leder «kan svare på spørsmål ansatte har om kunnskapsbasert praksis for PTSD» (Aarons et al., 2014). Funn i studien viser imidlertid at terapeutene først og fremst tar kontakt med andre traumebehandlere og kollegaer når de har spørsmål om behandlingsmetodene. De oppsøker følgelig ikke først og fremst leder for å få svar på spørsmålene de har når det gjelder å benytte behandlingsmetodene i traumebehandlingen. Funnene kan derfor tyde på at det ikke nødvendigvis er lederne som må være kunnskapsrike, men at de må tilrettelegge for at terapeutene kan få snakke med hverandre.

Flere av terapeutene bidro med kollegaopplæring- og veiledning. Dette var terapeuter som har kunnskap om behandlingsmetodene, og som også har fått erfaring fra å bruke metodene i praksis. Terapeutene deltok på møter hvor de fortalte om behandlingsmetodene og hvordan de jobbet med dem. Funn i denne studien viser at mange ledere planlegger og prioriterer å sette av tid til kollegaopplæring og –veiledning, samt tid til å lære behandlingsmetodene og bruke behandlingsmetodene. I følge Fixen et al. (2009) er trening og veiledning i bruk av behandlingsmetodene helt nødvendig, da implementering av nye behandlingsmetoder krever en endring i terapeutenes utførelse.

Det er viktig at terapeutene får mulighet til å praktisere sin nye kunnskap og får tilbakemeldinger på en trygg måte i et læringsmiljø. Kollegaopplæring og –veiledning krever

at det settes av tid til gjennomføring, og det kan være behov for å planlegge når den kan gjennomføres. I ILS pekes det på at en støttende leder bør «støtter terapeutenes innsats for å lære mer om kunnskapsbasert praksis for PTSD» (Aarons et al., 2014). Ledere må støtte opp om de terapeutene som skal lære seg å bruke behandlingsmetodene. De må til rette legge for at kollegaopplæring og –veiledning lar seg gjennomføre ved å prioritere tid og ressurser (Jacobsen, 2018, s. 195). Dette kan også knyttes opp mot å være en utholdende leder som nevnt i teorien om ILS: «oppretholder implementering av kunnskapsbasert praksis for PTSD i motgang og medgang» (Aarons et al., 2014). Andre har også pekt på at ledere som inviterer terapeutene til å komme med nye ideer og nye måter å utføre arbeidet på kan bidra til kunnskapsdeling og innovasjonsevne (Martinsen, 2013).

## **5.2 Tilrettelegging for å gi emosjonell støtte**

Funn i studien tyder på at terapeutene opplevde å ha ledere som viste interesse for hvordan det gikk med implementeringen av behandlingsmetodene. Terapeutene opplevde at de ble spurt av sin leder om hvor mange pasienter de hadde, og om de hadde kommet i gang med traumebehandlingen. Det kunne også være spørsmål om hvordan de hadde opplevd kurset og veiledningen. Terapeutene opplevde å ha ledere som på eget initiativ kom på møter hvor terapeutene drøftet behandlingsmetodene. Andre funn i studien viser at noen av terapeutene opplevde at de savnet en leder som var mer forståelsesfull og støttende. Noen terapeuter opplevde at fravær av «mas» som å være raskere, bedre og oftere var en god støtte fra leder. Det var også noen terapeuter som opplevde støtten fra leder til å være i form av godkjenning av søknader og reiseregninger.

Spørsmålene som leder stiller til terapeutene oppfattes som et uttrykk for emosjonell støtte. I ILS fremheves en støttende leder som «anerkjenner og setter pris på terapeutenes innsats for å lykkes med implementeringen av kunnskapsbasert praksis for PTSD» (Aarons et al., 2014). Ledere som stiller spørsmål om pasienter og hvor langt terapeutene har kommet med å lære seg behandlingsmetodene viser interesse for terapeuten. Ledere må ta hensyn til hvordan den enkelte terapeut opplever endringssituasjonen, og kunne bidra med inspirasjon, støtte, omsorg og omtanke (Jacobsen, 2018, s. 202). Individuell støtte handler om å verdsette den enkeltes behov ved å gi terapeutene personlig oppmerksomhet. Funn i studien viste at noen terapeuter opplevde å mangle en mer forståelsesfull og støttende leder, og noen terapeuter opplevde at støttende ledelse bestod av å godkjenne reiseregninger o.l. Det kan være et uttrykk for at det ikke har blitt gitt nok individuell støtte av leder til terapeuten. Ledere som gir individuell



støtte og oppmerksomhet når det trengs, bidrar til at terapeutene opplever mestring og yter sitt beste.

Funn i studien tyder på at terapeutene opplevde at leder løftet fram kunnskapen de har om behandlingsmetodene ovenfor andre kollegaer, og at leder oppfordret terapeutene til å dele sin kompetanse med kollegaene. Terapeutene har blitt bedt om å bidra med presentasjoner om behandlingsmetodene på fellesmøter (avdelingsmøter, planleggingsdager). Et annet funn i studien er at noen terapeuter har blitt spurt til råds om håndtering av saker knyttet til behandlingsmetodene.

I ILS fremheves en støttende leder som «anerkjenner og setter pris på terapeutenes innsats for å lykkes med implementeringen av kunnskapsbasert praksis for PTSD» (Aarons et al, 2014). Dette handler om individuell støtte i form av å verdsette og anerkjenne den enkelt terapeut sine individuelle styrker. Støttende ledelse vil kunne ha en indirekte effekt på terapeutenes innsats og kvalitet på arbeidet, mens den direkte effekten er hvordan terapeutene oppfatter arbeidet og følelsene for det (Martinsen, 2013). Ledere som bevisstgjør terapeutene på hvordan deres arbeidsoppgaver er en del av en større sammenheng bidrar til motivasjon for implementeringen av behandlingsmetodene.

### **5.3 Tilrettelegging for praktisk støtte**

Funn i denne studien tyder på at terapeutene opplevde å ha fått tilgang til strukturerte og konkrete behandlingsmetoder, som bidro til at de opplevde en trygghet i traumebehandlingen. Innkjøp av en lysbar til bruk i behandlingen bidro til å redusere den fysiske belastningen hos terapeutene. Terapeutene ble introdusert til ny teknologi i form av et nettbrett til bruk i traumebehandlingen. Dette skjedde på dag 3 på kurset hvor de lærte seg de nye behandlingsmetodene. Terapeutene opplevde at det var et behov for å sette av tid til å lære seg teknologien. De opplevde det som en utfordring å vite hvem de kunne kontakte ved problemer med nettbrettet, og særlig var dette aktuelt når kollegaene lurte på det samme.

I ILS kan dette handle om en proaktiv leder som: «etablerer en tydelig framgangsmåte for implementering av kunnskapsbasert praksis for PTSD» (Aarons et al., 2014). Ledere som deltar i prosjektet og implementerer nye behandlingsmetoder, bidrar til at terapeutene får strukturerte og konkrete metoder å forholde seg til. De oppfordrer terapeutene til innovasjon og nytenkning, både ved å lære seg de nye behandlingsmetodene og å ta i bruk ny teknologi

(nett Brett). I ILS fremkommer det også at støttende ledelse handler om en leder som «støtter terapeutenes innsats for å bruke kunnskapsbasert praksis for PTSD» (Aarons et al., 2014). Ofte krever endringer ressurser, og det må planlegges for at det settes av tid til å lære teknologien når behandlingsmetodene skal læres (Jacobsen, 2018, s. 203). I forberedelsesfasen bør potensielle hindringer identifiseres, og en av disse kan være at det tilrettelegges for at det i opplæringen i bruk av teknologi settes av ressurser til å håndtere spørsmål av teknologisk og administrativ art.

Funn i denne studien tyder på at terapeutene opplevde at det var leder eller et inntaksteam som avgjorde hvilke pasienter som ble fordelt til dem. Dette er pasienter som kan ha nytte av å bli behandlet med en kunnskapsbasert behandlingsmetode for PTSD. For terapeutene handlet det om å ha nok pasienter til at de fikk trening i å bruke behandlingsmetodene, men ikke for mange pasienter da behandlingstidene tok lengre tid. Terapeutene opplevde å måtte kommunisere til leder eller inntaksansvarlig om hvor mange pasienter det var behov for og kapasitet til.

Ifølge ILS kan dette handle om en utholdende leder som «oppretholder implementeringen av kunnskapsbasert praksis for PTSD i motgang og medgang» (Aarons et al., 2014). Ledere som formidler målene klinikken har for pasientbehandlingen, kan bidra til at ansatte opplever at de er viktige bidragsyttere til implementeringen. Formidling av målene kan også bidra til en følelse av eierskap til eget ansvarsområde (Li, 2013). Men det kan også handle om å være en støttende leder, som ifølge ILS: «støtter terapeutenes innsats for å bruke kunnskapsbasert praksis for PTSD» (Aarons et al., 2014). Støttende ledere kan bidra til kontinuerlig utvikling og forbedring ved at terapeutene får tildelt nok pasienter til at de får trening i å bruke behandlingsmetodene.

## 6 Konklusjon

Denne oppgaven har undersøkt hvordan ledere kan legge til rette for implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) i spesialisthelsetjenesten sett fra terapeutenes ståsted. Terapeutene har en viktig rolle i implementeringen, da det er de som skal ta i bruk behandlingsmetodene på pasientene.

Problemstillingen for oppgaven har vært: *Hvordan kan leder tilrettelegge for at terapeuter skal ta i bruk behandlingsmetodene som implementeres i tjenestene?*

Studien har konsentrert seg om tre temaer som har fremkommet som viktige for terapeutene til å ta i bruk behandlingsmetodene og som ledere må tilrettelegge for; kollegastøtte og –veiledning, emosjonell støtte og praktisk støtte. Følgende tilrettelegginger fremkom i oppgaven som vesentlige:

- Terapeutene ga uttrykk for at det følt betryggende at opplæringen og veiledningen var planlagt før prosjektstart. For noen terapeuter bidro det til at de deltok i opplæringen av behandlingsmetodene. *Leder bør tilrettelegge for at terapeutene deltar i opplæringen av behandlingsmetodene.*
- Terapeutene ga uttrykk for at de deler og bidrar med kunnskap om behandlingsmetodene seg imellom, og at både en-til-en samtaler og team blir brukt til å få råd om hvordan de skal håndtere ulike utfordringer. *Leder bør tilrettelegge for at terapeutene har møteplasser i form av team eller lignende til drøfting av ulike problemstillinger tilknyttet behandlingsmetodene.*
- Terapeutene tar først og fremst kontakt med kollegaer når de har spørsmål om behandlingsmetodene. De oppsøker følgelig ikke først og fremst leder for å få svar på spørsmålene de har når det gjelder å benytte behandlingsmetodene i traumebehandlingen. *Leder bør tilrettelegge for at terapeutene kan få snakke sammen.*
- Terapeutene bidro til kollegaopplæring og –veiledning. Ledere må støtte opp om de terapeutene som skal lære seg å bruke behandlingsmetodene. *Leder bør tilrettelegge for at kollegaopplæring og –veiledning lar seg gjennomføre ved å prioritere tid og ressurser.*
- Terapeutene opplevde at leder tok kontakt og spurte om hvordan det gikk. Dette er et uttrykk for individuell støtte. Ledere som gir individuell støtte og oppmerksomhet når det

trengs, bidrar til at terapeutene opplever mestring og yter sitt beste. *Leder bør tilrettelegge for å gi personlig oppmerksomhet.*

- Terapeutene opplevde at leder løftet frem kunnskapen de har om behandlingsmetodene ovenfor andre kollegaer, og at leder oppfordret terapeutene til å dele sin kompetanse med kollegaene. *Leder bør tilrettelegge for at terapeutene blir anerkjent for sin kompetanse.*
- Terapeutene tok i bruk ny teknologi (nettbrett) når de skulle ta i bruk de nye behandlingsmetodene. *Leder bør tilrettelegge for at det settes av ressurser til å håndtere spørsmål av teknologisk og administrativ art.*
- Terapeutene har behov for pasienter til traumebehandling, slik at de får brukt behandlingsmetodene. *Leder bør tilrettelegge for at terapeutene får tildelt nok pasienter til at de får trening i å bruke behandlingsmetodene.*

Oppsummert viser studien at lederes tilrettelegging har betydning for hvordan terapeutene både lærer og tar i bruk kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD.

## 7 Litteraturliste

- Aarons, G. A., Ehrhart, L., Farhnaak, R. & Hurlburt, M. S. (2015). Leadership and organizational change for implementation (LOCI): a randomized mixed method pilot study of a leadership and organization development intervention for evidence-based practice implementation. *Implementation Science*, 10:11.  
<https://doi.org/10.1186/s13012-014-0192-y>
- Aarons, G. A., Hurlburt, M. & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a Conceptual Model of Evidence-Based Practice Implementation in Public Service Sectors. *Adm Policy Ment Health* (2011), 38:4-23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitativ Research in Psychology*, 3:2, 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Busso, L. D. (2018). Å bli etisk forsker. I G. Brottveit (Red), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder. Om å arbeide forskningsrelatert* (s. 118-128). Gyldendal Akademisk.
- Brottveit, G. (2018). Den kvalitative forskningsprosessen og kvalitative forskningsmetoder. I G. Brottveit (Red), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder. Om å arbeide forskningsrelatert* (s. 84-106). Gyldendal Akademisk.
- Bækkelund, H., Bergerud-Wichstrøm, M., Mørck, A., Endsjø, M. & Aareskjold J. (2017). Implementering av kunnskapsbasert behandling av PTSD hos voksne i klinikk. Oppsummering av pilotprosjekt. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. [https://www.nkvts.no/content/uploads/2017/10/Notat\\_Implementering-av-kunnskapsbasert-behandling.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2017/10/Notat_Implementering-av-kunnskapsbasert-behandling.pdf)
- Castiglione, S. A. (2019). Implementation leadership: A concept analysis. *Journal of Nursing Management*. <https://doi.org/10.1111/jonm.12899>
- Egeland, K. M., Skar, A.-M- S., Endsjø, M., Laukvik, E. H., Bækkelund, H., Babaii, A., Granly, L. B., Husebø, G. K., Borge, R. H., Ehrhart, M. G., Sklar, M., Brown, C. H. & Aarons, G. A. (2019). Testing the leadership and organizational change for implementation (LOCI) intervention in Norwegian mental health clinics: a stepped-wedge cluster randomized design study protocol. *Implementation Science*, 14:28.  
<https://doi.org/10.1186/s1301-019-0873-7>
- Egeland, K. M., Hauge, M.-I., Ruud, T., Ogden, T. & Heiervang, K. S. (2019a). Significance of Leaders for Sustained Use of Evidence-Based Practices: A Qualitative Focus-Group

- Study with Mental Health Practitioners. *Community Mental Health Journal*.  
<https://doi.org/10.0007/s10597-019-00430-8>.
- Fixen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005).  
 Implementation Research: A Synthesis of the Literature. Tampa: Louis de la Parte  
 Florida Mental Health Institute Publications.
- Fixen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F. & Wallace, F. (2009). Core Implementation  
 Components. *Research on Social Work Practice*, 19:5 (531-540).  
<https://doi.org/10.1177/104973509335549>
- Girlanda, F., Fiedler, I., Becker, T., Barbui, C. & Koesters, M. (2017). The evidence–practice  
 gap in specialist mental healthcare: systematic review and meta-analysis of guideline  
 implementation studies. *The British Journal of Psychiatry*, 210(1), 24-30.  
<http://bjp.rcpsych.org/content/bjprpsych/210/1/24.full.pdf>
- Helsebiblioteket.no. (2020). Kunnskapsbasert praksis.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2020). Psykiske lidelser – voksne.  
<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god  
 psykisk helse (2017-2022)*. Regjeringen.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mestre-hele-livet/id2568354/>
- Jacobsen, D. I. (2018). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2011). *Forskningsmetode for økonomiske-  
 administrative fag*. Abstrakt forlag AS.
- Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Fagbokforlaget.
- Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse*. Fagbokforlaget.
- Li, J. Z. (2013). Transaksjonsledelse og transformasjonsledelse. I L. Glasø & G. Thompson  
 (Red.), *Transformasjonsledelse* (s. 11-45). Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*.  
 Universitetsforlaget AS.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*.  
 Universitetsforlaget AS.
- Martinsen, Ø. L. (2013). Forskning på transformasjonsledelse. I L. Glasø & G. Thompson  
 (Red.), *Transformasjonsledelse* (s. 99-140) Gyldendal Akademisk.

- Meld. St. 7 (2019-2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Meyers, D., Durlak, J. A. & Wandersman, A. (2012). The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. *American Journal of Community Psychology*, 50(3-4), 462-480. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9522-x>
- Midthassel, U. V. (2015) Skoleleders rolle og implementeringsprosessen I P. Roland & E. Westergård (Red.), *Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis* (s. 101-118). Universitetsforlaget AS.
- Molstad, M. H. & Spangberg, K. (2017). *Mestringsledelse i praksis, verktøy for lederutvikling*. Gyldendal Akademisk.
- Moullin, J., Dickson, K. S., Standick, N. A., Rabin, B. & Aarons, G. A. (2019). Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *Implementation Science*, 14:1. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0842-6>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). (2020a). *Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT)*. <https://www.nkvts.no/tf-cbt/>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). (2020b). *Implementering av kunnskapsbasert traumebehandling til voksne i klinikk (ITV)*. <https://www.nkvts.no/prosjekt/implementering-av-traumebehandlingstilbud-til-voksne-itv/>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Post-traumatic stress disorder. NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>.
- Northouse, P. G. (2019). *Leadership: theory and practice*. SAGE Publications.
- Prop. 1 S (2014-2015). *For budsjettåret 2015*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Prop-1-S-20142015/id2005447/>
- Prop. 12 S (2016-2017). *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021)*. Barne- og likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-12-s-20162017/id2517407/>
- Roland, P. (2015). Hva er implementering? I P. Roland & E. Westergård (Red.), *Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis* (s. 19-39). Universitetsforlaget AS.
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, (45), 444-454.

Skjølsvik, T., Breunig, K. J. & Strønen, F. (2016). Hjelp, ledelsen kommer! Fra partnerskap til spesialisert ledelse. I E. Døving, B. Elstad & Aa. Storvik (Red), *Profesjon og ledelse* (s. 77-97). Fagbokforlaget.



## 8 Vedlegg

### Vedlegg 1: Intervjuguide terapeuter

*I dette intervjuet ønsker vi å snakke om hvordan poliklinikken/enheten og lederen har lagt til rette for at du og dine kollegaer kan ta i bruk [TF-CBT] / [EMDR/CT-PTSD]. Med leder mener vi den personen som har deltatt på lederkurs ved NKVTS. Informasjonen som registreres om deg skal brukes til å undersøke hvordan lovende behandlingsmetoder for posttraumatisk stress (PTSD) best kan implementeres i spesialisthelsetjenestene. Etter at vi er ferdige vil intervjuet skrives ned på papir uten gjenkjennende opplysninger slik at det i etterkant ikke er mulig å knytte deg til opplysningene du oppgir.*

1. Hvilken behandlingsmetode fikk du opplæring i?
2. På hvilken måte har du vært involvert i implementeringen av behandlingsmetoden(e)?

*Nå ønsker jeg å stille deg noen spørsmål om din leder.*

3. (PROAKTIV) Har lederen din hatt en aktiv rolle i implementeringen av behandlingsmetoden(e) i denne poliklinikken/enheten?
  - a. Hvis ja, kan du gi noen eksempler på hva leder har gjort?
  - b. Hvis nei, kan du fortelle litt mer om hvilken rolle leder har hatt?
4. Hvordan ble målene og visjonene for implementeringen av behandlingsmetoden(e) kommunisert ut i poliklinikken/enheten?
5. Opplevde du å bli inkludert i denne implementeringen?
  - a. Hvis ja/nei, kan du gi et eksempel på det?
6. Hva har lederen din gjort for å legge til rette for at du skal kunne jobbe med behandlingsmetoden?
7. (STØTTENDE) Hva slags støtte har du fått av leder for å ta i bruk behandlingsmetoden?
8. (KUNNSKAPSRIK) Hvor godt kjenner lederen din til behandlingsmetoden du bruker?
9. Hvem går du til om du har spørsmål knyttet til behandlingsmetoden?
  - a. (hvis leder ikke nevnes) Kan du gå til lederen din?
10. (TILGJENGELIG) Hvor tilgjengelig er lederen din for deg når du har spørsmål knyttet til behandlingsmetoden?

11. (UTHOLDENDE) Opplever du at lederen din har vært utholdende i implementering av behandlingsmetoden(e) til tross for alt annet som har krevd fokus i en klinisk hverdag?
  - a. Hvis ja/nei, kan du gi et eksempel på dette?
12. Hvor tilfreds er du med din leders innsats i implementeringen av behandlingsmetoden(e) i denne poliklinikken/enheten?

*Nå ønsker jeg å stille deg noen spørsmål knyttet til hvordan det har vært å jobbe med disse metodene ved din poliklinikk/enhet.*

13. Hvordan ble denne/disse behandlingsmetoden(e) tatt imot av de andre behandlerne ved denne poliklinikken/enheten?
14. I hvilken grad opplever du støtte fra de andre til å bruke behandlingsmetoden(e)?
15. Opplever du at behandlingsmetoden(e) blir anerkjent av de andre behandlerne?
  - a. Hvis ja/nei, kan du gi et eksempel på dette?
16. Hvilken forventning opplever du fra lederen og de andre behandlerne i poliklinikken/enheten om å bruke behandlingsmetoden på dine pasienter?
17. Er det andre ting som har vært viktig for din bruk av behandlingsmetoden i poliklinikken/enheten som ikke er nevnt?

*Så vil jeg kort avslutte med noen få spørsmål om din bakgrunn.*

18. Hvilket kjønn?
19. Hvor gammel er du?
20. Hvilken utdanning har du?
21. Hvor lenge har du jobbet ved denne poliklinikken/enheten?
22. Hva synes du om å bruke denne behandlingsmetoden?

## **Vedlegg 2: Informasjonsskriv/samtykkeerklæring DPS**

### **Forespørsel om deltakelse i intervju i forbindelse med forskningsprosjekt: Implementering av kunnskapsbasert behandling av PTSD hos voksne i klinikk**

#### **Hensikt**

Dette er et spørsmål til deg som ansatt om å delta i kvalitativt intervju i forbindelse med forskningsprosjekt. I klinikken du jobber ved gjennomføres det nå et prosjekt om å undersøke hvordan lovende behandlingsmodeller for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) kan innføres og utføres ved Distrikpsykiatriske sentre (DPS). Prosjektet vil også undersøke hva som fører til endring og bedre psykologisk helse for de som har vært utsatt for vanskelige og traumatiserende hendelser.

Helsedirektoratet finansierer prosjektet og den gjennomføres ved Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).

Prosjektet gjennomfører nå kvalitative intervjuer med terapeuter ved klinikker der ledelsen har deltatt i dette programmet. Hensikten med intervjuene er å få innsikt i hvilke faktorer knyttet til organisasjon og ledelse som oppleves som viktige for å ta behandlingsmetodene i bruk og gjennomføre metoden i tråd med anbefalingene over tid.

#### **Hva innebærer deltakelse?**

Din deltakelse innebærer å stille til et kvalitativt intervju. Intervjuet varer i ca. 1 time og gjennomføres av en masterstudent tilknyttet prosjektet. Intervjuet gjennomføres ansikt-til-ansikt eller over Skype.

#### **Mulige fordeler og ulemper**

Ved å delta i prosjektet vil du bidra til å gi økt kunnskap om hvordan kunnskapsbasert behandling best kan innføres og utføres ved DPS. Det er ingen risiko forbundet med deltakelse i prosjektet. Det skal kun gjennomføres ett intervju og prosjektet tilstreber å holde tidsbruk til et minimum. Tidsbruken kan imidlertid oppleves som belastende i en allerede travel arbeidshverdag.

#### **Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder Karina Egeland ved NKVTS på telefon: 906 02 326 eller e-post: [karina.egeland@nkvts.no](mailto:karina.egeland@nkvts.no)

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra NKVTS har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Resultatene fra studien vil presenteres i artikler og på fagkonferanser. Dataene vil også benyttes i to masteroppgaver skrevet av studenter ved masterprogrammet styring og ledelse ved OsloMet – storbyuniversitetet. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet. Alle opplysninger om deg vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenne opplysninger og du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner som utgår fra prosjektet. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Ingen enkeltpersoner vi gjenkjennes i publikasjoner.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Intervjuene tas opp med appen Nettskjema-diktafon utviklet av USIT ved Universitetet i Oslo. Lydopptak og transkriberte data lagres hos Tjenester for sensitive data (TSD) ved Universitetet i Oslo. Masterstudentene tilknyttet prosjektet vil få utlevert avidentifiserte transkriberte data fra TSD. Disse vil oppbevares på krypterte minnepinner og slettes når masteroppgaven er levert.

Prosjektsslutt er satt til 31.12.2023. Etter dette vil opplysningene oppbevares med personidentifikasjon for oppfølgingsstudier/videre forskning. 31.12.2028 vil opplysningene anonymiseres. Det kan bli aktuelt å kontakte deg på et senere tidspunkt for et oppfølgingsprosjekt. Deltakelse i et oppfølgingsprosjekt er helt frivillig.

## **Godkjenning**

Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) [60036/3/LH].

Kontaktopplysning til personvernombudet, NSD: [postmottak@nsd.no](mailto:postmottak@nsd.no)

Tusen takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Karina Egeland

Prosjektleder

[Karina.egeland@nkvts.no](mailto:Karina.egeland@nkvts.no)

Tlf 90 60 23 26

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Implementering av kunnskapsbasert behandling av PTSD hos voksne i klinikk», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i kvalitativt intervju om mine erfaringer med å delta i implementeringen
- at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 31.12.2023

Dato, signatur:

---

## Vedlegg 3: Informasjonsskriv/samtykkeerklæring BUP

---

Forespørsel om deltakelse i kvalitativt intervju i forbindelse med forskningsprosjektet «Implementering av TF-CBT i BUP 2018-2021»

---

### **Bakgrunn**

Dette er et spørsmål til deg som ansatt i BUP om å stille til et kvalitativt intervju i forbindelse med forskningsprosjektet «Implementering av TF-CBT i BUP 2018-2021». I klinikken du jobber ved gjennomføres det nå et prosjekt for å undersøke hvordan Traumefokusert kognitiv adferdsterapi (TF-CBT) for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) kan innføres og utføres i BUP. Prosjektet vil også undersøke hva som fører til endring og bedre psykisk helse for barn som har vært utsatt for vanskelige og traumatiserende hendelser. Helsedirektoratet finansierer prosjektet og den gjennomføres ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).

I forbindelse med dette prosjektet har klinikken du jobber ved deltatt i implementeringsprogrammet Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI). Prosjektet gjennomfører nå kvalitative intervjuer med terapeuter ved klinikker der ledelsen har deltatt i dette programmet. Hensikten med intervjuene er å få innsikt i hvilke faktorer knyttet til organisasjon og ledelse som oppleves som viktige for å ta TF-CBT i bruk og gjennomføre metoden i tråd med anbefalingene over tid.

### **Hva innebærer deltakelse?**

Din deltakelse innebærer å stille til et kvalitativt intervju. Intervjuet varer i ca. 1 time og gjennomføres av en masterstudent tilknyttet prosjektet. Intervjuet gjennomføres over Skype eller ansikt-til-ansikt.

### **Mulige fordeler og ulemper**

Ved å delta i prosjektet vil du bidra til å gi økt kunnskap om hvordan kunnskapsbasert behandling best kan innføres og utføres i BUP. Det er ingen risiko forbundet med deltakelse i prosjektet. Det skal kun gjennomføres ett intervju og prosjektet tilstreber å holde tidsbruk til et minimum. Tidsbruken kan imidlertid oppleves som belastende i en allerede travel arbeidshverdag.

### **Frivillig deltakelse og mulighet til å trekke sitt samtykke**

Det er frivillig å delta. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder Ane-Marthe Solheim Skar ved NKVTS på telefon: 97 66 15 91 eller e-post: [a.m.s.skar@nkvts.no](mailto:a.m.s.skar@nkvts.no)

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Resultatene fra studien vil presenteres i artikler og på fagkonferanser. Dataene vil også benyttes i to masteroppgaver skrevet av studenter ved masterprogrammet styring og ledelse ved OsloMet – storbyuniversitetet. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet. Alle opplysninger om deg vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenne opplysninger og du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner som utgår fra prosjektet. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Ingen enkeltpersoner vil gjenkjennes i publikasjoner.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Intervjuene tas opp med appen Nettskjema-diktafon utviklet av USIT ved Universitetet i Oslo. Lydopptak og transkriberte data lagres hos Tjenester for sensitive data (TSD) ved Universitetet i Oslo. Masterstudentene tilknyttet prosjektet vil få utlevert aidentifiserte transkriberte data fra TSD. Disse vil oppbevares på krypterte minnepinner og slettes når masteroppgaven er levert.

Prosjektslutt er satt til 31.12.2023. Alle data vil slettes ved prosjektslutt.

### **Godkjenning**

Prosjektet er anbefalt av NSD Personvernombudet for forskning (23.04.2018, ref. 60059/3/OOS).

Tusen takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen,  
Ane-Marthe Solheim Skar  
Prosjektleder  
Implementering av TF-CBT i BUP 2018-2021  
E-post: [a.m.s.skar@nkvts.no](mailto:a.m.s.skar@nkvts.no)  
Tlf: 97 66 15 91

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Implementering av TF-CBT i BUP 2018-2021», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i kvalitativt intervju om implementering av TF-CBT i BUP.
- at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 31.12.2023.

Dato, signatur:

---



## Vedlegg 4: Meldeskjema til NSD

Norsk

Lisa Iversen Vrettos

### Hvordan kan ledelse bidra til implementering av nye metoder (behandlingsmetoder)?

Referanse  
985384

Status  
Trukket

Åpne Meldeskjema

Vurdering

Skriv melding her. Vær oppmerksom på at meldingen du skriver blir synlig for din institusjon i Meldingsarkivet og alle som får delt tilgang til prosjektet ditt.

Send melding

N **NSD Personvern**  
03.01.2020 08:01

Vi tar til etterretning at meldeskjema med referansekode 985384 trekkes av innmelder. NSD avslutter dermed all videre oppfølging av meldeskjemaet.

L **Lisa Iversen Vrettos**  
02.01.2020 14:58

Hei, som fortalt i vår telefonsamtale så gjennomfører jeg intervjuene og vet derfor hvem jeg intervjuer. Selve intervjuet blir transkribert av noen andre og jeg får utlevert aidentifiserte transkriberte data fra TSD.

J **Jørgen Wincentsen**  
02.01.2020 14:41

Hei Lisa, Viser til telefonsamtale i dag 02.01.2020. Ettersom data som vil brukes til dette formålet og dette prosjektet (masteroppgaven) er anonymiserte, trenger du ikke å melde dette prosjektet. Fint om du kan bekrefte at dette stemmer her i dialogen, slik at det blir loggført. Vi kan da trekke prosjektet for deg.

J **Jørgen Wincentsen**  
02.01.2020 13:00

Hei Lisa. Jeg forsøkte å ringe deg i dag 02.01.2020. Vi har noen spørsmål knyttet til hvilke data du faktisk behandler, og om du i det hele tatt behandler personopplysninger selv, eller kun anonyme data. Fint om du kan ta kontakt så snart som mulig.

N **NSD Personvern**  
27.11.2019 21:04

Kvittering på at meldeskjema med referansekode 985384 er innsendt og mottatt.