



OsloMet - storbyuniversitetet

**Trude Borge Iversen**

---

*«Hvis vi skal ha en helsetjeneste som virker for alle, må vi jo ha ledere som vet hva de gjør»*

# **Betydningen av opplæring og veiledning av ledere for implementeringen av kunnskapsbaserte metoder for PTSD i psykisk helsevern**

**Masteroppgave i Styring og ledelse**

**OsloMet - storbyuniversitetet, Fakultet for samfunnsvitenskap, Oslo 08.05.2020**

## **Forord**

I arbeidet med denne masteroppgaven har jeg fått muligheten til å gå dypere inn i et aktuelt og viktig tema. Jeg vil takke NKVTS for at jeg fikk anledning til å få innblikk i et spennende implementeringsprosjekt, og at jeg fikk anledning til å skrive denne masteroppgaven i tilknytning til prosjektet. Det har gitt meg anledning til å få verdifull kunnskap om en systematisk implementeringsstrategi som jeg kommer til å ta med meg videre i arbeidet mitt som leder.

Det er mange som har hjulpet meg i arbeidet med denne oppgaven. Jeg vil takke alle lederne som tok av sin tid og stilte opp til intervju. Deres kunnskap og engasjement ga liv til denne studien. Tusen takk til veilederen min på OsloMet, Pål Veiden. Du har hele tiden gitt meg troen på at jeg skal få det til, og har hjulpet meg med å holde fokus på oppgaven ved å «dytte» meg fremover og være tilgjengelig.

Tusen takk til prosjektleder ved NKVTS, og min biveileder, Ane-Marthe Solheim Skar. Din positivitet og konkrete tilbakemeldinger har vært til stor hjelp. Tusen takk også til resten av prosjektgruppa ved NKVTS - Erlend og Randi for testintervju og hjelp med intervjuguiden, samt Randi og Aida for å ha hjulpet meg med diktafon app, transkripsjoner og praktiske ting. Tusen takk også til NKVTS for å ha fått hjelp til transkribering av alle intervjuene. Det frigjorde mye tid som er en mangelvare når man studerer ved siden av jobb.

Min leder, Ellen Ølness Nadim, fortjener en takk, både fordi du har vært positiv til at jeg skulle bruke tid på studier, og fordi du har heiet på meg disse tre årene. Det har vært en god støtte. Til slutt – en stor takk til dere her hjemme. Oline, for at du har holdt fortet og støttet meg hele veien. Denne oppgaven hadde ikke vært mulig uten deg. Kaja og Jens – dere har lurt på når jeg er ferdig med «å studere hele tiden.» Det er jeg nå.

Trude Borge Iversen

Nøtterøy, 8. mai 2020

## **Sammendrag**

Til tross for mye forskning og kunnskap om virksomme behandlingsmetoder innenfor psykisk helsevern er det fortsatt et gap mellom kunnskap og praksis. Både forskere og praksisfeltet har etterlyst kunnskap om implementering for å minske dette gapet. Videre har ledelse blitt sett på som sentralt for å få til implementering. Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI) er en implementeringsstrategi utviklet i USA for å gjøre ledelsen og organisasjonen innenfor helsesektoren bedre i stand til å implementere kunnskapsbaserte metoder på en måte som opprettholdes over tid.

Hensikten med denne studien er å se om LOCI er en effektiv implementeringsstrategi i psykisk helsevern i Norge. For å belyse denne problemstillingen har jeg brukt teori om implementering og strategisk lederadferd for å se om LOCI har bidratt til at lederne benytter denne kunnskapen på en måte som har hjulpet dem i implementeringen. Jeg har også tatt utgangspunkt i studier som er gjort av lederutvikling og hvordan man kan måle effekten av lederutviklingstiltak som et rammeverk for analysen min. Dataene mine ble samlet inn gjennom semistrukturerte intervjuer av 12 ledere i barne- og voksenpsykiatrien som hadde deltatt i LOCI i en periode over ett år i forbindelse med implementeringen av behandlingsmetoder for PTSD.

Oppsummert indikerer denne studien at LOCI kan være en effektiv implementeringsstrategi i psykisk helsevern. Strategien ble opplevd som nyttig for lederne i arbeidet med implementeringen. Funnene i studien kan tyde på at lederne lærte om implementering og ledelse, og fikk hjelp til å anvende kunnskapen i praksis gjennom jevnlig veiledning. Funnene indikerer videre at det bidro til å utvikle et implementeringsklima i klinikkene.

## **Abstract**

Despite much research and knowledge about effective interventions in mental health care, there is still a gap between knowledge and practice, often referred to as “the evidence-practice gap.” Both researchers and the field of practice have called for knowledge on implementation to reduce this gap. Furthermore, leadership has been seen as central to achieving implementation. Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI) is an implementation strategy developed in the USA to enable leaders in the health care sector to effectively implement evidence-based practices.

The purpose of this study is to see if LOCI is an effective implementation strategy in mental health care in Norway. To elucidate this issue, I have used implementation theory and theory on strategic leadership behavior to see if LOCI has helped leaders use leadership in a way that has helped them in implementation. I have also used studies done by leadership development and how to measure the effect of it, as a framework for my analysis. My data was collected through semi-structured interviews of 12 leaders in child and adult psychiatry who had participated in LOCI for a period of one year.

In summary, this study indicates that LOCI can be an effective implementation strategy in mental health care. The strategy was perceived as useful to the leaders. The findings of the study may indicate that leaders learned about implementation and leadership and got help to apply the knowledge in practice through regular guidance. The findings further indicate that this helped to develop a strategic climate for implementation in the clinics.

## **Innhold**

Forord .....	I
Sammendrag.....	II
Abstract .....	III
1 Innledning.....	1
1.1 Implementering av kunnskapsbaserte metoder for PTSD i klinikk.....	2
1.1.1 Bakgrunn for prosjektet.....	2
1.1.2 Nasjonal satsing på implementering .....	2
1.2 Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI).....	3
1.3 Formålet med oppgaven og forskningsspørsmål .....	4
1.4 Oppgavens struktur.....	5
2 Teori .....	6
2.1 Kunnskapsbaserte metoder i psykisk helse .....	6
2.2 Hva er implementering? .....	7
2.3 Faktorer som har betydning for implementeringen .....	8
2.3.1 Indre og ytre kontekst.....	8
2.3.2 Implementeringsklima.....	9
2.4 Å skape et strategisk klima for implementering.....	10
2.4.1 Implementeringsledelse.....	10
2.4.2 Transformasjonsledelse .....	11
2.4.3 Transaksjonsledelse.....	12
2.5 Lederutvikling – virker det? .....	12
2.5.1 Hvordan måle effekt av lederutvikling.....	13
3 Metode.....	15
3.1 Kvalitativt design.....	15
3.1.1 Intervju som metode.....	15
3.1.2 Utvalg og rekruttering .....	16

3.2.1	Testintervju.....	18
3.2.2	Intervjusituasjonen .....	18
3.2.3	Min rolle som forsker .....	19
3.2.4	Forskningsetikk .....	19
3.2.5	Analyseprosessen .....	20
3.3	Reliabilitet og validitet .....	22
4	Resultater.....	24
4.1	Opplevd behov og motivasjon.....	24
4.2	LOCIs struktur .....	27
4.2.1	Samlinger .....	28
4.2.2	Ukentlig veiledning .....	29
4.3	Anvendt ledelse .....	32
4.3.1	Involvering av hele klinikken.....	33
4.3.2	Å kommunisere mål og visjoner .....	34
4.3.3	Rekruttering og kompetansestyling .....	35
4.3.4	Bruk av belønning .....	35
4.3.5	Anvendt ledelse på flere nivåer .....	37
4.4	Implementeringsklima .....	39
5	Diskusjon.....	41
5.1	Opplever lederne LOCI som nyttig? .....	41
5.2	Har LOCI hjulpet lederne å skape et klima for implementering? .....	43
5.3	Er LOCI en effektiv implementeringsstrategi i psykisk helsevern i Norge?.....	44
5.4	Styrker og svakheter ved studien og forslag til videre forskning .....	45
6	Konklusjon .....	47
7	Litteraturliste .....	48
8	Vedlegg .....	52
	Vedlegg 1: Intervjuguide LOCI-ledere .....	52

Vedlegg 2: Intervjuguide overordnede ledere .....	56
Vedlegg 3: Informasjonsskriv/samtykkeerklæring BUP.....	58
Vedlegg 4: Informasjonsskriv/samtykkeerklæring DPS .....	61
Vedlegg 5: Tillatelse fra NSD .....	64

## **Figurliste**

Figur 1: Tankegangen bak LOCI .....	4
-------------------------------------	---



# 1 Innledning

Ny forskning og ny kunnskap har ført til stor utvikling i behandlingsmetoder og modeller i helse- og omsorgsfagene de siste tiårene. I takt med denne utviklingen har det blitt stadig økende oppmerksomhet og krav til tjenestene om å jobbe kunnskapsbasert, og benytte seg av kunnskapsbaserte metoder.

Flere studier har vist at det til tross for at det er stor enighet om, og brukt mye ressurser på å implementere kunnskapsbaserte metoder i psykisk helse, så benyttes metodene i liten grad (Drake et al 2001, Cilenti et al 2012, Ogden 2012). Dette refereres ofte til som «the evidence-practice gap». Både forskere og praksisfeltet peker på kunnskap om implementering og ledelse som viktige faktorer for å redusere dette gapet (Albers et al 2015, Aarons et al 2015, Egeland et al 2019). Flere hevder at vi mangler kunnskap om metoder for å omsette kunnskapen til praksis (Drake et al 2001, Albers 2015, Girlanda et al 2017).

Ifølge Reedtz og Lauritzen (2015) er endringer i praksis innenfor psykisk helsevern lite studert i Norge. Vi har derfor liten kunnskap om faktorene som bidrar til fremme og hemme de kunnskapsbaserte metodene som blir tatt i bruk. I sin studie av oppfølgingen av barn av psykisk syke foreldre har Reedtz og Lauritzen sett at det er spesielt essensielt å involvere lederne i arbeidet med å endre praksis, og at lederne aktivt må involveres i sentrale arenaer for implementeringsarbeidet. De etterlyser også at implementeringsarbeidet styrkes på alle plan, og etterlyser bedre implementeringsstrategier (Reedtz og Lauritzen 2015).

Lederens rolle i endringsprosesser i helsevesenet presiseres i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023, der et av målene er: «Lederne gjennomfører endringene som må til i godt samarbeid med de ansatte. Store utfordringer krever store endringer som må ledes. Ledere kjenner sitt ansvar for å nå målene og har støtte og handlingsrom for å ta dette ansvaret» (Helse- og omsorgsdepartementet 2019, 8). Videre er et av tiltakene raskere innføring av nye arbeidsformer og metoder. For å få dette til trekkes strukturert og systematisk implementering frem som et suksesskriterium (Helse- og omsorgsdepartementet 2019).

Skal målene i Nasjonal helse- og sykehusplan nås blir det dermed viktig å øke kunnskapen om effektiv implementering i helsevesenet. Det blir også viktig å kunne gjøre denne kunnskapen tilgjengelig og anvendbar for ledere.

## **1.1 Implementering av kunnskapsbaserte metoder for PTSD i klinikk**

### *1.1.1 Bakgrunn for prosjektet*

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er ikke bare et alvorlig helseproblem for dem som blir rammet, men et stort folkehelseproblem (Johnsen, Kanagaratnam og Asbjørnsen 2013). Tidlig forskning på PTSD var knyttet til amerikanske krigsveteraner fra Vietnamkrigen. Senere tids forskning viser også at traumatiske hendelser som blant annet vold og seksuelle overgrep kan føre til PTSD. I tillegg har dramatiske hendelser som terroren på Utøya og mot Regjeringskvartalet i 2011, samt den store økningen i antall flyktninger til Norge i 2015, satt PTSD og behandling av dette ytterligere på dagsorden (Johnsen, Kanagaratnam og Asbjørnsen 2013, Barne- og likestillingsdepartementet, 2016).

### *1.1.2 Nasjonal satsing på implementering*

Som en nasjonal satsing på kartlegging og behandling av traumer i Norge, ga Helsedirektoratet i 2011 Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress (NKVTS) i oppdrag å implementere kunnskapsbaserte metoder for behandling av PTSD i barne- og ungdomspsykiatrien. Fra 2011 til 2017 fikk 43 av poliklinikkene innenfor psykisk helsevern for barn og unge opplæring i traumefokusert kognitiv adferdsterapi (TF-CBT) (NKVTS 2019a). I opptrappingsplanen for vold og overgrep 2017 – 2021 fikk NKVTS videre i oppdrag å implementere TF-CBT i flere av landets barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP), og i perioden 2018-2021 deltar 21 nye BUPer i implementeringen. Ved utgangen av 2018 var 75 prosent av alle BUPene i Norge med i prosjektet (presentasjon fra NKVTS).

I 2015 ble det i statsbudsjettet bevilget penger til utvikling og implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for traumer også for voksne. Myndighetene så at det var behov for å øke traumekompetansen i tjenestene generelt, men også fordi Norge i 2015 opplevde en sterk økning av antall flyktninger (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). I 2016 prøvde NKVTS ut en pilot for implementering av kunnskapsbasert traumebehandling for voksne ved to distriktpspsykiatriske sentre (DPS) (Barne- og likestillingsdepartementet 2016). Den nasjonale implementeringen startet i 2018. 15 poliklinikker ved i alt 7 helseforetak deltar nå i implementeringen (NKVTS 2019b).

Erfaringene fra første implementeringsperiode i BUP, samt fra pilotprosjektet i DPS, viste til gode erfaringer med implementering av behandlingsmetodene for PTSD. Erfaringene viste samtidig at lederstøtte og organisatorisk tilrettelegging var essensielt for å få til vellykket implementering (NKVTS 2019a). I implementeringsperioden 2018-2021 benytter derfor NKVTS en strukturert implementeringsledelsesstrategi, Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI), for å øke implementeringskvaliteten. LOCI er en implementeringsstrategi som er utviklet for å gjøre ledelsen og organisasjonen innenfor helse- og sosialsektoren bedre i stand til å implementere kunnskapsbaserte metoder på en måte som opprettholdes over tid (Aarons et al 2015). I det videre avsnittet vil jeg gå nærmere inn på denne strategien.

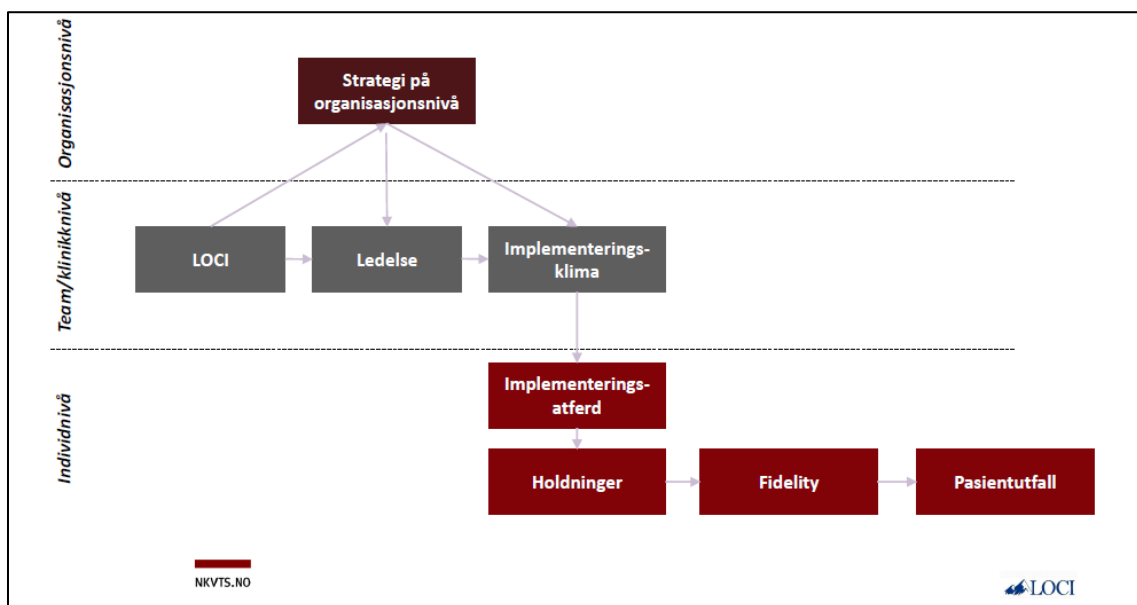
## **1.2 Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI)**

LOCI er utviklet i USA av professor Gregory Aarons og professor Mark Erhart. Strategien baserer seg på studier som er gjort av implementering og ledelse. Strategien bygger på fullspektrumsmodellen for ledelse, samt forskning på implementeringsledelse, organisasjonsklima, implementeringsklima og psykologisk trygghet som viktige komponenter for å øke en organisasjons kapasitet for å implementere kunnskapsbaserte metoder (Aarons et al 2015).

LOCI er et program som pågår i ett år og inneholder fire sentrale komponenter:

- Tilbakemeldinger fra terapeuter, overordnet leder, samt at leder scorer seg selv gjennom 360 graders undersøkelser. Hver leder får sin tilbakemeldingsrapport med resultatene, som danner utgangspunkt for lederens lederutviklingsplan. Rapporten oppdateres med nye tall etter hver periode med datainnsamling, hver 4. måned.
- Lederworkshops. To dager ved oppstart og en dag etter henholdsvis 4, 8 og 12 måneder. Her gjennomgås individuell tilbakemeldingsrapport med hver enkelt leder.
- Ukentlig individuell veiledning knyttet til lederutviklingsplanen og månedlig gruppeveiledning med andre ledere.
- Tilpassede organisatoriske strategimøter med ledere på flere nivåer i klinikken. Her gjennomgås skårer på implementeringsklima på klinikknivå, og arbeid med overordnet strategiplan for å støtte implementeringen basert på resultatene.

Figur 1 illustrerer hvordan LOCI er ment å virke.



Figur 1: Gjennom opplæring og veiledning av ledelsen både på organisasjonsnivå og klinikknivå vil LOCI støtte ledelsen i å skape et implementeringsklima. Et slikt klima bidrar til at adferd og holdninger på individnivå implementerer behandlingsmetodene med fidelity (metodetrohet). På den måten metoden gi ønsket pasientutfall (presentasjon fra NKVTS).

LOCI er testet av utviklerne i USA, i en amerikansk kontekst. Helsevesenet i USA har en annen oppbygning enn det norske, samt andre finansieringsordninger. Utviklerne viser til at strategien i denne konteksten var gjennomførbar, ble oppfattet som nyttig og førte til endringer i lederadferd (Aarons et al 2015). Det har imidlertid ikke vært gjort studier knyttet til denne strategien av andre enn utviklerne selv, og i andre kontekster enn den amerikanske.

NKVTS har tilpasset strategien til å kunne brukes i psykisk helse i Norge. De tester ut LOCI som implementeringsstrategi, og samler inn data for å forske på effekten. NKVTS ønsker å teste ut om LOCI kan bidra til å øke kvaliteten på implementeringen av kunnskapsbaserte metoder, og hvilken effekt systematisk arbeid med implementering har for både klinikker og pasienter (Egeland et al 2019).

### 1.3 Formålet med oppgaven og forskningsspørsmål

Da NKVTS sendte ut en henvendelse til utdanningsinstitusjoner som tilbyr master i organisasjon og ledelsesfag med forespørsel om å skrive en masteroppgave knyttet til prosjektet, ble jeg straks interessert i å utforske denne strategien nærmere.

Som nevnt innledningsvis er det flere som har etterspurt metoder og strategier for implementering, og kompetanse om implementering er sentralt som leder i helse- og omsorgssektoren.

Formålet med denne masteroppgaven er å undersøke betydningen av LOCI i implementeringen av kunnskapsbaserte metoder for behandling av PTSD. Min studie har til hensikt å bidra til å undersøke om LOCI er en effektiv implementeringsstrategi i en norsk kontekst gjennom en kvalitativ tilnærming. På den måten ønsker jeg å bidra til kunnskapen om metoder og strategier for å minske gapet mellom kunnskap og praksis.

Jeg har følgende problemstilling for min oppgave:

*Er LOCI en effektiv implementeringsstrategi i psykisk helsevern i Norge?*

For å belyse problemstillingen min har jeg utarbeidet to forskningsspørsmål:

- Opplever lederne LOCI som nyttig?
- Har LOCI hjulpet lederne med å skape et klima for implementering av kunnskapsbaserte metoder?

#### **1.4 Oppgavens struktur**

For å belyse problemstillingen min vil jeg i kapittel 2 presentere sentrale begreper og det teoretiske rammeverket. Jeg vil først ta for meg begrepet kunnskapsbaserte metoder for deretter å presentere sentral implementeringsteori, samt teori om organisasjonsklima. Jeg vil videre presentere teorier om lederadferd som bidrar til å skape og utvikle et implementeringsklima.

For å svare på problemstillingen har jeg benyttet meg av en kvalitativ tilnærming. Mine metodiske valg, og hvordan jeg gikk frem for å gjennomføre analysen, vil jeg gjøre rede for i kapittel 3. I kapittel 4 presentere jeg resultatene mine via utdrag fra intervjuene, som jeg videre diskuterer i kapittel 5. Studiens konklusjon kommer i det avsluttende kapittel 6.

## 2 Teori

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for teori som er relevant for å belyse problemstillingen min. Oppgavens utgangspunkt er at ledelse er en kritisk komponent når kunnskapsbaserte metoder skal implementeres, og at lederadferd som støtter opp under strategiske satsingsområder er noe som kan læres og utvikles. Utviklerne av LOCI har brukt forskning på endringsledelse, samt spesifikke strategiske lederadferder som har vist seg effektivt i implementering, når de har utviklet modellen. Hvorvidt lederne jeg intervjuet synes elementene i LOCI, og teorigrunnlaget som benyttes, er nyttig, vil kunne si noe om hvor effektiv LOCI er som implementeringsstrategi i psykisk helsevern i Norge.

Det foreligger mye teori om implementering og endringsledelse. Jeg har valgt å legge vekt på deler av teorigrunnlaget som er relevant for min problemstilling. Teori og kunnskap om faktorer som bidrar til å hemme og fremme implementering, er i denne forbindelsen relevant teori. Teori om implementeringsklima og hvordan ledelse kan understøtte og endre klimaet i en organisasjon er også relevant å trekke frem. Bruk av transformasjonsledelse, sammen med nødvendig transaksjonsledelse regnes som den lederadferden som er mest effektiv i endrings- og implementeringsprosesser, og jeg vil kort redegjøre for teoriene rundt dette. Til slutt vil jeg presentere hva forskningen sier om virksom lederutvikling. Jeg vil først avklare begrepet kunnskapsbaserte metoder.

### 2.1 Kunnskapsbaserte metoder i psykisk helse

Tidlig på 1990-tallet utviklet det som omtales som evidensbasert medisin seg (Grimen og Terum 2009, Ogden 2010, Carlford 2012). Begrepet evidensbasert praksis er oversatt fra det engelske «evidence-based practices». I Norge benyttes ofte evidensbasert praksis og kunnskapsbasert praksis om hverandre. Jeg vil i denne oppgaven benytte begrepet kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis defineres som «å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon» (Helsebiblioteket.no 2020). Kunnskapsbaserte metoder viser til at prinsipper for behandling eller tiltak skal bygge på forskning og evalueres gjennom kontrollerte evalueringstudier (Grimen og Terum 2009). Randomiserte, kontrollerte forsøk omtales ofte som «gullstandarden» innenfor medisin. Utviklingen i kunnskapsbasert medisin har hatt betydningen for utviklingen av kunnskapsbasert psykologisk praksis.

Forskningen og kunnskapen om virksomme metoder i psykisk helse retter søkelyset mot hvordan metodene formidles og tas i bruk. Implementeringsforskningen innenfor helse og sosialfeltet har økt i takt med forskningen og kunnskapsutviklingen på feltet, og er stadig voksende (Ogden 2010, Carlford 2012, Roland og Westgård 2015).

Implementeringsforskningen har i all hovedsak rettet seg mot å definere hvilke faktorer som er viktige for at metoder skal tas i bruk i praksisfeltet og gi det ønskede resultat for pasientene.

## **2.2 Hva er implementering?**

Implementering betyr iverksetting (Roland og Westgård 2015). Begrepet blir oftest brukt om å overføre ideer, forskning og kunnskap til praksis, og som nevnt over, gjerne i forbindelse med innføring av kunnskapsbasert praksis, eller kunnskapsbaserte metoder. Fixen et al (2005, s 5) definerer implementering som “en planlagt og målrettet prosess med et sett av spesifiserte aktiviteter som skal til for å innføre en metode eller et program til praksisfeltet.” Conrad (2015) trekker også inn læringsbegrepet når han beskriver implementering som «komplekse læreprosesser som består av gjentakende handlinger mot et bestemt mål» (189). Roland og Westgård (2015) påpeker at en forutsetning for å få til implementering er å få til endring. Å forstå implementering som et komplekst endringsarbeid som går i flere faser og adresserer flere faktorer i en organisasjon blir dermed viktig for å forstå hvordan, og hva, som skal til for å få til en effektiv implementering.

Det finnes mange ulike modeller og rammeverk som beskriver implementeringsprosessen og hvilke faktorer som påvirker implementeringen (Ogden 2010, Carlford 2012, Roland og Westgård 2015). Implementeringsrammeverket Exploration, Preparation, Implementation and Sustainment (EPIS) er det rammeverket NKVTS har tatt utgangspunkt i når de har implementert behandlingsmetodene for PTSD, både i BUP og DPS (Egeland et al 2019). Rammeverket beskriver implementering som en del av en innovasjonsprosess som beveger seg gjennom fire faser: utforske, forberede, implementere og opprettholde. Fasene er en sirkulær prosess, der organisasjoner kan bevege seg mellom de ulike fasene i samspill med de andre komponentene i rammeverket. I alle fasene identifiserer rammeverket faktorer som er relatert til implementeringskvalitet og suksess både i den indre, og den ytre organisasjonskonteksten, og interaksjonen mellom disse (Moullin et al 2019).

## **2.3 Faktorer som har betydning for implementeringen**

### *2.3.1 Indre og ytre kontekst*

Det er viktig å ha innsikt i både den ytre og den indre konteksten for å forstå mulighetene organisasjonen har til endring, samt hva som vil bidra til å fremme eller hemme implementering (Fixen et al 2005, Jacobsen 2018, Moullin et al 2019). Den ytre konteksten inkluderer for eksempel det politiske systemet organisasjonen er en del av, men også andre som påvirker organisasjonen, som for eksempel forskningsmiljøer og brukerorganisasjoner. Finansielle forhold er også en viktig del av den ytre konteksten (Moullin et al 2019). Den indre konteksten bestemmes av trekk ved organisasjonen selv, som struktur, kultur, klima og ledelse (Carlfjord 2012, Jacobsen 2018, Moullin et al 2019).

Implementeringen av behandlingsmetoder for PTSD vil være påvirket av den eksisterende strukturen og kulturen i hver enkelt klinikk, samt innenfor kulturen og strukturen i psykisk helse, i tillegg til aktuelle lokale, nasjonale og politiske føringer og retningslinjer.

De institusjonelle omgivelsene til helseforetakene regulerer driften i lov, og finansieringsordninger har direkte påvirkning på hvordan poliklinikkene prioriterer og måler for eksempel tidsbruk. Pakkeforløpene i psykisk helse og overordnede føringer om kunnskapsbaserte tjenester i spesialisthelsetjenesten, er andre viktige forhold som påvirker behov for endring, og implementeringen av kunnskapsbaserte metoder for PTSD i hver enkelt klinikk. Ikke minst er det viktig hvordan lederne adresserer og håndterer disse kontekstuelle forholdene.

Sykehus er for eksempel en organisasjon med en helt egen kontekst som handler om de aktuelle aktørene, strukturene og kulturen. Tradisjonelt har både den uformelle og den formelle makten lagt til de ulike profesjonsutøverne som psykiatere og psykologer (Høst 2005, Jacobsen 2018). Sterke profesjoner som vi finner på et sykehus kan virke konserverende på en organisasjon, noe som kan være utfordrende når kunnskapsbaserte metoder skal implementeres i helse- og sosialtjenestene (Aarons et al 2015, Jacobsen 2018). Disse metodene innebærer standardiserte elementer der virkningsmekanismene i metoden beskrives gjennom spesifikk teori og et gitt kunnskapsgrunnlag, i tillegg til beskrivelser av hvem metoden passer for eller ikke. Det kan føre til at det oppstår uenigheter og motstand mot metoden, og teorigrunnlaget bak metoden. Behandlere kan videre oppleve å få mindre frihet i sin egen profesjonsutøvelse, både fordi de er styrt i bruk av metoder, men også fordi ledere er tettere på den faglige utøvelsen for å sikre kvalitet og lojalitet til metoden (fidelity) (Ogden



2012, Albers 2015). Å implementere kunnskapsbaserte metoder kan dermed ha et potensiale til konflikt i seg, med mindre det er enighet om metodene, eller at det skapes legitimitet for at implementeringen er nødvendig (Albers 2015). At metoden svarer til de behovene organisasjonen og pasientene har er også et sentralt element (Moullin et al 2019).

### 2.3.2 *Implementeringsklima*

I endringslitteraturen er endringskapasitet et begrep som knyttes til hvorvidt en organisasjon er klar for endring (Meyer og Stensaker 2011). Fixen et al (2005) beskriver at organisasjonens endringskapasitet er avgjørende for en vellykket implementering. Kapasitet viser til at det må være til stede kunnskap, evner og handling for at endring skal finne sted, og henviser dermed til at organisasjoner har kapasitet for endring som en tilstand eller en kultur en organisasjon innehar (Meyer og Stensaker 2011). Der kultur referer til de mer dype og ofte usynlige verdiene og normene i en organisasjon, refererer begrepet organisasjonsklima til de mer synlige adferdsmønstrene. Slike adferdsmønstre kan være strukturer, strategier og innsatsområder som bidrar til å påvirke virksomhetens resultater (Schneider, Ehrhart og Macey 2012).

I forskningen rundt organisasjonsklima snakker man også om strategiske fokuserte klima. Studier har vist at jo mer de ansatte er knyttet til det strategiske fokuset i en organisasjon, jo større vil potensialet for ønskede virksomhetsresultater være (Schneider, Ehrhart og Macey 2012). Videre har forskningen vist at ledelse er sentralt for å oppnå et slikt klima, og at bruk av transformasjonsledelse øker sannsynligheten og forutsetningene for å få det til (Schneider, Ehrhart og Macey 2012). Den organisatoriske støtten, samt samarbeid på tvers av nivåer, er andre sentrale elementer for å få til et slikt klima (Schneider, Ehrhart og Macey 2012, Aarons et al 2014). Et strategisk fokus kan for eksempel være implementering av kunnskapsbaserte metoder, noe Aarons et al (2014) omtaler som implementeringsklima. Implementeringsklima kan defineres som “the shared perceptions of the policies, practices, procedures, and behaviors that are rewarded, supported, and expected in order to facilitate effective EBP implementation and use” (Aarons et al 2014, 1).

Enten man skal verne, utvikle eller endre kulturen, er ledelse sentralt. Ledelsen påvirker organisasjonen gjennom kritiske avgjørelser, som for eksempel å kommunisere hvilke verdier og normer organisasjonen står for, normer for rekruttering inn til organisasjonen, samt trening og opplæring (Christensen et al 2015, Schein 2017). Slike avgjørelser tas på bakgrunn av

underliggende mekanismer som ledere ofte ikke er klar over. Ved å se på implementering av kunnskapsbaserte metoder opp mot disse underliggende mekanismene hevder Aarons et al (2014) at ledere kan skape et strategisk klima for implementering, og har med denne tenkningen bidratt til begrepet implementeringsledelse. Jeg vil i det følgende delkapittelet gå dypere inn begrepene implementeringsledelse, samt transformasjonsledelse og transaksjonsledelse. De siste representerer ledelsesteorier som er sterkt knyttet til endringsledelse generelt.

## **2.4 Å skape et strategisk klima for implementering**

«Endringsledelse er implementering,» konstaterer Hennestad og Revang (2017, 527).

Endringslederen skal håndtere spranget, eller reisen fra nåsituasjonen og til ønsket situasjon, og det er i dette endringsrommet implementeringen foregår.

Jan Ketil Arnulf omtaler ledelse som «å skape oppslutning fra folk som i hvert fall prinsipielt kunne villet noe annet» (Arnulf 2019, 130). Videre sier Arnulf at ledelse «dreier seg om å mobilisere innsatsvilje og samarbeid mot et felles mål» (Arnulf 2019, 130). I dette perspektivet er ledelsens evne til å oppnå oppslutning om strategisk retning og mål kjernen i det ledelse er. Kort sagt dreier ledelse seg om å kommunisere egne og organisasjonens mål og ambisjoner, og å legge til rette for at medarbeiderne kan utføre ambisjonene i praksis (Martinsen 2019). En slik forståelse av ledelse underbygges av studier som har vist at lederne, og kanskje spesielt mellomlederne, har avgjørende innflytelse når det gjelder å bygge opp under organisasjonens strategiske retning. Dette viser seg særlig ved organisatoriske endringer og implementering (Aarons et al 2014). Jeg vil videre se på forskning rundt strategisk lederadferd som bidrar til å fremme implementering.

### *2.4.1 Implementeringsledelse*

Implementeringsledelse er et relativt nytt begrep som har sprunget ut av implementeringsforskningen utover på 2010-tallet (Castigilione 2019). Elementene Aarons et al (2014) beskriver i implementeringsledelse er:

- Proaktiv ledelse (lederen etablerer standarder, strukturer og planer, samt fjerner hindringer).
- Kunnskapsrik ledelse (lederen forstår og klarer å kommunisere kunnskapen om metoden).

- Støttende ledelse (ledere støtter medarbeiderne i å lære og utvikle seg innenfor metoden).
- Utholdende ledelse (støtten holder over tid, og er konsistent).

Gjennom opplæring, strategiutvikling, samlinger og jevnlig veiledning skal LOCI støtte lederne i å utøve effektiv implementeringsledelse, og skape et klima for implementering av behandlingsmetoder for PTSD. For å gjøre lederne i stand til å være proaktive, støttende, utholdende og tilgjengelige har utviklerne av LOCI lent seg på fullspektrumsmodellen for ledelse (Arons et al 2015). Fullspektrumsmodellen tar for seg hele spekteret av ledelse, også det som betegnes som ikke-ledelse (Arnulf 2012, Hennestad og Revang 2017). Jeg vil i denne oppgaven legge vekt på transformasjonsledelse, men vil også i analysen se noe på hvordan transaksjonsledelse bidrar til å understøtte og utvikle et klima for implementering.

#### 2.4.2 *Transformasjonsledelse*

«Transformasjonsledelse gir best resultater» konstaterer Linda Lai i en kommentar i Dagens Næringsliv i 2017. Hun viser til en metaanalyse gjennomført av Thomas Ng i 2017 av over 600 studier som beskriver fem mekanismer mellom transformasjonsledelse, jobbytelse og resultater: Positiv opplevelse på jobb, motivasjon, identifikasjon med virksomhetens mål og verdier, opplevd rettferdighet og sterkere sosial relasjon mellom lederen og medarbeideren (Lai 2017).

Teorien om transformasjonsledelse ble fremlagt av Bernard Bass i 1978, og er kanskje den ledelsesformen det er flest studier av de siste tiårene (Arnulf 2019). Bass identifiserte to typer handlinger av transformasjonsledelse: idealisert innflytelse og inspirerende motivasjon, som henholdsvis kommunikasjon av verdier og visjoner og kommunikasjon om fremtiden med vekt på mestring. Videre definerte han to typer adferd som bidrar til de to handlingene: individualisert tilpasning og intellektuell stimulering (Arnulf 2019). I min studie av LOCI vil jeg legge vekt på å se hvorvidt lederne opplever denne tilnærmingen som nyttig, og om det faktisk har hjulpet dem i implementeringen. Studier viser til at opplæring i de adferds- og kommunikasjonsformene man forbinder med transformasjonsledelse kan læres og bidra til forbedringer i ledelse med konsekvens for medarbeiders prestasjoner (Arnulf 2012). Et viktig aspekt for å se om LOCI er en effektiv implementeringsstrategi, er også å se hvorvidt lederne opplever at de har klart å anvende seg av ledelse på en måte som skaper

endring. Bruk av transformasjonsledelse for å skape motivasjon og retning blir derfor sentrale elementer i analysen min.

### *2.4.3 Transaksjonsledelse*

Transaksjonsperspektivet i LOCI dreier seg blant annet om belønning som strategisk virkemiddel for å bidra til implementeringsklima for kunnskapsbaserte metoder.

Begrepet transaksjonsledelse er knyttet til bytteforholdet mellom leder og medarbeider og henspiller på bruk av belønning, og mulighet for sanksjoner dersom medarbeidere ikke følger regler og prosedyrer (Høst 2016). Å reagere på regelbrudd, og belønne god innsats bygger på grunnleggende styringsadferd (Arnulf 2019). Hennestad og Revang (2017) påpeker at endringsprosesser nettopp både må styres og ledes. Det vil si at endringer betyr at det er noen prosesser som må tilrettelegges, kontrolleres og følges opp, samtidig som det er et behov for å skape motivasjon og oppslutning om det nye. Studier av endringsledelse viser samstemte resultater om at effektive ledere har en transformerende adferd, men at de også bruker relevant transaksjonsadferd (Høst 2016).

## **2.5 Lederutvikling – virker det?**

LOCI omtales som en implementeringsstrategi eller en implementeringsmodell, men det kan også sees på som et strategisk fokusert ledelsesutviklingsprogram som retter seg mot implementering av kunnskapsbaserte metoder. Ledelsesutvikling kan ikke sies å være en bestemt aktivitet, men defineres av at resultatet blir bedre ledelse (Arnulf 2012). I en slik forståelse ligger det implisitt at ledelse er en profesjonell aktivitet som kan utvikles (Arnulf 2012).

Lederutvikling er en milliardindustri, men få organisasjoner studerer ønsket effekt på lederadferd og organisasjonsmessige endringer etterpå. Det er også mange ukjente variabler som spiller inn på endret organisasjonsadferd og det kan være vanskelig å isolere effektene av lederutvikling (Arnulf 2012, Martinsen 2019). Forskning som er gjort viser til at det kan ha effekt dersom det på forhånd er gjort analyser av tre faktorer: organisasjonens strategiske utfordringer, hvem som er ledelsen i organisasjonen (samarbeid, kultur osv.) og hvilke utfordringer den enkelte leder har (Arnulf 2012). Videre anses det som viktig å gi lederne en læringsmulighet som er knyttet til de faktiske utfordringene de har i sin hverdag, som samtidig er bygget på tilbakemeldinger og egen refleksjon over lederrollen (Arnulf 2012). Lederens egen refleksjonsevne trekkes frem som forutsetning for å endre adferd (Arnulf

2012). Studier har vist at lederutvikling som var basert på feedback, blant annet gjennom 360 graders vurderinger, indikerte resultater i form av ønsket organisasjonsmessige endringer (Martinsen 2019). Det er gjort relativt lite forskning på effekten av individuell veiledning for å utvikle ledere. Studier som er gjort indikerer likevel at slik veiledning kan ha positive effekter på organisasjonens resultater og deltageres ferdigheter, samtidig som det kan bidra til økt selvtillit i lederrollen (Martinsen 2019). Et annet viktig aspekt ved lederutvikling er at den må fungere innenfor organisasjonens kontekst, det vil si innenfor den organisasjonen og den kulturen organisasjonen er en del av (Arnulf 2012). Videre trekkes lederens egen motivasjon frem som et viktig element for å utvikle lederegenskaper (Rosch og Villanueva 2016).

Når det gjelder læring i fellesskap gjennom workshops og samlinger viser teorier om kollektiv orientering til at dette er viktig i arbeidet for å få til endringer i en organisasjon og stimulere til læring (Roland 2015). En slik kollektiv orientering skjer i en kontekst. I dette tilfellet kan det henvises til fellesskapet i klinikken man leder, men også fellesskapet som i «vi som er ledere av DPS eller BUP», slik det kan oppleves når man kommer sammen med ledere fra andre steder, men innenfor samme organisasjon og kontekst. Slike sosiale fellesskap som stimulerer kompetanse gjennom refleksjoner, støtte, nye ideer og feedback kan bidra til en profesjonell utvikling og mestringstro på at man får det til (Roland 2015). Slike fellesskap skaper også tilhørighet som igjen er et grunnleggende behov som er viktig for utviklingen av indre motivasjon (Deci og Ryan 2014). Forskning på lederutvikling viser også at eksterne programmer kan være nyttig fordi det gir lederen inspirasjon til å finne andre og nye løsninger gjennom kjennskap til hvordan andre gjør det, og frir dem fra vanetenkningen i egen organisasjon (Arnulf 2012).

### *2.5.1 Hvordan måle effekt av lederutvikling*

Donald Kirkpatrick har utviklet en modell som er en av de mest brukte for evaluering av effekten av lederutvikling (Kirkpatrick og Kirkpatrick 2005). På det første nivået i Kirkpatrick's evalueringsmodell måles deltageres reaksjoner på programmet, og handler om hvorvidt man er fornøyd, eller ikke, med programmet. Det neste nivået betegner Kirkpatrick's for læring, og måler hvorvidt læring har funnet sted. Det tredje nivået i Kirkpatrick's modell handler om overføring av læring til praksis og henviser til hvorvidt lederutviklingen har endret måten lederen gjør jobben sin på. På det fjerde evalueringsnivået vil man finne ut om lederutviklingen faktisk har konsekvens for ønskede organisatoriske resultater (Kirkpatrick og

Kirkpatrick 2005). Lai (2013) omtaler dette nivået som organisatorisk nytte. Det vil si om tiltaket har gitt nytte for organisasjonen ut fra forhåndsdefinerte mål for organisasjonen.

Jeg ønsker å undersøke om LOCI har hatt betydning for ledelse av implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD i barne- og voksenpsykiatrien. Spørsmål jeg da må stille meg er: Hvilke umiddelbare reaksjoner har lederne som har deltatt? Har de lært noe ved å delta? Har de endret måten de jobber på? I tilfellet med LOCI, har utviklingen bidratt til at de har klart å skape et implementeringsklima for kunnskapsbaserte metoder i sin klinikk? Og hvordan skal jeg i så fall gå frem for å finne ut av dette? Min studies ambisjon er ikke å gjøre en full evaluering av LOCI etter modellen til Kirkpatrick. Denne evalueringsformen legger opp til kunnskapsmålinger og observasjoner som går ut over min hensikt med denne studien. Jeg har likevel valgt å omtale modellen da den ga meg et godt analytisk rammeverk for oppgaven, noe jeg vil komme tilbake til når jeg omtaler analysearbeidet senere i oppgaven.

På spørsmålet om det er mulig å måle effekten av lederutvikling konkluderer Øyvind Lund Martinsen (2019) med at den enkleste måten er rett og slett «å spørre deltagerne» (396). Og det er nettopp spurt deltagerne jeg har gjort. I neste kapittel vil jeg gjøre rede for de metodiske valgene jeg har gjort for å kunne besvare problemstillingen min.

### **3 Metode**

Metode beskriver veien til målet i et forskningsprosjekt. I dette kapittelet vil jeg beskrive hvilken metode og fremgangsmåte jeg har benyttet for å få besvart problemstillingen min: Er LOCI en effektiv implementeringsstrategi i psykisk helse i Norge? Jeg vil reflektere over min egen rolle som forsker og diskutere reliabilitet og validitet. I tillegg vil jeg diskutere eventuelle styrker og svakheter i de valgene jeg har gjort underveis.

Forskerne hos NKVTS gjennomfører en klyngerandomisert kontrollert studie for å undersøke effekten av implementeringsstrategien (LOCI) på traumekartlegging og PTSD-behandlingstilbudet. I dette prosjektet vil overordnede ledere, avdelingsledere og terapeuter svare på undersøkelser ved oppstart og etter 4, 8, 12 og 16 måneder. Pasienter vil også svare på undersøkelser som måler posttraumatisk stresslidelse underveis i behandlingen og etterpå (Egeland et al 2019). Et utvalg av traumeterapeutene, lederne og deres overordnede ledere vil delta i intervju etter at lederne er ferdige i LOCI etter ett år. Lederne er delt inn i tre kohorter. Et slikt design kalles også «dynamisk venteliste design» (Egeland et al 2019, 5). Kohortene fikk opplæring i traumekartlegging og i behandlingsmetodene samtidig, men lederne startet opp med LOCI på ulike tidspunkt. På den måten kan prosjektet bruke de første kohortene som en kontrollgruppe.

#### **3.1 Kvalitativt design**

Denne studien har et kvalitativt design. Som nevnt innledningsvis vil forskerne på NKVTS undersøke effektene av LOCI gjennom kartlegging, spørreskjemaer og ulike målinger. Flexibiliteten i det kvalitative designet ga meg muligheten til å gå i dybden og finne nye dimensjoner ved temaet.

##### *3.1.1 Intervju som metode*

Intervju er en metode der forskeren og informanten i fellesskap produserer data for å belyse og bidra til økt kunnskap om et tema (Kvale og Brinkmann 2015). Via semistrukturerte intervjuer sikret jeg at de samme temaene ble tatt opp i hvert intervju. Samtidig gir det rom for oppfølgingsspørsmål som ikke er planlagt, men som kan være med på å belyse temaet ut fra det informanten forteller der og da (Kvale og Brinkmann 2015).

Det ble utarbeidet en intervjuguide for LOCI-lederne og en for de overordnede lederne. De to intervjuguidene ble tilpasset rollene lederne hadde hatt i implementeringen og i LOCI.

Intervjuguidene ble utarbeidet i samarbeid med prosjektgruppen på NKVTS. Prosjektgruppa hadde allerede før jeg ble en del av prosjektet utarbeidet noen spørsmål de ønsket å få svar på, som lederens vurdering av nytten av de ulike komponentene i LOCI, lengden på programmet og tilfredsheten med veiledningen. Dette er viktige vurderinger å få med for å finne ut om LOCI er en modell som kan benyttes i det norske helsevesenet, eller om det er flere tilpasninger som må gjøres for å oppleves som nyttig for lederne. Jeg ønsket i tillegg å få mer informasjon om konkrete områder med modellen som hadde gjort en forskjell for lederne i implementeringen av behandlingsmetodene for PTSD, til forskjell fra hvordan de hadde jobbet dersom de ikke hadde deltatt i LOCI. Det var viktig for meg at informantene fikk frihet innledningsvis til å bidra med egen informasjon slik at min forståelse og kunnskap om temaet ikke ble førende for svarene. Introduksjonsspørsmålene ble derfor utarbeidet for at informantene fritt skulle reflektere om LOCI, med hensikt om å innhente informasjon om deres generelle opplevelse av modellen. Overgangsspørsmålene gikk mer spesifikt inn i de ulike komponentene i LOCI dersom informantene ikke kom inn på disse spørsmålene av seg selv. Nøkkelspørsmålene i min intervjuguide skulle søke å få informasjon om hvorvidt lederne opplevde at LOCI hadde endret deres ledelse av implementering, og dermed om LOCI hadde bidratt til at behandlingsmetodene for PTSD hadde blitt implementert i klinikken bedre enn om de ikke hadde deltatt i LOCI. For de overordnede lederne gikk nøkkelspørsmålene mer på deres rolle i implementeringen, og om de opplevde at de hadde brukt sin rolle på en annen måte i denne implementeringen, til forskjell fra andre implementeringer. Avslutningsvis fikk informantene anledning til å komme med ting de hadde på hjertet som ikke hadde blitt belyst gjennom intervjuguidene.

Intervjuguidene gikk flere runder mellom meg og prosjektgruppa hos NKVTS slik at intervjuene belyste både min problemstilling, samt ga nødvendig data om gjennomføringen av LOCI.

### *3.1.2 Utvalg og rekruttering*

Utvalget i studien er 12 ledere som har deltatt i LOCI. Åtte av lederne er det jeg i oppgaven omtaler som LOCI-ledere. Det vil si førstelinjeledere som har ansvaret for implementeringen av behandlingsmetodene, enten på en Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) eller



på et Distriktpsikiatrisk senter (DPS). Fire av intervjuene er av overordnede ledere. Dette er ledere som har ansvaret for flere avdelinger og dermed kan ha flere LOCI-ledere under seg.

Fordelen med et kvalitativt forskningsdesign er at man får muligheten til å komme tett på og få mye informasjon ut av et begrenset antall personer, men ofte er det vanskelig å si hva som er nok intervjuer (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011). Flere teoretikere peker på at 8-12 informanter er tilstrekkelig i en studie av denne størrelsen, som en masteroppgave er.

Valg av LOCI-ledere er gjort ut fra et strategisk utvalg. Strategisk utvelgelse er ifølge Johannessen, Christoffersen og Tufte (2011) at forskeren først velger en målgruppe som skal delta for å få den dataen man trenger for undersøkelsen, mens det neste steget er å velge hvem i målgruppen som skal delta. Målgruppen i min studie er ledere som har deltatt i LOCI. Lederne hadde ulik motivasjon for å bli med, og hadde også varierende oppmøte i de ulike aktivitetene i programmet. Sammen med de andre i prosjektgruppa vurderte jeg at dette kunne være en spennende dimensjon å ha med i utvalget. Informantene ble dermed valgt ut fra det som kan betegnes som kvoteutvelgelse eller stratifisert utvelgelse (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011). Det vi ser at man velger seg kategorier ut fra noen kjennetegn og velger informanter innenfor disse. I min studie ønsket jeg i utgangspunktet å intervju deltakere med høy motivasjon og høyt oppmøte på den ene siden, og ledere med lav motivasjon og lavt oppmøte på den andre siden. Oppmøte og deltagelse på samlingene og veiledningen ble sett på som proxy på motivasjon. Det viste seg at de fleste lederne hadde ganske lik motivasjon for å delta, men oppmøte på de ulike aktivitetene varierte, slik at den ulike dimensjonen i utvalget ble deltagelse. Dette var ikke en aktuell dimensjon hos de overordnede lederne, da de ikke ble målt på motivasjon. Utvelgelsen av disse ble gjort ut fra det Johannessen, Christoffersen og Tufte (2011) omtaler som et bekvemmelighetsutvalg, rett og slett ut fra hvem man kunne anta ville komme til å si ja til å stille opp. En slik utvelgelse er kanskje vanlig, men ikke optimal. Det er flere grunner til det. En kan for eksempel tenke seg at NKVTS på den måten velger informanter som mer sannsynlig vil være positive til programmet. Utvalget av overordnede ledere som deltok er ikke veldig stort, og det ble vurdert at det viktigste var å få noen som faktisk sa ja, og som ville ta seg tid til et intervju, også med tanke på at det var vanskelig å få laget avtaler med lederne.

Det var NKVTS som kontaktet lederne med forespørsel om å delta, deretter tok jeg nærmere kontakt med de lederne som hadde sagt seg villige til å la seg intervju. Det var varierende

hvor enkelt det var å få til en avtale med den enkelte leder, og det var flere ganger at jeg måtte purre på svar. Jeg klarte imidlertid å få til en avtale med alle 12.

## **3.2 Gjennomføring**

### *3.2.1 Testintervju*

Jeg gjennomførte et testintervju med to i prosjektgruppa ved NKVTS for å se om spørsmålene i intervjuguiden ga meg den informasjonen som belyste forskningsspørsmålet mitt, og for å øve på selve intervjusituasjonen. Jeg opplevde dette som svært nyttig både for å teste ut intervjuguiden, men også for å få øvd på intervjusituasjonen. Testintervjuet gjorde også at jeg kuttet ut spørsmål som virket like, og ikke ga meg noen merinformasjon. Testintervjuet førte også til noen endringer i rekkefølgen på spørsmålene. Videre så jeg at det å be informantene utdype svaret og komme med eksempler ble viktig for å få belyst problemstillingen.

### *3.2.2 Intervjusituasjonen*

Som nevnt i avsnittet over hadde jeg bearbeidet intervjuguiden noe og var svært bevisst på å stille oppklarende spørsmål, både for å avklare om jeg hadde forstått det informanten sa, men også for å få konkretiseringer av svarene deres. Jeg gjentok av og til det informanten sa for å få dem til å fortelle mer, og også for å vise anerkjennelse.

Intervjuguiden var i utgangspunktet den samme for alle informantene for å sikre at jeg i alle intervjuene var innom de samme temaene i lik rekkefølge. Det dannet et godt grunnlag når analysen skulle gjøres. Der informantene likevel hadde svart utdypende på spørsmålene ved tidligere spørsmål forekom det at svarene ble gitt noe mer ustrukturert. Etter hvert som jeg hadde gjort en del intervjuer og ble mer varm i rollen som intervjuer stilte jeg nok flere oppfølgingsspørsmål enn i de første intervjuene. Dette ble tydelig da jeg i begynnelsen brukte 45 minutter på intervjuet, mens jeg etter et par tre intervjuer brukte opp mot en time.

I og med at informantene var lokalisert flere steder i landet ønsket jeg i utgangspunktet å intervju alle på Skype. Det viste seg imidlertid å være vanskelig å få kontakt med alle på Skype eller annen videoapplikasjon. I ett av tilfellene var dette fordi den tekniske løsningen var nede, for andre var det enklere å få gjennomført det via telefonen. Det gjorde at noen intervjuer foregikk over telefon, mens andre foregikk på Skype. Jeg hadde også intervju der jeg hadde mulighet til møte informanten ansikt-til-ansikt. Ved bruk av Skype og ansikt-til-ansikt kunne jeg se informanten og dermed noe mer av kroppsspråk og mimikk enn jeg hadde

anledning til over telefon. Det gikk også motsatt vei, ved at informanten kunne se meg og min mimikk, smil og nikk. Der jeg kunne møte informanten ansikt-til-ansikt ble dette ytterligere forsterket. Jeg opplevde likevel at informantene snakket fritt, og at jeg fikk like utfyllende svar på telefonen, som de jeg gjennomførte på Skype og ansikt-til-ansikt.

### *3.2.3 Min rolle som forsker*

En samfunnsforsker kan aldri bli en nøytral tilskuer. Forskeren har sin egen måte å se, forstå og fortolke verdenen på. Forskeren har ut fra variabler som bakgrunn, alder, kjønn, erfaringer og kunnskap om tema gjort seg opp en mening om hva man skal se etter og hvordan ting henger sammen (Johannessen, Christoffersen og Tufta 2011). At jeg som forsker har jobbet med implementering, og dermed har noen teoretiske og praktiske antagelser fra før, kan ha innvirkning på hvordan jeg stilte spørsmålene, og ikke minst oppfølgingsspørsmålene mine. Svarene fra informantene kan også bli påvirket av meg som forsker, for eksempel av at jeg arbeider i en tilgrensende virksomhet. Det kvalitative intervjuet søker å komme tett på og få informantenes egne historier. Mitt formål var å få tilgang til dette, uten å påvirke for mye. Jeg var derfor bevisst på at jeg skulle legge så lite føringer som mulig i intervjuene.

### *3.2.4 Forskningsetikk*

Når noen stiller opp til et intervju er det viktig at forskeren legger opp til at intervjusituasjonen skal være så god som mulig, og ivareta informantene ved å være en aktiv lytter og vise anerkjennelse gjennom ord og handlinger (Brottveit 2018). På telefon var jeg ekstra oppmerksom på at jeg fulgte opp det informanten sa, da nikk og andre ikke-verbale oppmuntringer ikke kan sees. Å snakke om eget lederskap kan være personlig. Å bli intervjuet kan innby til en situasjon der du deler for mye, enten det er om tilbakemeldingene de har fått på 360 undersøkelsene eller arbeidsrelaterte konflikter. Dette kan skape et terapeutisk behov hos informantene (Brottveit 2018). Dette var noe jeg opplevde ved enkelte anledninger. Jeg passet på å ikke gå dypt inn i temaer som var personlige, da det ikke var formålet med samtalen.

Jeg fulgte Norsk senter for forskningsdata (NSD) sine retningslinjer. Skjema for informert samtykke ble utformet av forskningsprosjektet ved NKVTS. Samtykkeskjemaene ble lagret hos Tjenester for sensitive data (TSD) ved Universitetet i Oslo.

Dette var med hensyn til forskningsprosjektet hos NKVTS og deres oppbevaring av dataene også etter at mitt prosjekt var ferdigstilt. Etter å ha forespurt NSD om mitt prosjekt var

meldepliktig selv om forskningsprosjektet hadde meldt inn sine prosjekter, sendte jeg inn søknaden og avventet intervjuene til jeg hadde fått klarsignal til å gå i gang.

Samtykkeskjemaene ble forandret noe av forskningsprosjektet hos NKVTS etter min første søknad til NSD, og de nye skjemaene ble sendt inn til NSD i etterkant.

Intervjuene er anonymisert og kodet som LOCI-leder 1 til 8, samt overordnet leder 1 til 4. Jeg knytter ikke arbeidssted til sitatene for å bevare anonymiteten. Intervjuene ble transkribert med dialekt. Alle sitatene jeg har benyttet i denne oppgaven er imidlertid gjort om til bokmål med hensyn til anonymiteten.

### *3.2.5 Analyseprosessen*

Jeg hadde om lag 8,5 timer med intervjuer som ble transkribert, og jeg fikk 114 sider med transkriberte intervjuer. Allerede under intervjuene merket jeg at tankeprosessen og kategoriseringen startet, og ved siden av opptakene noterte jeg ned poenger som kom frem under samtalen. Intervjuene ble tatt opp på applikasjonen «Diktafon» som jeg lastet ned på telefonen min. Appen er knyttet til Tjenester for sensitive data (TSD) ved Universitetet i Oslo, og lydfilene blir lagret der til forskningsprosjektets slutt. To forskningsassistenter tilknyttet NKVTS transkriberte intervjuene mine, som jeg fikk tilbake som tekstfiler. Ulempen ved at andre transkriberer dataene er at man kan gå glipp av analyseprosessen som også foregår under transkribering. For analysen kan jeg også gå glipp av å høre nyanser i toneleie og stemmebruk som kan være avgjørende for analysen. Imidlertid intervjuet jeg relativt mange ledere i forhold til oppgavens omfang, så den hjelpen det var for meg å få intervjuene transkribert var avgjørende for at jeg kunne få det til. De skriftlige intervjuene stemte godt overens med inntrykket jeg hadde gjort meg under intervjuene, samt at transkripsjonene inneholdt også overflødige ord, latter og tegnsetting slik at jeg forstod dersom svaret kom spontant, nølende eller med en latter, noe som kan ha betydning for hvordan jeg tolker utsagnene.

Jeg leste først gjennom alle intervjuene og forsøkte å liste alle svarene inn i temaer og kategorier som var relevante til forskningsspørsmålet og i lys av implementeringsteorien og ledelsesteoriene som lå til grunn for LOCI. Jeg benyttet meg videre av Kirkpatrick's sin evalueringmodell for lederutvikling som et analytisk utgangspunkt. Hans fire nivåer var hele tiden i bakhodet mitt når jeg tematiserte intervjuene. Under analysearbeidet stilte jeg meg selv spørsmål om hva informantene fortalte meg angående nivåene i modellen: reaksjoner,

læringseffekt, anvendelse og organisatorisk nytte.

Jeg benyttet meg av Nvivo i analysearbeidet. Programmet er utarbeidet for å bearbeide og analysere kvalitative data og er tilgjengelig for nedlastning via OsloMet. Jeg la inn alle transkripsjonene i sin helhet for deretter å lage kategorier og underkategorier. Deretter markerte jeg sitater som jeg vurderte passet inn under kategoriene. På den måten identifiserte jeg temaer som fremsto som relevante. Å lage kategorier ut fra semistrukturerte intervjuer kan være utfordrende, noe jeg også opplevde under mange gjennomlesninger av intervjuene. Jeg erfarte at det var komplisert og dele opp data på denne måten. Svarene kan være vanskelig å sammenligne da de kan komme på ulike steder under intervjuet. En slik åpen holdning til data søker å finne mening i utsagnene ut fra hvilken sammenheng det har kommet frem. Dette er viktig å ha i bakhodet under analysearbeidet, slik at utsagnene fortolkes og tillegges mening på en måte som ikke kun blir relativ etter mitt hode, men i den konteksten informantene uttrykker dem i. Flexibiliteten i den kvalitative tilnærmingen gjorde at jeg var åpen for nye kategorier og jeg gikk litt frem og tilbake på kategoriene etter hvert som analysearbeidet tok form. Nvivo var her til svært god hjelp, da det var enkelt å søke opp ord og setninger, samt flytte kodede sitater til andre kategorier. På den måten ble jeg tvunget til å se gjennom kategorier og temaer flere ganger og unngikk dermed også fastlåste tolkningsrammer. Til slutt stod jeg igjen med tre hovedtemaer som hjalp meg med å besvare hovedproblemstillingen og forskningsspørsmålene mine, og som utgjør strukturen i analysen min: Opplevd behov og motivasjon, LOCI's struktur og anvendt ledelse. I analysen legger jeg vekt på sitatene som er representative for de jeg intervjuet. Der noen sitater skiller seg ut, og utgjør paradokser, eller er med på å underbygge relevansen, vil jeg ta dette med.

Jeg intervjuet som sagt fire ledere fra BUP og fire ledere fra DPS. I mitt datagrunnlag kan jeg ikke se at det fremkommer noen forskjeller med bakgrunn i om lederne jobbet i barne- og ungdomspsykiatrien eller voksenpsykiatrien. Når jeg snakker om avdeling i min oppgave, snakker jeg da om en hel avdeling innenfor sykehussystemet ledet av det jeg omtaler som overordnet leder. Disse avdelingene kan ha en rekke distriktpsikiatriske sentre eller barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger under seg. De hierarkiske nivåene er ulikt fra DPS og BUP, og ulikt fra sykehus til sykehus. Jeg har ikke tillagt dette noe vekt, eller diskutert dette i oppgaven, da jeg ikke har funnet noe grunnlag for ulikheter i mitt datamateriale.

Som jeg også omtalte tidligere var seks av lederne jeg intervjuet fra kohort en, og seks av lederne fra kohort to. Lederne i kohort en startet med LOCI samtidig med at terapeutene fikk opplæring i behandlingsmetodene, mens lederne i kohort to startet med LOCI tre måneder etter at terapeutene fikk opplæring. I min analyse kan jeg ikke se at jeg har grunnlag for å si noe om forskjeller ut fra hvilken kohort lederne var i. Utvelgelsen av informantene var, som nevnt, med utgangspunkt i oppmøte som proxy på motivasjon. Det vi så at det ble valgt ut noen ledere med stort oppmøte og noen ledere med mindre oppmøte. Jeg tenkte på forhånd at det kunne være en spennende dimensjon å ha med. Jeg fant imidlertid ingen ulikheter i svarene med grunnlag i disse dimensjonene, så jeg har heller ikke tillagt dette noe vekt i analysen min.

### **3.3 Reliabilitet og validitet**

Johannessen, Christoffersen og Tufte (2011) påpeker at kvalitativ metode skiller seg fra kvantitativ metode da undersøkelsene ikke lar seg gjenta for så å komme ut med nøyaktig det samme svaret. «En vurdering av kvalitative datas reliabilitet blir egentlig forskerens refleksjon over hvordan datainnsamlingen har foregått, men sikte på å bli seg bevisst mulige feilkilder» (Ringdal 2014, 248). Det vil si at åpenhet rundt fremgangsmåten og i hvilken kontekst datainnsamlingene finner sted, må beskrives detaljert for å kunne si noe om hvor pålitelige data er i kvalitativ forskning. Nå er heller ikke hensikten ved en kvalitativ studie som denne å kunne få etterprøvbare resultater på samme måte som kvantitative undersøkelser. Hensikten er å komme dypere inn i et fenomen og tema, og fortolke dette i lys av valgt teorigrunnlag og egen forforståelse. Dette gjør at kvalitative studier sjelden egner seg for generalisering (Brottveit 2018). Et viktig spørsmål er snarere hvorvidt studien har relevans for andre, og for fagfeltet. Hvorvidt studien har relevans og overføringsverdi kan måles i om flere studier oppnår lignende resultater. Denne studiens relevans kan sees opp mot både relevansen den har for fagfeltet, men også at studiens funn er i tråd med teori og tidligere studier på lignende områder.

Validitet i kvalitativ forskning viser til hvor troverdig studien er, det vil si om metodevalgene som er gjort er hensiktsmessig og undersøker det den er ment til (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011). Om spørsmålene i intervjuguiden belyser problemstillingen er en måte å belyse studiens troverdighet. Å redegjøre for de metodiske valgene slik jeg har gjort i dette kapitlet bidrar både til studiens pålitelighet og troverdighet.

I neste kapittel vil jeg presentere studiens resultater ut fra mine analyser av intervjuene.

## 4 Resultater

Resultatene mine indikerer at lederne opplever LOCI som nyttig og at deltagelse har hjulpet lederne med å skape et klima for implementering. Tre hovedtemaer fremstår som sentrale i analysen: Betydningen av opplevd behov og motivasjon, LOCI's struktur og anvendt ledelse. Jeg har derfor valgt å strukturere analysen min rundt disse hovedtemaene.

Som et analytisk rammeverk har jeg, som nevnt tidligere, benyttet meg av Kirkpatrick's fire evalueringsnivåer. Jeg har hele tiden tenkt på hva lederne har fortalt meg knyttet til de fire nivåene når jeg har analysert intervjuene. Videre diskusjon av funnene, samt evalueringsnivåene opp mot forskningsspørsmålene mine og hovedproblemstillingene, vil jeg gjøre i kapittel 5.

### 4.1 Opplevd behov og motivasjon

Endring påvirkes og trigges av både den indre og ytre konteksten til en organisasjon (Jacobsen 2018, Moullin et al 2019). Opplevelsen av behovet, og motivasjon for endring, er både på organisasjonsnivå og individnivå avgjørende for å få til ønsket endring. Implementeringen av behandlingsmetoder for PTSD kom som en bestilling fra Helsedirektoratet til NKVTS, og prosjektet er finansiert over statsbudsjettet. Det er imidlertid frivillig for avdelingene å delta i implementeringsprosjektet. Jeg var derfor interessert i å få vite noe om ledernes motivasjon for å delta i implementeringsprosjektet som sådan. Mitt utgangspunkt var at det også ville gi meg god innsikt i motivasjonen og forventningene til LOCI.

LOCI-leder 6 uttrykker motivasjonen til å bli med slik. «Det ville være helt bakstrevsk å si nei til det. For det er jo en nasjonal satsning det med traumebehandling.» Overordnet leder 1 uttrykker også aktualiteten og etterspørselen som motivet for å bli med på prosjektet: «Kompetanse på traumer som sådan, og traumefeltet, det er høyt aktuelt for tiden. Det blir jo etterspurt, og vi merker hos samarbeidsparter også, at de etterspør den kompetansen». Videre sier hun:

*Det vi ser nå er at vi i større grad blir utfordret på at vi skal bruke retningslinjer og kunnskapsbasert praksis. Og hvis vi har noen klagesaker innom fylkesmannen vektlegges det i stadig større grad hvis vi har valgt å se bort fra en metodikk, og ikke begrunnet hvorfor. Så myndighetene virker*



*til å bli mere orientert også i vårt fagfelt om at de teknikkene og metodene vi tilbyr skal finnes igjen i de faglige retningslinjene (overordnet leder 1).*

Overordnet leder 4 viser til at tidligere behandling har vært for tilfeldig, og at de som spesialisthelsetjeneste må tilby pasientene kunnskapsbasert behandling:

*Det er klart at vi må. Vi er jo spesialisthelsetjenesten, vi må jo ta i bruk de metodene som er evidensbasert og kunnskapsbasert, og vi må være mer systematiske. Jeg opplever vel litt at det er litt tilfeldig i forhold til metodevalg ut fra terapeut man treffer og kommer til, vi kan ikke ha det sånn. Vi må ha en type praksis som gjør at pasientene får den beste, mest oppdaterte behandlingen (overordnet leder 4).*

Sitatene over viser at lederne er motivert av både ytre føringer, men også av eget opplevd behov for bedre traumebehandling. Betydningen av at det er en nasjonal satsing, og at det er etterspurt, kan tyde på at lederne opplever at de ikke kan si nei til å være med. Eget opplevd behov for bedre traumebehandling kan tilsi at de er positivt innstilt og motiverte for å gå i gang med implementeringen. Sitatet til overordnet leder 1 tyder på at hun er klar på at hennes avdeling som spesialisthelsetjeneste må gi pasientene den beste og mest etterprøvbare praksisen. Det at hun sier at «vi kan ikke ha det sånn» viser at hun ser at konsekvensen er at de som ledere må endre måten de jobber på. At metoden passer til det opplevde behovet, samt verdiene i organisasjonene gjør det enklere å implementere en metode, samt at den blir tatt i bruk med metodelojalitet (Fixen et al 2005, Ogden 2010). LOCI-leder 7 uttrykker engasjement rundt behandlingsmetoden som skulle implementeres, og uttrykker også et tydelig mål for sin klinikk:

*Selve metoden, den er jeg jo veldig positiv til. Jeg er opptatt av at vi skal ha en tydelig tjenesteprofil. At vi skal drive med behandling som har en dokumentert effekt og at det dermed er tydelig for både behandler og pasient hva behandlingen er og hvem behandlingen er til for (LOCI-leder 7).*

I dette prosjektet var LOCI en del av det klinikken måtte være med på dersom de ønsket å være med på implementeringen, eller som en av mine informanter uttrykte det: «Det var jo sånn at hvis vi gikk for dette her, så gikk vi for LOCI også» eller som en annen sa: «Vi oppfattet at det var en del av pakka». En kan dermed anta at motivasjonen for å delta i LOCI var lavere enn om lederne selv aktivt hadde søkt om å delta i et lederutviklingsprogram. Det

lederne fortalte meg indikerte imidlertid at lederne var positive og motiverte til delta også i dette. Lederne begrunner gjennomgående sin motivasjon for å delta i LOCI i målet om å få til mer kunnskapsbasert behandling generelt, og implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD spesielt. Interessen for å lære og utvikle seg som leder for å oppnå bedre resultater for pasientene kommer klart til uttrykk som motivasjon for å være med i LOCI.

*Jeg tenkte at det her kunne bli litt pes, altså. Men så tenkte jeg at det er greit å utfordre seg litt. Det er lenge siden jeg har sittet på skolebenken. Og så tenkte jeg at det er helt sikkert en måte å sørge for å holde en finger på pulsen. Men jeg tenkte har jeg egentlig tid til dette her. Det er den greia der som komme opp hele tiden, ikke sant. Har jeg egentlig tid til dette her. Men så tenkte jeg at det var verdt det med tanke på å få dette på plass fordi at jeg synes det er plagsomt å ikke ha gode nok traumeterapeuter når vi har så mange som henvises med det utgangspunktet (LOCI-leder 2).*

Utsagnet illustrerer en travel hverdag mange ledere kan kjenne seg igjen i. Mange arbeidsoppgaver kan føre til at man som leder bruker mye tid på administrasjon, og at man ikke tar seg nok tid til å planlegge bruken av ledelse som verktøy. LOCI-leder 2 forteller her at han erkjenner at det kan være verdt å bruke tiden på LOCI, og dermed sin egen lederrolle, for å få bedre traumebehandling i klinikken.

Tidligere opplevelser med hvor vanskelig det er å implementere ny behandlingsmetodikk forsterket også ledernes motivasjon for å delta i LOCI.

*Det er jo erfarne ledere som har kjent på kroppen hvor vanskelig det er å implementere i praksis. Det er veldig staselig når man får lært noe nytt, men å faktisk bruke det, og følge opp at det blir brukt, det er den tunge delen av jobben (overordnet leder 1).*

*For noen år tilbake hadde vi deltatt i et annet implementeringsprosjekt. Men det foregikk ikke på samme måte. Det foregikk bare på å kurse folk i det som heter tryggere traumeterapeuter. Som i regi av RVTS, som er jo en sånn annen stor organisasjon på traumer og behandling. Også så vi at den kompetansen som vi bygde den gangen, den var mer eller mindre borte. Det siver ut, folk går i opplæring, finner andre jobber, det lever på en måte ikke*

*helt i avdelingen, og i seksjonene. Derfor så ble vi enige om at vi skulle si ja takk til at NKVTS skulle komme og informere oss om dette prosjektet. Så de solgte pakken sin på en måte, hvis en kan si det på den måten (LOCI-leder 1).*

Sitatet over viser til typiske utfordringen med mange implementeringsprosjekter. Opplæring gis, men utfordringen er å vedlikeholde metodene over tid, også når ansatte slutter eller fokuset i klinikken går over på noe annet. Utsagnene underbygger lederens behov for, og betydningen av økt kunnskap om implementering og systematisk implementeringsstøtte.

LOCI-leder 8 uttrykker at hun selv tilhører en annen fagtradisjon enn teorigrunnlaget bak behandlingsmetodene for PTSD. «Personlig er jeg nok mer sånn psykodynamiker, og det er ikke noe jeg hadde hatt lyst til å drive på med selv,» fortalte hun meg. Hun nektet likevel ikke for at behandlingsmetodene kunne ha en effekt, og mente at det var «fint å ha det som en mulighet og tilby pasientene som har hatt traumeproblematikk, når man ser at dette fungerer såpass bra som det gjør». Utsagnene kan indikere at selv om hun synes det var greit at klinikken kunne tilby metodene, lå hennes engasjement og motivasjon et annet sted. At LOCI-leder 8 svarer såpass avvikende fra de andre lederne som uttrykker gjennomgående positive holdninger til behandlingsmetodene, er i tråd med antagelsen om at leders egen holdning og motivasjon er et sentralt element, også for motivasjonen til å bruke tid på, og delta i LOCI, samt opplevd nytteverdi. Dette vil jeg utdype senere i kapitlet.

Jeg har frem til nå sett at lederne hovedsakelig uttrykte motivasjonen til å bli med i LOCI med bakgrunn i ønsket om å få til bedre implementering av kunnskapsbaserte metoder og bedre traumebehandling. Tidligere erfaringer med hvor vanskelig det er å få til implementering i praksis gjorde at de også var motiverte for å delta. Jeg vil videre i neste delkapittel se på hva lederne trekker frem som de nyttigste elementene i LOCI.

## **4.2 LOCI's struktur**

For å få så fri innsikt som mulig i lederens egen opplevelse av LOCI lot jeg dem snakke fritt under intervjuet om hvordan de hadde opplevd modellen. Det ble etter hvert klart at lederne gjennomgående trakk frem selve strukturen i LOCI som det som hadde mest nytteverdi, nemlig samlingene og den jevnlig veiledningen. Jeg vil i det videre se på hvilken betydning disse elementene har hatt for lederne i implementeringen.

#### 4.2.1 Samlinger

*Såne samlinger som vi har vært på. Det har vært det mest nyttige. Fordi man fikk da ganske god undervisning om den implementeringsmetodikken. Møte andre ledere, få relativt god tid til å prate om den implementeringsdelen, og bli informert om metodikken, snakke om problemstillinger som man står i som leder når man skal inkludere en ny behandlingsmetodikk. Så det er den miksen av de forskjellige temaene som vi har tatt opp, som for meg har vært nyttig (LOCI-leder1).*

*For det som ble en viktig del av den opplevelsen av å være med i LOCI, det var jo nettopp dette fellesskapet med de andre lederne fra andre steder i landet (LOCI-leder 4).*

Utsagnene indikerer at samlingene skapte profesjonelle fellesskap og kollektiv orientering. Samlingene tilførte både kunnskap om hvordan implementeringen skulle ledes og gjennomføres, men også en motivasjon for å gjennomføre oppgavene gjennom fellesskapet samlingene skapte.

*...høre hva slags utfordringer som finnes i andre klinikker som du kan gjenkjenne i din egen. Godt å få høre erfaringer med hva andre har følt de har lyktes med, av atferd knyttet til implementering. Interessant som rollemodellering også. Også et fellesskap, en sånn gruppetilhørighet, ved å delta i denne gruppen. En sånn fellesskapsfølelse og opplevd støtte (LOCI-leder 3).*

*Det viktigste for meg helt sånn i starten var jo det å få bekrefta at det var jo vanskelig alle steder! Det var ikke bare sånn at jeg hadde spesielt vanskeligere forhold eller spesielt vanskelige behandlere, de fantes overalt, de, og det var det som ble tydelig. Vi hadde jo ulik bakgrunn vi lederne som var der, noen hadde veldig lang erfaring som ledere, men var ikke spesialister, og noen hadde kort erfaring, og var superspesialister på akkurat dette fagfeltet, men vi fant liksom styrker hos hverandre og henta ting fra hverandre, alle sammen (LOCI-leder 4).*

At lederne jeg intervjuet fremhevet disse samlingene og fellesskapet som noe av det nyttigste med LOCI indikerer at følelsen av å ikke stå alene om utfordringer, læring i fellesskap og

overføring av ideer og måter å gjøre ting på er viktig for ledernes mestring av implementeringen. Gjennom samlingene opplevde lederne en kollektiv orientering og et felles klima for implementering på tvers av egne poliklinikker. Det kan synes som om de dermed fikk et «vi» som i «vi som ledere i BUP» eller «vi som ledere i DPS.» Dette kan antas at kan ha innvirkning på ledernes kapasitet for å skape et klima for implementering også i egen klinikk.

Den ukentlige veiledningen med en av medarbeiderne fra NKVTS ble også raskt trukket frem som noe av det lederne opplevde at de hadde hatt mest nytte av. Det kan synes som den ukentlige veiledningen hadde to funksjoner: Den hjalp lederne til å holde fokus og være tettere på implementeringsprosessen, og den hjalp lederen med å jobbe med egen lederadferd.

#### 4.2.2 Ukentlig veiledning

Lederne jeg intervjuet trekker frem mange oppgaver og en stressende hverdag som den største utfordringen for implementering, også denne implementeringen. Den jevnlige veiledningen gjennom LOCI hjalp dem å holde fokus, være tettere på terapeutene, og prioritere implementeringen av behandlingsmetodene.

*Vi har det skrekkelig travelt, det er hundretusen ting som skal gjøres hele tiden, og det er konkurrerende behov hele tiden, og du får aldri gjort noe ferdig. Men det å bli holdt fast i den veiledningen hver uke, det hjalp veldig (LOCI-leder 4).*

*Det har vært nyttig å ha den pisker der hvis man kan si det, å vite at på mandag så ringer veilederen min, sånn at da tror jeg at jeg har foretatt meg ting her som jeg kanskje ikke hadde gjort ellers. Altså det har bidratt til å holde litt flyt i prosessen, holde fokus. Det blir en pådriver og en pisk for å få gjennomført ting som kanskje hadde sivet ut i sanden til fordel for andre ting som er presserende i en hektisk lederhverdag. Selve det at det har vært der, og at jeg har visst at vi skal snakke sammen. Og så har jeg jo delt en plan med min veileder. Og da forplikter jeg meg selv til det som skal gjøres i neste runde igjen. Slik at den hjalp meg i å holde fokus på de tingene som jeg har sagt at vi skal gjøre (LOCI-leder 2).*

Ifølge implementeringsforskningen er tidspress, mange konkurrerende oppgaver og utfordringer med å frigjøre kapasitet til det nye en av faktorene som bidrar til å hemme implementering (Fixen et al 2005, Conrad 2015). LOCI-leder 3 uttrykte det slik: «Veiledningen hjalp meg med å holde ut». Utsagnet indikerer at det kan være lett å gi opp dersom hindringene og utfordringene blir for store. Ukentlig veiledning hjalp henne likevel å opprettholde fokuset på implementeringen, noe som er en viktig dimensjon i implementeringsledelse (Aarons et al 2014). I en stressende hverdag med mange arbeidsoppgaver kan man anta at ukentlig veiledning opplevdes som en belastning. Lederne var imidlertid positive til hyppigheten av veiledningen. At samtalene var korte gjorde at de ikke opplevdes som merarbeid, men som nyttige, og til god hjelp.

Et sentralt element i veiledningen var lederens egen utviklingsplan. Med bakgrunn i 360-undersøkelsene har LOCI-lederne utarbeidet en lederutviklingsplan som ble evaluert og redigert i samspill med veilederen i de ukentlige veiledningene. Tilbakemeldinger og lederevalueringer gjennom slike undersøkelser er mye brukt i lederutvikling. Det er de overordnede lederne og lederens medarbeidere som i dette tilfellet har evaluert lederen, samt at lederen har evaluert seg selv. I dette prosjektet var spørsmålene i undersøkelsene direkte knyttet til lederadferd i implementeringen av behandlingsmetodene. Undersøkelsene ble gjentatt gjennom året. «Jeg følte at jeg fikk brukt tilbakemelding på hva jeg skulle gjøre mer av, og hva jeg skulle gjøre mindre av», fortalte LOCI-leder 3.

Flere av lederne jeg snakket med trakk frem at veiledningen de hadde fått hjalp dem til å reflektere over sin egen rolle og sine utfordringer. LOCI-leder 4 fortalte meg at hun på forhånd hadde god selvtillit på det å lede implementeringer med bakgrunn i at hun var god på gjennomføring, og å lage systemer. Hun beskriver at tilbakemeldingene og veiledningen hun fikk hjalp henne til å se dette fra et annet perspektiv:

*Jeg er jo utstyrt med en god, solid dose selvtillit, så jeg synes jo egentlig jeg var ganske flink, både til implementering og det å få på plass systemer. Og jeg trodde også at jeg var ganske god på å kommunisere med mine medarbeidere, og at de skjønnte hva som foregikk, og var del av det. Så viste det seg at jeg har veldig mange høflige medarbeidere. Å involvere medarbeiderne på en sånn måte at de både forstod, og følte at de var en del i det, det var jeg mye dårligere på enn det jeg trodde jeg var. Og det fikk jeg*

*innblikk i da jeg ble med i LOCI, da jeg fikk disse 360-tilbakemeldingene og veiledning på det. Selvtilliten min fikk ikke akkurat en knekk, men selvinnsikten min fikk et løft, og det er jeg evig takknemlig for (LOCI-leder 4).*

Veiledningen trekkes frem som veldig fleksibel og at den hele tiden var tilpasset de utfordringene lederne opplevde underveis. Sitatet til LOCI-leder 4 tilsier at tilbakemeldingene ga henne grunnlag for å reflektere over sin egen rolle for at pasientene skal få riktig behandling, og har gjennom LOCI fått hjelp til å involvere medarbeiderne mer for å få dette til. LOCI-leder 3 trekker frem fleksibiliteten, og det at veilederen fulgte henne over tid, som noe av det som hjalp henne med å jobbe med egen lederrolle:

*Det var å få påfyll av perspektiv til hvordan jeg kunne jobbe med hele implementeringsprosessen, at veilederen min fulgte hvor vi var i implementeringsprosessen. «Ja, nå er det det som er utfordringen din ja, ja da må vi snakke litt om individuell tilpasning igjen». Hvis det for eksempel var motstand hos behandlere som var tematikken, så fikk jeg jobbe med det. Altså det var noe konkret og strukturert over den veiledningen. Det hjalp meg med implementering av arbeidsgrupper, og det å kunne holde ut når det var vanskelig. Også hvordan jeg kunne trekke veksler på det som var nyttig i klinikken, gjøre mer av det (LOCI-leder 3).*

Overordnet 2 fremhever at det at LOCI-lederne jobbet med egen lederadferd også ga ønskede konsekvenser for organisasjonen:

*Jeg tror det var en blanding av det teoretiske fundamentet som de fikk, og de tingene de fikk snakke om, og «hva er mine utfordringer», for de lærte noe om seg selv, ikke sant, og «hva er det jeg heller til å være», og «hva er det jeg skal gjøre for å balansere det mer», også videre, - som jo er en stor utfordring for den enkelte, men også for gruppen (Overordnet leder 2).*

LOCI-leder 8 opplevde at implementeringsprosjektet hadde skapt en del konflikter i klinikken, og at tilbakemeldingene hun fikk i 360-undersøkelsene i stor grad handlet om konflikten. «Jeg følte ikke at det var helt sånn.. at det handla kanskje mer om andre ting enn akkurat dette prosjektet,» fortalte hun meg. Manglende opplevelse av nytte gjorde at hun ikke la så mye vekt på tilbakemeldingene eller ønsket å bruke mye tid på veiledningene, eller som

hun uttrykte det: «det har vel kanskje noen ganger føltes litt sånn med den veiledningen at en kanskje må trække det inn, men har egentlig ikke tid til det.» Videre sier hun at:

*Jeg hadde ikke lyst til å bruke så mye energi på det som det ble på en måte lagt opp til i prosjektet. For det at jeg følte at det var så mange andre ting som jeg burde ta tak i istedenfor (LOCI-leder 8).*

Hennes opplevelse av at tilbakemeldingene og veiledningen ikke ga henne drahjelp, men at det snarere ble et ekstra stressmoment på toppen av det andre hun skulle gjøre, forsterker betydningen av opplevd nytteverdi som viktig for effektiviteten av modellen. Under avsnittet om motivasjon så vi også at denne lederen selv var lite motivert for å gå i gang med prosjektet, noe som også forsterker betydningen av motivasjon som grunnlag for hvor mye energi man investerer og for opplevd nytte.

I det videre delkapittelet vil jeg se hvordan lederne opplevde at LOCI hjalp dem til å anvende ledelse på en måte som fremmet implementeringen.

### **4.3 Anvendt ledelse**

Ingen av lederne jeg intervjuet svarte konkret at de hadde endret lederadferd som følge av å være med i LOCI. Lederne uttrykte at programmet hadde vært en påminner, og en oppfriskning av kunnskap de allerede hadde. Gjennom veiledningen hadde de fått hjelp til å reflektere over konsekvensen av egen lederadferd for måloppnåelse og rapporterte at de opplevde økt trygghet og selvtillit i lederrollen. «Det er jo en del som har ligget der som har blitt revitalisert, og som jeg har blitt minnet på,» fortalte LOCI-leder 2. LOCI-leder 1 uttrykker det slik: «LOCI har ikke endret noe, men bevisstgjort meg på noen sider av meg selv og som jeg har fått noen begreper rundt, sånn som implementering og transformasjonsledelse».

Jeg vil videre trekke frem to sentrale elementer som kom frem som lærings- og bevissthetpunkter for lederne: betydningen av involvering, samt betydningen av å kommunisere mål og visjoner. Begge elementene dreier seg i stor grad om bevisstheten om å bruke elementene i transformasjonsledelse. Videre i delkapittelet vil jeg se at kompetansen har fått konsekvenser for den strategiske lederutførelsen på viktige områder i implementeringen av behandlingsmetodene for PTSD.



#### 4.3.1 Involvering av hele klinikken

Jeg beskrev tidligere hvordan LOCI-leder 4 opplevde at tilbakemeldingene fra medarbeiderne gjorde at hun i mye større grad forstod at hun måtte involvere medarbeiderne i implementeringsprosessen. Involvering av medarbeiderne blir i teorien trukket frem som en sentral faktor for å få til implementering.

*VI har jo stadig vekk nye metoder og sånn som skal implementeres, og vi har vel ikke hatt noen god systematisk tilnærming til implementeringsarbeidet tidligere, og det har vi jo fått veldig mye igjen for i denne LOCI-tilnærmingen. Og lært mye av den systematikken som den har brakt med seg da. Så for oss så har det vært en litt sånn, åpnet øynene litt for hvor viktig det er med gode implementeringsprosesser. Vi kan ikke bare sitte i ledergruppen å bestemme at sånn skal det være, vi må ha gode prosesser for implementeringen (overordnet leder 4).*

Overordnet leder 4 beskriver at LOCI har bidratt til bevisstgjøring om at implementering er en prosess som krever involvering av de ansatte. På grunn av det systematiske arbeidet gjennom LOCI har de fått det bedre til i dette implementeringsprosjektet, enn det de har gjort tidligere. LOCI-leder 2 beskriver hvordan han gjennom LOCI har blitt bevisst på å være etterspørrende og opptatt av å kommunisere med de som er direkte involvert i implementeringen, men også i større grad å involvere resten av klinikken:

*Jeg har nok i større grad vært etterspørrende, opptatt av å kommunisere, særlig med de som er i utdanningsprosessen. Men også vært opptatt av å flagge denne prosessen ut i resten av seksjonen (LOCI-leder 2).*

Til forskjell fra implementeringsprosjekter som involverer hele klinikken på lik linje, involverer implementeringen av behandlingsmetodene for PTSD i størst grad kun de terapeutene som får opplæring i behandlingsmetodene. Å rette søkelys på kunnskapsbaserte metoder generelt, og involvere også de medarbeiderne som ikke var direkte involvert i prosjektet, ble viktig for lederne. Å få med seg hele klinikken synes som et viktig element for å bidra til et klima for kunnskapsbaserte metoder i hele klinikken. LOCI-leder 1 beskriver hvordan kommunikasjon og involvering av alle i klinikken har bidratt til å skape en åpen kommunikasjon rundt behandlingsmetodene, og de faglige problemstillingene som ligger i å implementere kunnskapsbaserte metoder. Involvering av alle har dermed bidratt til å til å redusere eventuelle konflikter i prosessen. LOCI-leder 1 uttrykker det slik:

*Jeg har jo lagt ganske mye vekt på dette at når man skal implementere en ny metodikk at de andre som ikke skal delta i dette her, må være også med på, og bli informert om behandlingsmetodikken. Det å ha fått folk med, det å informere de i prosessen, ikke ta for gitt at alle er liksom positiv til det, altså ta alle problemstillingene ganske tidlig. Ganske mange faglige problemstillinger også til dette her, men pro og pluss og minus, knyttet til hvordan man skal jobbe med traumer (LOCI-leder 1).*

Å involvere de ansatte i endringsprosesser, og å skape motivasjon for endringen, betyr at de må vite hvor organisasjonen skal. Det vil si hva som er målet med endringen og hvordan man skal komme dit. Inspirerende motivasjon er en dimensjon i transformasjonsledelse som skal bidra til å inspirere de ansatte til å strekke seg mot mål ved å tydeliggjøre hvor organisasjonen er på vei. Sammen med involvering, var det å tørre å være mer visjoner og tydeliggjøre mål, noe lederne fremhevet at LOCI hadde lært dem. Jeg vil i det videre avsnittet beskrive hvordan lederne mente LOCI hadde gjort dem tryggere i denne delen av lederrollen.

#### *4.3.2 Å kommunisere mål og visjoner*

«LOCI har lært meg en del,» sier LOCI-leder 7. Han beskriver at dimensjonene i transformasjonsledelse om å være en visjonær leder hjalp han med å få med hele seksjonen på en bedre måte med i implementeringen:

*...å være mer eksplisitt på dette her med visjoner og målsetting for prosjektet, prøve å involvere flere enn bare akkurat de som skal være med. Sette mer visjoner, få det mer inn i den større sammenhengen som det skal gå inn i (LOCI-leder 7).*

*Jeg har jo vært ganske begeistret for å gå inn i dette her med transformasjonsledelse. På det her med idealisert innflytelse. Jeg har jo vært litt opptatt av at de skal oppleve at de har en leder som er engasjert og som vil noe, som staker ut en retning og viser en vei over. Så det har jeg gjort, og brukt flere anledninger til også, å inspirere til at her drar vi i lag, og vi ønsker den retningen der (LOCI-leder 5).*

Sitatene over er et uttrykk for at lederne synes både at undervisningen de hadde fått om transformasjonsledelse var nyttig, og at de hadde klart å anvende det i klinikken for å få med seg hele klinikken mot målet om kunnskapsbasert behandling.

### 4.3.3 Rekruttering og kompetansestyring

LOCI-leder 5 fortalte meg blant annet hvordan både transformasjonsledelse og implementeringsledelse hadde hjulpet henne til å bli tryggere i lederrollen, blant annet med å kommunisere forventninger til medarbeiderne:

*Jeg synes det ga meg noen nye perspektiv på hvordan jeg skulle gjennomføre medarbeidersamtalene i forhold til det å lytte og kunne gi tidlig tilbakemeldinger. Og det her med forventninger, det synes jeg egentlig jeg ble tryggere på (LOCI-leder 5).*

Videre fortalte hun hvordan LOCI hadde økt hennes bevissthet om at både kompetanseutvikling og rekrutteringen av nye medarbeidere skulle bygge opp under de strategiske prioriteringene til klinikken:

*Hvis jeg skal sende noen på kurs på nye ting så å må jeg tenke, hva skal være formålet med det. Ja, så jeg sorterer det da på en helt annen måte nå etter LOCI (LOCI-leder 5).*

*Det som har skjedd med meg, er at jeg har blitt mer bevist når jeg har jobbintervju. Helt tydelig forskjell på bevissthetsnivået mitt på hva jeg skal være opptatt av å si. Og da er det dette her med at, ok, tar du et arbeid her, så gir jeg veldig klare forventninger at da må du regne med at dette her er en kunnskapsbasert arbeidsplass. Her må du regne med å måtte omstille deg, her må du regne med livslang læring med å ta nye utdanninger som er dokumenterte (LOCI-leder 5).*

Uttalelsene til LOCI-leder 5 er eksempler på hvordan lederne hadde tilegnet seg kunnskap om ledelse og implementering som fikk direkte konsekvens for strategisk lederadferd. Hvordan ledere bruker ressurser, rekrutterer og driver kompetanseutvikling har, som vi så i teorikapittelet, mye å si for å både opprettholde kultur, men ikke minst når kultur skal endres. I dette tilfellet, når man skal bygge et strategisk klima for implementering.

### 4.3.4 Bruk av belønning

Lederne jeg intervjuet pekte på at deler av LOCI var for oversatt fra amerikanske forhold. For meg fremstår det som det i stor grad er spørsmål i 360-undersøkelsene de sikter til.

*Det var jo noen av disse tingene som ikke var nødvendigvis helt tilpassa norske forhold da, en del av disse spørreundersøkelsen som både behandlerne fikk og vi fikk. Det var en del ting som på en måte føltes litt sånn lite relevant, deler som gikk på om det var økonomisk insentiv til å jobbe kunnskapsbasert, og bonusordninger og andre type tilstander enn det som er i helsevesenet i hvert fall (LOCI-leder 7).*

*Jeg syns det er tydelig at det er en modell som er oversatt fra en litt annen kulturbakgrunn eller terapeutvirkelighet enn vår. Så noen av spørsmålene med angående motivasjon og ting, er jo helt klart ikke tilpasset den norske terapeuts bakgrunn (LOCI-leder 6).*

Det at bruk av belønning og økonomiske insentiver ble fremhevet som noe som ikke er tilpasset norsk kultur, kan tyde på at lederne opplever seg mer fremmedgjort med bruk av transaksjonsledelse enn transformasjonsledelse, og lederne jeg intervjuet tolket dette inn i en amerikansk kontekst. Lederne hadde imidlertid frigitt tid til opplæring, gitt terapeutene fridager for å lese seg opp på metodene, og kjøpt inn nødvendige lærebøker. Belønning i form av oppmerksomhet og skryt ble også trukket frem som elementer som lederne brukte for å trekke frem bruken av metoden, og de som jobbet med den. Overordnet leder 3 fortalte at for å fremme implementeringen, hadde traumeterapeutene blant annet hatt fremlegg om behandlingsmetodene på felles avdelingsmøter:

*...og da hadde vi blant annet et avdelingsmøte hvor alle ansatte i hele avdelingen var til stede, eller i hvert fall nesten alle ansatte. Hvor vi hadde grundig fremlegg av metoden av noen av de som hadde blitt lært opp, av noen av de flinkeste spesialistene våre. Og det ga jo veldig mye fokus, og de fikk jo veldig mye skryt for det fine fremlegget (overordnet leder 3).*

«De flinkeste spesialistene» ble trukket frem som nødvendige endringsagenter for å fremme kunnskapsbaserte metoder generelt og behandlingsmetodene for PTSD spesielt av flere lederne.

*Når jeg gjorde et utvalg på hvem som jeg ønsket skulle ta den utdannelsen, så gjorde jeg et sånn bevisst valg på det til å begynne med. Og da ønsket jeg å ha de mest erfarne klinikerne våre. Det har vært viktig fordi at de er jo litt*

*sånne modeller for de andre behandlerne her, og har stor troverdighet i behandlergruppa her (LOCI-leder 1).*

Bruk av sentrale endringsagenter på denne måten er viktig for få til endring, men gir også dem som får denne rollen en belønning. I et transaksjonsperspektiv kan man tolke det slik at medarbeideren «gir» arbeidsgiver drahjelp i endringsarbeidet, og får tilbake belønning i form av skryt, kurs, opplæringer og oppmerksomhet. Hvis vi skal se dette transaksjonsforholdet opp mot viktig lederadferd for å fremme implementering viser lederne her helt klart at de belønner og gir oppmerksomhet til adferd som bidrar til å fremme implementeringen, ikke bare individuelt, men også på klinikknivå. Strategisk bruk av implementeringsledelse innebærer dimensjonene «støttende ledelse.» Strategier lederne kan bruke er nettopp belønning, men også å fremheve god innsats, og støtte uformelle ledere i å utvise positive holdninger til de nye metodene.

Jeg har frem til nå sett på hvordan lederne har beskrevet hvordan LOCI har vært nyttig, og ført til økt bevissthet og trygghet i egen lederrolle. Lederne beskriver også at veiledningen har gjort dem i stand til å anvende kunnskapen de har fått i sin ledelse. Dette er alle elementer som bidrar til å skape et klima for implementering. For å skape et implementeringsklima er organisasjonen også avhengig av at ledere på flere nivå trekker i samme retning (Aarons et al 2015). De overordnede lederne representerer i dette implementeringsprosjektet det strategiske nivået i organisasjonen, og jeg vil i neste underkapittel si noe om hvordan de overordnede lederne anvendte ledelse i implementeringen, og betydningen av at overordnede ledere også er med i LOCI for å bidra til implementeringsklimaet.

#### *4.3.5 Anvendt ledelse på flere nivåer*

De overordnede lederne beskriver seg selv som «de som baner vei,» som overordnet leder 1 fortalte meg. Hun sier videre at hun er den som får legitimitet oppover i systemet både økonomisk og tidsmessig. Flere av lederne trekker frem helseforetakenes måling av tidsbruk som noe de må håndtere. Om sin egen rolle i implementeringen sier overordnet leder 2 dette: «Være en slags moderator mellom de som måler oss på aktivitet, og tall og økonomi, og til de da som er opptatt av fag og hva som faktisk er virksomt i pasientbehandlingen».

Å gi implementeringen prioritet og sette det inn i virksomhetens øvrige planer er også viktig for å få det til. De overordnede lederne beskriver at det å utvikle en strategiplan har hjulpet dem med dette:

*...det var der den strategiplanen kom til, og det er for så vidt klokt tenker jeg, å tenke ut strategi. For vi har jo fått dette her inn i de rutinene vi allerede har, i forhold til kompetansekrav, i forhold til at KATES (kartleggingsverktøy for traumer og posttraumatisk stress) er en del av alle poliklinikkens førstesamtaler. Vi har passet på å få det inn i driften, sånn at det ikke er så enkelt å velge det bort. Det har kanskje vært det viktigste (overordnet leder 1).*

Behandlingsmetodene krever mer tid enn de vanlige 45 minuttene sammen med pasienten, terapeutene må også ha tid til opplæring og jevnlig veiledning, og dermed måtte timeplanene endres. Overordnet leder fremhever ledelsens ansvar for å få dette til:

*Vi besluttet at timeplanene måtte endres for det kan jo raskt bli en tendens til «nei, det har vi ikke tid til», «nei, det kan ikke vi», - jo, det er noe vi prioriterer her, slik at da må vi endre våre rutiner og vår struktur, slik at det her det, det skal vi få til (overordnet leder 2).*

Sitatene over fremhever viktigheten av proaktiv ledelse, både i form av å legge planer, men også i form av få satsingen på traumer og behandlingsmetodene inn i allerede eksisterende planer og struktur i avdelingen. Disse elementene vet vi fra teorien er viktige fremmere for implementering. For meg så fremstår det imidlertid som at noe av arbeidet overordnet ledelse gjorde for å skape legitimitet oppover i systemet og sette det inn i system, ikke var like synlig for LOCI-lederne, da dette ikke fremsto som like viktige elementer for dem i implementeringen.

At de overordnede lederne har fått kunnskap om prosjektet ved å få jevnlig innsjekk og evaluering av strategiplanen har bidratt til at de også har klart å følge opp implementeringen på en annen måte enn de de har gjort tidligere, eller som overordnet leder 2 sier: «...dette å nettopp ikke bare slippe det i den fasen, for det er jo det man pleier å gjøre, ikke sant». Et slikt gjennomgående fokus på tvers av ledernivåer på implementering er sentralt for å få til et implementeringsklima (Aarons et al 2014).

#### 4.4 Implementeringsklima

På direkte spørsmål om lederne opplever implementeringsklimaet som bedre etter dette prosjektet, antyder utsagnene at lederne opplever at fokuset denne implementeringen har fått har økt bevisstheten om kunnskapsbaserte metoder generelt i klinikken. LOCI-leder 4 beskriver hvordan målet om bedre pasientbehandling også fører til økt endringsvilje:

*Vi er veldig sånn omforent om felles fokus om at vi skal drive kunnskapsbasert behandling, vi skal vite hva vi skal behandle, og vi skal behandle det med noe som virker. Den holdningen, det kan godt hende vi hadde kommet dit uansett, men dette prosjektet har i hvert fall ikke holdt det tilbake, og antakelig hjulpet oss enda mer i det fokuset, så det har satt seg veldig. Og det har satt dette med endringer til de beste for pasienten, det tåler de ganske godt, selv om det er krevende å endre drift, så, lenge det er målet, så opplever jeg klimaet - det har hvert fall ikke blitt noe dårligere, og antagelig bedre (LOCI-leder 4).*

LOCI-leder 3 har bevisst brukt kunnskapen hun har opparbeidet seg gjennom LOCI til å øke bevissthetsnivået om kunnskapsbaserte metoder i klinikken:

*Jeg vil si at jeg har brukt denne kunnskapen for alt det er verdt også med tanke på hvor klinikken skal, at vi skal utvikle oss på andre områder også. Så jeg vil si at implementeringen. Jeg tror det er en annen bevissthet i klinikken om kunnskapsbasert behandling (LOCI-leder 3).*

*Det viser disse 360-studiene, eller spørsmålene, at det har det vært en økning. Så, det kan man godt tenke har med LOCI å gjøre fordi at, denne implementeringen hadde vært liksom så synlig i hele seksjonen fordi vi har vært med i LOCI. Så det tror jeg man kan se som en sammenheng ja (LOCI-leder 2).*

LOCI-leder 2 har sett at klimaet har endret seg positivt på tilbakemeldingene han har fått gjennom 360-undersøkelsene, og svarer derfor positivt til at klimaet har endret seg gjennom prosjektet. Han trekker frem at han som leder har vært bevisst på å synliggjøre prosessen i hele seksjonen og at LOCI har hjulpet ham med det.

I mitt datamateriale var det LOCI-leder 8 som avvek mest i svarene. Som vi har sett tidligere var hun lite motivert både til å delta i implementeringsprosjektet, og hadde heller ikke stor motivasjon til å bruke tid på LOCI. Denne lederen fortalte meg at konfliktnivået i klinikken hadde økt som følge av dette prosjektet. LOCI hadde heller ikke hjulpet lederen med å dempe konflikten. Det fremkom at kunnskapsgrunnet bak behandlingsmetodene, samt manglende involvering og kommunikasjon rundt beslutningen om deltagelse var noe av grunnen for konflikten. «Jeg tror nesten det har blitt verre,» var svaret på spørsmål om implementeringsklimaet hadde blitt bedre.

*Det er vanskelig for de som begynte i traumeprosjektet og føle at den metoden de hadde ble respektert. Det var vanskelig. Det var liksom å konkurrere med de andre (LOCI-leder 8).*

I dette tilfellet kan det se ut som posisjonen til uformelle ledere ble truet. På den annen siden og mer representativt for utvalget, finner jeg LOCI-leder 6 som fremhever erfaringene med selve metodene som grunnlag for et positivt implementeringsklima:

*Fordi nå begynner vi å komme dit at vi begynner å se på hva det er vi har i andre enden, ikke sant. Hvor raskt kommer pasienten hjem, hvor sikre er vi på at alt er gjort på en god måte. Det er noe med en slik strømlinjeformet behandlingsmetode, kan for noen oppleves som en tvangstrøye, men de fleste opplever nok, med litt erfaring, at det er utrolig greit verktøy når man skal vise tilbake til hva som er gjort. For det har så faste målepunkter, og dokumentasjon kommer slik av seg selv. Så det er en forenkling altså. Og det å være sikre på at det går bra, det er ikke det man opplever hver dag i vårt felt (LOCI-leder 6).*

Å ha fått til en god implementering, og erfare at behandlingene gir resultater for organisasjonen og ikke minst pasienten vil jo til slutt være det som avgjør hvorvidt behandlingsmetodene blir implementert på en måte som vedvarer over tid. Utsagnet fra LOCI-leder 6 forteller meg at de etter ett år har klart å komme dit at de ser disse resultatene, som igjen motiverer til videre arbeid, og at de med det opplever et styrket implementeringsklima.

Videre oppsummering og diskusjon av funnene vil jeg gjøre i neste kapittel.



## 5 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg benytte resultatene jeg har presentert i kapittel 4 til å diskutere å besvare forskningsspørsmålene mine og gjennom dem hovedproblemstillingen for denne oppgaven. Dette vil jeg gjøre i lys av det teoretiske rammeverket jeg presenterte i kapittel 2. Jeg vil også diskutere hvorvidt lederne opplever LOCI som effektiv implementeringsstrategi opp mot nivåene i Kirkpatrick's nivåer for evaluering. Til slutt vil jeg presentere styrker og svakheter ved studien og forslag til fremtidig forskning.

### 5.1 Opplever lederne LOCI som nyttig?

Funnene i denne studien viser at lederne opplevde LOCI som nyttig i implementeringen. Samlingene og veiledningene blir trukket frem som det mest nyttige. Det er dermed grunn til å tro at dette har vært viktige lærings- og utviklingsarenaer for lederne og at samlingene skapte profesjonelle fellesskap. Funnene er i tråd med studier som viser at slike fellesskap skaper en kollektiv orientering hos deltakerne, noe som igjen er viktig for både motivasjon og læringseffekt (Roland 2015). Følelsen av å være med i et nasjonalt prosjekt sammen med flere andre ledere på tvers av ble gjennomgående beskrevet som nyttig, og funnene mine kan indikere at samlingene bidro til å skape en «vi» kultur og et ledelsesklime for implementering. Dette kan indikere at prosjektets størrelse har betydning. Det kan dermed stilles spørsmålsteget ved om LOCI i et mer begrenset omfang, for eksempel innenfor kun en avdeling eller virksomhet, ville skapt samme fellesskapsfølelse. Forskingen på LOCI i USA er ikke på samme måte et nasjonalt prosjekt, men lederne her har rapportert om opplevd nytte likevel (Aarons et al 2015). Sammen med erfaringene fra studien i USA, kan det indikere at LOCI kan ha en nytteverdi også i mindre målestokk.

På samlingene lærte lederne implementerings- og ledelsesteori. De lærte også gjennom refleksjon sammen med andre, og gjennom deling av kunnskap på tvers av klinikkene. Hvis vi ser til Kirkpatrick's evalueringsmodell for lederutvikling viser den til at positive reaksjoner på lederutvikling kan ha en innvirkning på læringseffekten, da det er grunn til å anta at reaksjonene vil motivere for læring (Kirkpatrick og Kirkpatrick 2005). Det er ikke det samme som å si at læring faktisk har funnet sted. Når man spør ledere om å rapportere om eget læringsutbytte, har de en tendens til å undervurdere egen læring (Lai 2013). I lys av dette kan man tenke seg at lederne faktisk kan ha undervurdert hvor mye de faktisk har lært. Videre har man en tendens til å fortolke det man har lært i lys av tidligere kunnskap og egne holdninger

(Lai 2013). I min studie har jeg ikke tatt hensyn til hvorvidt lederne har mye eller lite kunnskap om ledelse fra før, men dette kan jo også ha innvirkning på hvordan de vurderer læringseffekten av LOCI og nytteverdien av dette. At lederne sier at LOCI har lært dem om implementering og ledelse, men også bevisstgjort dem, og minnet dem på viktige begreper, kan tyde på at LOCI har ført til både ny læring og oppfriskning av kunnskap de allerede hadde.

For at lederutvikling skal gi læring og utviklingsmulighet er fleksibilitet en av faktorene som har betydning (Arnulf 2012). At veiledning bygger på tilbakemeldinger gjennom 360-undersøkelser kan være viktig for læringsutbyttet, men er da avhengig av at lederen selv reflektere over sin egen rolle for at adferdsendring skal skje (Arnulf 2012). Både veiledningens fleksibilitet og hjelp til refleksjon over egen rolle er elementer lederne trekker frem som nyttig i LOCI. Det bidrar også til å underbygge antagelsen om at LOCI har hatt en læringseffekt.

Det neste trinnet i Kirkpatrick's evalueringsmodell er hvorvidt lederne har klart å benytte seg av kunnskapen slik at endring faktisk finner sted. Utsagnene til lederne viser at de også har opplevd at de fikk hjelp til å anvende implementeringsteorien og ledelsesteorien i praksis gjennom LOCI, kanskje først og fremst gjennom veiledningen, men også gjennom samlingene og i fellesskapet med andre ledere. Dette er i tråd med Kirkpatrick's forutsetning for anvendelse, nemlig at må være i et godt arbeidsklima, samt at deltagerne får hjelp til å anvende de de har lært i praksis (Lai 2013).

Lederne fremhevet at de hadde blitt mer bevisste på at egen lederadferd hadde konsekvenser for klinikkens mål om å implementere kunnskapsbaserte metoder for PTSD. De fremhevet transformasjonsledelse som viktig og bevisstgjørende for hva de måtte gjøre i implementeringen. Involvering av hele klinikken, samt tydelighet rundt mål og visjoner kom frem som viktige punkter som bidro til å få klinikken til å dra i samme retning, og dermed fremmet implementeringen av behandlingsmetodene. Dette er i tråd med teorien om hva som er viktig i endringsledelse (Arnulf 2012, Hennestad og Revang 2017, Jacobsen 2018), og i tråd med teorien om hva som bidrar til å fremme implementering (Fixen et al 2005, Roland og Westgård 2015).

Funnene i min studie kan dermed indikere at lederne opplevde LOCI som nyttig av tre årsaker: De lærte om implementering og strategisk lederadferd for å få til implementering, de fikk hjelp til å opprettholde fokus på implementeringen, reflektere over egen lederrolle med konsekvens for måloppnåelsen, og dermed hjelp til å benytte seg av det de hadde lært i implementeringen av behandlingsmetodene i klinikken.

Det siste nivået til Kirkpatrick er hvorvidt organisasjonen oppnår ønsket måloppnåelse. Lai (2013) kaller dette nivået for nytte. Det overordnede spørsmålet man kan stille seg her er om tiltaket har gitt nytte for organisasjonen ut fra et på forhånd definert mål. Min hensikt med forskningsspørsmålet om hvorvidt lederne opplevde LOCI som nyttig, var å få innblikk i deres reaksjoner på LOCI på individnivå. Altså mer i tråd med Kirkpatrick's første nivå. Samtidig ser vi at lederne er klart motivert for å delta i LOCI med den hensikt å skape bedre behandlingstilbud for PTSD i sin avdeling og klinikk. Det kan tyde på at det er vanskelig å skille lederens egen opplevelse av at LOCI var nyttig for dem, og deres opplevelse av LOCI's nytteverdi for organisasjonen ut fra målet om å implementere behandlingsmetodene for PTSD. En slik tolkning av ledernes opplevelse av nytte vil også gi grunnlag for å svare på det andre forskningsspørsmålet mitt, nemlig hvorvidt LOCI har hjulpet lederne med å skape et klima for implementering da dette kan sies å være et delmål i LOCI. Jeg vil utdype det litt nærmere i det følgende underkapittelet.

## **5.2 Har LOCI hjulpet lederne å skape et klima for implementering?**

Både transformasjonsledelse og implementeringsledelse er assosiert med evnen til å skape og utvikle et implementeringsklima (Aarons et al 2014). Funnene i studien min kan tyde på at LOCI har bidratt til å hjelpe lederne til å anvende denne kunnskapen i praksis. Aarons et al (2014) har tatt utgangspunkt i underliggende mekanismer for hva som bidrar til å utvikle, opprettholde og endre kultur når de har utviklet det de omtaler som implementeringsledelse. Analysen min indikerer at dette har gitt mening for lederne, og igjen bevisstgjort dem på strategisk lederadferd for å oppnå målet.

Gjennom veiledningen fikk lederne hjelp til å holde fokus på implementeringen. Utholdende ledelse er en dimensjon ved implementeringsledelse som omhandler det å opprettholde fokuset på implementeringen til tross for at man støter på utfordringer. Det at lederne gir implementeringen oppmerksomhet, ressurser og prioritet bidrar til å underbygge og utvikle et implementeringsklima (Aarons et al 2014). Rekruttering og kompetansestyling er andre

viktige elementer for å skape et klima for implementering (Ogden 2010, Aarons et al 2014). Dette var alle elementer som kom frem som eksempler på strategisk lederadferd lederne hadde blitt bevisst på gjennom LOCI, og fått hjelp til å anvende i praksis. Funnene i min studie kan dermed indikere at LOCI har hjulpet lederne med å skape et klima for implementering for behandlingsmetodene for PTSD.

### **5.3 Er LOCI en effektiv implementeringsstrategi i psykisk helsevern i Norge?**

Funnene i studien viser at lederne var motiverte til å delta i LOCI først og fremst for å få til ønsket endring i klinikken, nemlig økt bruk av kunnskapsbaserte metoder. Å vite hva som er målet med lederutviklingen, og hvorfor man som leder skal endre seg, øker sannsynligheten for at lederutviklingen er effektiv. Kirkpatrick viser til at kunnskap om måloppnåelsen må være til stede for at man skal kunne anvende tillært kompetanse i praksis (Kirkpatrick og Kirkpatrick 2005). Dette er også i tråd med studier som er gjort av lederutvikling (Arnulf 2012, Lai 2013, Martinsen 2019). At motivasjonen for å gå i gang med, og forventingene til LOCI, var begrunnet i måloppnåelse kan indikere at lederne så nyttebegrepet opp mot måloppnåelsen, og at dette dermed kan si noe om LOCI er en effektiv implementeringsmodell

Funn i denne studien kan videre indikere at det å ha benyttet en systematisk implementeringsmodell som LOCI har hjulpet lederne i denne implementeringen bedre enn andre implementeringer. Effektiv lederutvikling kan måles i ønsket måloppnåelse for organisasjonen (Kirkpatrick og Kirkpatrick 2005, Lai 2013). Målet for implementeringsprosjektet er at kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD skal implementeres i psykisk helsevern i Norge på en måte som gjør at behandlingen befester seg i klinikken som et permanent tilbud til pasientene. Endelig er målet at pasienter med PTSD skal få best mulig behandling. Gjennom å delta i en systematisk implementeringsmodell som LOCI, skal lederne få hjelp til å få dette til. Ambisjonen med denne oppgaven er ikke å besvare spørsmål om pasientutfall. Dette er en kvalitativ undersøkelse som ønsker å få innblikk i ledernes opplevelse av modellen, og deres forståelse av hvordan den har hjulpet dem i implementeringen. Det at lederne opplevde modellen som nyttig og at den hadde hjulpet dem med å skape et klima for implementering kan indikere at LOCI oppleves som en effektiv implementeringsmodell.

Konteksten for denne implementeringen var psykisk helsevern i Norge. Selv om lederne rapporterte om at belønningsbiten i LOCI opplevdes som lite tilpasset den norske kulturen

viste det seg at lederne brukte belønning strategisk i form av blant annet tid, innkjøp av kursmateriell, oppmuntring og ros. En slik belønningsform er i tråd med transaksjonsledelse og implementeringsledelse, og kan ha bidratt til å skape et implementeringsklima (Aarons et al 2014, Arnulf 2019).

De overordnede lederne rapporterte om deres rolle som en «moderator» mellom nivået som styrer dem på tall og økonomi, og nivået LOCI-lederne var på, der fagutvikling skal skje i praksis. De overordnede ledernes rolle var viktig for å skape legitimitet for økt tidsbruk til blant annet opplæring og pasientkontakt. Det var også på dette nivået at behandlingsmetodene og implementeringen fikk plass i strategier og planer, som igjen danner grunnlag for klinikkens budsjett. Dette er viktige organisatoriske og strukturelle faktorer som ledelsen må adressere for å få til varig implementering (Aarons et al 2014, Conrad 2015). Selv om flere av LOCI-lederne nevnte måling og resultatstyring som førende i arbeidet, hadde ikke de på samme måte dette fokuset. LOCI-lederne opplevde å få den støtten de trengte fra overordnet ledelse, men uttalte ikke at det var en del av deres rolle i implementeringen. Jeg vil argumentere for at det bidrar til å heve viktigheten av å se disse nivåene i sammenheng, og involvere det overordnede nivået på måten det er gjort i LOCI, og at det bidrar til LOCIs effektivitet i denne implementeringen.

LOCI-leder 8 sine opplevelser av LOCI var at det ikke hjalp henne i implementeringen. Både egen motivasjon for behandlingsmetodene og dermed LOCI, samt uformelle ledere på klinikken som hadde et annet faglig ståsted, bidro til å hemme implementeringen. Disse opplevelsene er i tråd med både endringsteorien og implementeringsforskningen som vektlegger organisasjonens kapasitet for endring for at endring faktisk skal finne sted (Fixen et al 2005, Jacobsen 2018). Det understreker også viktigheten av at organisasjonen har kapasitet for endring, og at fasen før implementeringen, forberedelsesfasen, er gjort grundig nok før man går i gang for at LOCI skal være en effektiv implementeringsmodell.

#### **5.4 Styrker og svakheter ved studien og forslag til videre forskning**

Studiens kvalitative design og de semistrukturerte intervjuene har gjort at jeg har fått et godt innblikk i ledernes oppfatning og opplevelser av LOCI. Jeg har benyttet Kirkpatrick's evalueringsmodell som et analytisk utgangspunkt for å kunne se om LOCI er en effektiv modell. Dersom man skulle fulgt evalueringsmodellen, og logikken til Kirkpatrick fullt ut hadde det vært nødvendig å gjennomføre andre type målinger og tester for å se om læring

faktisk har funnet sted, og ført til anvendelse i praksis. Videre måtte da tidsperspektivet vært lenger for å kunne sagt noe om faktisk måloppnåelse. Selvrappotertering på denne måten fører ikke til at man kan trekke faktiske slutninger. Opplevelser er subjektive, og vi gjør ikke alltid det vi sier vi gjør. Min kvalitative analyse avdekker likevel tendenser i datamateriale som gir et grunnlag for å kunne si noe om LOCI's effektivitet. Denne studien gir således et bidrag inn i litteraturen om implementering, og hvor viktig det er å ha kunnskap og ferdigheter om implementeringsledelse for å få til god implementering.

Jeg har valgt å se på ledernes opplevelse av LOCI med bakgrunn i relevant implementerings- og ledelsesteori. Jeg har sett på leders egen motivasjon for å delta, og sett det i sammenheng med opplevd nytteverdi. Det er en rekke andre variabler som også kan spille inn, og det er mange måter og innfallsvinkler å studere dette ut fra. Litteraturen om endring, implementering og ledelse er omfattende, og på grunn av denne oppgavens omfang har det vært nødvendig å gjøre noen avgrensninger. Studier av psykologisk trygghet viser at dette er positivt relatert til blant annet tilfredshet på jobben, jobbutførelsen, og ønsket om læring og utvikling på arbeidsplassen (Frazier et al 2017). Noe av grunnlaget bak LOCI er at transformasjonsledelse skal bidra til psykologisk trygghet på arbeidsplassen, som igjen er en faktor for et positivt implementeringsklima. Det hadde dermed vært interessant i videre forskning å for eksempel studere både ledere og medarbeidere for å se om det er noen sammenheng med LOCI, psykologisk trygghet på arbeidsplassen og medarbeidernes opplevelser av implementeringen opp mot faktiske bruk av behandlingsmetodene.

## 6 Konklusjon

Å kommunisere noe, for så tro at det blir iverksatt, har vist seg som mindre effektive strategier for implementering. Til tross for flere studier av implementering og et voksende forskningsfelt, er det fortsatt slik mye innføring av nye metoder foregår. For liten kunnskap og egnede metoder for implementering har bidratt til at det fortsatt er et gap mellom kunnskap og faktisk anvendelse av kunnskapsbaserte metoder. Denne studien har bidratt til å gi innsikt i en modell som kan være en effektiv implementeringsstrategi. Funnene i denne studien viser nødvendigheten av å legge til rette for, og følge opp implementering over tid, slik det er gjort gjennom LOCI.

Både samlinger og jevnlig veiledning krever ressurser, ikke bare i form av ledernes tidsbruk, men også fra andre krefter. I dette tilfellet har NKVTS fått finansiert prosjektet via statsbudsjettet til å gjennomføre dette. Selve implementeringen og LOCI har derfor ikke kostet klinikkene annet enn tidsbruken. Å integrere kunnskap om implementering og strategisk lederadferd sammen med nødvendig transformasjons- og transaksjonsledelse i allerede pågående interne lederprogrammer kan være aktuelt for å gjøre det mer gjennomførbart i en mindre målestokk.

Å være leder kan ofte være en ensom oppgave. At samlingene ble fremhevet som svært nyttige og relevante for lederne kan bety at de savner et utvidet profesjonelt fellesskap. Å legge til rette for bredere fellesskap med målrettet fokus, samt veiledning basert på ledernes egne utfordringer, kan bidra til å hjelpe lederne med å bedrive ledelse på en måte som gir økt effektivitet i form av bedre pasientutfall, både i fremtidige implementeringer av kunnskapsbaserte metoder, men også der virksomheter skal i gang med andre store prosesser.

Oppsummert viser studien at lederne opplevde LOCI som nyttig og en god hjelp i implementeringen. Lederne opplevde også at kunnskapen de hadde fått gjennom LOCI hadde bidratt til at implementeringsklimaet i klinikken hadde blitt bedre gjennom implementeringsperioden. Det vil bli spennende å følge det overordnede forskningsprosjektet ved NKVTS som også vil se på kvantitative mål på ledelse og klima, samt pasientutfall som en del av forskningen rundt LOCI, og implementeringen av behandlingsmetodene for PTSD.

## 7 Litteraturliste

- Aarons, Gregory A, Lauren R Farahnak, Mark G Eirhart, og Marissa Sklar. 2014. "Aligning Leadership Across Systems and Organizations to Develop Strategic Climate for Evidence-Based Practice Implementation." *Annu Rev Public Health* 35, 255-277.
- Aarons, Gregory A, Mark G Ehrart, Lauren R Farhanak, og Michael S Hurlburt. 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 doi: 10.1186/s13012-014-0192-y.
- Albers, Bianca. 2015. "At lede implementeringen av evidensbasert praksis" i *Implementering. Fra viden til praksis på børne- og ungdområdet*, redigert av Bianca Albers, Helle Høgh og Hans Månsson, 117-133. Viborg: Dansk psykologisk forlag.
- Arnulf, Jan Ketil. 2012. *Hva er ledelse* Bergen: Fagbokforlaget.
- Arnulf, Jan Ketil. 2019. "Kommunikasjon og ledelse" i *Kommunikasjon for ledere og organisasjoner*, redigert av Peggy S Brønn og Jan Ketil Arnulf, 129-147. Bergen: Fagbokforlaget.
- Barne- og likestillingsdepartementet. 2016. *Opptappingsplan for vold og seksuelle overgrep (2017-2021)*. Prp. 12 S (2016-2017). Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Brottveit, Gudrun. 2018. "Den kvalitative forskningsprosessen og kvalitative forskningsmetoder i Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: om å arbeide forskningsrelatert", redigert av Gudrun Brottveit, 84-105. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Carlfjord, Siw. 2012. *The Challenge of Changing Practice. Applying Theory in the Implementation of an Innovation in Swedish Primary Health Care*. Doktoravhandling. Linköping University Faculty of Health Sciences.
- Castiglione Sonia A. 2019. "Implementation leadership: A concept analysis." *Journal of Nursing Management*. doi.org/10.1111/jonm.12899.
- Christensen, Tom, Morten Egeberg, Per Lægred, Paul G Roness og Kjell Arne Røvik. 2015. *Organisasjonsteori for offentlige sektor*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cilenti, Dorothy, Ross C Brownson, Karl Umble, Paul C Erwin og Rosemary Summers. 2012. "Information-seeking behaviors and other factors contributing to successful implementation of evidence-based practices in local health departments" *Public Health Manag Pract*. 18(6): 571–576. doi: 10.1097/PHH.0b013e31825ce8e2.



- Conrad, Torsten. 2015. "Ledelsen og forandringer i folkeskolen" i *Implementering. Fra viden til praksis på børne- og ungeområdet*, redigert av Bianca Albers, Helle Høgh og Hans Månsson, 87-206. Viborg: Dansk psykologisk forlag.
- Deci, Edward L og Richard Ryan. 2014. "Autonomy and need satisfaction in close relationships: Relationships motivation theory" i *Human motivation and interpersonal relationships: Theory, research, and applications*, redigert av Netta Weinstein, 53–73. Dordrecht: Springer Science + Business Media.
- Drake, Robert, Howard H Goldman, Stephen Leff, Anthony F Lehman, Lisa Dixon, Kim L Mueser og William C Torrey. 2001. "Implementing Evidence-Based Practices in Routine Mental Health Service Settings". *Psychiatric Services* 52(2):179-82. doi: 10.1176/appi.ps.52.2.179.
- Egeland, Karina M, Ane-Marthe Solheim Skar, Mathilde Endsjø, Erlend Høen Laukvik, Harald Bækkelund, Aida Babaii, Lene Beate Granly, Gry Kristina Husebø, Randi Hovden Borge, Mark, G Ehrart, Marisa Sklar, C.Henricks Brown og Gregory A Aarons. 2019. "Testing the leadership and organizational change for implementation (LOCI) intervention in Norwegian mental health clinics: a stepped-wedge cluster randomized design study". *Implementation Science*, 14. doi: 10.1186/s13012-019-0873-7.
- Fixen, Dean L, Sandra F Naom, Karen A Blase, Robert M Friedman og Frances Wallace. 2005. *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa: Louis de la Parte Florida Mental Health Institute Publications.
- Frazier, Lance M, Stav Feinshmidt, Ryan L Klinger, Amir Pezeshkan, og Veselina Vracheca. 2017. "Psychological Safety: A Meta-Analytic Review and Extension" *Personnel Psychology* 70 (1): 113-165. doi: 10.1111/peps.12183.
- Girlanda Francesca, Ines Fiedler, Thomas Becker, Corrado Barbui og Marcus Koesters. 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. doi:https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.179093.
- Grimen, Harald og Lars Inge Terum. 2009. "Profesjonsutøvelse - kvalitet og legitimitet" i *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, redigert av Harald Grimen og Lars Inge Terum, 9-17. Oslo: Abstrakt forlag.
- Helsebiblioteket.no. 2020. "Kunnskapsbasert praksis." Hentet mars 2020. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>.

- Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. *Prp. 1 S*. Prp. 1 S (2015-2016) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2019. *Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023*. Mld.St 7 (2019-2020). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hennestad Bjørn W og Øyvind Revang. 2017. *Endringsledelse og ledelsesendring. Fra plan til praksis*. 3. utg Oslo: Universitetsforlaget.
- Høst, Tor. 2005. *Ledelse i helse og sosialsektoren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Høst, Tor. 2016. *Ledelse – en helhetlig modell*. 2. utg Oslo: Universitetsforlaget.
- Jacobsen, Dag Imgvar. 2018. *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Johnsen Grethe E, Pushpa Kanagaratnam P og Arve E Asbjørnsen. 2013. Posttraumatisk stressforstyrrelse er forbundet med kognitive dysfunksjoner i *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 50 (3): 201-207.
- Johannessen, Asbjørn, Line Christoffersen og Per Arne Tuft. 2011. *Forskningsmetode for økonomisk administrative fag*. 3. utg. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kirkpatrick, Donald L og James D Kirkpatrick. 2005. *Transferring Learning to Behavior. Using the four Levels to Improve Performance*, 3.utg. San Fransisco: Berrett-Koheler Publishers, Inc.
- Kvale, Steinar og Svend Brinkmann. 2015. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lai Linda. 2013. *Strategisk kompetanseledelse*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lai, Linda. 2017. "Når ledelse fungerer best". *Dagens Næringsliv* 2017, 17. september.
- Martinsen Øyvind L. 2019. "Lederutvikling" i *Perspektiver på ledelse* redigert av Øyvind L Martinsen. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Meyer, Christine B og Inger G Stensaker. 2011. *Endringskapasitet*. Bergen: Fagbokforlaget
- Moullin, Joanna C, Kelsey S Dickson, Nicole A Stadnick, Borika Rabin og Gregory A Aarons. 2019. "Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework" i *Implementation Science* 14 (1) doi: 1186/s13012-018-0842-6.
- NKVTS. 2019a. *"Implementering av kunnskapsbasert traumebehandlingstilbud til voksne i klinikk (ITV)"*. Hentet november 2019. <https://www.nkvts.no/prosjekt/implementering-av-traumebehandlingstilbud-til-voksne-itv/>.
- NKVTS. 2019b. *"TF-CBT"*. Hentet november 2019. <https://www.nkvts.no/tf-cbt/>.

- Ogden, Terje. 2010. *Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og ungdom. Evaluering og implementering av evidensbaserte behandlingsprogrammer i Norge*. Dr philos avhandling. Universitet i Bergen.
- Ogden, Terje. 2012. *Evidensbasert praksis i arbeidet med barn og unge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Reedtz, Charlotte og Camilla Lauritzen. 2015. "Barn med psykisk syke foreldre: Behov for nye rutiner og bedre implementeringsstrategier" *Scandinavian Psychologist*, 2 (10). doi: <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e10>.
- Ringdal Kristen. 2014. *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 3. utg. Bergen; Fagbokforlaget.
- Roland, Pål. 2015. "Hva er implementering" i *Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer til praksis*, redigert av Pål Roland og Elsa Westgård. Oslo: Univeristetsforlaget.
- Roland, Pål og Elsa Westgård. 2015. "Ulike perspektiver på implementering i *Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer til praksis* redigert av Pål Roland og Elsa Westgård. Oslo: Univeristetsforlaget.
- Rosch, David M og Josh S Villanueva. 2016. "Motivation to develop as a Leader". *New directions for student leadership* 18 (2): 49-59. doi: <https://doi.org/10.1002/yd.20161>
- Schein Edgar. 2017. *Organizational Culture and Leadership*. 5. utg. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons Inc.
- Schneider Benjamin. Mark G Ehrhart, M.G og William Macey. 2012. "Organizational Climate and Culture" i *Annual Review of Psychology* 64 (1) doi:10.1146/annurev-psych-113011-143809.

## 8 Vedlegg

### Vedlegg 1: Intervjuguide LOCI-ledere

*I dette intervjuet ønsker vi å snakke om hvordan poliklinikken/enheten og dere i ledelsen har lagt til rette for at terapeutene kan ta i bruk TF-CBT / EMDR/CT-PTSD, og hvordan dere har opplevd å delta i LOCI.*

*Først vil jeg gjerne vite litt om deg som leder og prosessen før dere ble med i prosjektet.*

1. Hvor lenge har du vært leder?
3. Hva tenker du kjennetegner deg som leder (før LOCI)?
4. Hvor mye erfaring har du med implementering?
4. Hadde du stor kjennskap til metodene som skulle implementeres fra før?
5. Var du delaktig i beslutningen om å delta i implementeringen av kunnskapsbaserte metoder for behandling av PTSD og LOCI? Hvis ikke hvor ble denne beslutningen tatt?
6. Hva tenker du om at din klinikk/enhet deltar? Hvorfor ønsket dere å delta?

*La oss gå over til LOCI.*

7. Kan du fortelle meg litt om ditt samlede inntrykk av LOCI?

*Nå skal vi gå inn på de forskjellige komponentene i LOCI. Som del av LOCI har du tatt del i en 2-dagers oppstartssamling, tre oppfølgingssamlinger, ukentlig veiledning, månedlig gruppeveiledning, og kvartalsvise strategimøter.*

8. Er det noen av disse elementene som har vært mer nyttig enn andre? Noe som ikke opplevdes like nyttig?

*Som del av LOCI har du fått individuelle tilbakemeldinger på din lederatferd (basert på 360-undersøkelsene).*

9. Hva synes du om å motta individuelle rapporter om din lederatferd?

- a. Har du brukt tilbakemeldingsrapporten din aktivt når du har ledet implementeringen av TF-CBT / EMDR/CT-PTSD?
- b. Hvis ja, på hvilken måte?
- c. Hvis nei, hva er grunnen til dette?

*Som del av LOCI har du hatt ukentlig veiledning med din LOCI-veileder.*

10. Hva synes du om den ukentlige veiledningen du har fått?
- a. Slik du ser det, hva var hensikten med den ukentlige veiledningen?
  - b. Hva opplevde du som nyttig?
  - c. Hva var ikke så nyttig?
  - d. Hva kunne din veileder gjort for at den ukentlige veiledningen skulle vært mer nyttig for deg?
  - e. Brukte du lederutviklingsplanen din på en aktiv måte i veiledningen?
  - f. Hva synes du om hyppigheten av veiledningene (ukentlig)?
  - g. Ca. hvor lenge varte veiledningssamtalene, og hva synes du om lengden?

*Din overordnede leder har også deltatt i LOCI i form av strategimøter hver fjerde måned.*

11. Kan du si noe om samarbeidet i implementeringen mellom overordnet leder og deg før og etter LOCI?
- a. Har du fått den støtten du trengte fra din overordnede leder til å lede implementeringen av TF-CBT / EMDR/CT-PTSD?
    - i. Hvis ja, hva har vært viktig?
    - ii. Hvis nei, hva tror du dette handler om?
  - b. Tenker du at LOCI har ført til noen endringer i samarbeidet mellom deg (og eventuelt andre ledere på linje) og overordnet ledelse?
    - i. Hvis ja, på hvilken måte? Og hvilken funksjon tenker du dette har hatt i implementeringen?
    - ii. Hvis nei, hva tenker du er grunnen til det?

12. Den første workshopen du deltok på ved oppstart var kun for LOCI-ledere. Tror du det hadde gitt noe merverdi om din overordnede leder hadde deltatt

på en tilsvarende workshop ved oppstart?

*Som del av LOCI har du vært i en fast gruppe med andre ledere.*

13. Hvordan opplevde du å jobbe i en liten gruppe med de andre lederne?

- a. Det å jobbe med andre på denne måten kan noen ganger by på utfordringer. Opplevde du noen utfordringer i den gruppen du var en del av?

*La oss snakke litt om betydningen LOCI har hatt for implementeringsarbeidet.*

14. Hva vil du si har vært det mest utfordrende ved implementeringen?

- a. Hva har du eventuelt gjort for å tilrettelegge for implementering av TFCBT / EMDR/CT-PTSD som du tenker er et direkte resultat av å ha deltatt i LOCI?

15. Opplever du at implementeringsklimaet er bedre nå enn før dere startet med implementeringen?

- a. Hvis ja, tenker du at LOCI har hjulpet, og på hvilken måte?
- b. Hvis nei, hva tenker du er grunnen til dette?

*Som leder av en poliklinikk kommer du til å være involvert i flere implementeringsprosjekter framover.*

16. Opplever du at du nå er bedre rustet til å lede andre endrings- eller implementeringsprosesser?

- a. Hvis ja, på hvilken måte?

17. Har LOCI endret måten du ser på ledelse på eller hva du tror du kommer til å vektlegge i fremtiden?

*Til slutt vil vi gjerne ha noen råd fra deg.*

18. Hvis vi skulle ha startet en ny runde med LOCI-opplæring til andre ledere i BUP/DPS, hvilke deler mener du vi burde endret eller eventuelt kuttet ut?
19. Når hadde det vært best for deg å starte opp med LOCI, sett opp mot når terapeutene fikk opplæring i TF-CBT/EMDR/CT-PTSD?
20. Hva synes du om lengden på programmet (ett år)?
21. Har du avslutningsvis noe mer du ønsker å gi tilbakemelding på?

## Vedlegg 2: Intervjuguide overordnede ledere

*I dette intervjuet ønsker vi å snakke om hvordan poliklinikken/enheten og dere i ledelsen har lagt til rette for at terapeutene kan ta i bruk TF-CBT / EMDR/CT-PTSD, og hvordan dere har opplevd å delta i LOCI. Først vil vi gjerne vite litt om deg som leder og prosessen før dere ble med i prosjektet.*

1. Hvor lenge har du vært leder?
2. Hvor mye erfaring har du med implementering?
3. Hadde du noen kunnskap om metodene som skulle implementeres fra før?
4. Var du delaktig i beslutningen om å delta i implementeringen av kunnskapsbaserte metoder for behandling av PTSD og LOCI?
5. Hva tenker du om at din klinikk/enhet deltar? Hvorfor ønsket dere å delta?

*La oss gå over til LOCI.*

6. Kan du fortelle meg litt om ditt samlede inntrykk av LOCI?

*Nå skal vi gå inn på de forskjellige komponentene i LOCI som du har vært en del av.*

*Ved oppstarten av LOCI deltok du på en 2-timers strategimøte (ansikt-til-ansikt) etterfulgt av strategimøter over Skype/Zoom ved måned 4, 8 og 12.*

7. Hvordan opplevde du det som ble gjennomgått og diskutert i de kvartalsvise strategimøtene?
  - a. Er det noe annet du kunne ønsket at hadde blitt gjennomgått i strategimøtene?
  - b. Hvordan opplevde du å få tilbakemelding på implementeringsklima og terapeutenes holdninger til kunnskapsbasert praksis (360-undersøkelse)?

*Basert på tilbakemeldingene fra 360-undersøkelsene utarbeidet dere en strategiplan for å støtte opp under implementeringen, og denne planen ble revidert hver fjerde måned i forbindelse med tilbakemeldingsrapporten.*

8. Har du/dere jobbet aktivt med denne strategiplanen mellom strategimøtene?
  - a. Hvis ja, hvordan har dere jobbet med strategiplanen?
  - b. Hvis nei, hva var grunnen til dette?



*Som del av LOCI har du fått månedlig oppfølging (for ITV; innsjekk) via telefon.*

9. Hva synes du om den månedlige oppfølgingen du har fått?
  - a. Hva opplevde du som nyttig?
  - b. Hva var ikke så nyttig?
  - c. Hva kunne din veileder gjort for at de månedlige oppfølgingssamtalene ville vært mer nyttige for deg?
  
10. Hva opplevde du som din rolle i LOCI og i implementeringen?
  
11. Hva tenker du om din rolle som overordnet leder i implementerings- og endringsprosesser? Har LOCI ført til noen endringer i hvordan du utøver rollen – eller oppfatter rollen?
  
12. Hva har du eventuelt gjort for å tilrettelegge for implementering av TF-CBT / EMDR/CT-PTSD som du tenker er et direkte resultat av å ha deltatt i LOCI?

*La oss snakke litt om betydningen LOCI har hatt for implementeringsarbeidet og for samarbeidet mellom deg og LOCI-lederne.*

13. Kan du si noe om forskjellen på samarbeidet mellom deg og LOCI-lederne før og etter LOCI?
  
14. Er det noe du har opplevd i denne implementeringen som gjør at du vil tenke annerledes/ta andre strategiske grep i implementerings- og endringsprosesser i fremtiden?
  
15. Er det noe NKVTS kunne gjort på en annen måte i sin oppfølging av dere for å styrke implementeringen ytterligere?
  
16. Har du avslutningsvis noe mer du ønsker å gi tilbakemelding på?

## **Vedlegg 3: Informasjonsskriv/samtykkeerklæring BUP**

---

Forespørsel om deltakelse i 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 ledere som har deltatt i dette programmet. Hensikten med intervjuene er å få innsikt i deltakernes opplevelse av LOCI og betydningen LOCI har hatt for implementeringen.

### **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 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 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 gjenkjennende 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 avidentifiserte transkriberte data fra TSD. Disse vil oppbevares på krypterte minnepinner og slettes når masteroppgaven er levert.

Prosjektslutt 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 NSD Personvernombudet for forskning (23.04.2018, ref. 60059/3/OOS). Mastergradsprosjektet er godkjent av NSD Personvernombudet for forskning (ref. 519921). Kontaktopplysning til personvernombudet, NSD: [postmottak@nsd.no](mailto:postmottak@nsd.no)

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: 976 61 591

Trude Synnøve Borge Iversen

Masterstudent – OsloMet

E-post: [trude.borge.iversen@bufetat.no](mailto:trude.borge.iversen@bufetat.no)

Tlf: 466 17 777

## **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 implementeringsprogrammet LOCI.
- at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 31.12.2023.

Dato, signatur:

---

## **Vedlegg 4: Informasjonsskriv/samtykkeerklæring DPS**

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

#### **Hensikt**

Det 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).

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 ledere som har deltatt i 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 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 gjenkjennende 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. 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].

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 5: Tillatelse fra NSD

### NSD Personvern

30.10.2019 08:22

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 519921 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 30.10.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 25.06.2020.

### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.



## PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

**NSD Personvern**

07.05.2020 14:50

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 519921 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt:

NSD har vurdert endringen registrert 04.05.2020. Med endring menes at innmelder har informert NSD om at det ble benyttet et annet informasjonsskriv/samtykkeerklæring enn opprinnelig angitt. Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 07.05.2020.

Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!