



Implementering av traumebehandling i spesialisthelsetjenesten

En nasjonal implementering av behandling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) for barn og voksne

Rapport

Karina Egeland og Ane-Marthe Solheim Skar (red.)

Aida Babaii, Randi H. Borge, Nora Braathu, Harald Bækkelund, Mathilde Endsjø,
Lene Beate Granly, Kirsti Sunde Hansen, Gry Kristina Husebø og Nadina Peters

Implementering av traumebehandling i spesialisthelsetjenesten

En nasjonal implementering av behandling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) for barn og voksne

Karina Egeland og Ane-Marthe Solheim Skar (red.)

Aida Babaii, Randi H. Borge, Nora Braathu, Harald Bækkelund,
Mathilde Endsjø, Lene Beate Granly, Kirsti Sunde Hansen,
Gry Kristina Husebø og Nadina Peters

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble stiftet i 2003. Selskapet er en del av Norwegian Research Centre AS (NORCE).

Senterets oppgaver er forskning, utviklingsarbeid, undervisning, formidling og veiledning innen temaene

- vold og overgrep i nære relasjoner
- tvungen migrasjon og flyktningshelse
- katastrofer, terror og stressmestring

NKVTS har en egen seksjon for implementering og behandlingsforskning som arbeider på tvers av temaområdene våre. Senteret har også en nasjonal beredskapsfunksjon på området katastrofer og stressmestring.

Virksomheten ved senteret finansieres av flere departementer og direktorater, Norges forskningsråd, EU, frivillige organisasjoner og andre.

Vår visjon: «Et bedre liv for berørte av vold og traumer».

ISBN 978-82-8122-165-9 (Trykk)

ISBN 978-82-8122-163-5 (PDF)

ISSN 0809-9103

Illustrasjonsfoto forside: Shutterstock

Henvendelse vedrørende publikasjonen rettes til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Kontaktinformasjon på www.nkvts.no

Forord

I 2022 er det 10 år siden Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) fikk i oppdrag å implementere traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) i Psykisk helsevern for barn og unge (BUP) på nasjonalt nivå. Nasjonal implementering av kognitiv terapi for PTSD (CT-PTSD) og EMDR i Psykisk helsevern for voksne (DPS) startet opp i 2018.

Implementeringsprosjektene bringer oss tett opp mot klinikkene og de som praktiserer traumearbeid. Dette gjør at vi lærer mye om det faktiske arbeidet som gjøres i psykisk helsevern for barn og voksne. Denne kunnskapen bruker vi til å utforme og teste ut implementeringsstrategier, med mål om at ikke bare metodene som tilbys pasientene er kunnskapsbaserte, men også implementeringen og bruken av metodene. Begge prosjektene er pågående, med et mål om å nå ut til, samt vedlikeholde kompetansen på traumebehandling, i alle helseforetak i landet. Vi har et stort ønske om å bidra til å tilrettelegge for god implementering i tjenestene slik at behandlingsmetodene skal komme pasientene til gode.

I denne rapporten oppsummerer vi to år med implementering, fra 2018 til 2020. Data som presenteres i denne rapporten ble samlet inn mellom juli 2018 og april 2020. Det vil si at endringer i tjenestene som følge av Covid-19-pandemien kan ha forekommet, slik som antall og type henvisninger eller prioriteringer i tjenestene. Det er derfor behov for å fortsette og undersøke situasjonen klinikkene står i, og hvilken innvirkning den har på implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD.

Vi ønsker å takke alle de som har vært involvert i arbeidet. Vi er svært glade for at det bevilges midler gjennom statsbudsjettet ved Helse- og omsorgsdepartementet slik at vi kan fortsette å nå ut til klinikker som ønsker å implementere kunnskapsbasert traumebehandling i sine tjenester. Det er også av stor betydning den gode oppfølgingen vi får av Helsedirektoratet. Takk til alle deltakende poliklinikker, med deres ledere på flere nivåer som har jobbet hardt og godt for å få til vellykket implementering i sine tjenester, behandlere som tar i bruk de kunnskapsbaserte behandlingsmetodene, og pasienter som deltar i behandlingen og prosjektet. En ekstra takk til alle som har fylt ut

spørreskjemaer og som dermed bidrar til viktig forskning. Takk til NKVTS for å la oss få rom og tid til å gjennomføre prosjektene. Ikke minst ønsker vi å takke Inger Elise Birkeland for full støtte gjennom hele prosjektperioden.

Vi ønsker å rette en stor takk til samarbeidspartnerne våre. I prosjektdelen som omhandlet implementering i DPS hadde vi et rådgivende styre som ga oss mange gode innspill og tilbakemeldinger. Styret besto av professor Tine Jensen (Psykologisk institutt, UiO), psykologspesialist Harald Aasen (Lovisenberg DPS), professor Asle Hoffart (Modum Bad), psykologspesialist Hilde Pentzen (RVTS sørøst) og PhD Silje Ormhaug (NKVTS). Vi hadde også gleden av å inkludere et ekspertpanel med brukererfaring som viktige råd og innspill. Vi har samarbeidet tett med Norsk forening for kognitiv terapi (NFKT) ved psykologspesialist Torkil Berge og psykologspesialist og PhD Jon Fauskanger Bjåstad i forbindelse med opplæring i CT-PTSD, i tillegg til PhD Nick Grey og professor Anke Ehlers ved Oxcadat og Oxford Universitet i England. Vi retter også en stor takk til psykologspesialist Bjørn Aasen og psykiater og PhD Marianne Jakobsen i forbindelse med EMDR-utdanningen. Vi har hatt en gruppe studenter som har skåret fidelitet for oss gjennom hele perioden. Takk til dere som bidro.

I prosjektdelen som omhandlet implementering i BUP, ønsker vi å rette en spesiell takk til utviklerne av TF-CBT-metoden, professor Judy Cohen, professor Tony Mannarino og professor Esther Deblinger. Videre ønsker vi å takke for nært og godt samarbeid med det nordiske TF-CBT-nettverket og andre nære samarbeidspartnere i inn- og utland. Takk også til TF-CBT-behandlere og BUP-ledere som har bidratt i brukermedvirkningsgrupper. Sist, men ikke minst, takk til TF-CBT-teamet ved NKVTS for samarbeid og faglig engasjement og profesjonalitet.

Prosjektet har hatt stor glede av tett kontakt med professor Gregory A. Aarons og PhD Marisa Sklar ved universitetet i California San Diego, USA samt professor Mark Ehrhart ved universitetet i Central Florida, USA gjennom hele implementeringsprosjektet.

Tusen takk til Tine Jensen, Marianne S. Birkeland og Marianne Jakobsen for gjennomlesning av rapporten, og for god støtte underveis i prosjektet.

Oslo, 14.5.2022

Karina Egeland og Ane-Marthe Solheim Skar, prosjektledere

Forord II

I forbindelse med implementeringen av traumebehandling i DPS var jeg en del av NKVTS sitt ekspertpanel. Det har vært veldig interessant å kunne få bidra og dele erfaringer fra mine egne opplevelser og tanker rundt hva jeg savnet da jeg var traumepasient ved DPS noen år tilbake.

Jeg hadde to ulike behandlere ved mitt lokale DPS, og opplevde to forskjellige behandlingsmetoder. Den første behandleren opplevde jeg som usikker på tilnæringsmetode til min problematikk. I ettertid har jeg tenkt at denne personen hadde hatt stor nytte av et tydelig verktøy og god implementering av traumebehandling på det lokale DPS. Det ble mye overflatisk snakk og lite konkret traumearbeid. Min andre behandler ved DPS hadde imidlertid god traumekompetanse og traumeforståelse, og benyttet kognitiv terapi aktivt. Senere har jeg benyttet meg av EMDR som en del av min traumebehandling, og det var for meg en svært effektiv behandlingsmetode. Jeg har derfor erfaring fra begge behandlingsmetodene som i dag implementeres i DPS.

Gjennom å delta i ekspertpanelet til NKVTS har jeg helt klart sett behovet for at tjenestene benytter en tydelig og grundig strategi for å implementere behandling for PTSD og kompleks PTSD. Jeg tenker også at det er svært viktig at behandlerne opplever at ledelsen gir dem tilstrekkelig med tid til å sette seg inn i den nye behandlingsmetoden. Når behandlerne føler seg trygge i den nye behandlingsmetoden, vil dette smitte over på pasientene. I en travel arbeidsdag hvor behandlerne skal ha et visst antall pasienter per dag, kan det være nødvendig å føle at hele poliklinikken «drar lasset sammen» og i samme retning. Det kan gi god og faglig utvikling å føle at man jobber med samme metodikk mot samme pasientgruppe.

Å trygge pasientene på at det å fylle ut skjemaer i forbindelse med behandlingstimene for at behandleren skal kunne følge med på om pasientene blir bedre over tid, er også viktig. Jeg skulle ønske at jeg hadde fått tilbud om en av de kunnskapsbaserte behandlingsmetodene for PTSD da jeg hadde min første time på DPS. Da hadde jeg spart mye tid og energi på å unngå å famle i blinde. Ved å fylle ut skjemaer i forbindelse med behandlingen kunne jeg også kommet raskere i gang med viktig og grundigere behandling.

Hilsen Hildegunn Nergaard

Innhold

Forord	3
<hr/>	
Forord II	5
<hr/>	
Sammendrag	9
<hr/>	
Summary	14
<hr/>	
1 Bakgrunn	19
1.1 Oppdraget og bakgrunn for rapporten	19
<hr/>	
2 Kunnskapsbasert praksis for PTSD i psykisk helsevern	23
2.1 Pakkeforløp	23
2.2 Retningslinjer for traumebehandling	24
<hr/>	
3 Implementering av kunnskapsbasert praksis for PTSD i spesialisthelsetjenesten	26
3.1 Implementering av TF-CBT til barn og unge i BUP	26
3.2 Implementering av traumebehandlingstilbud til voksne (ITV) i DPS	28
<hr/>	
4 Identifiserte utfordringer og strategier for å møte disse	31
4.1 Utfordringer tjenestene står overfor	31
4.2 Barrierer identifisert i TF-CBT- og ITV-prosjektet	34
4.3 LOCI (ledelse og organisatorisk endring for implementering) som implementeringsstrategi	35
4.4 Mål for rapporten	39

5	Beskrivelse av studien og utvalget	40
5.1	Design og utvelgelse av klinikker	40
5.2	Den praktiske gjennomføringen av prosjektet	41
5.3	Datainnsamling	42
5.4	Deltakere i datainnsamlingen	43
5.5	Måleinstrumenter	49
5.6	Kvalitative intervjuer	54
5.7	Etikk – selvstendig samtykke og ivaretagelse av deltakerne	55
5.8	Brukermedvirkning	56
5.9	Analyse	57
6	Resultater	59
6.1	Behandlingsresultater	59
6.2	Ansattes erfaringer med tjenesten	62
6.3	Implementeringsresultater	63
7	Diskusjon	68
7.1	Styrker og begrensninger i studien	70
8	Anbefalinger på bakgrunn av funnene	72
8.1	Anbefalinger for psykisk helsevern	72
8.2	Anbefalinger for videre forskning	76
9	Referanser	79

Tabelloversikt

Tabell 1: Datainnsamling i et klyngerandomisert kohortdesign	40
Tabell 2: Beskrivelse av ledere og behandlere	47
Tabell 3: Beskrivelse av pasientene	48
Tabell 4: Behandlingsutfall for pasienter i DPS og BUP	61

Figuroversikt

Figur 1: Modell for pakkeforløp	23
Figur 2: Innhold i LOCI-strategien	37
Figur 3: Teoretisk sammenheng mellom LOCI og pasientutfall	39

Sammendrag

Bakgrunn

Mange barn og voksne utsettes for potensielt traumatiserende hendelser i løpet av livet. En del av disse står i fare for å utvikle posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Ifølge internasjonale retningslinjer finnes det flere kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD. For barn er traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) den mest anbefalte. For voksne anbefales blant annet Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR) og kognitiv terapi for PTSD (CT-PTSD).

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å implementere kunnskapsbasert behandling for PTSD i spesialisthelsetjenestene. TF-CBT-prosjektet har implementert TF-CBT i landets Psykisk helsevern for barn og unge (BUP) siden 2012, mens ITV-prosjektet (implementering av traumebehandlingstilbud for voksne) har implementert EMDR og CT-PTSD i landets Psykisk helsevern for voksne (DPS) siden 2018. Implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder i helsetjenestene har vist seg å være svært krevende. Mange hindringer gjør det vanskelig for tjenestene å tilrettelegge for at behandlingsmetodene tas i bruk og vedlikeholdes over tid. Blant annet viser undersøkelser at ansatte i psykisk helsetjeneste mangler kunnskap om hvilken type behandling som har effekt, og at de ikke har nok tid til å oppdatere seg faglig. Ledere mangler opplæring i ledelse generelt og implementeringsledelse spesielt. Implementeringsledelse er antatt å være viktig for at ledere skal kunne støtte og tilrettelegge for vellykket implementering av kunnskapsbasert praksis. Bruken av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder er heller ikke nevnt spesifikt i spesialisthelsetjenesteloven, og mangel på sådan kan følgelig bidra til å gjøre implementeringen av dem mer krevende.

I perioden 2018–2020 gikk ITV- og TF-CBT-prosjektene sammen om å benytte en felles implementeringsstrategi for å kunne møte hindringene på best mulig måte. Valget falt på strategien Ledelse og organisatorisk endring for implementering (Leadership and Organizational Change for Implementation; LOCI). LOCI søker å fremme førstelinjelederens generelle kompetanse i ledelse

og implementeringsledelse, samt å styrke øvrige ledere i deres arbeid for å utvikle et godt organisasjonsklima for implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder. Implementeringsprosjektet ble formet slik at det ble mulig å undersøke effekten av LOCI på implementeringen ved de deltakende klinikkene. I denne rapporten ønsket vi å belyse følgende; a) om kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD lar seg implementere i norske spesialisthelsetjenester, og b) om LOCI er en god implementeringsstrategi å ta i bruk for å implementere kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD.

Metode

Det ble benyttet et klyngerandomisert kohortdesign. Det betyr at behandlerne fra alle klinikkene fikk opplæring i kartlegging av traumer og PTSD samt de kunnskapsbaserte behandlingsmetodene på samme tidspunkt. Klinikkene ble deretter tilfeldig fordelt i tre kohorter som deltok i LOCI-strategien på tre ulike tidspunkt. Gjennom LOCI ble klinikkledere fulgt opp i 12 måneder med regelmessige samlinger, telefonveiledning og 360°-tilbakemeldinger.

21 DPS og 22 BUP fra hele landet deltok. Totalt 790 behandlere, 24 overordnede ledere og 47 førstelinjeledere (LOCI-ledere) fra DPS og BUP svarte på spørreskjema hver 4. måned, totalt seks ganger. I all rapportering på behandler- og ledernivå oppgis det samlede tall for DPS og BUP. Klinikktilhørighet ble kontrollert for i analysene, og blir rapportert der det er signifikante forskjeller. De ansatte fikk spørsmål om bakgrunn, arbeidsbelastning, førstelinjelederens generelle ledelse, implementeringsledelse og implementeringsklima. I tillegg fikk de spørsmål om hvorvidt kartleggingsverktøyene og behandlingsmetodene ble oppfattet som aksepterbare, hensiktsmessige og gjennomførbare. Fidelitet til behandlingsmetodene og utskiftning av behandlere i klinikkene ble registrert. Et utvalg av behandlere og ledere deltok også i kvalitative intervjuer etter avslutning av LOCI.

452 pasienter svarte på skjema i forbindelse med behandlingstimen. Pasientene ble blant annet spurt om sine traumeopplevelser og symptomer på PTSD, allianse med sin behandler, samt tilfredshet med behandlingen og noe bakgrunnsinformasjon.

Resultater

Det var flest jenter (64.8%) og kvinner (68.9%) som mottok behandling i prosjektet. Barna og de voksne pasientene som mottok behandling hadde i gjennomsnitt erfart henholdsvis fire og fem forskjellige typer traumehendelser. De vanligste formene for belastning blant barna var eksponering for alvorlige ulykker, sykdom eller seksuelle overgrep, mens det blant voksne var psykisk vold i nære relasjoner eller seksuelle overgrep. Både barne- og voksenutvalget rapporterte gjennomsnittlige svært høye symptomer på PTSD. Barna hadde en gjennomsnittlig PTSD-skåre på 30.7 (SD = 10.1), hvor traumebehandling er anbefalt om man skårer over 15. De voksne skåret gjennomsnittlig 52.4 (SD = 10.1) på PTSD-symptomer, hvor traumebehandling er anbefalt om man skårer over 33. Gjennomsnittlig hadde både barna ($g = 1.59$, CI 1.25–1.93) og de voksne ($g = 1.52$, CI 1.2–1.85) som gjennomførte traumebehandlingen en signifikant nedgang i posttraumatiske stressymptomer fra før til etter behandlingen.

Barn og voksne rapporterte å ha en god relasjon til sin behandler. Pasientene selv eller barnas foreldre var også godt fornøyde med hjelpen de mottok i tjenesten.

Det var stor utskiftning av de ansatte i de deltakende klinikkene. I løpet av de to årene implementeringen foregikk var det omtrent 40% av behandlerne som sluttet eller gikk ut i permisjon. De fleste behandlerne og lederne rapporterte at de opplevde høye jobbkrav. De ansatte rapporterte samtidig at de opplevde å ha kontroll i arbeidet og at de opplevde mestring. De ansatte mente at de kun av og til fikk tilbakemelding fra leder på kvaliteten av arbeid med pasientene, men rapporterte likevel at de av og til eller nokså ofte kunne avgjøre om de hadde gjort godt eller dårlig arbeid.

LOCI hadde en innvirkning på implementeringsledelse, transformasjonsledelse og implementeringsklima. Det vil si at da lederne startet opp i LOCI vurderte behandlerne i klinikkene at lederne ble bedre på implementeringsledelse og transformasjonsledelse, og at implementeringsklima i klinikken ble signifikant bedre. Dette forholdt seg stabilt gjennom hele implementeringsperioden. Funn tydet også på at implementeringsledelse hadde en innvirkning på behandleres vurdering av kartleggingsverktøyenes og behandlingsmetodenes akseptbarhet, hensiktsmessighet og gjennomførbarhet i klinikkene.

Implementeringsledelse og implementeringsklima hadde sammenheng med hvorvidt behandlerne aksepterte behandlingsmetodene og kartleggings-skjemaene (aksepterbarhet), og om de oppfattet at metodene og skjemaene passet inn (hensiktsmessig) og lot seg gjennomføre i klinikken (gjennomførbarhet). Implementeringsklima kan være en mulig mekanisme som implementeringsledelse virker gjennom.

Oppsummering og videre anbefalinger

Resultatene, som gjengitt i denne rapporten, viste at de kunnskapsbaserte behandlingsmetodene for PTSD er mulig å implementere i norske DPS og BUP. Noen utfordringer kom likevel til syne.

Mange pasienter fylte ikke ut siste spørreskjema ved endt behandling, og vi kan ikke med sikkerhet si om disse droppet ut av eller fullførte behandlingen. **Det bør forskes mer på hva som kjennetegner pasienter som ikke fullfører behandlingen, hva slags annen behandling de eventuelt får, og hvordan det går med dem over tid.**

Systematisk kartlegging og innhenting av behandlingsresultater er en forutsetning for å drive kvalitetsforbedring i tjenester. Det er derfor et paradoks at de fleste behandlerne i utvalget svarte at de kun *av og til* fikk informasjon om kvaliteten på arbeidet de utførte, men at mange likevel mente at de *nokså ofte* kunne avgjøre om de hadde gjort godt eller dårlig arbeid. **Tjenester anbefales å registrere og benytte data om bruk av behandlingsmetodene (fidelitet), pasientutfall og pasienttilfredshet.**

Når kunnskapsbaserte behandlingsmetoder skal implementeres i tjenestene må det jobbes aktivt for å redusere hindringer på ulike nivåer, slik som politisk-, byråkratisk-, helseforetaks-, tjeneste- og ansattnivå. Blant annet er en uttalt mangel på ressurser en aktuell hindring på klinikknivå. Dette kom til uttrykk i prosjektet ved at behandlere rapporterte høye jobbkraav og høy grad av turnover. Hindringer på ulike nivåer vil virke på hverandre. Dette indikerer at hindringer for god implementering på politisk eller byråkratisk nivå kan få konsekvenser for pasientbehandlingen som gis i den enkelte klinikk.

Å få til god implementering handler ikke bare om å redusere hindringer, men å ha gode strategier for hvordan implementeringen kan lykkes. LOCI virker å

være en lovende strategi for implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD i norske helsetjenester. Manglende registrering av bruk av behandlingsmetodene og pasientutfall i klinikkene gjør det imidlertid vanskelig å vurdere om implementeringsstrategier som LOCI fører til vellykket implementering (faktisk bruk). **Det må forskes på hvilke mekanismer i LOCI som er effektive, samt hvorvidt LOCI henger sammen med økt bruk av behandlingsmetodene og bedre pasientutfall.**

Nøkkelpunkter

- Kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD lar seg implementere i norske spesialisthelsetjenester.
- Pasientene som mottok PTSD-behandling opplevde god symptombedring.
- Pasientene rapporterte at de hadde god relasjon til sin behandler, og de var godt fornøyde med hjelpen de mottok i tjenesten.
- Tjenestene som deltok i studien opplevde utfordringer som kan virke negativt inn på implementering over tid, inkludert høye jobbkraav og høy turnover.
- LOCI virker å være en lovende strategi for implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD i norske helsetjenester. Mer forskning må imidlertid til for å forstå mekanismene i strategien, det vil si hva i strategien som har innvirkning på vellykket implementering, og om LOCI bidrar til bedre pasientutfall.

Summary

Background

Many children and adults are exposed to potentially traumatic events during their lifetime. Some of these are at risk of developing post-traumatic stress disorder (PTSD). According to international guidelines, there are several evidence-based treatment methods for PTSD. For children, Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) is the most recommended. For adults, Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR) and Cognitive Therapy for PTSD (CT-PTSD) are recommended.

The Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies (NKVTS) are commissioned by the Ministry of Health to implement evidence-based treatment for PTSD in the specialist health services. Since 2012, the TF-CBT project at NKVTS has implemented TF-CBT in the child and adolescent psychiatric centers (BUP) nationwide, while the ITV project (implementation of trauma treatment for adults) has implemented EMDR and CT-PTSD in the district psychiatric centers (DPS) since 2018. Implementation of evidence-based treatment methods in the health services has proved to be quite demanding. Many obstacles make it difficult for the services to arrange for the treatment methods to be used and maintained over time. Among several things, surveys show that employees in mental health services lack knowledge about the type of treatment that has an effect, and that they do not have enough time to update themselves professionally. Leaders lack training in leadership, and do not ensure that the services are working systematically to improve quality. The use of evidence-based treatment methods is also not specifically mentioned in the Specialist Health Services Act, and the lack of such can consequently contribute to making their implementation more demanding.

In the period 2018–2020, the ITV and TF-CBT projects joined forces to use and test an implementation strategy to meet the obstacles. The Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI) strategy was chosen. LOCI seeks to promote first-line leaders' general and implementation leadership, as well as to strengthen other employees in their work to develop a good

organizational climate for the implementation of evidence-based treatment methods. The implementation project was shaped so that it was possible to investigate the effect of LOCI on the implementation at the participating clinics. The main objective of the study was to investigate whether LOCI contribute to employees in BUP and DPS experiences of better facilitation and support from the leaders to provide evidence-based practice for PTSD.

Method

A cluster randomized cohort design was used. This means that the therapists from all the clinics received training in screening for trauma and PTSD and the evidence-based treatment methods at the same time point. The clinics were then randomly divided into three cohorts that participated in the LOCI strategy at three different time points. Through LOCI, clinic leaders were followed up for 12 months with regular meetings, telephone guidance and 360° feedback.

Twenty-one DPS and 22 BUP from all over the country were invited to participate. A total of 790 therapists, 24 executive leaders and 47 first-level leaders (so called «LOCI leaders») from DPS and BUP responded to the questionnaire every 4th month, a total of six times. In the reporting of the employee results, the total figures for DPS and BUP are stated. Clinic affiliation is controlled for in the analyses and reported where there are significant differences. The employees were asked about background, workload, first-level leaders' general and implementation leadership and implementation climate. In addition, they were asked whether the screening tools and treatment methods were perceived as acceptable, appropriate and feasible. Fidelity to the treatment methods and replacement of therapists in the clinics were also registered. A selection of therapists and leaders also participated in qualitative interviews after completing the LOCI.

A total of 452 patients responded to the surveys in connection with the treatment sessions. Patients were asked, among other things, about their trauma experiences and symptoms of PTSD, alliance with their therapist, their satisfaction with the treatment and some background information.

Results

The majority of patients that received treatment in the project were girls (64.8%) and women (68.9%). The child and the adult patients who received the trauma treatment had experienced an average of four and five different types of trauma events, respectively. The most common forms of experiences among children were serious accidents, illness and sexual abuse, while among adults there was psychological violence in close relationships and sexual abuse. Both children and adults reported high levels of symptoms of PTSD. The children scored an average of 30.7 (SD = 10.1) on the PTSD screening, where it is recommended to offer trauma treatment with a score around 15. The adults scored an average of 52.4 (SD = 10.1), where it is recommended to offer trauma treatment with a score around 33. Most children ($g = 1.59$, CI 1.25–1.93) and adults ($g = 1.52$, CI 1.2–1.85) who completed the treatment experienced a significant decrease in symptoms of post-traumatic stress.

Most children and adults reported having a good relationship with their therapist. The patients themselves or the children's parents were quite satisfied with the help they received in the service.

There was a large turnover of therapists in the participating clinics. During the two years of implementation, approximately 40% of the therapists left or went on leave. Most therapists and leaders reported that they experienced high job demands. At the same time, the therapists reported that they felt in control of their work and that they experienced mastery. The therapists felt that they only occasionally received feedback from the leaders on the quality of work with the patients, but still reported that they could occasionally or fairly often decide whether they had done good or bad work.

The results showed that LOCI had a positive impact on implementation leadership, transformational leadership and implementation climate. This means that when the leaders started up in LOCI, the therapists scored their leaders significantly higher on implementation leadership and transformational leadership, and implementation climate. This remained stable throughout the implementation period. Findings also indicated that implementation leadership had an impact on therapists' assessment of the screening tools' and treatment methods' acceptability, appropriateness and feasibility in the clinics.

Implementation leadership, transformational leadership and implementation climate were positively related to the therapists' experiences of the screening tools and treatment methods as acceptable, appropriate and feasible. It might be that implementation climate is a possible mechanism through which implementation leadership works, and this should be tested in future research.

Summary and further recommendations

The findings presented in this report shows that the evidence-based treatment methods for PTSD could be implemented in Norwegian DPS and BUP. However, some challenges emerged. Among other things, there were many patients who did not complete the last questionnaire at the end of treatment, and who we can therefore not say with certainty whether dropped out or completed the treatment. **More research should be done on patients who do not complete treatment, what kind of other treatment they might receive, and how they are doing over time.**

Systematic screening and collection of treatment data is a prerequisite for increasing quality improvement in health services. It is therefore a paradox that most of the therapists in the sample reported that they only occasionally received information about the quality of the work they performed. **Services are recommended to put in place systems that can register data on the use of treatment methods (fidelity), patient outcomes and patient satisfaction.**

When evidence-based treatment methods are to be implemented in the services, active efforts must be made to reduce obstacles at various levels, such as political, bureaucratic, health trust, service and employee levels. Among other things, a pronounced lack of resources is a current obstacle at the clinic level. This was expressed in the project in that therapists reported high job demands and high turnover rates. This indicates that obstacles to implementation of evidence-based treatment methods at the political or bureaucratic level can have consequences for the patient treatment provided in the individual clinic.

Achieving successful implementation is not just about reducing obstacles, but also about using effective implementation strategies. LOCI seem to be a promising strategy for implementing evidence-based treatment methods for PTSD in Norwegian health services. However, there is a lack of research

showing that LOCI have a direct effect on the use of treatment; the lack of data on use of the treatment methods and patient outcomes in the clinics makes it difficult to evaluate whether the implementation strategies such as LOCI are related to successful implementation (actual use). **There is a need for research on mechanisms and whether LOCI can increase reach and patient outcomes.**

Key points

- Evidence-based treatment methods for PTSD can be implemented in Norwegian specialist health services.
- Most patients who received treatment in the project experienced significant symptom improvements.
- The patients reported a positive relationship with their therapist, and they were very pleased with the help they received in the services.
- The services that participated experienced challenges that could have a negative effect on implementation over time, including high job demands and high turnover rates.
- LOCI seem to be a promising strategy for implementing evidence-based treatment methods for PTSD in Norwegian health services. However, more research is needed to understand the mechanisms of the strategy, that is, what in the strategy has an impact on successful implementation.

1 Bakgrunn

1.1 Oppdraget og bakgrunn for rapporten

1.1.1 Omfang og konsekvenser av traumer

Mange barn og voksne utsettes for potensielt traumatiserende hendelser i løpet av livet. **Traumer** kan defineres som «enhver oppskakende hendelse som resulterer i signifikant redsel, håpløshet, dissosiasjon, forvirring, eller andre oppskakende følelser som er intense nok til å ha negativ langtidseffekt på en persons holdninger, atferd, eller andre aspekter ved fungering» (APA Dictionary of Psychology, 2021). Norske forekomststudier tyder på at omkring en av fire menn og en av fire kvinner utsettes for potensielle traumatiske hendelser i løpet av livet (Lassemo, Sandanger, Nygård, & Sørgaard, 2017; Thoresen & Hjemdal, 2014). Blant barn i alderen 12 til 16 år rapporterer omkring en av 20 at de har opplevd alvorlig fysisk vold som å bli sparket, slått med hard gjenstand eller banket opp. Like mange – i overkant av en av 20, har blitt utsatt for seksuelle overgrep fra en voksen, mens en av fem har opplevd seksuelle krenkelser fra andre barn og unge. I tillegg oppgir en av fem å ha opplevd psykisk vold fra foreldre, det vil si gjentatte psykiske krenkelser (Hafstad & Augusti, 2019).

Forekomsten av traumeeksponering i kliniske utvalg har vist seg å være høyere enn i totalbefolkningen. En studie med 10157 barn og unge i alderen 6 til 18 år som var henvist til Psykisk helsevern for barn og unge (BUP) fant at nesten 70% rapporterte å ha blitt utsatt for minst en potensielt traumatiserende hendelse (Skar, Ormhaug, & Jensen, 2019). Dette inkluderte ulykker (59%), vold utenfor familien (49%), familievold (27%) og seksuelle overgrep (14%).

Omkring 20% av kvinner og 5% av menn som har vært eksponert for traumer utvikler **posttraumatisk stresslidelse (PTSD)** (Lassemo et al., 2017). PTSD er en psykisk lidelse som kan utvikles hos personer som har vært eksponert for en ekstremt truende eller forferdelig hendelse eller serie av hendelser (World Health Organization, 2018). Blant eksponerte barn utvikler omkring 15% PTSD, mens en betydelig høyere andel vil utvikle plagsomme posttraumatiske symptomer eller symptomer på angst og/eller depresjon. PTSD forekommer

oftere etter interpersonlige traumer som vold og overgrep enn etter ikke-interpersonlige traumer som ulykker og naturkatastrofer (Alisic et al., 2014).

Norske helsetjenester er i gang med å implementere nytt klassifiseringsverktøy for diagnoser. I de nye kriteriene til International Classifications of Diseases (ICD-11) (World Health Organization, 2018) beskrives kjennetegn ved PTSD som: a) at personen *gjenopplever* den/de traumatiske hendelsen/-e i nåtid i form av påtrengende minner, tilbakeblikk eller mareritt, b) *unngåelse* av for eksempel aktiviteter, situasjoner eller personer som minner om hendelsen/-e og c) *økt beredskap* for å vurdere potensielle trusler. De nye kriteriene beskriver også kompleks PTSD som egen diagnose. I denne diagnosen inkluderes ytterligere tre symptomer: d) dysregulering av affekt, e) negativt selvbilde og f) interpersonlige vansker. For å tilfredsstille diagnosekriteriene må symptomene ha vart i minst fire uker og forårsake betydelig svekkelse i personlige, familiemessige, sosiale, pedagogiske, yrkesmessige eller andre viktige funksjonsområder (World Health Organization, 2018).

1.1.2 Bruk av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder

Personer med PTSD har økt fare for suicidalitet og utvikling av samtidige lidelser som depresjon, angst og rusmisbruk (Bisson, Cosgrove, Lewis, & Roberts, 2015) eller fysiske plager (Pacella, Hruska, & Delahanty, 2013; Ryder, Azcarate, & Cohen, 2018) Hruska, & Delahanty, 2013; Ryder, Azcarate, & Cohen, 2018. For å hjelpe personer med PTSD til å håndtere symptomer og andre posttraumatiske plager anbefales kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD. Med kunnskapsbaserte behandlingsmetoder menes behandlingsmetoder som anbefales på bakgrunn av forskningsbasert kunnskap. Forskningsbasert kunnskap er en av tre kunnskapskilder som til sammen utgjør kunnskapsbasert praksis (det vil si å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon).

Det har lenge vært et mål å implementere nye behandlingsmetoder med dokumentert effekt i psykisk helsetjeneste (Helsedirektoratet, 2014). I «Mestre hele livet», regjeringens strategi for god psykisk helse 2017–2022, ble det påpekt at behandlingsmetoder med dokumentert effekt må implementeres i psykisk helsevern (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, p. 31).

Regjeringen har som mål å styrke grunnlaget for kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester (Regjeringen, 2021, p. 59).

Til tross for økt fokus på kunnskapsbaserte behandlingsmetoder står det ikke noe om dette i spesialisthelsetjenesteloven (Helsedirektoratet, 2013). Derimot påpekes det at helsetjenester som tilbys og ytes skal være forsvarlige. Det betyr at standarden på tjenestene skal ligge på et visst kvalitetsnivå: Forsvarlighetskravet er forankret i anerkjent fagkunnskap, som for eksempel kan komme til uttrykk i faglitteraturen, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.» (Helsedirektoratet, 2013, p. 19).

Forsvarlighetskravets definisjon av god praksis ligger tett opp mot det som kan forstås som bruk av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder. Bruk av kunnskapsbaserte metoder for PTSD kan følgelig oppfattes som å gi forsvarlig behandling. Men ettersom kunnskapsbaserte metoder ikke spesifikt nevnes i spesialisthelsetjenesteloven, kan det dermed ikke forstås som at det er uforsvarlig å ikke ta i bruk kunnskapsbaserte metoder.

1.1.3 Rett til helsehjelp og utredning

Det er kommunale helse- og omsorgstjenester og sosialtjenester som henviser pasienten til spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Ifølge spesialisthelsetjenesteloven vurderes det om pasienten skal få tilbud om utredning og/eller behandling basert på følgende prioriteringskriterier:

- a) nytten av tiltak i pasientbehandling,
- b) ressursbruk som tiltak legger beslag på og
- c) alvorlighetsgraden av de tilstander som skal behandles.

I prioriteringsveilederen for voksne (Helsedirektoratet, 2015b) står det at personer som har vært utsatt for traumer i utgangspunktet skal ha støttende oppfølging i primærhelsetjenesten. Hvis symptomene overskrider det som forventes å ligge innenfor normalreaksjoner på alvorlige livsbelastninger kan vedkommende henvises til spesialisthelsetjenesten. Det påpekes at man her skal legge vekt på symptomnivå og ikke alvorlighet av hendelsen. Frist for utredning og/eller behandling er 12 uker.

Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2015a) slår fast at de som har opplevd traumer, kriser og katastrofer og har alvorlige psykiske reaksjoner har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Frist for utredning og/eller behandling er åtte uker.

For å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i tråd med prioriteringsforskriften og prioriteringsveiledere, gjennomføres det en pasientrettighetsvurdering før inntak. Uavklarte tilstander får rett til utredning (basisutredning) hvor behov for videre behandling avdekkes.

I prioriteringsveilederen står det at ettersom PTSD kan være en alvorlig lidelse med tap av funksjon og livskvalitet, bør spesialisthelsetjenesten ved mistanke om PTSD utrede og iverksette behandling og/eller gi veiledning til førstelinje (Helsedirektoratet, 2015b). Dette gjelder også ved opplevde barndomstraumer i form av vold eller seksuelle overgrep, samt ved krigsopplevelse og tortur.

1.1.4 Oppbygging av rapporten

I 2007 fikk Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i oppdrag fra Helsedirektoratet å identifisere hvilken kunnskapsbasert behandlingsmetode for barn og unge med PTSD som kunne bli tatt i bruk i norske Psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Etter positive resultater som blant annet viste at traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) for PTSD var mer effektiv enn den behandlingen barn og unge ellers får, fikk NKVTS i oppdrag å implementere kunnskapsbasert praksis for PTSD i Psykisk helsevern for barn og unge (BUP) (se punkt 3.1) og i Psykisk helsevern for voksne (DPS) (se punkt 3.2). Disse prosjektene er pågående.

Ved oppstart av ny implementeringsperiode i 2018 ble det bestemt å samkjøre implementeringsstrategien knyttet til lederstøtte som skulle tas i bruk i de to (barn/unge og voksne) prosjektene. Denne rapporten bygger på implementeringen som ble gjennomført mellom 2018 og 2020. Rapporten gir en beskrivelse av de erfaringene prosjektene gjorde seg i denne perioden, både knyttet til hvilke utfordringer tjenestene står overfor i implementeringen av spesifikke behandlingsmetoder for PTSD, samt implementeringsstrategien som ble benyttet i dette arbeidet.

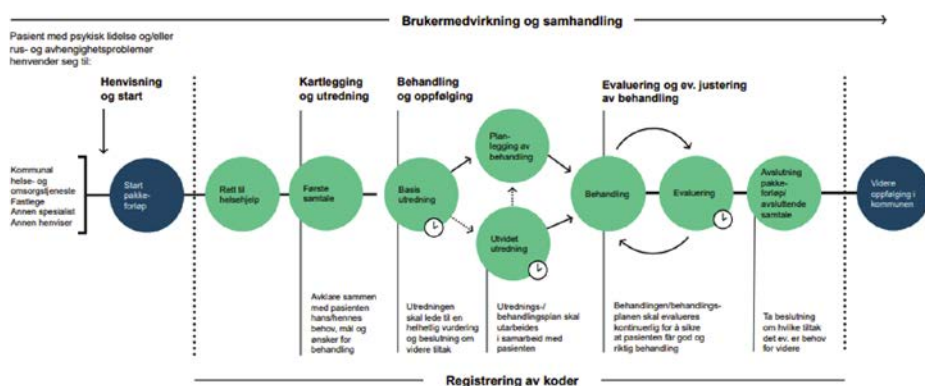
2 Kunnskapsbasert praksis for PTSD i psykisk helsevern

2.1 Pakkeforløp

Pakkeforløp for psykiske lidelser for voksne og barn og unge ble utarbeidet og innført i norske helsetjenester samtidig som oppstart av implementeringsperioden som denne rapporten er basert på (Helsedirektoratet, 2018a, 2018b). Innføringen av pakkeforløp var en storsatsning fra helsemyndighetenes side, og har fått stor innvirkning på organiseringen av dagens psykisk helse-tjenester. Hensikten med pakkeforløpene var å organisere utredning, behandling og oppfølging på tvers av tjenester på en måte som øker kvaliteten på tjenestene som gis, samt øker samhandling og reduserer ulikhetene mellom tjenestene. Pakkeforløpene for psykisk helse og rus inneholder generelle anbefalinger om innhold og tidsbruk for et pasientforløp (se Figur 1). De offisielle pakkeforløpene for psykiske lidelser for voksne (Helsedirektoratet, 2020) og barn og unge (Helsedirektoratet, 2020) henviser til anbefalte kartleggingsverktøy for traumer og symptomer på posttraumatisk stress. Pakkeforløpene inneholder imidlertid ikke detaljerte krav til innhold

Pakkeforløp for psykisk helse og rus

⌚ = Forløpstid



Figur 1: Modell for pakkeforløp

i behandlingen, og legger dermed ikke føringer for bruk av spesifikke kunnskapsbaserte behandlingsmetoder. Pakkeforløp handler dog om organiseringen av tjenestene generelt. Implementeringen av pakkeforløpene kan derfor også innvirke på arbeidet med implementeringen av behandlingsmetoder for PTSD.

2.2 Retningslinjer for traumebehandling

I følge en nylig utgitt rapport fra Riksrevisjonen synes mange behandlere det er vanskelig å holde seg faglig oppdatert på hva som er mest effektiv behandling av psykiske lidelser, og det er derfor viktig å legge til rette for at oppdatert kunnskap er lett tilgjengelig (Riksrevisjonen, 2021). Det har imidlertid ikke blitt utarbeidet egne kliniske retningslinjer for behandling av PTSD i Norge, med unntak av en kort veileder om PTSD hos barn utgitt av Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (Dyb, 2019). Klinisk praksis må derfor basere seg på internasjonale retningslinjer som er basert på oppsummering av forskning, brukerinvolvering og klinisk ekspertise.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannia ga ut oppdaterte retningslinjer for håndtering og behandling av PTSD i 2018 (NICE, 2018). Her anbefales traumefokusert individuell behandling som førstevalg for behandling av både voksne og barn med PTSD. Av spesifikke metoder anbefales særlig kognitiv terapi for PTSD både for barn og voksne. For voksne anbefales også EMDR som førstevalg, mens for barn er denne metoden kun anbefalt dersom kognitiv terapi ikke gir ønsket resultat. Anbefalingene er basert på oppsummert forskning om effekt og kostnadsnytte. Det betyr at kostnadene av behandlingen har blitt vurdert opp mot nytten for pasienten og samfunnet (Mavranouzouli et al., 2020). Behandlingen bør ha en lengde på 8–12 sesjoner, men kan utvides dersom pasienten har opplevd flere traumatiske hendelser og/eller har komorbide plager. Det understrekes at behandlingen bør basere seg på en validert behandlingsmanual og utføres av behandlere med opplæring og veiledning i metoden.

NICE fant også støtte for at disse behandlingsmetodene også kan benyttes for voksne pasienter med mer kompleks symptomutforming (slik som ved kompleks PTSD), men at det kan være behov for lengre forløp og mer tid til alliansebygging i begynnelsen av behandlingen. Det anbefales ikke at voksne pasienter med samtidige lidelser som depresjon, psykoselidelse,

personlighetsforstyrrelse eller ruslidelse ekskluderes fra PTSD-behandling, men at disse tilleggspilagene håndteres parallelt eller behandles etterfølgende av PTSD -behandling.

International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) har også nylig oppdatert sine retningslinjer for behandling av PTSD (Forbes, Bisson, Monson, & Berliner, 2019). Her gis lignende anbefalinger som hos NICE. ISTSS har tidligere anbefalt at pasienter med komplekse plager, eller kompleks PTSD, kun skulle tilbys traumefokusert behandling dersom de var tilstrekkelig stabilisert først (Cloitre et al., 2012). Denne anbefalingen er imidlertid trukket tilbake i retningslinjene fra 2019 fordi nyere forskning kan tyde på at stabilisering ikke er nødvendig for å gi effektiv behandling eller forhindre negative utfall (van Vliet et al., 2021).

På bakgrunn av manglende nasjonale retningslinjer for PTSD-behandling utarbeidet forskere ved NKVTS et forslag til behandlingsforløp for PTSD for voksne (Laukvik et al., 2020). Dette behandlingsforløpet er nå lenket til i det offisielle pakkeforløpet (Helsedirektoratet, 2020). Behandlingsforløpet for PTSD for voksne er ment som en faglig og administrativ støtte til klinikker, ledere og behandlere for å veilede arbeid med pasienter som har PTSD. Det gir faglige retningslinjer for utredning, behandling, evaluering og brukermedvirkning knyttet til PTSD. De faglige rådene er i stor grad basert på retningslinjer fra NICE (2018) og ISTSS (2019). Behandlingsforløpet er lagt opp etter Helsedirektoratets normerende produkt for pakkeforløp.

3 Implementering av kunnskapsbasert praksis for PTSD i spesialisthelsetjenesten

3.1 Implementering av TF-CBT til barn og unge i BUP

I forbindelse med at NKVTS i 2007 fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å identifisere hvilken kunnskapsbasert behandlingsmetode for barn og unge med PTSD som kunne bli tatt i bruk i norske Psykisk helsevern for barn og unge (BUP) fant Tine Jensen og hennes kollegaer at traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) (Deblinger, Cohen, Mannarino, Murray, & Epstein, 2008) var behandlingsmetoden med best evidens. Det ble besluttet å gjennomføre en randomisert kontrollert studie (RCT-studie) for å undersøke om metoden også ville være effektiv i en norsk kontekst. I forbindelse med denne studien fant forskerne at barn og unge sjelden ble henvist til BUP på grunnlag av traumatiske erfaringer og at eksponering for traumer sjeldent ble nevnt i henvisningene. Barnas traumerelaterte symptomer ble imidlertid ofte tolket som tegn på andre lidelser som angst, depresjon eller ADHD (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt, & Egeland, 2012). Dette førte ofte til at barnas erfaringer enten ikke ble avdekket, eller at traumeerfaringene ble avdekket først sent i behandlingsløpet. Resultater fra RCT-studien viste at TF-CBT var mer effektiv enn vanlig behandling for å redusere symptomer på posttraumatisk stress (Jensen et al., 2014). Barn som mottok TF-CBT fikk også reduserte symptomer på depresjon, angst og generelle psykiske vansker og økt fungering. Symptomreduksjonen ble opprettholdt etter behandlingsslutt (Jensen, Holt, & Ormhaug, 2017). TF-CBT viste seg også å være et kostnadseffektivt alternativ til standardbehandling (Aas et al., 2018), og er i dag anbefalt som veiledende behandling for ungdom med PTSD i Norge (Eng, 2020) og internasjonalt (Forbes et al., 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

Fra 2012 har NKVTS hatt i oppdrag fra Helsedirektoratet å implementere TF-CBT i alle landets BUP. Målsetningen er at flest mulig barn som har vært utsatt for traumer og har utviklet klinisk signifikante plager identifiseres og får tilbud

om evidensbasert behandling for posttraumatiske symptomer. Som del av implementeringen ble rutinemessig kartlegging av potensielt traumatiserende hendelser og posttraumatisk stress ved inntak til BUP innført. I perioden 2012–2017 ble TF-CBT implementert i 46 BUP og ett Statens barnehus. Oppdraget om å implementere TF-CBT i BUP ble forlenget av Helsedirektoratet, med forankring i Opptrappingsplan mot vold og overgrep 2017–2021 (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016). I løpet av denne perioden ble ytterligere 25 BUP inkludert i implementeringen, noe som tilsier at TF-CBT ved utgangen av 2021 ble implementert i om lag 75% av landets BUP, samtidig som metoden testes ut i to Statens barnehus.

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) er en kunnskapsbasert behandlingsmetode for barn og ungdom som har opplevd traumer og som utvikler traumerelaterte vansker som følge av dette (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006 ; Jensen, Granly, & Fagermoen, 2018). Formålet med behandlingen er å redusere posttraumatiske stress-symptomer, samt angst, depresjon, skam, atferdsvansker og eventuelle andre vansker som skyldes traumatisering. Modellen består av åtte sentrale komponenter: (1) psykoedukasjon, (2) avspenning, (3) følelsesregulering, (4) kognitiv mestring, (5) traumenarrativ, (6) kognitiv prosessering, (7) framtidig sikkerhet og utvikling (8) og foreldrearbeid. Involvering av omsorgsperson er sentralt i TF-CBT, og foregår parallelt gjennom hele behandlingsforløpet. TF-CBT gjennomføres vanligvis i løpet av 12–15 behandlingstimer. Metoden tilpasses hvert barn og familien, både ved at innholdet i hver komponent gjøres relevant og ved at tiden som brukes på hver komponent tilpasses behovet.

Behandlingen er faseinndelt. Den første fasen i behandlingen kalles *stabiliserings- eller mestringsfasen*. I denne fasen vektlegges at barnet og foreldrene lærer seg ferdigheter for å håndtere vansker og plagsomme symptomer. Komponentene som er sentrale i denne fasen er å gi god informasjon til foreldre og barn om virkningene av traumer; hjelpe med å regulere stress gjennom å lære avspenningsmetoder, samt hjelpe med følelsesregulering. Parallelt jobbes det med å styrke foreldreferdigheter. Den neste fasen kalles *bearbeidingsfasen* og består av komponentene traumenarrativ og kognitiv prosessering. Fokuset er rettet mot bearbeiding av de(n) traumatiske hendelsen(e) og endring av negative kognisjoner knyttet til traumehendelsen(e). I den siste fasen, *integrasjon og konsolidering*, fokuseres det på framtidig sikkerhet og videre utvikling. In-vivo mestring av

traumepåminnere, styrking av støttende og åpen kommunikasjon i familien, utvikling av sikkerhetsstrategier og integrasjon og konsolidering av ferdigheter vektlegges.

Målgruppen for TF-CBT i Norge er i dag barn i alderen 6–18 år.

3.2 Implementering av traumebehandlingstilbud til voksne (ITV) i DPS

I 2016 fikk NKVTS i oppdrag fra Helsedirektoratet å gjennomføre et pilotprosjekt ved utvalgte Psykisk helsevern for voksne (DPS) (Bækkelund, Bergerud-Wichstrøm, Mørck, Endsjø, & Aareskjold, 2017). Prosjektet var tredelt: a) å kartlegge eksisterende traumebehandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten, b) klinisk utprøving av to anbefalte kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD; Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (Shapiro & Liliotis, 2015) og kognitiv terapi for PTSD (CT-PTSD) (Ehlers & Clark, 2000), og c) innhenting av implementeringserfaringer nasjonalt og internasjonalt. Pilotprosjektet ble gjennomført mellom 2016 og 2017 (Bækkelund et al., 2017).

En kartlegging av det eksisterende traumebehandlingstilbudet i Norge viste at tilbudet var svært varierende. I den kliniske utprøvingen deltok to DPS. I overkant av 30 behandlere fikk opplæring og veiledning i en av de to behandlingsmetodene. Utprøvingen viste at det var interesse og behov for kunnskapsbaserte metoder for behandling av PTSD i tjenestene. Behandlerne mestret også å ta i bruk behandlingsmetodene etter at de mottok opplæring og veiledning, og pasientene opplevde signifikant bedring i PTSD-symptomer. Pasienter ved DPS har imidlertid oftere kompleks PTSD enn PTSD, og det er følgelig et behov for å gi behandlerne opplæring i hvordan behandle symptomene som forekommer ved kompleks PTSD (Bækkelund et al., 2017; Bækkelund, Endsjø, Peters, Babaii, & Egeland, 2022). Erfaringene fra pilotundersøkelsen la grunnlaget for videre implementeringsarbeid; inkludert at ledelsen burde involveres i større grad i implementeringen (Bækkelund et al., 2017).

I 2018 fikk prosjektet videreført midler fra Helsedirektoratet for å «i samarbeid med RVTS utvikle og implementere kunnskapsbaserte behandlingsintervensjoner slik at helsetjenesten får økt spesialkompetanse

i traumebehandling for voksne» (Helse- og omsorgsdepartementet 2017–2018, s. 211). På grunn av prosjektets størrelse og antall DPS i landet ble det i første omgang bestemt å inkludere allmennpolikliniske avdelinger framfor enheter som rus, psykose eller sengeenheter. Det skal imidlertid påpekes at andre enheter også har behov for traumebehandlingskompetanse.

3.2.1 Kognitiv terapi for posttraumatisk stresslidelse hos voksne

Kognitiv terapi for PTSD (CT-PTSD) er utviklet av forskere ved Oxford universitet i England (Ehlers & Clark, 2000). Metoden er blitt gjort allment tilgjengelig i England gjennom de nasjonale helsetjenestene kalt IAPT (Improving access to psychological therapies), som er et nasjonalt initiativ for å tilby kunnskapsbaserte tjenester for angst- og depresjonslidelser. CT-PTSD er basert på en modell som antar at PTSD utvikles dersom den traumatiske hendelsen prosesseres på en måte som opprettholder opplevelsen av å være i alvorlig nåværende fare. Når man opplever å være truet, oppstår symptomer som påtrengende minner, hyperaktivering, og sterke emosjoner som angst, sinne, skam, skyld og/eller tristhet.

CT-PTSD går blant annet ut på å reversere eller motarbeide disse opprettholdende faktorene. Det gjøres ved blant annet å bearbeide traumeminner, endre antagelser og betydninger knyttet til traumeminnet eller konsekvensene av traumeminnet. Det jobbes også med å gi slipp på uhensiktsmessige strategier. Behandlingsmetoden er prinsippstyrt og fleksibel, og vil som regel ha en varighet på 10–20 behandlingstimer.

3.2.2 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

EMDR bygger på en såkalt adaptiv bearbeidingsmodell (Shapiro & Laliotis, 2015). Modellen antar at dagligdagse opplevelser av stress blir bearbeidet slik at følelser reguleres og selvbildet opprettholdes. Ved traumatiske hendelser blir psyken derimot overveldet, noe som hindrer opplevelser fra å bli integrert i det eksisterende nettverket av minner. Dette resulterer i at minnet forblir ubearbeidet. Ubearbeidede traumatiske minner kan lett bli aktivert av ytre og indre stimuli, og kan dermed vekke emosjonelle reaksjoner, oppfatninger av selv og andre, og fornemmelser fra hendelsen. Disse reaksjonene er ofte dårlig tilpasset den nåværende situasjonen, og fører til «onde sirkler» av nye problemer.

I EMDR-behandling er målet å bearbeide traumatiske minner ved samtidig å fokusere på (a) spontane assosiasjoner til traumatiske bilder, tanker, emosjoner og kroppslige sensasjoner, og (b) bilateral stimulering, som oftest gjort med raske øyebevegelser. Det er usikkert hvilke faktorer ved EMDR-behandlingen som har effekt, men det har blant annet blitt foreslått at den bilaterale stimuleringen bidrar til å hemme traumeminnet ved å anstrenge arbeidshukommelsen (van den Hout & Engelhard, 2012) eller ved delt oppmerksomhet (Sack et al., 2016).

4 Identifiserte utfordringer og strategier for å møte disse

Det er et stort gap mellom forskning og praksis (Powell et al., 2012). Implementeringsvitenskapen har vokst frem i et forsøk på å forstå hvordan kunnskapsbaserte metoder best kan innføres og integreres i tjenestene (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005). Implementering kan defineres som bruk av *strategier* for å introdusere eller endre kunnskapsbaserte intervensjoner innenfor spesifikke områder (Proctor et al., 2009). Til tross for at det lenge har vært fokus på viktigheten av å ta i bruk gode implementeringsstrategier (Lomas, 1993), har studier funnet at slike strategier ofte er dårlig definerte og beskrevet (Proctor, Powell, & McMillen, 2013). Tidligere lå fokuset på å beskrive hvilke strategier som tas i bruk (Powell et al., 2012). De senere årene har feltet blitt mer opptatt av å forstå mekanismene bak dem (Lewis, Boyd, et al., 2020). Det vil si hvorfor man har valgt dem, og hva man ønsker å oppnå med dem.

Gjennom årene har de to implementeringsprosjektene (TF-CBT og ITV) opparbeidet seg forsknings- og erfaringsbasert kunnskap om hvilke implementeringsstrategier som har vært mer eller mindre nyttige. Denne kunnskapen har blitt tatt i bruk for å kontinuerlig forbedre implementeringsstrategien som er blitt benyttet. Noen strategier har blitt byttet ut, andre modifisert og nye utviklet.

4.1 Utfordringer tjenestene står overfor

Når nye behandlingsmetoder skal implementeres i tjenestene er det mange faktorer som kan avgjøre om implementeringen blir vellykket eller ikke. Ett av målene ved innføring av pakkeforløpene var å redusere uønsket variasjon i behandlingstilbudet som gis (Ådnanes, Kaspersen, Melby, & Lassemo, 2020). I den første evalueringen av pakkeforløpsordningen i spesialisthelsetjenesten rapporterte imidlertid ansatte en opplevelse av at pakkeforløpene i liten grad bidro til mer sammenhengende og koordinerende pasientforløp (Ådnanes et al., 2020). Disse funnene ble bekreftet i Riksrevisjonens rapport om psykiske helsetjenester (2021), som viste at det fremdeles er ulik tilgang til psykiske

helsetjenester avhengig av hvilken helseregion og kommune man bor i. Videre mente behandlere at innføring av pakkeforløpene førte til økte dokumentasjonskrav, og dermed større arbeidsbelastning (Ellingsen & Danielsen, 2020; Ådnanes et al., 2020). Mange behandlere uttrykte negative holdninger til implementering av pakkeforløpene (Ådnanes, Høiseth, Magnussen, Thaulow, & Kaspersen, 2021). Selv om det ofte tar lang tid før nye intervensjoner er godt implementert i en tjeneste (Morris, Wooding, & Grant, 2011), tyder funnene på at implementeringen av pakkeforløpene har støtt på noen utfordringer.

På **behandlernivå** pekte Riksrevisjonens rapport (2021) på at ansatte i psykisk helsetjeneste mangler kunnskap om hvilken type behandling som har effekt. Nesten 70% av behandlerne mente de ikke hadde nok tid til å utvikle seg faglig, og omtrent halvparten opplevde at det var vanskelig å holde seg oppdatert om de siste behandlingsmetodene som er utviklet. En av de største utfordringene innenfor psykisk helsevern, er at kunnskapsbaserte behandlingsmetoder ikke tas i bruk i praksis (Girlanda, Fiedler, Becker, Barbui, & Koesters, 2017; Rosen et al., 2016) – faktisk mener 30% av BUP-ledere at poliklinikkene deres benytter behandlingsmetoder som har svakt kunnskapsgrunnlag (Riksrevisjonen, 2021). Drøyt halvparten opplyste at helseforetaket ikke stiller krav til hvilke behandlingsformer som tas i bruk i poliklinikken.

På **ledernivå** har god ledelse blitt pekt på som nødvendig for å få til god implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder (Egeland, Hauge, Ruud, Ogden, & Heiervang, 2019; Aarons, Ehrhart, & Farahnak, 2014). Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2017) understreket at for å få til god implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder bør ledere på alle nivåer vie særlig oppmerksomhet til å sikre at praksisen faktisk endres. Forskning fra norske helsetjenester viser imidlertid at få ledere i psykisk helsevern har god nok opplæring i ledelse og implementeringsledelse til tross for den sentrale rollen klinikkledere har i å evaluere og utvikle tjenestene (Frich, Sjøvik, & Spehar, 2017; Riksrevisjonen, 2021; Spehar, Frich, & Kjekshus, 2012). Riksrevisjonens rapport (2021) viste blant annet at ledere ikke sørger for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring.

Det finnes også utfordringer på **organisatorisk og politisk nivå** som kan hindre god implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder. For å danne grunnlag for faglig forbedringsarbeid og styring er det nødvendig å opprette

medisinske kvalitetsregistre som systematisk innhenter detaljer om diagnostikk og behandlingsresultater (de Jong, 2016; Lyon, Lewis, Boyd, Hendrix, & Liu, 2016; Ruud, 2015). Nylig gjennomgang viste imidlertid at ingen av de nasjonale kvalitetsindikatorerne som brukes i dag gir informasjon om hvorvidt behandlingen virker, eller om det er god ressursutnyttelse (Riksrevisjonen, 2021). Dermed har ikke poliklinikkene mulighet til å følge opp om kunnskapsbaserte behandlingsmetoder tas i bruk på best mulig måte og leder til at pasientene blir bedre.

Videre er opprettholdelse av tilbud om kunnskapsbaserte behandlingsmetoder vesentlig. Utskiftninger i personalgruppen er en faktor som på organisasjonsnivå kan true opprettholdelsen av implementering fordi det krever kontinuerlig opplæring og veiledning av nye behandlere (Pascoe et al., 2021). Kunnskap om hva som påvirker utskiftninger kan muliggjøre en proaktiv planlegging for hvordan man kan opprettholde tilbudet.

Spesifikke utfordringer knyttet til implementeringen av **PTSD-behandling** er også rapportert, deriblant lite fleksible manualbaserte tilnærminger og mangel på opplæring og støtte (Finch, Ford, Grainger, & Meiser-Stedman, 2020). En mye rapportert utfordring som hindrer bruken av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder er at behandlere uttrykker usikkerhet knyttet til om pasientene tåler traumefokusert behandling og om behandlingen kan være skadelig for visse pasientgrupper (Pittig, Kotter, & Hoyer, 2019; van Minnen, Hendriks, & Olf, 2010). Denne usikkerheten hindrer at effektive behandlingsmetoder blir tilbudt som førstevalg for pasienter med PTSD (Rosen et al., 2016), til tross for lite empirisk belegg for at traumefokusert behandling ikke er effektivt og kan tilbys med tilleggsvansker som personlighetsforstyrrelse, alvorlig depresjon, psykoselidelse, høy grad av dissosiative symptomer, rusmisbruk, sterkt sinne, fysisk aggresjon, selvskading og selvmordsfare (De Jongh et al., 2016; van Minnen, Harned, Zoellner, & Mills, 2012; van Minnen, Zoellner, Harned, & Mills, 2015)

For å få til god implementering av spesifikke kunnskapsbaserte behandlingsmetoder må det jobbes på flere nivåer, både innad i tjenestene og på organisatorisk plan (Moullin, Dickson, Stadnick, Rabin, & Aarons, 2019). God kunnskap om effektive implementeringsstrategier er følgelig nødvendig.

4.2 Barrierer identifisert i TF-CBT- og ITV-prosjektet

NKVTS' opparbeidede erfaringer med implementering av traumebehandling er i tråd med flere av de ovennevnte potensielle barrierene. Blant annet bidrar høy grad av turnover hos de ansatte til at det stadig må tilbys nye kurs og påfølgende veiledning i behandlingsmetodene. Vi har initiert forskning for å identifisere faktorer som henger sammen med turnover, slik at vi på den måten kan legge til rette for kunnskapsbaserte implementeringsstrategier for å imøtekomme denne utfordringen. Samtidig er høy grad av turnover et lederansvar.

Vi har videre erfart at høy grad av tidspress i BUP og DPS er en potensiell barriere. Dersom ikke leder legger til rette for at ansatte kan lære seg og benytte metoden over tid, eller at det ikke innføres gode rutiner for kartlegging og overføring av saker fra utreder til traumebehandlerne, er erfaringen at mange ikke kartlegges og enda færre tilbys behandlingen. I TF-CBT-prosjektet har det gjennom oppfølgingssamtaler med BUP-ledere og behandlerne blitt tydelig at det er stor variasjon i hvor engasjerte og proaktive ledere er for å legge til rette for implementering av TF-CBT. I DPS pilot-prosjektet ble det påpekt at til tross for at ledere var positive til implementeringen, opplevde behandlerne manglende støtte og tilrettelegging for å ta i bruk behandlingsmetodene (Bækkelund et al., 2017).

Ledelse har blitt pekt på som en av nøkkelfaktorene for vellykket implementering (Egeland, Hauge, et al., 2019; Powell et al., 2012). I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) står det at systematisk og strukturert implementering av nye arbeidsformer og metoder er forventet av helseforetakene, og at lederne skal gjennomføre disse endringene i samarbeid med de ansatte. Ledere kan inspirere og motivere ansatte, samt utvikle nye rutiner og prosedyrer. Likevel er det blitt rapportert at mange ledere i psykisk helsetjeneste har lite formell utdanning i ledelse (Frich et al., 2017; Spehar et al., 2012). Ettersom ledere har en unik mulighet til å støtte implementeringen gjennom direkte tilgang og nær kontakt med behandlerne, kan spesifikke strategier rettet mot ledelse av implementering være nyttig for å få til vellykket implementering.

4.3 LOCI (ledelse og organisatorisk endring for implementering) som implementeringsstrategi

Basert på egne erfaringer og implementeringslitteraturen generelt, ble det ved oppstart av ny implementeringsperiode i 2018 bestemt å ta i bruk en implementeringsstrategi kalt Leadership and Organizational Change for Implementation (her oversatt som *Ledelse og organisatorisk endring for implementering*, LOCI) (Aarons, Ehrhart, Farahnak, & Hurlburt, 2015). LOCI er en 12-måneders empirisk og teoretisk basert implementeringsstrategi bestående av moduler på flere nivåer (fra indre kontekst slik som innad i tjenesten til ytre kontekst slik som ledere på ulike nivåer i helseforetaket). Den retter seg hovedsakelig mot ledere og tar sikte på å forbedre deres generelle ledelse og implementeringsledelse, i tillegg til å skape et positivt strategisk organisasjonsklima for å støtte implementeringen og opprettholdelsen av behandlingsmetodene i tjenestene.

For å styrke **transformasjonsledelse** tar LOCI utgangspunkt i fullspektrumsmodellen for ledelse (Bass, 1990; Bass & Avolio, 1995). Transformasjonsledelse handler om leders evne til å skape endring gjennom: (1) individuell tilpasning (gi den enkelte oppmerksomhet og se dens behov), (2) intellektuell stimulering (inspirere den ansatte til å tenke over vanlig praksis og tankemåte), (3) inspirerende motivasjon (inspirere den ansatte til å akseptere og strekke seg mot utfordrende mål og visjoner), og (4) idealisert innflytelse (fungere som en inspirerende rollemodell som vekker stolthet, tro og håp). Transformasjonsledelse antas å føre til en prestasjon utover forventning ved at de ansatte får økt motivasjon og moral i organisasjonen, gjør dem mer bevisste på effekten og konsekvensene av egne arbeidsoppgaver i en større sammenheng, og får dem til å gå utover egeninteresse for fellesskapets skyld.

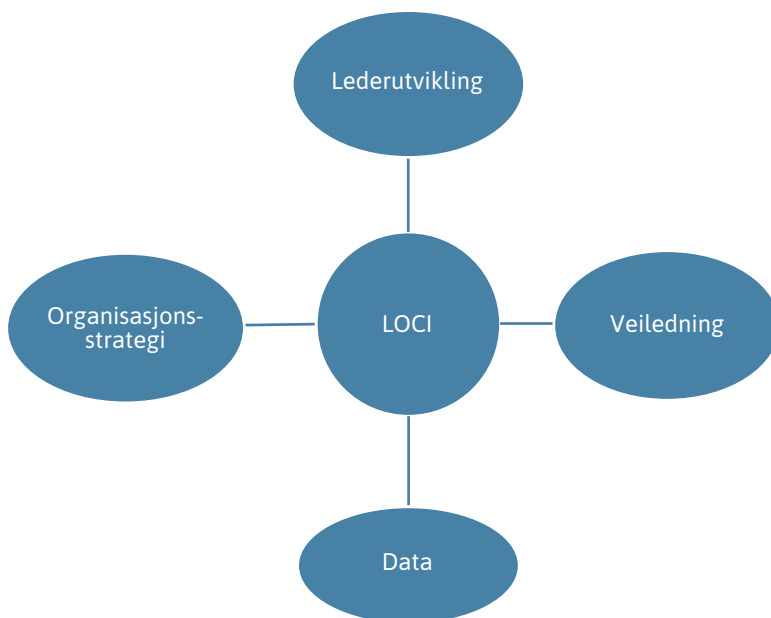
For å styrke implementeringen i tjenesten tar LOCI utgangspunkt i **implementeringsledelse** (Aarons, Ehrhart, et al., 2014). Dette er en form for strategisk ledelse som involverer spesifikke lederatferder som understøtter implementeringen i organisasjonen. Dette inkluderer følgende dimensjoner: (1) Proaktiv ledelse, som handler om å utvikle planer og fjerne hindre for implementeringen, (2) kunnskapsrik ledelse, som handler om å inneha relevant informasjon og kunnskap om intervensjonen, (3) støttende ledelse, som handler om å anerkjenne og sette pris på de ansattes innsats for å lykkes

med implementeringen, og (4) utholdende ledelse, som handler om å sørge for at implementeringen opprettholdes til tross for utfordringer.

For å styrke klima for implementering i tjenesten tar LOCI utgangspunkt i **implementeringsklima** (Ehrhart, Aarons, & Farahnak, 2014). Implementeringsklima handler om de ansattes delte oppfatning av hvilken politikk, praksis, prosedyrer og atferd som belønnes, støttes og forventes for å fremme effektiv implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder. Mål på implementeringsklima handler om hvorvidt tjenesten: (1) har fokus på kunnskapsbaserte behandlingsmetoder, (2) støtter og tilrettelegger for bruk av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder (f.eks. gir utdanningsstøtte), (3) gir anerkjennelse og ros for bruk av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder, (4) rekrutterer ansatte som er åpne for eller som har kompetanse på kunnskapsbaserte behandlingsmetoder, (5) innhenter mål på effekten av bruken av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder og tar dette i bruk for å understøtte implementeringen og vedlikehold av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder, og (6) har fokus på å bruke allerede eksisterende strukturer for å integrere kunnskapsbaserte behandlingsmetoder i tjenesten. Implementeringsklima har vist seg å ha sammenheng med implementeringseffektivitet (Jacobs, Weiner, & Bunger, 2014; Pullmann et al., 2018; Turner et al., 2018; Aarons, Farahnak, Ehrhart, & Sklar, 2014).

LOCI bygger på implementeringsrammeverket EPIS (Exploration, Preparation, Implementation and Sustainment) som tar utgangspunkt i at implementering er en prosess som pågår i ulike faser (Moullin et al., 2019; Aarons, Hurlburt, & Horwitz, 2011). I *eksplorerende fase* vil tjenesten gjøre en vurdering av hvilke behov de har for kompetanseutvikling, for deretter å identifisere de intervensjonene eller spesifikke kunnskapsbaserte behandlingsmetodene som best kan møte disse behovene. I *forberedende fase* vil tjenesten vurdere hva som kan fremme og hemme implementeringen av intervensjonen man ønsker å implementere, og legge en plan for hvordan møte potensielle hindringer. I *implementeringsfasen* tar tjenesten i bruk den nye intervensjonen, mens man i *vedlikeholdsfasen* sørger for å opprettholde fokus på intervensjonen og løse kommende barrierer.

LOCI består av 4 komponenter (se Figur 2):



Figur 2: Innhold i LOCI-strategien

Lederutvikling består av fire ledersamlinger med fokus på lederutvikling. Ledersamlingene består av todagens oppstartssamling for *LOCI-ledere* (se beskrivelse under 5.4 Deltakere), og deretter tre kvartalsvise oppfølgings-samlinger. Samlingene inneholder teoretisk og empirisk gjennomgang av transformasjonsledelse, implementeringsledelse og implementeringsklima. Dette knyttes opp til konkrete problemstillinger og situasjoner lederne står i ved implementeringen av de spesifikke behandlingsmetodene.

Veiledning består av ukentlige samtaler på 15–30 minutter og gruppeveiledninger en gang i måneden for *LOCI-ledere*. I veiledningene utarbeider ledere egne lederutviklingsplaner med konkrete mål og handlinger knyttet til transformasjonsledelse og ledelse av implementeringen. I tillegg er det månedlige 15–30 minutter samtaler med *overordnede ledere* (se beskrivelse under 5.4 Deltakere). Målet med samtalene er å hjelpe ledere til å utøve god transformasjonsledelse og implementeringsledelse, og å sikre implementering over tid på tvers av leder- og ansattgruppen.

Data refererer til at LOCI er datadrevet. Det vil si at LOCI-ledere, deres ansatte (behandlere) og overordnede ledere svarer på spørreundersøkelse om transformasjonsledelse, implementeringsledelse og implementeringsklima. Disse svarene oppsummeres i en 360°-tilbakemeldingsrapport som presenteres for LOCI-leder på ledersamlingene. I tillegg presenteres tilbakemeldinger på implementeringsklima og holdninger til bruk av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for alle deltagere i de organisatoriske strategimøtene.

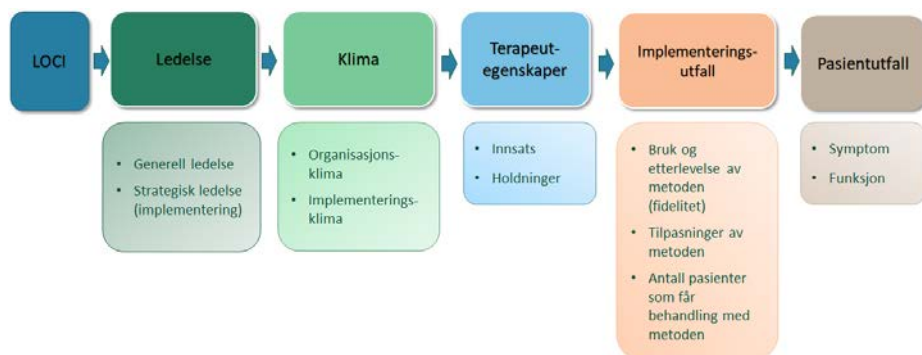
Organisasjonsstrategi innebærer kvartalsvise organisatoriske strategimøter (totalt fire møter) hvor LOCI-ledere, deres overordnede og andre fagpersoner i tjenesten som har en viktig rolle i implementeringsprosessen deltar. Det utarbeides en overordnet organisatorisk strategiplan med konkrete mål og handlinger knyttet til strategi på organisasjonsnivå.

4.3.1 Hvordan LOCI er tenkt å virke på implementerings-, tjeneste- og pasientutfall

Målet med implementering av kunnskapsbaserte metoder er å sørge for at metodene tas i bruk og opprettholdes over tid i tjenesten. Det overordnede målet for implementeringen er imidlertid ikke at metodene tas i bruk, men at pasientene mottar dem. For at pasientene skal motta dem antas det imidlertid at vellykket implementering er en forutsetning.

Proctor et al. (2011) skilte mellom tre typer utfall: (1) **Implementeringsutfall** er effekten av bevisste og målrettede handlinger (eller strategier) for å implementere nye intervensjoner. De kan deles inn i: a) akseptabilitet (behandlere oppfatter intervensjonen som tilfredsstillende), b) adopsjon (bruk av intervensjonen), c) hensiktsmessighet (opplevd passform), d) gjennomførbarhet (faktisk tilpasning), e) troskap (levert etter hensikten), f) kostnad, g) integrasjon i en tjeneste, og h) bærekraft (opprettelse innad i tjenesten). (2) **Tjenestutfall** er kvalitetsforbedringen av tjenesten. (3) **Bruker-/pasientutfall** er forbedringer i pasientens fungering, og blir ofte sett på som det viktigste kriteriet for vellykket implementering (Proctor et al., 2011). Hvis vi ikke klarer å forbedre pasientens fungering må vi revurdere intervensjonen vi tar i bruk eller måten vi har implementert den på (hvilke strategier vi har tatt i bruk).

Figur 3 viser hvordan LOCI er tenkt å påvirke implementerings- og pasientutfall (Egeland, Skar, et al., 2019). LOCI styrker ledernes transformasjonsledelse og strategiske ledelse. Dette påvirker klimaet i organisasjonen, inkludert implementeringsklima, noe som igjen påvirker behandlernes innsats og holdninger til implementeringen. Alt dette har innvirkning på en rekke implementeringsutfall: hvorvidt behandlingsmetoden blir tilbudt pasientene, hvilke tilpasninger som blir gjort og hvordan metoden blir brukt (fidelitet). Dette igjen antas å påvirke pasientutfall, både i form av symptomer og fungering.



Figur 3: Teoretisk sammenheng mellom LOCI og pasientutfall

4.4 Mål for rapporten

Målet med rapporten er å gi en beskrivelse av de erfaringene implementeringsprosjektene i BUP og DPS gjorde seg mellom 2018 og 2020. Studien undersøker følgende problemstillinger:

- 1) Lar kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD seg implementere i norske spesialisthelsetjenester?
- 2) Er LOCI en god implementeringsstrategi å ta i bruk for å implementere kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD?

5 Beskrivelse av studien og utvalget

5.1 Design og utvelgelse av klinikker

Implementeringsprosjektet 2018–2020 var en del av en pågående implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD i landets spesialisthelsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Implementeringsprosjektet 2018–2020 tok følgelig sikte på en oppskalering (scale-up) av implementeringen av PTSD-behandling i landets BUP og DPS. Samtidig ble det besluttet å rigge prosjektet slik at det var mulig å undersøke effekten av implementeringsstrategien LOCI.

Et klyngerandomisert kohortdesign ble benyttet. Det betyr at behandlerne fra alle klinikkene fikk opplæring i de kunnskapsbaserte behandlingsmetodene på samme tidspunkt. Klinikkerne ble deretter tilfeldig fordelt i tre kohorter (samling av klinikker) som deltok i LOCI-strategien på tre ulike tidspunkt (se Tabell 1).

Tabell 1: Datainnsamling i et klyngerandomisert kohortdesign

Kohort	Tidsperioder								
	T0 Aug 2018	KBP + LOCI- oppstart Sep 2018	T1 Des 2018	LOCI- oppstart Jan 2019	T2 Apr 2019	LOCI- oppstart Mai 2019	T3 Aug 2019	T4 Des 2019	T5 Apr 2020
I	0	X + Y	X		X		X	0	0
II	0	Y	0	X	X		X	X	0
III	0	Y	0		0	X	X	X	X

Notat: Fargede ruter viser til når kohorten deltok eller hadde deltatt i LOCI-programmet.

X viser til at kohorten aktivt følges opp i LOCI-programmet, mens 0 viser til at kohorten ikke følges opp i LOCI-programmet.

Y viser til tidspunkt for opplæring i de kunnskapsbaserte praksisene (KBP) (det vil si TF-CBT, EMRD og CT-PTSD)

Prosjektgruppene ved NKVTS som var ansvarlige for implementeringen i henholdsvis BUP og DPS tok sikte på å rekruttere klinikker fra helseforetak spredt rundt i landet. Poliklinikkene i DPS ble rekruttert via de regionale helseforetakene. En invitasjon ble sendt ut per mail og/eller telefon, som igjen ble distribuert til de ulike helseforetakene. Enkelte helseforetak fikk også informasjon om prosjektet ved at prosjektgruppen foreleste om prosjektet i ulike settinger. Ettersom personer med PTSD som hoveddiagnose oftest blir henvist til allmennpoliklinikker, var det hovedsakelig disse som ble invitert.

Poliklinikkene i BUP ble rekruttert ved at informasjon om prosjektet ble spredt til de poliklinikkene som ikke tidligere hadde deltatt i implementeringen. En invitasjon ble sendt ut per mail og/eller gitt per telefon.

Klinikkene i DPS og BUP som ytret ønske om å delta ble kontaktet av prosjektgruppene. Et møte ble arrangert i hver poliklinikk/helseforetak hvor det ble gitt informasjon om prosjektet og hva deltagelse ville innebære. Kontrakt ble deretter signert av deltakende poliklinikker.

5.2 Den praktiske gjennomføringen av prosjektet

Etter kontraktinngåelse ble det gjennomført oppstartsmøter for alle behandlere på poliklinikkene i DPS og BUP i forkant av implementeringen. På disse oppstartsmøtene ble det gitt informasjon om prosjektet, samt opplæring i kartlegging av traumer og diagnostisering av PTSD.

DPS: Et utvalg av behandlerne fikk opplæring i enten EMDR eller CT-PTSD i september (se Tabell 1). En mindre gruppe behandlere fikk opplæring i september 2019. Poliklinikkene i DPS ble anbefalt å sende 3–4 personer per behandlingsmetode på opplæring i CT-PTSD og EMDR, slik at det ville være et team på minst 3 personer som benyttet metodene i poliklinikken. Dette måtte imidlertid ses opp mot størrelsen på poliklinikken. Store poliklinikker sendte noen flere, mens små poliklinikker sendte færre. Noen poliklinikker sendte også flere til opplæring i kun den ene metoden fordi de allerede hadde opparbeidet seg kompetanse på den andre metoden. Dette gjaldt særlig CT-PTSD, fordi mange hadde fått opplæring i EMDR tidligere. Opplæringen ble gjennomført via tredagers kurs som ble ledet av spesialister i de respektive behandlingsmetodene. Behandlerne i DPS fikk deretter 10 timer veiledning

digitalt eller fysisk fordelt på to timer per måned, en gang i måneden i fem måneder, i grupper på opptil fire personer.

BUP: Et utvalg av behandlerne i BUP fikk opplæring i TF-CBT september 2018 (se Tabell 1). En mindre gruppe behandlere fikk opplæring i september 2019. Poliklinikkene ble anbefalt å sende omtrent 25% av behandlerne på opplæring i TF-CBT. Opplæringen i TF-CBT ble gjennomført via tredagers kurs som ble ledet av spesialister i de respektive behandlingsmetodene. Behandlerne i BUP fikk ukentlig telefonveiledning i grupper i ett år.

Rekruttering av pasienter skjedde via behandlerne. Pasienter som ikke ønsket å delta i prosjektet kunne likevel få tilbud om behandling med metoden. Behandling ble gjennomført på klinikken som del av vanlig klinisk praksis.

LOCI ble startet opp på tre tidspunkter: i september 2018 for kohort 1, i januar 2019 for kohort 2 og i mai 2019 for kohort 3 (se Tabell 1). Oppfølgingsperioden (aktiv implementeringsperiode) pågikk i 12 måneder per kohort. I henhold til programmet ble det arrangert ukentlig individuell veiledning og månedlige gruppeveiledninger med lederne, i tillegg til kvartalsvise fysiske oppfrisknings-samlinger. For overordnede ledere ble det arrangert månedlige veiledninger i tillegg til kvartalsvise strategisamlinger for ledere på alle nivåer i organisasjonen (se beskrivelse av LOCI under 4.3).

5.3 Datainnsamling

Kvantitative data ble samlet inn fra ledere og behandlere fra samtlige poliklinikker på alle måletidspunkt (se

Tabell 1). T0 (august 2018) bestod av data før LOCI og opplæringen ble satt i gang. Ved T1 (desember 2018) hadde kohort 1 startet med LOCI-oppfølging. Ved T2 (april 2019) hadde kohort 2 startet med LOCI-oppfølging, mens ved T3 (august 2019) hadde kohort 3 startet med LOCI-oppfølging. Ved T4 (desember 2019) hadde kohort 1 avsluttet LOCI-oppfølgingen. Ved T5 (april 2020) hadde kohort 2 avsluttet LOCI-oppfølgingen, mens kohort 3 var i ferd med å avslutte sin oppfølging (mai 2020).

Behandlere og ledere svarte på spørreskjema ved alle måletidspunkt. Vi benyttet Norsk senter for forskningsdata (NSD) for å samle inn data fra

behandlere og ledere ved å sende ut epost med link til spørreskjema på nett. Ved manglende besvarelser ble det sendt ut opptil tre purringer på epost.

Pasientene ble spurt om å fylle ut spørreskjemaer på iPad i forbindelse med behandlingstimer. Tre spørreskjemapakker skulle fylles ut. Første skjemapakke inkluderte noen flere skjemaer, blant annet bakgrunnsinformasjon. Andre skjemapakke var oppfølgingsskjemaer som skulle fylles ut mens behandlingen pågikk. Siste skjemapakke skulle fylles ut ved avslutning av behandlingsforløpet. Behandlerne i DPS og BUP fikk tilgang til pasienttilbakemeldingsrapporter (feedback reports) via iPadene etter at pasientene hadde fylt ut. På den måten kunne behandleren følge med på pasientens utvikling knyttet til symptomer på posttraumatisk stress, angst, depresjon og allianse (sistnevnte kun i DPS). Behandlerne fikk også beskjed om å gjøre opptak av behandlingstimer. CT-PTSD og TF-CBT skulle tas opp med lydopptak, mens EMDR skulle tas opp på video. Formålet var å kunne vurdere fidelitet (se under måleinstrumenter). Opptak fra behandlingstimer ble gjort ved hjelp av video- og lydapplikasjon utviklet av Universitetets senter for informasjonsteknologi (USIT). Data ble overført direkte og lagret i Tjenester for sensitive data (TSD) i henhold til etiske retningslinjer.

I DPS hadde behandlerne ansvar for å levere ut iPad til pasientene i forkant av behandlingstimer, og pasientene fylte ut spørreskjema i forbindelse med hver behandlingstime i behandlingsforløpet.

I BUP fikk hver TF-CBT-behandler utlevert en iPad, og bisto pasientene (barna/ungdommen) i å fylle ut spørreskjema i forbindelse med hver femte behandlingstime. Behandlerne i BUP fylte også ut kartleggingskjemaer (potensielt traumatiserende erfaringer og posttraumatisk stress) i et digitalt opplæringsystem utviklet av NKVTS. I tillegg skåret behandlerne sin egen fidelitet etter hver behandlingstime, noe som fungerte som selvmonitorering. TF-CBT-veilederne fulgte også med på behandlingsprosessen gjennom selvmonitoreringsdataene som ble registrert, og brukte dette i veiledningen.

5.4 Deltakere i datainnsamlingen

Behandlere, pasienter og ledere ved deltakende poliklinikker i DPS og BUP deltok i datainnsamlingen.

Behandlere: Alle ansatte behandlere med behandlingsansvar i deltakende poliklinikker ble spurt om å delta. De fikk tilsendt en mail fra forskergruppen med informasjon om studien med lenke til spørreskjemaet og samtykkeskjema.

LOCI-leder: Lederen på hver poliklinikk som jobbet tettest på behandlerne i klinikken fikk tilbud om å motta opplæring i LOCI. Dette var stort sett poliklinikkleder eller BUP-leder. Ved store poliklinikker deltok teamledere som LOCI-ledere.

Overordnet leder: Leder for LOCI-leder deltok som overordnet leder. Dette var stort sett DPS-leder eller seksjons-/klinikkleder for BUP. Ved store poliklinikker deltok DPS- og BUP-leder som overordnet leder.

Administrativt ansatte ble ekskludert fra spørreundersøkelsen ettersom spørsmålene ikke var relevante for dem å svare på.

Pasienter: Pasientene ble rekruttert via sin behandler. Det vil si at pasienter (barn mellom 6 og 18 år, og voksne over 18 år) som ble henvist til de deltakende poliklinikkene ble kartlagt for traumehendelser. De som oppga at de hadde opplevd traumatiske livshendelser (skjema for kartlegging av belastende livshendelser) og skåret høyt på sjekklister for PTSD (symptomer på posttraumatisk stress) ble spurt av sin behandler om de ville delta i studien. Det var ingen spesifikke eksklusjonskriterier ettersom henvisningene fulgte vanlige prosedyrer ved poliklinikkene. Det betyr at det var behandleren som gjorde en vurdering av om pasienten burde få tilbud om traumebehandling på bakgrunn av pasientens nåværende livssituasjon og symptomer. Behandlerne i DPS ble bedt om å rekruttere minst tre pasienter hver i løpet av implementeringsperioden (utgangen av 2020). Behandlerne i BUP forpliktet seg til å rekruttere minst fire pasienter i løpet av en toårsperiode fra de fikk opplæring.

5.4.1 Behandlere og ledere

Til sammen 43 enheter deltok i implementeringsprosjektet 2018–2020. 21 av disse var fra DPS, mens 22 var fra BUP. Disse enhetene var spredt rundt i 12 helseforetak, hvorav 29 (67%) var fra Helse Sørøst, 8 (19%) var fra Helse Vest, 4 (9%) var fra Helse Midt og 2 (5%) var fra helse Nord. Fordelingen samsvarer med antall innbyggere i de ulike helseregionene (Helse Sørøst er størst mens

Helse Nord er minst) (Statistisk sentralbyrå, 2022). Når det gjelder størrelsen på poliklinikkene betjente de i 2018 i gjennomsnitt omtrent 175.000 personer (fra 34.000 til 295.000) i sitt opptaksområde. Gjennomsnittlig antall behandlere per poliklinikk var omtrent 17 (fra omtrent 8 til 35). Disse tallene er i stadig endring på grunn av stor utskiftning i poliklinikkene. Se videre resultater).

Organiseringen av DPS og BUP er forskjellig fra hverandre og mellom hverandre, avhengig av størrelse og beliggenhet. Selv om det er store variasjoner består DPS ofte av flere enheter (for eksempel allmenn-, psykose- og rusenheter), mens BUP ofte ikke gjør det. Det betyr at deltakende enheter var noe forskjellig organiserte, og deltakende LOCI-ledere og overordnede ledere hadde noe forskjellige arbeidstitler.

DPS: De 21 deltakende enhetene fra DPS besto av 17 poliklinikker. 2 av poliklinikkene var delt opp i 3 team hver. Disse 2 poliklinikkene var så store at hvert team tilsvarte størrelsen på mange av de andre deltakende poliklinikkene. Disse teamene var samlokaliserte. De 21 enhetene i DPS besto av 19 allmennpoliklinikker og 2 rusenheter. I denne rapporten omtales alle enhetene som *poliklinikker*.

LOCI-lederne fra DPS besto av til sammen 22 ledere. Det var 13 allmennpoliklinikkledere, 6 teamledere i allmennpoliklinikk og 2 rusenheter. I tillegg var det ett lederbytte underveis blant allmennpoliklinikklederne. Samtlige ledere hadde personalansvar. Overordnede ledere i DPS besto av til sammen 15 ledere hvorav 13 var DPS-ledere og 2 var allmennpoliklinikkledere. Enkelte av lederne hadde lederansvar for flere LOCI-ledere (mellom 1 og 3 ledere).

BUP: De 22 deltakende enhetene fra BUP besto av 20 vanlige BUP, en familieklinikk, og en akutt ambulant enhet. To av enhetene var samlokaliserte. LOCI-ledene fra BUP besto av til sammen 25 ledere. Det var 20 BUP-ledere og 3 BUP teamledere. I tillegg var det to lederbytter underveis blant BUP-lederne. Samtlige ledere hadde personalansvar. Overordnede ledere besto av 9 ledere som alle var klinikkdirektører. Hver av disse hadde ansvar for flere BUP-ledere (mellom 1 og 5 ledere).

Til sammen i DPS og BUP var det 47 LOCI-ledere som ble fulgt opp via LOCI. 29 av LOCI-lederne var kvinner og 18 menn. Gjennomsnittsalder var 50 år. 26

hadde utdanning innen psykologi, 5 innen medisin og 16 innen sosialt arbeid og sykepleie (se Tabell 2). Det var 24 overordnede ledere som ble fulgt opp via LOCI. Av overordnede ledere var det 8 kvinner og 14 menn. Gjennomsnittsalderen var 56 år. Seks hadde utdanning innen psykologi, 5 innen medisin, 6 innen sykepleie og 5 hadde sosionombakgrunn.

Til sammen var det 790 behandlere som deltok på ett eller flere tidspunkt i studien. Dette var både behandlere som hadde fått opplæring i behandlingsmetodene, og behandlere som ikke hadde fått opplæring i kunnskapsbasert praksis for PTSD som del av dette implementeringsprosjektet. Det var 595 kvinner og 168 menn, og gjennomsnittsalderen var 44 år. Det var flest psykologer (366) og leger (149) (se Tabell 2). 447 av behandlerne var fra DPS mens 343 var fra BUP.

I DPS fikk 94 av behandlerne opplæring i EMDR og 88 i CT-PTSD. I BUP fikk 98 av behandlerne opplæring i TF-CBT. 195 av behandlerne i DPS og BUP deltok på opplæring i 2018, mens 85 deltok i 2019. I BUP fikk 18 nye behandlere opplæring i TF-CBT i 2020 som en del av BUPs vedlikehold i klinikkene.

5.4.2 Pasienter

452 pasienter deltok på ett eller flere tidspunkt i studien. Av de 236 i voksenutvalget (DPS) var 69% (n=162) kvinner og 31% (n=73) menn. Gjennomsnittsalderen var 36 år. Av de 216 fra barneutvalget (BUP) var det 65% (n=140) jenter og 22% (n=47) gutter, og gjennomsnittsalderen var 14 år (se Tabell 3). I barneutvalget har vi inkludert foreldresvar (n=91) dersom barna selv ikke hadde svart i spørreskjemaet. I begge utvalgene så vi at det var en overvekt av kvinner/jenter, noe som er representativt for pasientpopulasjonen i psykisk helsevern ellers. Nesten 2 av 10 voksne og 1 av 10 barn var født i utlandet. Rundt 5% til sammen i DPS og BUP var kommet til Norge som flyktning eller asylsøker, omtrent samme andel som i befolkningen ellers (Statistisk sentralbyrå, 2021).

Mange av pasientene i både DPS og BUP har vært i kontakt med psykiske helsetjenester tidligere. I voksenutvalget oppga 37% (n=68) at de tidligere har fått en PTSD-diagnose, mens over en tredjedel av barna har tidligere vært i kontakt med BUP. I voksenutvalget oppga 21% at de tidligere har vært innlagt i psykisk helsevern og 78% rapporterte at de helt eller delvis var ute av arbeidslivet (sykemeldt, uføretrygd eller AAP).

Tabell 2: Beskrivelse av ledere og behandlere

	LOCI-ledere (N=47)	Overordnede (N=24)	Behandlere (N=790)
Kjønn			
Kvinner	29 (61.7%)	8 (33.3%)	595 (75.3%)
Menn	18 (38.3%)	14 (58.3%)	168 (21.3%)
Missing	0 (0%)	2 (8.3%)	27 (3.4%)
Utdanning			
Psykologi	26 (55.3%)	6 (25.0%)	366 (46.3%)
Medisin	5 (10.6%)	5 (20.8%)	149 (18.9%)
Sosialt arbeid	8 (17.0%)	5 (20.8%)	56 (7.1%)
Sykepleie	8 (17.0%)	6 (25.0%)	54 (6.8%)
Annet	2 (4.3%)	0 (0%)	14 (1.8%)
Missing	0 (0%)	2 (8.3%)	76 (9.6%)
Alder			
Gjennomsnitt (SD)	49.7 (7.64)	55.6 (6.61)	43.9 (11.0)
Missing	0 (0%)	2 (8.3%)	111 (14.1%)

De voksne deltakerne rapporterte i gjennomsnitt at de hadde vært utsatt for 5 forskjellige typer potensielt traumatiserende hendelser. Psykisk vold i nære relasjoner var den vanligste formen for belastning, rapportert av 61%. Over halvparten rapporterte at de hadde vært utsatt for seksuelle overgrep.

Barna i BUP rapporterte i snitt å ha opplevd 4 forskjellige typer potensielt traumatiserende hendelser. Den vanligste formen for belastning var å være utsatt for ulykker eller sykdom, rapportert av 68% av barna. I tillegg rapporterte 37% av barna at de hadde vært utsatt for seksuelle overgrep.

I begge utvalgene rapporterte pasientene en svært høy grad av symptomer på PTSD. Nesten 70% av voksenutvalget og 23% av barneutvalget tilfredstilte kriterier for kompleks PTSD.

Tabell 3: Beskrivelse av pasientene

	DPS (N=235)	BUP (N=216)	
Alder			
Gjennomsnitt (SD)	36.27 (12.19)	14.1 (2.90)	
Manglende svar	2 (0.85%)	28 (13.0%)	
Kjønn			
Kvinner / jenter	162 (68.9%)	140 (64.8%)	
Menn / gutter	73 (31.1%)	47 (21.8%)	
Manglende svar			
Fødeland			
Norge	191 (81.3%)	162 (75.0%)	
Annet	44 (18.7%)	26 (12.0%)	
Manglende svar	0 (0%)	28 (13.0%)	
Flyktningbakgrunn			
Nei	229 (97.4%)	17 (7.9%)	
Ja	6 (2.6%)	9 (4.2%)	
Manglende svar		190 (88.0%)	
Har du tidligere forsøkt eksponerende traumebehandling?		Har du tidligere vært i behandling i BUP?	
Nei	197 (83.8%)	Nei	102 (47.2%)
Ja	38 (16.2%)	Ja	85 (39.4%)
Manglende svar	0 (0%)	Manglende svar	29 (13.4%)
Asylsøker		Enslig mindreårig asylsøker	
Nei	225 (95.7%)	Nei	214 (99.1%)
Ja	10 (4.3%)	Ja	2 (0.9%)
Manglende svar	0 (0%)	Manglende svar	0 (0%)
Sivilstatus		Omsorgssituasjon	
Gift / samboer	113 (48.1%)	Bor med mor	69 (31.9%)
Enslig	40 (17.0%)	Bor med begge foreldre	58 (26.9%)
I et forhold	27 (11.5%)	Fosterhjem	24 (11.1%)
Skilt / separert	23 (9.8%)	Delt omsorg	9 (4.2%)
Enke / enkemann	2 (0.9%)	Annet	9 (4.2%)
		Bor med far	8 (3.7%)
		Alene	7 (3.2%)
		Institusjon	4 (1.9%)
		Manglende svar	28 (13.0%)
Alder første kontakt med psykisk helsevern			
Gjennomsnitt (SD*)	25.41 (12.93)		
Median [Min, Max]	23.0 [4.00, 63.0]		
Manglende svar	5 (2.1%)		

*SD=standard deviation (standardavvik)

5.5 Måleinstrumenter

5.5.1 Måleinstrumenter behandlere og ledere

Bakgrunnsinformasjon: Behandlere og ledere ble bedt om å oppgi bakgrunnsinformasjon om fødselsår, kjønn, bakgrunn og arbeidserfaring. I forbindelse med LOCI-strategien svarte behandlere og ledere på spørsmål knyttet til ledernes generelle ledelse, implementeringsledelse og implementeringsklima.

Utskiftinger i personalgruppen: Spørreskjemaer ble sendt ut til behandlere regelmessig omtrent hver 4. måned mellom august 2018 og april 2020. Regelmessige oppdaterte maillister gjorde prosjektgruppene i stand til å holde oversikt over hvor stor utskiftning det var av behandlere per poliklinikk. Det vil si hvor mange som avsluttet eller gikk ut i permisjon i perioden prosjektet varte.

Arbeidsbelastning: Behandlere og ledere svarte også på spørreskjema knyttet til deres generelle arbeidsbelastning. Nordisk spørreskjema for psykologiske og sosiale faktorer i arbeid (General Questionnaire for Psychological and Social factors at work, QPSNordic) (Skogstad et al., 2001) ble benyttet for å undersøke ledernes og behandlernes jobbkrav (kvantitative krav), kontroll i arbeidet (positive utfordringer i jobben) og mestring i jobben (opplevelse av mestring). Behandlerne fikk også spørsmål om kontroll over avgjørelser og støtte fra kollegaer. Spørsmålene skåres på en 5-poengsskala fra 1 til 5 (1=meget sjelden eller aldri, 2= nokså sjelden, 3=av og til, 4=nokså ofte, 5=meget ofte eller alltid). Skjema er godt validert (Elo et al., 2000).

Fidelitet: Hvorvidt behandlerne tok i bruk behandlingsmetodene i henhold til manualene (med høy fidelitet) ble vurdert på bakgrunn av fidelitetsskjemaer spesifikt rettet mot behandlingene. Treatment Integrity Checklist EMDR består av en vurdering av tilstedeværelsen av 16 antatte kjernekomponenter i EMDR-protokollen. Komponentene skåres som *ja*, *nei*, eller *ikke relevant*. Hvert *ja* eller *ikke relevant* får 1 poeng, med mulighet for å skåre opptil 16 poeng per vurdering. Skjema ble hentet fra T-TIP-prosjektet i Nederland (de Bont et al., 2013) og oversatt av forskere ved NKVTS i forbindelse med dette prosjektet. Skjema er ikke validert i norsk sammenheng.

CT-PTSD sjekkliste for behandlerkompetanse (Cognitive Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder: A Checklist of Therapist Competency) (Ehlers, n.a.) består av en vurdering av tilstedeværelsen av 16 antatt kjernekomponenter i CT-PTSD-protokollen. Komponentene skåres fra 0 (svakt) til 6 (utmerket). Sjekklisten er en tilpasset versjon av et kognitiv behandlingsinstrument, hvor det er lagt til komponenter for PTSD (Blackburn et al., 2001). Skjema er ikke validert i norsk sammenheng.

Behandlerne fikk beskjed om å ta opp alle behandlingstimer som ble gjennomført med pasienten som mottok CT-PTSD eller EMDR. Hver behandler i DPS fikk opptil seks fidelitetsvurderinger, hvorav fem fra opplærte studenter og en fra veileder. Hvilke timer som ble vurdert var forhåndsbestemt, men ukjent for behandlere. Hvis behandlerne gjorde et begrenset antall opptak mottok de færre enn seks fidelitetsvurderinger.

I BUP ble en tilpasset versjon av the TF-CBT Brief Practice Fidelity Checklist (Deblinger, Cohen, Mannarino, Runyon, & Hanson, 2014) benyttet for å undersøke fidelitet til TF-CBT. Vurderingen er gjort på bakgrunn av syv antatte kjernekomponenter i TF-CBT-modellen. Disse består av psykoedukasjon, kognitiv mestring, kognitiv prosessering, traumenarrativ, affektregulering, fremtidig sikkerhet og utvikling og avspenning og stressmestring. TF-CBT-veilederne ved NKVTS skåret behandlingstimene som 0 (ikke fidelitet) eller 1 (fidelitet) basert på lytting på lydopptak fra terapitimen. Behandlerne forpliktet seg til å ta opp alle behandlingstimer som ble gjennomført med pasienten/forelderen som mottok TF-CBT. Det var et mål å lytte til minst en behandlingstime fra hver komponent i et behandlingsforløp inkludert foreldrearbeid. Skjema er ikke validert i norsk sammenheng.

Transformasjonsledelse: For å undersøke lederes generelle ledelse ble et godt validert spørreskjema kalt The Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) (Bass & Avolio, 1995) tatt i bruk. MLQ består av 36 spørsmål og undersøker blant annet lederes egenskaper knyttet til transformasjonsledelse (4 spørsmål om individuell tilpasning, 4 om intellektuell stimulering, 4 om inspirerende motivasjon og 8 om idealisert innflytelse). Spørsmålene skåres på en 5-poengsskala fra 0 («ikke i det hele tatt») til 4 («ofte, om ikke alltid»). LOCI-ledere svarte på spørsmål om egen ledelse, mens behandlere svarte på spørsmål om LOCI-leders ledelse. MLQ ble validert i forbindelse med

prosjektet og viste gode psykometriske egenskaper (Braathu, Laukvik, Egeland, & Skar, 2022).

Implementeringsledelse: For å undersøke Implementeringsledelse ble et spørreskjema kalt The Implementation Leadership Scale (ILS) (Aarons, Ehrhart, et al., 2014) benyttet. ILS består av 12 spørsmål og undersøker lederes implementeringsegenskaper. Overordnede ledere og behandlere svarte på i hvilken grad de oppfattet at LOCI-leder var proaktiv, kunnskapsrik, støttende og utholdende knyttet til implementeringen av de kunnskapsbaserte behandlingsmetodene for PTSD. Spørsmålene skåres på en 5-poengsskala fra 0 («ikke i det hele tatt») til 4 («i veldig stor grad»). Spørsmålene ble formulert slik at de viste til implementeringen av de aktuelle behandlingsmetodene (eksempel: «Min leder er kunnskapsrik når det gjelder kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD»). LOCI-leder vurderte seg selv på de samme faktorene. ILS ble evaluert i forbindelse med prosjektet og viste gode psykometriske egenskaper (Braathu et al., 2022).

Implementeringsklima: For å undersøke implementeringsklima ble et spørreskjema kalt The Implementation Climate Scale (ICS) (Ehrhart et al., 2014) tatt i bruk. ICS består av 18 spørsmål om hvorvidt tjenesten a) har fokus på, b) støtter opplæring i, c) anerkjenner, d) verdsetter, e) ansetter på bakgrunn av, eller f) ansetter på bakgrunn av åpenhet for å ta i bruk de kunnskapsbaserte behandlingsmetodene. Spørsmålene skåres på en 5-poengsskala fra 0 («ikke i det hele tatt») til 4 («i veldig stor grad»). Spørsmålene ble formulert slik at de viste til implementeringen av de aktuelle behandlingsmetodene (eksempel: «Bruk av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD er prioritert i denne tjenesten»). Overordnet leder, LOCI-leder og behandlerne vurderte implementeringsklima i poliklinikken. ICS ble evaluert i forbindelse med prosjektet og viste gode psykometriske egenskaper (Peters, Borge, Skar, & Egeland, 2022). Det ble også brukt et annet skjema for å måle implementeringsklima. The Implementation Climate Measure (ICM) (Jacobs et al., 2014) består av seks spørsmål hvor de ansatte vurderer på en 5-poengsskala mellom 0 («ikke i det hele tatt») og 4 («i veldig stor grad») om bruk av behandlingsmetodene i tjenesten er forventet, støttet og belønnet. Spørsmålene ble formulert slik at de viste til implementeringen av de aktuelle behandlingsmetodene (eksempel: «Det er forventet at jeg skal bruke kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD med et visst antall pasienter»).

Implementeringsutfall: For å undersøke implementeringsutfall ble det benyttet tre korte spørreskjema kalt The Acceptability of Intervention Measure (AIM), The Intervention Appropriateness Measure (IAM) og Feasibility of Intervention Measure (FIM) (Weiner et al., 2017). Disse måler i hvor stor grad behandlerne aksepterer behandlingsmetodene og kartleggingsverktøyene, om de oppfatter at metodene og verktøyene passer inn i klinikken (om de er hensiktsmessige), og om behandlerne oppfatter at de lar seg gjennomføre i klinikken. Spørsmålene skåres på en 5-poengskala fra 0 («helt uenig») til 4 («helt enig»). Spørsmålene ble formulert slik at de viste til implementeringen av de aktuelle behandlingsmetodene (eget skjema) og kartleggingsverktøyene (eget skjema).

5.5.2 Måleinstrumenter pasienter

Bakgrunnsinformasjon: Pasientene ble spurt om bakgrunnsinformasjon om fødselsår, kjønn, bakgrunn, tidligere kontakt med psykisk helsetjeneste, diagnoser og arbeidserfaring.

Traumeerfaringer og posttraumatisk stress: For å kartlegge pasienters potensielt traumatiske hendelser og symptomer på PTSD fylte pasientene i DPS ut traume- og PTSD-screeningsverktøyet TRAPS. TRAPS består av to skjemaer. Første side inneholder 14 spørsmål om belastende livshendelser, deriblant erfaringer med vold, overgrep og omsorgssvikt (besvares med ja eller nei). Et tilleggsspørsmål undersøker om pasienten har erfart en skremmende eller skadelig hendelse som ikke er inkludert i de andre ovennevnte spørsmålene. Skjema er basert på Stressful Life Events Screening Questionnaire (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan, & Green, 1998). Andre side inneholder 20 spørsmål om symptomer på PTSD, som er basert på PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) (Weathers et al., 2013). Spørsmålene skåres på en 5-poengskala fra 0 («slett ikke») til 4 («svært mye»). Del 2 gir en sumskåre mellom 0–80. Med en skåre rundt 33 anbefales å tilby traumebehandling. TRAPS finnes tilgjengelig på nettsidene til NKVTS. For å vurdere om pasientene hadde tilleggssymptomer som klassifiserer for diagnosen kompleks PTSD (dysregulering av affekt, negativt selvbilde, interpersonlige vansker) fikk pasientene i DPS seks tilleggsspørsmål fra spørreskjemaet ICD-11 Trauma Questionnaire (Hyland et al., 2017).

Pasienter i BUP fylte ut KATES, som er den norske versjonen av Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) (Sachser et al., 2017). KATES består av to

skjemaer. Første side inneholder 14 spørsmål om potensielt belastende livshendelser, slik som vold, overgrep, mobbing og plutselig død (besvares med ja, nei eller pass). Et tilleggsspørsmål undersøker om pasienten har erfart en skremmende eller skadelig hendelse som ikke er inkludert i de andre ovennevnte spørsmålene. Andre side inneholder 20 spørsmål om symptomer på posttraumatisk stress. Denne delen skåres fra 0 («aldri») til 3 («nesten hele tiden»). Med en skåre rundt 15 anbefales å tilby traumebehandling.

Kartleggingsskjemaer for traumeerfaringer og posttraumatisk stress finnes tilgjengelig på nettsidene til NKVTS.

Angst og Depresjon: I DPS ble pasienter bedt om å fylle ut Patient Health Questionnaire Anxiety Scale (GAD-7) (Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006) og Patient Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-9) (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001) for å måle henholdsvis angst og depresjon. GAD-7 består av syv spørsmål om pasientens symptomer på angst de siste to ukene på en skala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 4 (nesten hver dag). PHQ-9 består av ni spørsmål om pasientens symptomer på depresjon de siste to ukene på en skala fra 1 («ikke i det hele tatt») til 4 («nesten hver dag»).

I BUP ble barna spurt om internaliserende fungering, det vil si spørsmål knyttet til engstelse og depressive tanker gjennom subskalaen «internaliserende fungering» på spørreskjema Pediatric Symptom Checklist-17 (Murphy et al., 2016) ble benyttet. Subskalaen består av 5 spørsmål, som skåres på en skala fra 1 («aldri») og 3 («ofte»).

Terapeutisk allianse: Pasientene i DPS ble bedt om å vurdere allianse til sin behandler ved hjelp av spørreskjema Working Alliance Inventory (WAI-12) (Hatcher & Gillaspay, 2006). Skjema består av 12 utsagn på en 7-punktsskala (mellom aldri og alltid) om hvordan man opplever egen behandler og behandlingen som pågår. Pasientene i BUP ble bedt om å vurdere allianse ved hjelp av The Therapeutic Alliance Scale for Children (TASC) for barn (Shirk, Karver, & Brown, 2011). Pasienten svarte på 12 utsagn på en 4-punkt skala fra 0 («ikke i det hele tatt») til 4 («mye»).

Tilfredshet: Pasienters tilfredshet med behandlingen ble kartlagt ved hjelp av en lettere omformulert versjon av the Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) (Attkisson & Zwick, 1982). Skjema inneholder spørsmål som «hvor fornøyd er

du med hjelpen du ble gitt?» og «hvis du skulle trenge hjelp igjen, ville du da kommet tilbake?». Skjema inkluderer åtte spørsmål hvor pasienten blir bedt om å vurdere tjenestene som ble mottatt på en skala mellom 1 og 4, der høye skårer indikerer høy tilfredshet. I DPS ble pasientene bedt om å vurdere hva de synes om hjelpen de mottok etter avsluttet behandling. I BUP var det enten barna eller foreldrene som ble bedt om å vurdere deres tilfredshet.

5.6 Kvalitative intervjuer

Kvalitative data ble samlet inn fra behandlere og ledere i BUP og DPS etter at de hadde avsluttet oppfølgingen i LOCI.

Et stratifisert utvalg av **behandlere** ble intervjuet. Dette ble gjort for å prøve å få behandlere fra varierte poliklinikker. Utvelgelsen ble gjort på bakgrunn av behandlernes vurdering av lederne på implementeringsledelse. I hver kohort ble lederen som ble vurdert høyest og lavest på spørreskjemaet The Implementation Leadership Scale (ILS) valgt ut. En tilfeldig valgt behandler fra de aktuelle poliklinikkene ble spurt om å delta. En ekstern masterstudent gjennomførte intervjuene. Vedkommende kjente ikke til hvilke poliklinikker behandleren ble rekruttert fra.

Intervjuguiden til behandlerne ble utarbeidet i fellesskap med de to prosjektgruppene og den eksterne masterstudenten. Intervjuguiden ble strukturert i tematiske hovedpunkter hvor spørsmålene ble basert på temaer som blir målt i ILS (proaktiv, støttende, kunnskapsrik og utholdende ledelse). I tillegg ble behandlerne spurt om hvordan det hadde vært å jobbe med behandlingsmetodene for behandlerne ved poliklinikkene. Behandlerne fikk også mulighet til å ta opp temaer som ikke var nevnt under intervjuene, og som de synes var viktig å si noe om.

I tillegg til behandlere ble også et stratifisert utvalg av **ledere** intervjuet. LOCI-ledere med høyt og lavt oppmøte på samlingene ble valgt ut for å prøve å få et utvalg av ledere som hadde ulik motivasjon for deltakelse. Overordnede ledere ble valgt ut fra bekvemmelighet, det vil si de som var tilgjengelige for intervju innen nærmeste tid. En ekstern masterstudent gjennomførte de fleste intervjuene, mens noen intervjuer ble gjennomført av en TF-CBT-veileder som ikke hadde vært involvert i LOCI.

Intervjuguiden til lederne ble utarbeidet i fellesskap mellom TF-CBT og ITV-gruppen og den eksterne masterstudenten. Spørsmålene handlet om hvordan poliklinikken og ledelsen hadde lagt til rette for at behandlerne kunne ta i bruk behandlingsmetodene og hvordan lederne hadde opplevd å delta i LOCI.

Intervjuene ble gjennomført på digital plattform, telefon eller ansikt-til-ansikt. Intervjuene ble tatt opp på lydband og ble overført og lagret direkte på TSD. Intervjuene ble transkribert, og deretter analysert av studentene.

5.7 Etikk – selvstendig samtykke og ivaretagelse av deltakerne

Proseduren for innhenting og lagring av samtykke, datamateriale og video-/lyddoptak ble gjennomført i henhold til retningslinjene fra Regional etisk komité (REK) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Prosjektet fikk tilrådning av NSD, ref. 60036/3/LH. REK vurderte at hovedprosjektet falt utenfor REKs ansvarsområde. Dataene som ble samlet inn fra pasientene ble godkjent av REK, referansenummer 190005 (BUP-data) og 124871 (DPS-data).

Behandleren informerte pasienter om prosjektet både muntlig og skriftlig. Det skriftlige samtykket ble innhentet elektronisk før første utfylling av spørreskjema, og samtykket ble således lagret hos Norsk senter for forskningsdata (NSD).

For behandlere og ledere ble det utdelt et informasjonsskriv om prosjektet og hva deltagelse ville innebære. Samtykke ble innhentet elektronisk før første utfylling av spørreskjema, og samtykket ble således lagret hos Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Samtlige deltagere kunne når som helst trekke samtykke og be om at data ble slettet. Pasienter som valgte å ikke delta, eller som senere trakk samtykket til å delta fikk tilbud om behandling på lik linje med de som deltok.

Behandlere og ledere som ble intervjuet mottok informasjons- og samtykkeskriv og signerte samtykke skriftlig i forkant av intervjuet. Intervjuerne informerte om sin rolle i prosjektet og gjentok hvordan data ble håndtert og muligheten for å trekke tilbake samtykket før oppstart.

5.8 Brukermedvirkning

Forskere har et etisk ansvar for at kunnskap og synspunkter fra brukere inkluderes aktivt i hele forskningsprosessen. Ved å involvere brukere i prosjektet kan man få viktige innspill på sentrale spørsmål, få bekreftet antakelser og bli utfordret til nytenkning.

Prosjektgruppen knyttet til implementering i DPS opprettet et ekspertpanel i starten av prosjektperioden 2018–2020. Ekspertpanelet besto av 3 personer med brukererfaring i psykisk helsetjeneste samt 3 behandlere ansatt i psykisk helsetjeneste fra ikke-deltakende poliklinikker. Ekspertpanelet møttes regelmessig gjennom hele prosjektperioden. Det var fysisk oppmøte ved NKVTS, og samlingene varte i 2–3 timer hver gang. Prosjektgruppen brukte anledningen til å legge fram ulike problemstillinger som ble drøftet, samt få innspill fra gruppa på ulike deler av prosjektet. Blant annet gjennomgikk vi spørreskjema, informasjonsskrivene og LOCI-programmet. Det ble også diskutert hva som var viktig å formidle til behandlerne og lederne i prosjektet. Ekspertpanelet kom med svært nyttige tilbakemeldinger som prosjektgruppen tok med seg videre inn i prosjektet. Således har ekspertpanelet vært med å forme sentrale deler av prosjektet.

Sammensetningen av gruppen med personer med brukererfaring og behandlere førte også til gode samtaler og diskusjoner underveis. Blant annet var det lærerikt å høre om deres erfaringer og oppfatninger om møte med hverandres roller i helsesystemet, og bruken av systematisk kartlegging i tjenestene. Ekspertpanelet har også deltatt i presentasjoner av prosjektet. Samarbeidet med ekspertpanelet har følgelig bidratt til svært verdifull kunnskap og erfaring som har løftet implementeringsarbeidet og forskningsprosjektet betydelig.

Prosjektgruppen knyttet til implementering i BUP satte sammen to brukergrupper bestående av henholdsvis behandlere ($n=4$) og ledere ($n=4$). Det ble gjennomført tre digitale møter der fokus var på implementeringsstrategier, inkludert hva som hemmet og fremmet implementeringen (møte 1), effekt av TF-CBT (møte 2) og implementeringsutfall (møte 3). Prosjektgruppen åpnet hvert møte med informasjon fra prosjektet (møte 1–3) og resultater fra implementeringsprosjektet (møte 2–3), som deretter ble diskutert. Anbefalinger, kommentarer og råd ble notert og forsøkt imøtekommet så

langt det lot seg gjøre (for eksempel utvikling av hjelpemateriell til TF-CBT og tema til den årlige TF-CBT-konferansen).

5.9 Analyse

De statistiske analysene ble gjort i IBM SPSS Statistics for Windows versjon 27, R (R Core Team, 2021), eller i Mplus 8 (Muthén & Muthén, 2017).

Resultater som beskriver utvalget (klinikker, ledere, behandlere eller pasienter) er oppgitt som frekvens (N) og prosent av utvalget for dikotome variabler, og gjennomsnitt med standardavvik for kontinuerlige variabler. Estimering av behandlingseffekt for pasienter er gjort ved bruk av parete t-tester, for å sammenligne skårer før og etter behandling. Ved signifikante funn er styrken av effekten ytterligere estimert ved å kalkulere standardiserte effektstørrelser (Hedges g). Effektstørrelser blir oppgitt der det er naturlig. Effektstørrelse betegner hvor markant en forskjell er. En effektstørrelse mellom 0,3–0,5 tilsier at effekten er svak, 0,5–0,75 tilsier at effekten er moderat, mens en effektstørrelse over 0,75 regnes som høy.

For å undersøke hvorvidt ledelsesopplæringsprogrammet LOCI signifikant påvirket ledelse og implementeringsklima i klinikkene, ble det benyttet lineære sammensatte modeller (linear mixed models). Denne analysemetoden er anbefalt for å håndtere klyngeeffekter i dataene, for eksempel avhengigheter mellom forskjellige behandlere i samme klinikk eller ulike observasjoner fra samme behandler over tid). Blandede modeller er også godt egnet for å analysere longitudinelle data med ulik temporær avstand mellom observasjonene, og datasett med manglende verdier (missing data). Modellene ble estimert med faste lineære effekter for endringer i klinikk før og etter LOCI-intervensjonen, og tilfeldige effekter for forskjeller mellom klinikker og behandlere. For ytterligere informasjon om estimering av modellene, se Skar, Braathu, Peters, et al. (2022).

For å undersøke hvorvidt ledelse og klima innvirket på implementeringsutfall, ble stianalyser gjennomført i Mplus. Analysene tok hensyn til den klyngestrukturen i dataene, og ved bruk av maksimal sannsynlighetsestimert standardfeil. Vi brukte latent modellering for utfallsmålene. For ytterligere detaljer, se Egeland et al. (2022).

For å undersøke behandleres erfaringer med implementeringen ble behandlere fra deltakende poliklinikker i DPS og BUP intervjuet. Intervjuene var semistrukturerte. I masteroppgaven ble det benyttet et rammeverk for tematisk analyse av Braun and Clarke (2013). Dette er en pragmatisk og fleksibel metode som kan benyttes på ulike måter. For mer detaljer, se Vrettos (2020).

For å undersøke lederes erfaringer med implementeringen ble ledere fra deltakende poliklinikker i DPS og BUP intervjuet. Intervjuene var semistrukturerte. For å svare på problemstillingene som skissert tidligere, har vi gjort flere kvalitative analyser på bakgrunn av de semistrukturerte intervjuene, og vil presentere funn både fra en fagfelleurdert artikkel og en masteroppgave. I masteroppgaven ble analyseverktøyet NVivo benyttet. Som et analytisk rammeverk benyttet kandidaten seg av Kirkpatrick's modell for evaluering av effekten av lederutvikling (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2005). For mer detaljer, se Iversen (2020). I den kvalitative artikkelen ble også NVivo benyttet. Data ble analysert ved bruk av Braun and Clarke (2013) sin reflekssive tilnærming til tematisk analyse. Valg av tilnærming var basert på et ønske om å identifisere mønstre i lederes oppfatninger av om og hvordan de og deres klinikk hadde hatt nytte av å delta i LOCI.

6 Resultater

6.1 Behandlingsresultater

6.1.1 Ble pasient bedre av traumebehandlingen?

I voksenutvalget gjennomførte vi analyser basert på alle pasienter som rapporterte egne plager minst to ganger i løpet av behandlingsforløpet, men med minst en måneds mellomrom (se Bækkelund et al., 2022 for utdypende detaljer). Dette utvalget ($n = 196$) inkluderte da både pasienter som fullførte et behandlingsløp og pasienter som kun fikk noen få timer med CT-PTSD eller EMDR over en kortere tidsperiode. Resultatene viste likevel at symptomer på posttraumatisk stress ble redusert med nesten ett standardavvik ($g = 0.98$, CI 0.80–1.20). Av de 196 deltakerne var det 89 som fylte ut sluttskjema ved fullført behandling. For denne gruppa gikk symptomene på posttraumatisk stress gjennomsnittlig ned med over ett standardavvik ($g=1.52$, CI 1.2–1.85). Resultatene viste omtrent samme nedgang (omtrent ett standardavvik) i symptomer på angst og depresjon (Bækkelund et al., 2022) (se Tabell 4).

I barneutvalget rapporterte 93 av deltakerne på symptomer etter endt behandling. Symptomer på posttraumatisk stress gikk gjennomsnittlig ned med over ett standardavvik ($g=1.59$, CI 1.25–1.93). Mål på internaliserende fungering (engstelse og depressive tanker) gikk også tilnærmet ett standardavvik ned fra første til siste måling.

Målinger før og etter behandling viste altså at de aller fleste voksne og barn som fullførte behandlingen opplevde en sterk nedgang i symptomer på posttraumatisk stress (se Tabell 4).

Mange pasienter fylte ikke ut siste spørreskjema ved endt behandling. Vi har begrenset mulighet til å se om disse pasientene droppet ut av behandling, fullførte behandlingen uten å fylle ut sluttskjema eller gikk over til annen behandling ved poliklinikken. Dette skaper usikkerhet om effekten vi observerte er representativ for hele utvalget. Vi kan heller ikke rapportere på antall behandlingstimer de faktisk fikk. Frafallsanalyser i BUP-utvalget viste at høyere symptomer på PTSD blant barna før behandlingsstart var assosiert med manglende data ved endt behandling ($p < .001$). Det var ingen signifikant

sammenheng mellom frafall og alder og kjønn (henholdsvis $p = 1.50$ og $p = .102$). Frafallsanalyser i DPS-utvalget viste at yngre pasienter og personer med mindre sannsynlighet for å være arbeidsufør var assosiert med manglene data ved endt behandling (henholdsvis $p = .015$ og $p = .040$) (Bækkelund et al., 2022).

6.1.2 Hvordan var relasjonen mellom behandler og pasient?

I individuellterapeutisk behandling er det sentralt at pasienten har en trygg relasjon til behandler, at de er enige om målet med behandlingen, og at de har en felles forståelse om hvordan de skal nå målet (Horvath, 2001). Dette kalles ofte terapeutisk allianse. I både DPS- og BUP-utvalget målte vi pasientenes opplevelse av den terapeutiske alliansen både i begynnelsen av og underveis i behandlingen.

Terapeutisk allianse i BUP ble rapportert på en skala fra 1–4, der 4 indikerer en god allianse. Pasientene i BUP rapporterte i gjennomsnitt en skåre på 3.55 (SD=0.4).

På en skala fra 1–7 hvor høy skåre indikerer høy tilfredshet, rapporterte pasientene i DPS i gjennomsnitt 5.2 (SD=0.8). Disse målingene viser at pasientene overveiende opplevde at de hadde en god relasjon til sine behandlere.

6.1.3 Hvor fornøyde var pasientene med hjelpen de fikk?

Sett fra et brukermidvirkningsperspektiv er pasienters tilfredshet med behandlingen de mottok kanskje det viktigste pasientutfallet å evaluere. Gjennomsnittlig skåret pasientene i DPS-utvalget 3.56 (SD=0.49), mens foreldrene i BUP-utvalget skårer 3.31 (SD=0.67). Dette tyder på at pasientene selv eller barnas foreldre var godt fornøyde med hjelpen de mottok.

6.1.4 Fidelitet til behandlingsmetodene

Totalt 117 EMDR behandlingstimer i DPS ble vurdert for fidelitet. Samtlige fikk en skåre mellom 10 og 16 (av 16 mulige), hvorav 111 av dem fikk 13 poeng eller mer. Ettersom skjema ikke er validert har vi ikke grunnlag for å vurdere om behandlingstimerne ble vurdert å være tilfredsstillende eller ikke. De høye skårene kan imidlertid gi oss en pekepinn på at behandlerne inkluderte mange av komponentene som er antatt å være sentrale for EMDR-behandlingen.

Tabell 4: Behandlingsutfall for pasienter i DPS og BUP

Behandlingsutfall i DPS1		
	Hele utvalget (N=196)	Avsluttede forløp (N=89)
PTSD, første time	52.5 (10.1)	50.4 (11.0)
PTSD, siste time	38.2 (16.9)	28.5 (16.5)
Effektstørrelse	0.98 (0.80-1.20)**	1.52 (1.20 – 1.85)**
Angst, første time	11.5 (4.5)	10.5 (4.5)
Angst, siste time	9.3 (5.3)	6.5 (4.6)
Effektstørrelse	.46 (0.30 - 0.61)**	.89 (0.64- 1.14)**
Depresjon, første time	18.1 (5.4)	17.8 (5.2)
Depresjon, siste time	14.6 (7.0)	11.4 (6.4)
Effektstørrelse	.55 (0.40 - 0.71)**	1.08 (0.83 – 1.34) **
Behandlingsutfall i BUP2		
	Avsluttede forløp (N=93)	
PTSD første time	30.7 (10.1)	
PTSD siste time	14.7 (9.74)	
Effektstørrelse	1.59 (1.25-1.93)**	
Internaliserende fungering første time	6.54 (2.41)	
Internaliserende fungering siste time	3.95 (2.87)	
Effektstørrelse	0.98 (0.65-1.31)**	
1 spennvidde = 0-80; 2 spennvidde = 0-60		
*p < .05; ** p<.01		

Totalt 62 CT-PTSD behandlingstimer i DPS ble vurdert for fidelitet. Det var kun to av behandlingstimer som ble vurdert å ikke i tilfredsstillende grad etterleve behandlingsmodellen.

Totalt 1023 behandlingstimer i BUP ble vurdert for fidelitet. Det vil si i gjennomsnitt 9.5 timer per behandler. 91.2% av de fidelitetsvurderte terapitimerne blant klinikker som mottok LOCI ble skåret til å ha tilstrekkelig fidelitet til behandlingsmetodene av TF-CBT konsulenter ved NKVTS. Fidelitet ved disse timene rangerte fra 88.4–96.6%.

Fidelitetsvurderingen kan følgelig sies å være tilfredsstillende for de fleste av behandlingstimerne som ble vurdert ved EMDR, CT-PTSD og TF-CBT.

6.2 Ansattes erfaringer med tjenesten

6.2.1 Hvordan var turnover blant de deltagende klinikkene?

Prosjektperioden varte mellom august 2018 og juni 2020, det vil si omtrent to år. I denne perioden var det totalt 168 behandlere som sluttet eller gikk ut i permisjon. Dette utgjør i underkant av 40% av antall ansatte i klinikkene ved DPS. I BUP var det totalt 200 behandlere som sluttet eller gikk ut i permisjon. Dette utgjør omtrent 43% av antall ansatte i klinikkene. Basert på klinikkens gjennomsnittsstørrelse i løpet av prosjektperioden ser vi også at 34% nye behandlere startet i barneklinner i løpet av prosjektperioden. Dette viser at det er mye utskiftning av behandlere i både DPS og BUP.

6.2.2 Hvordan var arbeidsbelastningen blant de deltagende klinikkene?

*Jobbkra*v: Ansatte i DPS og BUP vurderte flere psykososiale sider av sin egen arbeidshverdag. De fleste behandlerne rapporterte at de opplevde høye jobbkrav (eksempel på spørsmål: Har du for mye å gjøre?) mellom av og til og nokså ofte ($M=3.54$, $SD=0.792$). Lederne rapporterte også at de opplevde høye kvantitative krav mellom av og til og nokså ofte ($M=3.75$, $SD=0.659$). Det var ingen signifikante forskjeller mellom ledere i DPS og BUP.

Kontroll i arbeidet: De fleste behandlere og ledere rapporterte at de syntes eget arbeid var nokså ofte meningsfylt og utfordrende på en positiv måte (eksempel på spørsmål: Ser du arbeidet ditt som meningsfylt?). Behandlerne skåret et gjennomsnitt på 4.21 ($SD=0.584$) mens lederne skåret et gjennomsnitt på 4.41 ($SD=0.454$). tillegg rapporterte de fleste behandlerne at de av og til hadde mulighet til å påvirke beslutninger som tas på arbeidsplassen (eksempel på spørsmål: Kan du selv bestemme når du skal ha kontakt med pasienter?) ($M=3.34$, $SD=0.643$).

Mestring i jobben: Angående følelse av mestring i jobben følte de fleste behandlerne at de nokså ofte opplevde mestring (eksempel på spørsmål: Er du fornøyd med den mengden arbeid som du får gjort?) ($M=3.89$, $SD=0.464$). Det samme svarte lederne ($M=4.05$, $SD=0.394$).

Informasjon om kvaliteten på arbeidet og vurdering av eget arbeid: På spørsmål om de fikk informasjon om kvaliteten på arbeidet de utførte (dvs. tilbakemelding) svarte de fleste behandlerne ($M=2.88$, $SD=0.904$) og lederne

($M=3.21$, $SD=0.822$) at de kun av og til fikk slik tilbakemelding. Til tross for at de fikk liten informasjon om kvaliteten på eget arbeid rapporterte de fleste behandlere ($M=3.48$, $SD=0.664$) og ledere ($M=3.68$, $SD=0.571$) at de av og til eller nokså ofte kunne avgjøre om de hadde gjort godt eller dårlig arbeid.

Støtte fra kollegaer: De fleste behandlerne rapporterte at de nokså ofte opplevde støtte fra kolleger (eksempel på spørsmål: Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp med ditt arbeid fra dine arbeidskollegaer?) ($M=4.23$, $SD=0.674$).

Det var ingen signifikante forskjeller i behandleres og lederes oppfatning av arbeidsbelastning fra oppstart og mot slutten av implementeringsperioden.

6.3 Implementeringsresultater

Som vist i Figur 3 antas LOCI å innvirke på lederes generelle ledelse, implementeringsledelse og implementeringsklima. Implementeringsledelse og -klima antas videre å innvirke på ulike implementeringsutfall, slik som behandleres bruk av de kunnskapsbaserte behandlingsmetodene.

6.3.1 Har LOCI effekt på ledelse og implementeringsklima?

I oppstarten av implementeringen (august 2018) vurderte behandlerne hvorvidt deres egne LOCI-ledere utviste transformasjonsledelse, og hvorvidt lederne var proaktive, kunnskapsrike, støttende og utholdende knyttet til implementeringen av de kunnskapsbaserte behandlingsmetodene.

Behandlerne vurderte også hvordan klima var for å implementere de nye behandlingsmetodene i poliklinikken (implementeringsklima). Resultatene i oppstarten av implementeringen viste at behandlerne oppfattet at LOCI-lederne utøvde transformasjonsledelse ($M=2.67$, $SD=0.736$) og implementeringsledelse ($M=2.30$, $SD=0.863$) mellom «av og til» og «ganske ofte». Behandlerne oppfattet at klinikkene hadde et moderat implementeringsklima ($M=1.91$, $SD=0.614$).

Over tid skåret behandlerne lederne sine lavere og lavere på transformasjonsledelse og implementeringsledelse, i tillegg til implementeringsklima. Dette snudde da LOCI-lederne startet opp i LOCI. Da skåret behandlerne lederne sine signifikant høyere på transformasjonsledelse (differanse=0.14, $p<0.001$, $d=0.19$) og implementeringsledelse (differanse=0.36, $p<0.001$, $d=0.42$), i tillegg

til implementeringsklima (differanse=0.12, $p<0.001$, $d=0.19$). Dette indikerer at LOCI hadde innvirkning på lederens arbeid med implementeringen, ved at de utviste mer transformasjonsledelse, jobbet mer proaktivt og var mer støttende, samt tilrettela for å skape et godt klima for implementeringen av metodene (Skar, Braathu, Peters, et al., 2022). Vurderingen av lederne forholdt seg stabile i hele implementeringsperioden. Det betyr at behandlerne oppfattet at LOCI-lederne opprettholdt en viss standard for transformasjonsledelse og implementeringsledelse. Vurdering av implementeringsklima i poliklinikkene forholdt seg også stabilt etter oppstart av LOCI. Se Skar, Braathu, Peters, et al. (2022) for mer detaljer.

6.3.2 Har ledelse og klima effekt på implementeringsutfall?

Implementeringsledelse viste seg å ha en effekt på hvorvidt behandlerne aksepterte behandlingsmetodene og kartleggingsverktøyene, og om de oppfattet at metodene og verktøyene passet inn (om de var hensiktsmessig) og lot seg gjennomføre i klinikken (Egeland et al., 2022). Det vil si at jo mer positivt behandlerne oppfattet lederens implementeringsledelse, desto mer positivt vurderte de metodene og verktøyenes akseptabilitet, hensiktsmessighet og gjennomførbarhet åtte måneder senere. Dette gjaldt også da vi kontrollerte for alder, kjønn, arbeidserfaring og hvor lenge behandlerne hadde vært ansatt i klinikken.

Vi fant også at globalt implementeringsklima, og særlig delskalaene fokus og anerkjennelse, hadde sammenheng med behandlerens oppfatning av behandlingsmetodenes og kartleggingsverktøyenes akseptabilitet, hensiktsmessighet og gjennomførbarhet fire måneder senere. Det betyr at implementeringsklima kan være en mulig mekanisme som implementeringsledelse virker gjennom.

6.3.3 Hvordan kan ledere tilrettelegge for behandlerens bruk av metodene?

Behandlere som arbeidet ved DPS og BUP poliklinikker fra Østlandet, Vestlandet og i Nord-Norge deltok i intervjuer om implementeringsprosjektene. Det ble skrevet en hovedoppgave på bakgrunn av ni av disse intervjuene (Vrettos, 2020). Behandlerne var i alderen 28 til 57 år, og 8 av dem var kvinner. De var utdannet psykologer, sykepleiere og barnevernspedagoger. De hadde mellom 2.5 og 17 års erfaring ved poliklinikkene de nå jobbet ved. Alle hadde fått opplæring i kunnskapsbasert PTSD-behandling.

Hovedoppgaven undersøkte følgende problemstilling: *Hvordan kan ledere tilrettelegge for at behandlerne skal ta i bruk behandlingsmetodene som implementeres i tjenestene?* Tre temaer fremkom i analysen. For det første opplevde de fleste behandlerne at mulighetene for kollegastøtte var viktig. Kollegaveiledning krever imidlertid tid, og det kan være behov for planlegging av når den kan gjennomføres. Det kan også være en barriere at ansvaret for å gjennomføre kollegaveiledningen ble overlatt til behandlerne.

For det andre ga behandlerne uttrykk for at emosjonell støtte var viktig. Det vil si ledernes forståelse for og evne til å kunne sette seg inn i hvordan behandlerne opplever situasjonen de er i. Å ha ansvar for mange pasienter og samtidig lære og bruke behandlingsmetodene for PTSD kan oppleves som krevende. Mange opplevde fleksibilitet og forståelse fra leder til å foreta egne prioriteringer innenfor rammene. Det kunne samtidig oppleves vanskelig å gjøre prioriteringene alene. At ledere viste interesse og brydde seg om hvordan det gikk ble verdsatt. Mangel på sådan ble savnet. Anerkjennelse fra leder ble også løftet fram som positivt.

For det tredje ga behandlerne uttrykk for et behov for praktisk støtte i form av tilgjengelige og konkrete verktøy (eks. lysbarer og nettbrett) og fordeling av pasienter. Det å ha nok pasienter til at de fikk trening i å bruke metodene, men ikke for mange da behandlingstimene tok lengre tid, var viktig.

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

6.3.4 Betydningen av opplæring og veiledning av ledere i LOCI

Det ble skrevet en artikkel (Borge et al., in press) og en hovedoppgave (Iversen, 2020) på bakgrunn av semistrukturerte intervjuer med ledere fra BUP og DPS som hadde deltatt i LOCI.

Artikkelen baserte seg på intervjuer med 11 ledere fra BUP og DPS etter at de hadde fullført LOCI-oppfølgingen. Fire temaer ble trukket fram. For det første opplevde de fleste lederne at LOCI-strategien ga dem konkrete verktøy for å håndtere implementeringen av behandlingsmetodene. For det andre opplevde lederne at LOCI fikk dem til å involvere seg i implementeringen på en måte de ellers ikke ville ha gjort. Blant annet brukte de mer tid til å motivere og

tilrettelegge bruken av metodene for behandlerne. For det tredje ble fellesskapsfølelsen blant deltakende ledere trukket fram. LOCI ga dem muligheter til å samhandle med andre ledere om implementeringen, noe som ble oppfattet som nyttig. For det fjerde gjorde LOCI-strategien lederne mer bevisste på hva som kreves for å implementere nye metoder, og deres egen rolle i dette arbeidet (Borge et al., in press).

Av de mindre positive opplevelsene som ble formidlet var det to ledere som ikke oppfattet at LOCI var særlig nyttig. Den ene oppfattet at implementeringen i egen klinikk gikk så bra at egen rolle nesten var overflødig. Den andre oppfattet at organisatoriske utfordringer i klinikken gikk utover muligheten for å få til god implementering. Dette peker på viktige implementeringsutfordringer som må tas hensyn til ved valg av implementeringsstrategier (Borge et al., in press).

I hovedoppgaven ble åtte LOCI-ledere samt fire overordnede ledere inkludert i analysene (Iversen, 2020). Hovedoppgaven undersøkte følgende problemstilling: Er LOCI en effektiv implementeringsstrategi i psykisk helsevern i Norge? Tre hovedtemaer framsto som sentrale for ledernes opplevelse av LOCI. For det første uttrykte mange av lederne stor motivasjon for å bli med i LOCI med bakgrunn i ønsket om å få til bedre implementering av behandlingsmetodene. De hadde også erfart tidligere hvor vanskelig det er å få til god implementering i praksis, og dette motiverte dem for å delta (Borge et al., in press; Iversen, 2020).

For det andre, og i likhet med Borge et al. (in press) ble det også her påpekt at strukturen i LOCI-programmet opplevdes spesielt nyttig. Samlingene skapte et profesjonelt fellesskap hvor både utfordringer og løsninger kunne deles med andre ledere i samme situasjon. Ukentlig veiledning syntes å gi lederne et vedvarende fokus på implementeringsprosessen og samtidig utfordre lederne til å være tettere på behandlerne som gjennomførte opplæringen. Hvis lederne klarte dette var tanken at behandlerne ville oppleve lederne som mer proaktive, støttende og ha fokus på individuelle tilpasninger (Borge et al., in press; Iversen, 2020).

For det tredje minnet LOCI lederne på konsekvensene av egen lederatferd for måloppnåelse, og at de opplevde økt trygghet og selvtillit i lederrollen. Det var en bevisstgjøring av egen lederatferd som relevant for å lykkes med

implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder (Borge et al., in press; Iversen, 2020).

Artikkelen og hovedoppgaven viste at de fleste lederne opplevde LOCI som nyttig, og ga lederne verktøy og støtte til deres implementering i egen klinikk. De fleste lederne uttrykte også at kunnskapen de hadde fått gjennom LOCI hadde bidratt til at implementeringsklimaet i poliklinikkene hadde blitt bedre gjennom implementeringsperioden. Enkelte ledere opplevde at LOCI ikke hjalp i implementeringsarbeidet, noe som kan peke på mulige begrensninger for LOCI-strategien.

7 Diskusjon

Resultatene i implementeringsstudien tyder på at de kunnskapsbaserte behandlingsmetodene for PTSD lot seg implementere i norske DPS og BUP. Pasientene som mottok PTSD-behandling opplevde signifikant bedring i symptomer. Pasientene rapporterte også at de hadde en god relasjon til sin behandler, og at de var fornøyde med hjelpen de mottok i tjenesten. Videre viste resultatene at tjenestene som deltok i studien opplevde utfordringer som kan virke negativt inn på implementeringen av de kunnskapsbaserte behandlingsmetodene over tid. Behandlerne rapporterte høye jobbkrav, og det var høy turnover. Implementeringsstrategien LOCI som ble tatt i bruk virket å være en lovende strategi for implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD i norske helsetjenester.

Behandlingseffekten som ble observert i disse gruppene er sammenlignbar med effekter som observeres i kliniske effektstudier på PTSD-behandling (Lewis, Roberts, Andrew, Starling, & Bisson, 2020). Det var imidlertid en utfordring at mange pasienter ikke fylte ut siste spørreskjema ved endt behandling. Vi vet derfor ikke med sikkerhet om de droppet ut eller fullførte behandlingen. Det er fortsatt lite kunnskap om gruppen av pasienter som dropper ut av PTSD-behandling. Med manglende kunnskap vet vi lite om hvordan vi bedre kan tilpasse behandlingen til denne gruppen.

Det var en uttalt mangel på ressurser på klinikknivå. Dette kom til uttrykk ved at behandlere rapporterte høye jobbkrav og stor utskiftning av behandlere. Dette underbygger annen forskning som også viser til ressursmangel i psykisk helsetjeneste (Riksrevisjonen, 2021; Ådnanes et al., 2020). De fleste behandlerne i utvalget svarte at de kun *av og til* fikk informasjon om kvaliteten på arbeidet de utførte. Samtidig mente likevel mange at de *nokså ofte* kunne avgjøre om de hadde gjort godt eller dårlig arbeid. Dette er et paradoks ettersom manglende innhenting av data gjør det vanskelig å evaluere behandlingen som gis eller om pasientene blir bedre. Riksrevisjonens rapport (2021) viste til at tjenestene i liten grad vurderer pasientutfall, men at systematisk kartlegging og innhenting av behandlingsresultater er en forutsetning for å drive kvalitetsforbedring i tjenestene. I forbindelse med innføringen av pakkeforløp uttrykte behandlere negative holdninger til økte

dokumentasjonskrav (Ådnanes et al., 2021). Det kan følgelig tyde på at registrering av behandlingsresultater og metodebruk kan være svært krevende å innføre i allerede pressede tjenester.

Hindringer for god implementering av kunnskapsbaserte metoder finnes på flere nivåer, som for eksempel pasientnivå (pasienter kan kvie seg for å jobbe med traumeminnene), blant behandlerne (negative holdninger til metodene), tjenestenivå (tjenester er presset på ressurser og tilrettelegger ikke for systematisk kartlegging og bruk av data), på helseforetaksnivå (medisinske kvalitetsregistre er ikke på plass) og politisk nivå (manglende finansiering til større implementeringsinnsatser). Hindringer på ulike nivåer vil virke på hverandre (Aarons et al., 2011). Det vil si at finnes det hindringer for god implementering på politisk eller byråkratisk nivå kan dette få konsekvenser for pasientbehandlingen som gis, og resultere i at pasientene ikke mottar likeverdige tjenester.

Å få til god implementering handler ikke bare om å redusere hindringer. Det er også nødvendig å ha gode strategier for å lykkes med implementeringen (Powell et al., 2012). Implementeringsstrategien LOCI hadde en positiv effekt på transformasjonsledelse, implementeringsledelse og implementeringsklima. Videre hadde implementeringsledelse en innvirkning på om behandlerne aksepterte behandlingsmetodene og kartleggingsverktøyene, og om de oppfattet at de passet inn og lot seg gjennomføre i klinikken. Annen forskning understøtter sammenhengen mellom god implementeringsledelse, implementeringsklima og -utfall (Williams, Hugh, Cooney, Worley, & Locke, in press; Williams, Wolk, Becker-Haimes, & Beidas, 2020). Det er imidlertid fremdeles for få studier knyttet til ledelse og implementeringsklima for å konkludere at disse er viktige mekanismer for å fremme god implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder over tid.

Et utvalg av lederne rapporterte at de var tilfredse med LOCI-oppfølgingen. Samtidig var det enkelte ledere som uttrykte mindre nytte av LOCI-strategien. Noen behandlere påpekte også svakheter i egne ledes oppfølging av implementeringen. Dette kan for eksempel skyldes at ledere hadde ulik ledererfaring eller at klima i klinikkene i utgangspunktet var forskjellig. Vi vet fremdeles lite om *hvordan* LOCI virker på implementeringen, og hva som er de virksomme mekanismene i strategien, det vil si hva i strategien som har

innvirkning på vellykket implementering (Lewis, Boyd, et al., 2020). Dette må forskes mer på.

7.1 Styrker og begrensninger i studien

Studien er en av de første større implementeringsstudiene i norsk kontekst med et randomisert kontrollert design som har undersøkt effekten av en implementeringsstrategi. Det er en styrke at implementeringsstrategien retter seg mot ledelse, ettersom det er få andre strategier med samme lederfokus. Klinikker fra DPS og BUP over hele landet deltok, og data ble samlet inn fra behandlere ved flere tidspunkter, noe som ga oss mulighet til å undersøke endringer over tid. I tillegg ble det gjennomført kvalitative intervjuer med behandlere og ledere, noe som bidrar til at vi har et rikt datamateriale til å belyse forskningsspørsmålene våre knyttet til nytten og effekten av LOCI som implementeringsstrategi.

Studien har likevel flere potensielle svakheter. Pasientene som deltok var ikke et representativt utvalg, men plukket ut av behandlere under utdanning som de første pasientene de testet ut disse behandlingsmetodene på. Det er derfor sannsynlig at enkelte pasienter ble forespurt om deltakelse på bakgrunn av at deres behandling ble oppfattet som noe enklere å gjennomføre enn andre, eller motsatt – at de mer komplekse sakene ble inkludert fordi behandlerne visste de ville få veiledning som del av opplæringsløpet. Det var mange pasienter som ikke fylte ut avsluttende spørreskjema, og som dermed ikke ble inkludert i analysene. Frafallsanalyser viste at barna som ikke hadde fylt ut avsluttende spørreskjema hadde høyere PTSD-symptomer før behandlingsstart enn de som fylte ut avsluttende spørreskjema. I DPS-utvalget hadde yngre pasienter og personer med mindre sannsynlighet for å være arbeidsufør større sannsynlighet for ikke å fylle ut avsluttende spørreskjema. Vi vet ikke årsakene til hvorfor noen pasienter ikke fylte ut siste spørreskjema. Det bør også nevnes at fidelitetsinstrumentene ikke var validerte.

For å teste effekten av LOCI på implementeringsledelse og -klima ble det benyttet et design som hadde enkelte ulemper for implementeringen. Den aktive implementeringsfasen (opplæring i behandlingsmetodene) startet samtidig for alle poliklinikkene (høst 2018). Poliklinikkene startet imidlertid opp i LOCI på forskjellig tidspunkt; de to siste kohortene i etterkant av opplæringen (aktive implementeringsfasen). Dette påvirket behandlernes

oppfatning av implementeringsledelse og klima, som viste seg i lavere skårer over tid fram til klinikkene startet opp i LOCI. Dette kan også ha påvirket implementeringen på andre måter, for eksempel ved at enkelte behandlere ikke kom i gang fordi de manglet god oppfølging fra starten av. Det anbefales at implementeringsstrategier kommer i gang samtidig med, eller i forkant av den aktive implementeringen.

Det kan også være at behandlerne som svarte på spørreskjemaene var de som i utgangspunktet hadde mest positive holdninger til prosjektet og behandlingsmetodene, eller opplevde mindre arbeidsbelastning enn de som ikke svarte. Det er ikke samlet inn data på de som ikke har svart, og det kan følgelig ikke undersøkes om disse gruppene er forskjellige.

8 Anbefalinger på bakgrunn av funnene

8.1 Anbefalinger for psykisk helsevern

8.1.1 Sørge for kunnskapsbasert PTSD-behandling i tjenestene

Funnene i rapporten viste at de kunnskapsbaserte behandlingsmetodene for PTSD lot seg implementere i norske DPS og BUP. Pasientene hadde signifikant lavere posttraumatiske stress-symptomer etter endt behandling. Dette til tross for at mange rapporterte at de har vært utsatt for mange forskjellige typer traumer, og hadde svært høy grad av symptomer på PTSD eller kompleks PTSD ved behandlingsoppstart. Pasientene var også stort sett fornøyde med behandlerne og med behandlingen de mottok ved poliklinikkene. På bakgrunn av dette anbefales tjenester å tilrettelegge for at behandlere i DPS og BUP kan tilby TF-CBT, CT-PTSD og EMDR til sine pasienter med PTSD i henholdsvis BUP og DPS.

I implementeringsprosjektet for DPS var det hovedsakelig allmennpoliklinikker som ble inkludert. Det antas at behandlingsmetodene for PTSD også kan ha stor nytteverdi i andre psykiske helsetjenester slik som for eksempel rusenheter, psykoseenheter og sengeposter.

8.1.2 Rutinemessig kartlegging

Gjennom implementeringsprosjektene har vi erfart at traumehendelser ofte ikke fanges opp i henvisningen, og at mange pasienter unngår å snakke om hva de har opplevd. Dermed er det risiko for at det tar lang tid før traumehendelsen(e) fanges opp, og riktig diagnose blir stilt. I prosjektene våre opplevde vi stor variasjon mellom klinikkene på hvor systematisk de kartla traumer og posttraumatisk stress.

Det kan se ut som utvalget av pasienter som fikk behandling i prosjektet var representativt for pasientpopulasjonen i norske helsetjenester på flere parametere. Likevel bør det ikke overlates til tilfeldighetene hvem som blir kartlagt for traumer og PTSD. En tilfeldig selektering av hvem som kartlegges øker risikoen for at effektive behandlingsmetoder ikke blir tilbudt pasienter

med PTSD, blant annet på grunn av uberettiget usikkerhet knyttet til om pasientene tåler traumefokusert behandling (Rosen et al., 2016).

På grunnlag av dette anbefaler vi systematisk kartlegging av potensielt traumatiske hendelser av alle henviste pasienter til psykisk helsevern for barn og voksne (Egeland & Bækkelund, 2021; Skar, Ormhaug, & Jensen, 2019). For barn og ungdom, anbefaler vi at både barn og unge og deres omsorgsgivere bør inkluderes i rutinemessig kartlegging av traumer (Skar, Jensen, & Harpviken, 2021).

8.1.3 Systematisk innhenting av data på fidelitet, pasientutfall og pasienttilfredshet

Systematisk innhenting av data kan hjelpe klinikker å evaluere eget arbeid samt fremme kvaliteten på tjenestene (Riksrevisjonen, 2021). Systematisk innsamling av data kan imidlertid være krevende for den enkelte behandler, og nytteverdien bør derfor være større enn byrden. For å kunne evaluere tjenestene og drive systematisk kvalitetsarbeid anbefales klinikkene å få på plass systemer som kan registrere følgende data, og som kan svare på følgende problemstillinger:

- 1) Fidelitet: I hvilken grad benyttes behandlingsmetodene i henhold til manualen?
- 2) Pasientutfall: Blir pasientene bedre?
- 3) Pasienttilfredshet: Er pasientene tilfredse med behandlingen og alliansen til behandler?

Evaluering av behandlingstilbudet bør gjøres systematisk og regelmessig, både på behandlernivå og tjenestenivå. Behandlere bør kunne vurdere fortløpende om pasientens manglende behandlingsresultater skyldes feil bruk av metoden (ikke benyttet i henhold til manualen, altså om enkelte kjernekomponenter i behandlingsmetoden ble utelatt), eller om det er andre årsaker til manglende resultater (for eksempel allianse). Innhenting av data på pasienttilfredshet vil også fremme brukermedvirkning. Ved å hente inn disse dataene og kontinuerlig evaluere bruk av behandlingsmetodene på bakgrunn av dem, er det mulig for tjenesten som helhet og den enkelte behandler å videreutvikle behandlingstilbudet på en systematisk måte. For å få til denne systemendringen må ledere på flere nivåer innad i og på tvers av

helseforetakene jobbe aktivt og målrettet for å tilrettelegge systemene slik at data kan registreres og brukes aktivt av den enkelte behandler.

8.1.4 Redusere hindringer for implementeringen av kunnskapsbasert PTSD-behandling

For å få til god implementering i tjenestene må det jobbes aktivt for å redusere hindringer underveis. De to implementeringsprosjektene i DPS og BUP er begge finansiert av Helsedirektoratet. Det kan fungere som et incentiv for deltakelse rundt om i landet. Det er imidlertid ikke et absolutt krav i tjenestene å ta i bruk kunnskapsbaserte behandlingsmetoder. Tjenester kan velge å tilby annen behandling forutsatt at det er innenfor forsvarlighetskravet (Helsedirektoratet, 2013). Dette kan bidra til å opprettholde ulik tilgang til kunnskapsbaserte behandlingsmetoder avhengig av hvilket helseforetak pasientene sogner til. Fritt sykehusvalg (rett til å velge behandlingssted) gjør det mulig for pasienter å søke seg til helseforetak som tilbyr spesifikke kunnskapsbaserte behandlingsmetoder. Om ordningen med fritt sykehusvalg skal bestå eller ikke avgjøres imidlertid på politisk nivå.

Beslutningen om å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer ligger også på nasjonalt nivå. Det finnes per nå ikke nasjonale retningslinjer for kunnskapsbasert behandling for traumebehandling og PTSD, til tross for at tjenestene har uttrykt et savn etter retningslinjer generelt (Riksrevisjonen, 2021). NKVTS har utarbeidet behandlingsforløp med anbefalinger om oppfølging av pasienter med PTSD (Laukvik et al., 2020). Ettersom føringene ikke kommer fra nasjonale helsemyndigheter og ikke er implementert på nasjonalt nivå, er det lite sannsynlig at disse er benyttet i større skala.

Det finnes også en uttalt mangel på ressurser i dagens psykiske helsetjenester (Riksrevisjonen, 2021; Ådnanes et al., 2020). Ressursknapphet kan også komme til uttrykk ved bestemmelsene om ventelister og fristbrudd (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), som kan gjøre at behandlere får mange pasienter å følge opp, og at behandlingsintensiteten blir lav (behandling sjeldnere enn 1 gang per uke), noe som kan gå utover kvaliteten på behandlingen som gis. Ressursknapphet kommer også til uttrykk ved utfordringer knyttet til at poliklinikkene til enhver tid skal betjene flere pasientgrupper med svært mange tilstandsbilder og psykososiale problemstillinger. PTSD-behandlere må derfor ofte ha kompetanse på flere fagområder, og spre seg på mange ulike oppgaver. Dette gjelder særlig

i poliklinikker med få ansatte eller ubesatte stillinger, som ofte er tilfelle i mer grisgrendte områder. Stor utskiftning av behandlere gjør det også vanskelig å gi et traumefokusert tilbud til alle som er vurdert å ha behov for dette. Dagens spesialiseringsordning er med på å opprettholde en større og hyppig utskiftning av behandlere i dagens tjenester. Når tjenestene har få PTSD-behandlere tilgjengelig i tillegg til stort arbeidspress generelt, kan det resultere i at behandlerne får en overvekt av pasienter med PTSD i en allerede presset hverdag, noe som kan være svært belastende og føre til utbrenthet og sekundærtraumatisering (Kulkarni, Bell, Hartman, & Herman-Smith, 2013). Å motta veiledning (Skar, Shevlin, & Vang, 2022) og å bruke kunnskapsbaserte metoder (TF-CBT) (Aminihajibashi, Skar, & Jensen, 2022) har vist seg å henge sammen med lavere grad av utbrenthet og sekundærtraumatiserende stress.

Å redusere hindringer for implementering av kunnskapsbasert PTSD-behandling må skje på flere nivåer. Den gylne regel som innebærer at psykisk helse og rusbehandling skal prioriteres over somatiske helsetjenester må innfris ved tilførsel av større finansiering (Riksrevisjonen, 2021). Ressursene bør benyttes til å innføre og opprettholde kunnskapsbaserte behandlingstilbud i tjenestene, slik som de aktuelle behandlingsmetodene for PTSD. Det bør også utvikles nasjonale retningslinjer for behandling av PTSD.

På tjenestenivå bør ledere jobbe aktivt for å ha nok behandlere med PTSD-kompetanse til enhver tid. Å regelmessig sende nye behandlere på opplæring kan være nødvendig for å opprettholde tilbudet i tjenestene. Det er også viktig at ledere og behandlere har en kontinuerlig dialog om fordeling av pasienter med PTSD, og at det er rom for å drøfte krevende pasientsaker.

8.1.5 Bruk av gode implementeringsstrategier

Vellykket implementering handler ikke bare om å redusere hindringer, men å ta i bruk strategier som fører fram til vellykket implementering (Powell et al., 2012). Hvilke strategier man bør ta i bruk avhenger av hva man ønsker å oppnå. Hvis målet er å lære opp behandlere i ny behandlingsmetode kan det være nødvendig med en viss mengde opplæring og veiledning. Hvis målet derimot er å integrere den nye behandlingsmetoden i organisasjonens rutiner og praksis kan det være hensiktsmessig å sette inn tiltak som støtter ledelse og klima, slik LOCI har til hensikt å gjøre. Strategier er også avhengig av kontekst; en godt fungerende strategi i én kontekst trenger ikke å være det i en annen. Noen forskere hevder derfor at man bør skreddersy strategier til

den spesifikke implementeringen (Powell et al., 2017). Andre har imidlertid sett at det også er svakheter ved en slik utvelgelse (Kassab et al., 2022). Det er følgelig fortsatt mye vi ikke vet om hva som fører til vellykket implementering. Forskere har derfor beveget seg fra å undersøke effektive strategier (Powell et al., 2012) til å forsøke å forstå hvordan, når, hvor og hvorfor en strategi er effektiv (Lewis et al., 2018; Mittman, 2012). Det kan av den grunn være hensiktsmessig å gå systematisk til verks når man velger ut strategier man ønsker å ta i bruk. Ved å beskrive implementeringsstrategiene, forklare hensikten ved dem, samle inn data og evaluere bruken av dem, vil det gi et godt grunnlag for å vurdere om strategien var til hjelp eller ikke (Proctor et al., 2013). En systematisk evaluering og justeringer av strategier kan hjelpe oss å oppnå vellykket implementering.

Når man skal velge ut strategier kan det også være hensiktsmessig å vurdere strategier knyttet til de ulike fasene av implementeringen (eksplorerende, forberedende, implementerende og opprettholdende fase) (Aarons et al., 2011). LOCI er en mangefasettert strategi bestående av flere aktiviteter. De fleste aktivitetene foregår i forberedende og implementerende fase. Det antas imidlertid at det kan være hensiktsmessig å bruke god tid i utforsknings- og forberedelsesfasen for å undersøke tjenestens behov for kompetanse, kapasitet for implementering samt å legge en plan for hvordan møte potensielle hindringer i en aktiv implementeringsfase. Samtidig er det å opprettholde den kunnskapsbaserte behandlingsmetoden over tid ofte svært krevende, og som vi antar krever ekstra kapasitet, fokus og prioritering over tid. Mange poliklinikker kan oppleve at oppmerksomheten etter hvert flytter seg over på nye krav og arbeidsoppgaver, og at ledere forventer at ting som er etablert går litt av seg selv. Ledere i prosjektet beskrev også en hverdag med begrenset tid til å utøve ledelse fordi administrasjon og styring tar så mye tid (Iversen, 2020). Implementeringsprosjektene denne rapporten bygger på inkluderte ikke en vedlikeholdsfasen. Vi vet derfor ikke om poliklinikkene har klart å opprettholde et behandlingstilbud for PTSD. Dette bør utforskes nærmere.

8.2 Anbefalinger for videre forskning

Det forskes en del på effektive behandlingsmetoder for PTSD. Det er et håp at denne forskningen etter hvert kan gjøre det mulig å si noe om hva som synes å være de effektive komponentene i behandlingen av PTSD, og hvordan

fellesfaktorer i behandling innvirker på PTSD-behandlingen (Pfeiffer et al., 2020; Schnurr et al., 2022; Schnyder et al., 2015). Samtidig er det behov for å undersøke hvorfor pasienter dropper ut av behandling. En studie fra BUP viste at nesten en fjerdedel av barna ikke responderte på TF-CBT, og at 13% droppet ut fra behandlingen (Skar, Braathu, Jensen, & Ormhaug, 2022). Vi vet fremdeles lite om hvem denne pasientgruppen er, og hvorfor de dropper ut. Det kan også være nyttig å undersøke alternative måter å tilby behandling. Under Covid-19-pandemien var det en stor økning i antall e-behandlingstimer. I studien til Skar, Braathu, Jensen, et al. (2022) ble det ikke funnet større sannsynlighet for frafall under Covid-19, noe som er optimistisk med tanke på framtidige muligheter for å tilby nettbasert behandling. Det er også økt interesse i praksisfeltet for å undersøke om kunnskapsbasert PTSD-behandling kan gis som intensive forløp. Det vil innebære daglige behandlinger i 1–2 uker framfor 10–12 timer fordelt på en time per uke. Dette kan tenkes å redusere belastningen for pasientene fordi de får mulighet til å raskere bearbeide de traumatiske opplevelsene sine.

Videre bør det undersøkes årsakene til at mange behandlere som får opplæring i de kunnskapsbaserte behandlingsmetodene for PTSD ikke ser ut til å ta dem i bruk. Dette kan være manglende motivasjon, at det oppleves belastende og skremmende å jobbe med pasienters traumehistorier, eller at tjenesten ikke har gode rutiner for å kartlegge og allokere PTSD-pasienter til PTSD-behandlere. Det er også lite kunnskap om type og mengde opplæring og veiledning som er nødvendig for at behandlerne skal ta i bruk behandlingsmetodene på en tilfredsstillende måte. At ikke kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD tas i bruk koster helseforetakene store ressurser og er uheldig for behandlingstilbudet ved poliklinikkene.

LOCI virker å være en lovende strategi for implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD i norske helsetjenester. Det mangler imidlertid forskning som viser at LOCI har en effekt på bruken av behandlingsmetodene. Vi vet også lite om hvordan LOCI virker i klinikkene og på den enkelte behandler.

Selv om LOCI virker lovende er strategien omfattende. Poliklinikkene ble fulgt opp i 12 måneder med flere samlinger og ukentlig veiledning. Det bør undersøkes hva som er tilstrekkelig for å oppnå vellykket implementering. Det bør også undersøkes om LOCI-strategien bør skreddersys til den enkelte

deltakende poliklinikk, avhengig av poliklinikkens utgangspunkt. Eksempelvis kan det tenkes at ledere som har mye lederkunnskap og -erfaring kan få redusert mengde veiledning og at klinikker som ikke er forberedt («readiness») bør tilbys noe mer eller annet.

Økt kunnskap om hva som kreves for å implementere kunnskapsbaserte behandlingsmetoder kan hjelpe tjenester å tilrettelegge for vellykket implementering. Hensikten med LOCI-strategien er å gjøre ledere bevisste på deres rolle i å tilrettelegge for den enkelte behandler, slik at de har forutsetninger for å praktisere metoden. Målet er at pasienter skal få tilbud om kunnskapsbasert og likeverdig behandling. Selv om ledelse har blitt pekt på som en av nøkkelfaktorene for vellykket implementering (Egeland et al., 2019; Powell et al., 2012) vet vi lite om når, hvordan og hvorfor ledere påvirker implementeringen. Vi vet også lite om mekanismene knyttet til implementerings-strategier, og hvordan vi kan legge til rette for vellykket implementering. Det må mer forskning til for å bedre forstå hvordan implementeringsprosessen kan gi oss kunnskap om hvilke faktorer som har større betydning enn andre, og som vi følgelig bør ta hensyn til i en implementeringsprosess. Gjennom prosjekter som dette har vi mulighet for å undersøke mekanismene i en implementeringsprosess, og bedre forstå hvordan vi kan oppnå vellykket implementering.

9 Referanser

- Alisic, E., Zalta, A. K., Van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335–340. doi:10.1192/bjp.bp.113.131227
- Aminihajibashi, S., Skar, A.-M. S., & Jensen, T. K. (2022). Professional Wellbeing and Turnover Intention among Child Mental Health Therapists: Can Training in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy have a Protective Effect? *in review*
- APA Dictionary of Psychology. (2021). trauma. Retrieved from <https://dictionary.apa.org/trauma>
- Attkisson, C. C., & Zwick, R. (1982). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5(3), 233–237. doi:10.1016/0149-7189(82)90074-x
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). *Prop. 12 S (2016–2017) Opptappingsplan for vold og overgrep (2017–2021)*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet,
- Bass, B. M. (1990). From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision. *Organizational dynamics*, 18(3), 19–31. doi:10.1016/0090-2616(90)90061-S
- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1995). *MLQ: Multifactor Leadership Questionnaire*. Redwood City: Mind Garden.
- Bisson, J. I., Cosgrove, S., Lewis, C., & Roberts, N. P. (2015). Post-traumatic stress disorder. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 351(h6161). doi:10.1136/bmj.h6161
- Blackburn, I.-M., James, I. A., Milne, D. L., Baker, C., Standart, S., Garland, A., & Reichelt, F. K. (2001). THE REVISED COGNITIVE THERAPY SCALE (CTS-R): PSYCHOMETRIC PROPERTIES. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(4), 431–446. doi:10.1017/S1352465801004040
- Borge, R. H., Egeland, K. M., Aarons, G., Ehrhart, M., Sklar, M., & Skar, A.-M. S. (in press). Change doesn't happen by itself": A thematic analysis of first-level leaders' experiences participating in the Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI) strategyintervention. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. California, USA: Sage.
- Braathu, N., Laukvik, E. H., Egeland, K. M., & Skar, A.-M. S. (2022). Validation of the Norwegian Versions of the Implementation Leadership Scale (ILS) and Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) in a Mental Health Care Setting. *BMC Psychology*. doi:10.1186/s40359-022-00725-8
- Bækkelund, H., Bergerud-Wichstrøm, M., Mørck, A., Endsjø, M., & Aareskjold, J. (2017). *Implementering av kunnskapsbasert behandling av PTSD hos voksne i klinikk. Oppsummering av pilotprosjekt*. Retrieved from Oslo, Norway: https://www.nkvts.no/content/uploads/2017/10/Notat_Implementering-av-kunnskapsbasert-behandling.pdf
- Bækkelund, H., Endsjø, M., Peters, N., Babaii, A., & Egeland, K. M. (2022). *Implementation of evidence-based treatment for PTSD in Norway: Clinical outcomes and impact of proposed contradictions [Unpublished manuscript]*. Oslo.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: Guilford.
- de Bont, P. A., van den Berg, D. P., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., Mulder, C. L., Becker, E. S., . . . van Minnen, A. (2013). A multi-site single blind clinical study to compare the effects of prolonged exposure, eye movement desensitization and reprocessing and waiting list on patients with a current diagnosis of psychosis and co morbid post traumatic stress disorder: study protocol for the randomized controlled trial Treating Trauma in Psychosis. *Trials*, 14(1), 151.
- de Jong, K. (2016). Challenges in the Implementation of Measurement Feedback Systems. *Adm Policy Ment Health*, 43(3), 467–470. doi:10.1007/s10488-015-0697-y

- De Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., Van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M., . . . Feeny, N. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 33(5), 359–369.
- Deblinger, E., Cohen, A., Mannarino, A. P., Murray, D., & Epstein, C. (2008). TF-CBT Brief Practice Checklist. doi:<https://tfcbt.org/tf-cbt-brief-practice-fidelity-checklist/>
- Deblinger, E., Cohen, J., Mannarino, A. P., Runyon, M., & Hanson, R. (2014). *TF-CBT PRACTICE fidelity Checklist*. CARES Institute RowanSOM. Stratford, NJ. Retrieved from <https://tfcbt.org/tf-cbt-brief-practice-fidelity-checklist/>
- Dyb, G. (2019). Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) hos barn og ungdom. In Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (Ed.), *Veileder i BUP 4. utgave. Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri*. Trondheim: Den norske legeforening.
- Egeland, K. M., Borge, R. H., Aarons, G., Ehrhart, M., Sklar, M., & Skar, A.-M. S. (2022). *Implementation climate as a mediator between implementation leadership and outcomes [Unpublished manuscript]*. Oslo.
- Egeland, K. M., & Bækkelund, H. (2021). Hvorfor bør alle pasienter i DPS kartlegges for traumer?
- Egeland, K. M., Hauge, M.-I., Ruud, T., Ogden, T., & Heiervang, K. S. (2019). Significance of leaders for sustained use of evidence-based practices: a qualitative focus-group study with mental health practitioners. *Community Ment Health J*, 55(8), 1344–1353. doi:10.1007/s10597-019-00430-8
- Egeland, K. M., Skar, A.-M. S., Endsjø, M., Laukvik, E. H., Bækkelund, H., Babaii, A., . . . Aarons, G. A. (2019). Testing the leadership and organizational change for implementation (LOCI) intervention in Norwegian mental health clinics: a stepped-wedge cluster randomized design study protocol. *Implementation Science*, 14(1), 28. doi:10.1186/s13012-019-0873-7
- Ehlers, A. (n.a.). *Cognitive Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder: A Checklist of Therapist Competency*. Oxford University. Oxford.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 38(4), 319–345. doi:10.1016/s0005-7967(99)00123-0
- Ehrhart, M., Aarons, G. A., & Farahnak, L. R. (2014). Assessing the organizational context for EBP implementation: the development and validity testing of the Implementation Climate Scale (ICS). *Implement Sci*, 9, 157. doi:10.1186/s13012-014-0157-1
- Ellingsen, T., & Danielsen, P. (2020). *Mellom kart og terreng. En kvalitativ studie av pakkeforløp i psykisk helsevern*. (Masters' thesis). Universitet i Oslo, Oslo.
- Elo, A.-L., Dallner, M., Gamberale, F., Hottinen, V., Knardahl, S., Lindström, K., . . . Ørhede, E. (2000). Validation of the Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work—QPSNordic.
- Eng, H. (2020, 4.9.20). Traumebehandling med sterk dokumentasjon. Retrieved from https://ungsinn.no/post_aktuelt/traumebehandling-med-sterk-dokumentasjon/
- Finch, J., Ford, C., Grainger, L., & Meiser-Stedman, R. (2020). A systematic review of the clinician related barriers and facilitators to the use of evidence-informed interventions for post traumatic stress. *Journal of affective disorders*, 263, 175–186. doi:10.1016/j.jad.2019.11.143
- Fixsen, D., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Forbes, D., Bisson, J. I., Monson, C. M., & Berliner, L. (2019). *Effective treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Frich, J. C., Sjøvik, H., & Spehar, I. (2017). Leder-og ledelsesutvikling i helsevesenet—en oversikt. *Michael*, 14, 168–176.
- Girlanda, F., Fiedler, I., Becker, T., Barbui, C., & Koesters, M. (2017). The evidence–practice gap in specialist mental healthcare: systematic review and meta-analysis of guideline implementation studies. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 210(1), 24–30. doi:10.1192/bjpp.115.179093

- Goodman, L. A., Corcoran, C., Turner, K., Yuan, N., & Green, B. L. (1998). Assessing traumatic event exposure: General issues and preliminary findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire. *Journal of traumatic stress, 11*(3), 521–542. doi:10.1023/A:1024456713321
- Hafstad, G. S. H., & Augusti, E.-M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten*. Retrieved from Oslo:
- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research, 16*(1), 12–25. doi:10.1080/10503300500352500
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), LOV-1999-07-02-61 C.F.R. (1999). Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Prop. 99L (2015–2016) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet,
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Retrieved from Oslo: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Prop. 1 S (2021–2022)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer, (2013).
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo, Norway Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet. (2015a). *Psykisk helsevern for barn og unge. Prioriteringsveileder*. Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from file:///C:/Users/estere/Downloads/Psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge.pdf
- Helsedirektoratet. (2015b). *Psykisk helsevern for voksne. Prioriteringsveileder*. Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjeneten*. Oslo, Norway: Helsedirektoratet Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet. (2018a). *Psykiske lidelser – barn og unge. Pakkeforløp*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet. (2018b). *Psykiske lidelser – voksne. Pakkeforløp*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet. (2020). Kartlegging og utredning. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne/kartlegging-og-utredning-psykiske-lidelser-pakkeforlop-voksne#basis-utredning>
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 365–372. doi:10.1037/0033-3204.38.4.365
- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A., Jumbe, S., . . . Roberts, N. P. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatr Scand, 136*(3), 313–322. doi:10.1111/acps.12771
- Iversen, T. B. (2020). «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 (Master's thesis)*. . (Master's degree). Oslo Met, Oslo.
- Jacobs, S. R., Weiner, B. J., & Bunger, A. C. (2014). Context matters: measuring implementation climate among individuals and groups. *Implementation Science, 9*(1), 46. doi:10.1186/1748-5908-9-46
- Jensen, T. K., Granly, L., & Fagermoen, E. M. (2018). *Behandling av traumer og traumatisk sorg hos barn og ungdom*. Oslo: Universitetsforlaget

- Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (2017). A Follow-Up Study from a Multisite, Randomized Controlled Trial for Traumatized Children Receiving TF-CBT. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(8), 1587–1597. doi:10.1007/s10802-017-0270-0
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., . . . Wentzel-Larsen, T. (2014). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 43(3), 356–369. doi:10.1080/15374416.2013.822307
- Kassab, H., Scott, K., Boyd, M. R., Puspitasari, A., Endicott, D., & Lewis, C. C. (2022). Tailored isn't always better: Impact of standardized versus tailored training on intention to use measurement-based care. *Implementation Research and Practice*, 2022, 1–13. doi:10.1177/26334895221087477
- Kirkpatrick, D., & Kirkpatrick, J. (2005). *Transferring learning to behavior: Using the four levels to improve performance*: Berrett-Koehler Publishers.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *J Gen Intern Med*, 16(9), 606–613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Kulkarni, S., Bell, H., Hartman, J. L., & Herman-Smith, R. L. (2013). Exploring individual and organizational factors contributing to compassion satisfaction, secondary traumatic stress, and burnout in domestic violence service providers. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 4(2), 114–130. doi:10.5243/jsswr.2013.8
- Lassemo, E., Sandanger, I., Nygård, J. F., & Sørsgaard, K. W. (2017). The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52(1), 11–19. doi:10.1007/s00127-016-1295-3
- Laukvik, E. H., Bækkelund, H., Jacobsen, M., Endsjø, M., Babai, A., Peters, N., & Egeland, K. M. (2020). Presentasjon av sentrale elementer i et behandlingsforløp for posttraumatisk stresslidelse (PTSD).
- Lewis, C. C., Boyd, M. R., Walsh-Bailey, C., Lyon, A. R., Beidas, R., Mittman, B., . . . Chambers, D. A. (2020). A systematic review of empirical studies examining mechanisms of implementation in health. *Implementation Science*, 15(1), 21. doi:10.1186/s13012-020-00983-3
- Lewis, C. C., Klasnja, P., Powell, B., Tuzzio, L., Jones, S., Walsh-Bailey, C., & Weiner, B. (2018). From Classification to Causality: Advancing Understanding of Mechanisms of Change in Implementation Science. *Frontiers in Public Health*, 6, 136.
- Lewis, C. C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1729633. doi:10.1080/20008198.2020.1729633
- Lomas, J. (1993). Diffusion, Dissemination, and Implementation: Who Should Do What? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 703(1), 226–237. doi:10.1111/j.1749-6632.1993.tb26351.x
- Lyon, A. R., Lewis, C. C., Boyd, M. R., Hendrix, E., & Liu, F. (2016). Capabilities and characteristics of digital measurement feedback systems: Results from a comprehensive review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(3), 441–466. doi:10.1007/s10488-016-0719-4
- Mavranouzouli, I., Megnin-Viggars, O., Grey, N., Bhutani, G., Leach, J., Daly, C., . . . El-Leithy, S. (2020). Cost-effectiveness of psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults. *PLoS One*, 15(4), e0232245. doi:10.1371/journal.pone.0232245
- Mittman, B. (2012). Implementation Science in Health Care. In R. Brownson, G. Colditz, & E. Proctor (Eds.), *Dissemination and implementation research in health: Translating science to practice*. New York: Oxford University Press.
- Morris, Z. S., Wooding, S., & Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(12), 510–520. doi:10.1258/jrsm.2011.110180
- Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Rabin, B., & Aarons, G. A. J. I. S. (2019). Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *14(1)*, 1. doi:10.1186/s13012-018-0842-6

- Murphy, J. M., Bergmann, P., Chiang, C., Sturner, R., Howard, B., Abel, M. R., & Jellinek, M. (2016). The PSC-17: Subscale Scores, Reliability, and Factor Structure in a New National Sample. *Pediatrics*, *138*(3), e20160038. doi:10.1542/peds.2016-0038
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2017). *Mplus User's Guide. Sixth Edition*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Post-traumatic stress disorder. *NICE guideline*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S., Holt, T., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn–blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, *49*(3), 234–240.
- Pacella, M. L., Hruska, B., & Delahanty, D. L. (2013). The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: a meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, *27*(1), 33–46. doi:10.1016/j.janxdis.2012.08.004
- Pascoe, K. M., Petrescu-Prahova, M., Steinman, L., Bacci, J., Mahorter, S., Belza, B., & Weiner, B. (2021). Exploring the impact of workforce turnover on the sustainability of evidence-based programs: A scoping review. *Implementation Research and Practice*, *2*, 26334895211034581. doi:10.1177/26334895211034581
- Peters, N., Borge, R. H., Skar, A.-M. S., & Egeland, K. (2022). Measuring implementation climate: psychometric properties of the Implementation Climate Scale (ICS) in Norwegian mental health care services. *BMC Health Services Research*.
- Pfeiffer, E., Ormhaug, S. M., Tutus, D., Holt, T., Rosner, R., Wentzel Larsen, T., & Jensen, T. K. (2020). Does the therapist matter? Therapist characteristics and their relation to outcome in trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, *11*(1), 1776048. doi:10.1080/20008198.2020.1776048
- Pittig, A., Kotter, R., & Hoyer, J. (2019). The Struggle of Behavioral Therapists With Exposure: Self-Reported Practicability, Negative Beliefs, and Therapist Distress About Exposure-Based Interventions. *Behavior Therapy*, *50*(2), 353–366. doi:https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.07.003
- Powell, B. J., Beidas, R. S., Lewis, C. C., Aarons, G. A., McMillen, J. C., Proctor, E. K., & Mandell, D. S. (2017). Methods to Improve the Selection and Tailoring of Implementation Strategies. *J Behav Health Serv Res*, *44*(2), 177–194. doi:10.1007/s11414-015-9475-6
- Powell, B. J., McMillen, J. C., Proctor, E. K., Carpenter, C. R., Griffey, R. T., Bunge, A. C., . . . York, J. L. (2012). A compilation of strategies for implementing clinical innovations in health and mental health. *Medical care research and review*, *69*(2), 123–157. doi:10.1177/1077558711430690
- Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Adm Policy Ment Health*, *36*(1), 24–34. doi:10.1007/s10488-008-0197-4
- Proctor, E. K., Powell, B. J., & McMillen, J. C. (2013). Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implement Sci*, *8*, 139. doi:10.1186/1748-5908-8-139
- Proctor, E. K., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunge, A., . . . Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *38*(2), 65–76. doi:10.1007/s10488-010-0319-7
- Pullmann, M. D., Lucid, L., Harrison, J. P., Martin, P., Deblinger, E., Benjamin, K. S., & Dorsey, S. (2018). Implementation Climate and Time Predict Intensity of Supervision Content Related to Evidence Based Treatment. *Frontiers in Public Health*, *6*, 280–280. doi:10.3389/fpubh.2018.00280
- R Core Team. (2021). R: A language and environment for statistical computing. . Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. Retrieved from <https://www.R-project.org/>
- Regjeringen. (2021). *Hurdalsplattformen. For en regjering utgått fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet*. Hurdal: Regjeringen Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/cb0adb6c6fee428caa81bd5b339501b0/no/pdfs/hurdalsplattformen.pdf>

- Riksrevisjonen. (2021). Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Retrieved from Oslo: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>
- Rosen, C. S., Matthieu, M., Stirman, S. W., Cook, J., Landes, S., Bernardy, N., . . . Finley, E. (2016). A review of studies on the system-wide implementation of evidence-based psychotherapies for posttraumatic stress disorder in the Veterans Health Administration. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(6), 957–977. doi:10.1007/s10488-016-0755-0
- Ruud, T. (2015). Routine outcome measures in Norway: Only partly implemented. *International Review of Psychiatry*, 27(4), 338–344. doi:10.3109/09540261.2015.1054268
- Ryder, A. L., Azcarate, P. M., & Cohen, B. E. (2018). PTSD and Physical Health. *Current Psychiatry Reports*, 20(12), 116. doi:10.1007/s11920-018-0977-9
- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T. K., Jungbluth, N., Risch, E., . . . Goldbeck, L. (2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Journal of affective disorders*, 210, 189–195. doi:10.1016/j.jad.2016.12.040
- Sack, M., Zehl, S., Otti, A., Lahmann, C., Henningsen, P., Kruse, J., & Stingl, M. (2016). A comparison of dual attention, eye movements, and exposure only during eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder: results from a randomized clinical trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 85(6), 357–365. doi:10.1159/000447671
- Schnurr, P. P., Chard, K. M., Ruzek, J. I., Chow, B. K., Resick, P. A., Foa, E. B., . . . Shih, M.-C. (2022). Comparison of Prolonged Exposure vs Cognitive Processing Therapy for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Among US Veterans: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 5(1), e2136921–e2136921. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.36921
- Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P., Resick, P. A., . . . Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 281–286. doi:10.3402/ejpt.v6.28186
- Shapiro, F., & Liliotis, D. (2015). EMDR Therapy for Trauma-Related Disorders. In U. Schnyder & M. Cloitre (Eds.), *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders: A Practical Guide for Clinicians* (pp. 205–228). Cham: Springer International Publishing.
- Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 48(1), 17. doi:10.1037/a0022181
- Skar, A.-M. S., Braathu, N., Jensen, T. K., & Ormhaug, S. M. (2022). Predictors of nonresponse and drop-out among children and adolescents receiving TF-CBT: Investigation of client-, therapist-, and implementation factors". [Unpublished manuscript]. Oslo.
- Skar, A.-M. S., Braathu, N., Peters, N., Bækkelund, H., Endsjø, M., Babaii, A., . . . Egeland, K. M. (2022). A stepped-wedge randomized trial investigating the effect of the Leadership and Organizational Change for Implementation (LOC) intervention on implementation and transformational leadership, and implementation climate. *BMC Health Services Research* 22(298). doi:10.1186/s12913-022-07539-9
- Skar, A.-M. S., Jensen, T. K., & Harp Viken, A. N. (2021). Who Reports What? A Comparison of Child and Caregivers' Reports of Child Trauma Exposure and Associations to Post-Traumatic Stress Symptoms and Functional Impairment in Child and Adolescent Mental Health Clinics. *Research on child and adolescent psychopathology*, 49(7), 919–934. doi:10.1007/s10802-021-00788-y
- Skar, A.-M. S., Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2019). Reported Levels of Upset in Youth After Routine Trauma Screening at Mental Health Clinics. *JAMA Network Open*, 2(5), e194003–e194003. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.4003
- Skar, A.-M. S., Shevlin, M., & Vang, M. L. (2022). Does personal therapy and supervision protect against burnout and secondary traumatisation? A cross-sectional study among Danish child protection workers. *Traumatology in press*
- Skogstad, A., Knardahl, S., Lindstrom, K., Elo, A., Dallner, M., Gamberale, F., . . . Ørhede, E. (2001). QPSNordic Generelt spørreskjema for psykologiske og sosiale faktorer i arbeid.
- Spehar, I., Frich, J. C., & Kjekshus, L. E. (2012). Clinicians' experiences of becoming a clinical manager: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 1–11. doi:10.1186/1472-6963-12-421

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
- Statistisk sentralbyrå. (2021). Personer med flyktningbakgrunn. Retrieved from <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/personer-med-flyktningbakgrunn>
- Statistisk sentralbyrå. (2022). Folketall. Retrieved from <https://www.ssb.no/befolkning/folketall>
- Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. Retrieved from Oslo: https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold_og_voldtekt_i_norge.pdf
- Turner, K., Trogon, J. G., Weinberger, M., Stover, A. M., Ferreri, S., Farley, J. F., . . . Shea, C. M. (2018). Testing the organizational theory of innovation implementation effectiveness in a community pharmacy medication management program: a hurdle regression analysis. *Implementation Science*, 13(1), 105. doi:10.1186/s13012-018-0799-5
- van den Hout, M. A., & Engelhard, I. M. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(5), 724–738. doi:10.5127/jep.028212
- van Minnen, A., Harned, M. S., Zoellner, L., & Mills, K. (2012). Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 3(1), 18805.
- van Minnen, A., Hendriks, L., & Olf, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behav Res Ther*, 48(4), 312–320. doi:10.1016/j.brat.2009.12.003
- van Minnen, A., Zoellner, L. A., Harned, M. S., & Mills, K. (2015). Changes in Comorbid Conditions After Prolonged Exposure for PTSD: a Literature Review. *Current Psychiatry Reports*, 17(3), 17. doi:10.1007/s11920-015-0549-1
- van Vliet, N. I., Huntjens, R. J. C., van Dijk, M. K., Bachrach, N., Meewisse, M.-L., & de Jongh, A. (2021). Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: randomised clinical trial. *BJPsych open*, 7(6), e211. doi:10.1192/bjo.2021.1057
- Vrettos, L. I. (2020). *Implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD i spesialisthelsetjenesten – hvordan ledere kan tilrettelegge for terapeuters bruk av metodene*. (Master's degree). OsloMet, Oslo.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Boston, MA: National Center for PTSD.
- Weiner, B. J., Lewis, C. C., Stanick, C., Powell, B. J., Dorsey, C. N., Clary, A. S., . . . Halko, H. (2017). Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. *Implementation Science*, 12(1), 108. doi:10.1186/s13012-017-0635-3
- Williams, N. J., Hugh, M. L., Cooney, D. J., Worley, J. A., & Locke, J. (in press, 2022/03/14/). *Testing a theory of implementation leadership and climate across autism evidence-based interventions of varying complexity*. Behavior Therapy.
- Williams, N. J., Wolk, C. B., Becker-Haimes, E. M., & Beidas, R. S. (2020). Testing a theory of strategic implementation leadership, implementation climate, and clinicians' use of evidence-based practice: a 5-year panel analysis. *Implementation Science*, 15(1), 10.
- World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision)*.
- Ådnanes, M., Høiseth, J. R., Magnussen, M., Thaulow, K., & Kaspersen, S. L. (2021). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer*. Retrieved from Trondheim: https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport-2_pakkeforlop_1.3.2021_signert.pdf
- Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Melby, L., & Lassemo, E. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første året*. Retrieved from Trondheim: <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/1799826/>

- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., & Farahnak, L. R. (2014). The Implementation Leadership Scale (ILS): development of a brief measure of unit level implementation leadership. *Implementation Science*, 9(1), 45. doi:10.1186/1748-5908-9-45
- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Farahnak, L. R., & Hurlburt, M. S. (2015). Leadership and organizational change for implementation (LOCI): a randomized mixed method pilot study of a leadership and organization development intervention for evidence-based practice implementation. *Implementation Science* 10, 11. doi:10.1186/s13012-014-0192-y
- Aarons, G. A., Farahnak, L. R., Ehrhart, M. G., & Sklar, M. (2014). Aligning Leadership Across Systems and Organizations to Develop Strategic Climate to for Evidence-Based Practice Implementation. *Annual review of public health*, 35, 255–274. doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182447
- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4–23. doi:10.1007/s10488-010-0327-7
- Aas, E., Iversen, T., Holt, T., Ormhaug, S. M., Jensen, T. K. J. J. o. C. C., & Psychology, A. (2018). Cost-effectiveness analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy: a randomized control trial among Norwegian youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 53(48(sup1)), S298-S311. doi:10.1080/15374416.2018.1463535

Å implementere kunnskapsbaserte behandlingsmetoder i praksisfeltet handler ikke bare om å lære opp behandlere i nye metoder som tilbys enkelte pasienter. Det handler om å sette implementeringen i system slik at alle pasienter ved tjenesten som kunne hatt nytte av metoden får tilbud om den. Målet med god implementering er å tilby likeverdige tjenester, og legge til rette for at pasienter opplever bedring av behandlingen de mottar.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å implementere kunnskapsbasert behandling for PTSD i spesialisthelsetjenestene. Denne rapporten presenterer funnene fra implementeringen som foregikk mellom 2018 og 2020. Klinikker fra 21 Psykisk helsevern for voksne (DPS) og 22 Psykisk helsevern for barn og unge (BUP) fra hele landet deltok. Totalt 790 behandlere, 24 overordnede ledere og 47 førstelinjeledere (LOCI-ledere) svarte på spørreskjema hver 4. måned, totalt seks ganger. 452 pasienter svarte på skjema i forbindelse med behandling av PTSD.

Overordnet viser studien at pasientene som mottok kunnskapsbaserte metoder for PTSD opplevde god symptombedring. Pasientene rapporterte at de hadde god relasjon til sin behandler, og de var godt fornøyde med hjelpen de mottok i tjenesten.

Tjenestene som deltok i studien opplevde flere utfordringer. Blant annet rapporterte behandlerne høye jobbkrav og høy turnover. Flere pasienter droppet også ut av prosjektet. Det finnes heller ikke norske retningslinjer for behandling av PTSD. Disse utfordringene kan virke negativt inn på implementeringen i klinikkene over tid.

Implementeringsstrategien LOCI (leadership and organizational change for implementation) ble benyttet i implementeringsarbeidet i de deltagende klinikkene. Målet med LOCI er å støtte lederne i deres arbeid med å utvikle god implementeringsledelse samt fremme godt implementeringsklima, slik at pasientene skal få tilbud om bedre tjenester. LOCI virker å være en lovende strategi for å implementere kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD i norske helsetjenester. Mer forskning må imidlertid til for å forstå hva i strategien som har innvirkning på vellykket implementering, og om LOCI bidrar til bedre pasientutfall.



**Rapporter kan lastes ned
fra www.nkvts.no**

ISSN 0809-9103

ISBN 978-82-8122-165-9 (Trykk)

ISBN 978-82-8122-163-5 (PDF)

Rapport Nr. 1 2022