

Basal Eksponeringsterapi (BET)

IMPLEMENTERINGSMANUAL

Didrik Heggdal

Psykologspesialist og Prosjektleder Vestre Viken

Torstein Svergja

Psykologspesialist Helse Møre og Romsdal

Kontaktinformasjon:

Didrik Heggdal, psykologspesialist
og prosjektleder for BET-prosjektet i Vestre Viken
Seksjon for Psykoser og Sammensatte lidelser (SPS)
Klinikk for Psykisk Helse og Rus, Avd. Blakstad
Vestre Viken, 3400 Drammen

Tlf.: +47 986 83 759

E-post: didrik.heggdal@vestreviken.no

Tlf. SPS: 66 75 14 30

Denne publikasjonen er omfattet av
åndsverklovens bestemmelser. Enhver
eksempelfremstilling eller tilgjengeliggjøring
er bare tillatt i den utstrekning det
er hjemlet i lov, eller etter avtale
med rettighetshaver.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	5
1.1 BASAL EKSPONERINGSTERAPI – FRA FAGUTVIKLING TIL FORSKNINGSPROSJEKT	5
1.2 FAGUTVIKLING LANGS TRE AKSER	5
1.3 IMPLEMENTERINGSKVALITET	6
1.4 IMPLEMENTERINGSARBEIDETS FILOSOFISKE OG TEORETISKE FORANKRING	7
2. IMPLEMENTERING I LYS AV EN KONTEKSTUELL IMPLEMENTERINGSMODELL	7
2.1. ORGANISERING AV INNHOLD	7
2.2 HORIZONTAL AKSE: KOMPETANSE	8
2.2.1 <i>Terapeutiske verktøy; basiskompetanse</i>	8
2.2.2 <i>Terapeutiske verktøy, spesialisert kompetanse</i>	10
2.3 VERTIKAL AKSE: AUTONOMI	10
2.3.1 <i>Samhandlingsverktøy relatert til struktur</i>	10
2.3.2 <i>Samhandlingsverktøy relatert til valg</i>	11
2.3.3 <i>En verdibasert samhandlingsmodell</i>	11
2.4 AKSEN FOR RELASJONELL TILHØRIGHET	13
2.4.1 <i>Prinsipper for regulering av intern samhandling</i>	13
2.4.2 <i>Psykologisk fleksibilitet</i>	16
3. IMPLEMENTERING I LYS AV EN FUNKSJONELL IMPLEMENTERINGSMODELL	16
3.1 IMPLEMENTERING SOM KONTINUERLIG PROSESS.....	16
3.2 TOP-DOWN OG BOTTOM-UP	16
3.3 MEDARBEIDERPROSEDYRENE	17
3.4 LEDERPROSEDYRENE	18
3.5 AKTUELL KONTEKST	18
4. FORDELING AV ANSVAR I IMPLEMENTERINGSPROSESSEN	18
4.1 MEDARBEIDERGRUPPEN	18
4.2 DET LOKALE IMPLEMENTERINGSTEAMET.....	19
4.3 EKSTERNT BISTANDSTEAM	19
5. PLAN FOR PROGRESJON	19
5.1 LEDERFORANKRING AV IMPLEMENTERINGSPROSESSEN	19
5.2 OPPSTART AV IMPLEMENTERINGSARBEIDET	20
5.3 FORLØP OG FASER I IMPLEMENTERINGSARBEIDET	20
6. PROSEDYRER FOR SIKRING AV IMPLEMENTERINGSKVALITET	22
6.1. EVALUERING RELATERT TIL KONTEKSTUELL IMPLEMENTERINGSMODELL	22
6.1.1. <i>Verktøy for objektiv evaluering av behandlingseffekt</i>	22
6.1.2. <i>Verktøy for kontinuerlig sikring av implementeringskvalitet</i>	22
6.1.3. <i>Verktøy for standardisert evaluering på individuelt personalnivå</i>	24
6.1.4. <i>Verktøy for standardisert evaluering på organisasjonsnivå</i>	25
6.2. EVALUERING RELATERT TIL FUNKSJONELL IMPLEMENTERINGSMODELL	25
7. OPPSUMMERING OG AVSLUTNING	26
8. REFERANSER	27

APPENDIKS I - VERDIDOKUMENT	31
APPENDIKS II - OM TRANSFORMASJONSLEDELSE.....	33
APPENDIKS III – KONTRAKT IMPLEMENTERINGSTEAM.....	35
APPENDIKS IV – KONTRAKT HELSEFORETAK	37
APPENDIKS V – DYNAMISK KOMPETANSEPLAN	39
<i>Del 1: Vurdering av i hvilken grad medarbeideren har oppfylt krav og forventninger i stillingen.</i>	<i>39</i>
<i>Del 2: Vurdering av i hvilken grad medarbeideren har tilegnet seg terapeutiske ferdigheter</i>	<i>40</i>
<i>Del 3: Oppfølgende arbeid etter evaluering</i>	<i>42</i>
APPENDIKS VI – ORGANISASJONSKOMPASSET	43
APPENDIKS VII – AAQ-II	47
APPENDIKS VIII – BASIC PSYCHOLOGICAL NEEDS SCALES	48
APPENDIKS IX – TURNOVER INTENSJON	50
APPENDIKS X – ORGANISASJONSKLIMA.....	51
APPENDIKS XI – SJEKKLISTE IMPLEMENTERINGSTEAM.....	59
APPENDIKS XII – MEDARBEIDERPROSEDYRER.....	61
APPENDIKS XIII – LEDERPROSEDYRER	62

1. Innledning

1.1 Basal Eksponeringsterapi – fra fagutvikling til forskningsprosjekt

Basal eksponeringsterapi (BET) er en behandlingsmodell utviklet av psykologspesialist Didrik Heggdal ved Seksjon for Psykoser og Sammensatte lidelser (SPS) i Vestre Viken Helseforetak (Heggdal, 2009, 2010, 2011, 2012; Heggdal, Lillelien, Johnsrud og Paulsen, 2013). Den primære målgruppen i BET er pasienter med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser som over år har vært viklet inn i et marginaliserende samhandlingsmønster med helsevesenet (Hammer og Heggdal, 2011; Heggdal, Hammer, Alsos, Malin og Fosse, *in press*). Disse pasientene har diagnoser innen det schizofrene spektrumet, eller bipolare lidelse, kompleks PTSD og dissosiativ lidelse, og mange har komorbide personlighetsforstyrrelser eller andre symptomlidelser. I sykehusjournaler beskrives de som kronisk suicidale og behandlingsresistente, og det antas at de sliter med lidelser som gjør at de vil fortsette å ha behov for omfattende oppfølging og behandling i psykisk helsevern. Helsevesenets marginaliserende samhandling med pasientene har ofte store økonomiske og driftsmessige konsekvenser for psykisk helsevern.

Komplementær Ytre Regulering (KYR) er en terapeutisk og miljøterapeutisk strategi utviklet innen for rammen av BET. KYR har gjennom utviklingsforløpet etablert seg som et miljøterapeutisk fundament og en praktisk manifestasjon av grunnholdningen i BET-modellen (Heggdal, 2010; Gjerde, 2013). Videre bruker BET DMM, Dynamic Maturational-Model (Crittenden, 2008), til å informere relasjonsarbeidet i behandlingen. BET-modellen representerer en helhetlig, integrert behandlingsform for en pasientgruppe som det foreløpig ikke finnes noen dokumentert effektive behandling for, og som i liten grad profiterer på behandling forankret i en biomedisinsk sykdomsmodell. Foreløpige erfaringer og upubliserte pilotdata indikerer at BET kan bidra til mindre bruk av tvang, reduksjon av medikamentbruk, og vesentlig og varig bedring for pasientene. De lovende resultatene har dannet utgangspunktet for et forskningsprosjekt der formålet er evidensbasering av de behandlingseffektene vi ser ved anvendelse av BET.

Implementeringsmanualen er et redskap som skal kvalitetssikre overgangen fra teoretisk skildring av prosedyrer i BET og praktisering av disse prosedyrene. I et helsepolitisk perspektiv kan implementeringsmanualen bidra til å sikre kvaliteten på helsetjenester til mennesker med alvorlige, sammensatte psykiske lidelser som ikke har profittert på annen behandling.

1.2 Fagutvikling langs tre akser

Parallelt med utviklingen av BET som et terapeutisk redskap for å mobilisere ressurser og fremme funksjonell atferd hos marginaliserte pasienter, har Heggdal ledet utviklingen av en

organisasjonsform og et sett samhandlingsverktøy som understøtter en mest mulig effektiv forvaltning av de terapeutiske verktøyene. Utviklingen av BET har dermed foregått parallelt langs tre akser. Langs den første akse har vi utvikling av de konkrete, terapeutiske verktøyene. Målsettingen for arbeidet langs denne akse er kontinuerlig utvikling og vedlikehold av personalets terapeutiske *kompetanse* i møte med gjeldende pasientgruppe. Langs den andre akse har vi utvikling av samhandlingsverktøy. Målsettingen for arbeidet langs denne akse er kontinuerlig utvikling og vedlikehold av interne samhandlingsverktøy som understøtter personalets *autonome* forvaltning av de terapeutiske verktøyene. Langs den tredje akse har vi innføring av evidensbaserte prinsipper for gruppeeffektivitet og verktøy som bidrar til psykologisk fleksibilitet i personalgruppen. Målsettingen for arbeidet langs denne akse er kontinuerlig understøtting og vedlikehold av relasjonell *tilhørighet* innad i personalgruppen.

I henhold til vår erfaring er miljøpersonalets opplevelse av kompetanse og autonomi som terapeuter, og opplevelse av det kollegiale fellesskapet som en *sikker base*, avgjørende for vellykket forvaltning av BET (Bowlby, 1988; Crittenden, 2008; Heggdal, 2010). Dette harmonerer også med evidensbaserte prinsipper for understøtting av motivasjon hos personalgrupper generelt. I self-determination theory (SDT) er opplevelse av kompetanse, autonomi og relasjonell tilhørighet sentrale elementer for utvikling av indre drevet motivasjon (Deci og Ryan, 2000).

1.3 Implementeringskvalitet

Både implementeringsarbeidets kvalitet og kvantitet har betydning for terapiprogrammers effekt (Durlak og DuPre, 2008). Imidlertid er forskning om hvordan man kan sikre implementeringskvalitet på et svært tidlig stadium. Dette bidrar til at overgangen ifra intervensjonsforskning til praksis lett kan bli sein og hasardiøs (Michie, et al., 2009; Eccles, et al., 2005). Gjennomgående mangler fagfeltet teoretisk forankring når det gjelder rasjonale for og valg av implementeringsintervensjoner (Davies, Walker og Grimshaw, 2010).

BET er en behandlingsmodell som vektlegger koordinering og samkjøring av en andre ordens tilnærming (Scott Fraser og Solovey, 2007) både gjennom tre skift i en døgnavdeling og gjennom tett samarbeid med aktører i et større behandlingsnettverk. BET-modellen forutsetter derfor et systematisk og teoriforankret implementeringsarbeid for å sikre indre sammenheng i døgnavdelingen og kontinuitet i tiden etter utskrivning. For å legge til rette for evidensforankring i dette komplekse landskapet trenger man konkrete beskrivelser av de terapeutiske verktøyene, konkrete beskrivelser av samhandlingsverktøy og et tydelig valg av de overordnede prinsippene som organisasjonen som helhet skal navigere etter. Videre trengs tydelig fordeling av oppgaver og ansvar i implementeringsprosessen, tydelighet vedrørende tenkt progresjon og de konkrete stegene framover, samt en beskrivelse av evalueringsverktøy. Vårt utgangspunkt er at klarhet på både implementeringens innhold og prosess, og en bred evaluering, er nødvendig for sikring av implementeringskvalitet.

1.4 Implementeringsarbeidets filosofiske og teoretiske forankring

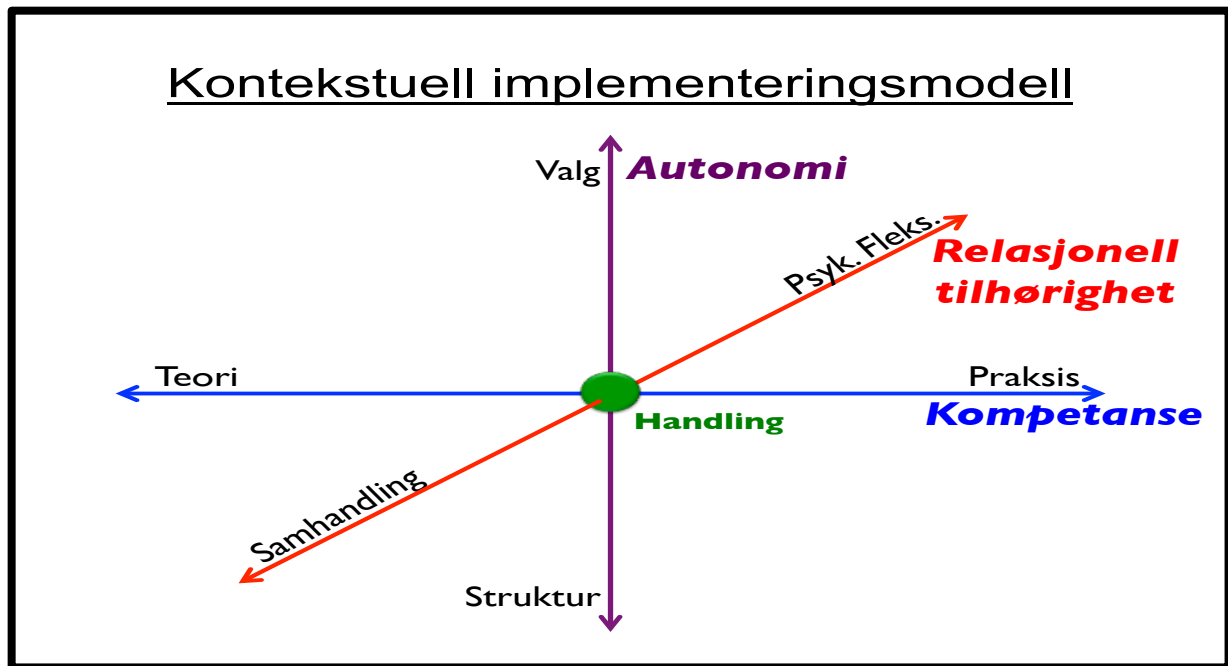
Foreliggende implementeringsmanual er forankret i den filosofiske retningen funksjonell kontekstualisme. Funksjonell kontekstualisme bygger på arbeidet til Stephen Pepper, som bygger videre ut ifra blant annet William James, G.H. Mead og John Dewey. Et sentralt spørsmål for Pepper er hvilke kontekstuelle elementer som bidrar til at handlinger kan forutses og påvirkes. Når vi på et pragmatisk vis har funnet elementene som gjør at vi kan forutse og påvirke handlingen, så har vi også funnet sannheten om denne handlingen (Hayes, Hayes og Reese, 1988). Sannheten ligger dermed i handlingens funksjon relatert til handlingens intensjon. Minste enhet å analysere innenfor funksjonell kontekstualisme blir ut ifra dette "atferd i kontekst".

Funksjonell kontekstualisme gir grunnlag til to parallelle modeller i implementering. Begge modellene setter medarbeidernes atferd i sentrum, men de svarer på to ulike spørsmål. Den kontekstuelle implementeringsmodellen svarer på spørsmålet om hvilke kontekstuelle elementer som bør være tilstede for å muliggjøre at personalgruppen kan handle i tråd med intensjonene i BET. Den funksjonelle implementeringsmodellen svarer på spørsmålet om hvordan personalgruppens handlinger kan påvirkes slik at personalgruppen enhetlig og autonomt handler i tråd med intensjonene i BET. Den kontekstuelle modellen handler altså om implementeringens innhold, mens den funksjonelle modellen handler om implementeringens prosess. Vårt utgangspunkt er at ingen av de to modellene alene er tilstrekkelige for å sikre implementeringskvalitet.

2. Implementering i lys av en kontekstuell implementeringsmodell

2.1. Organisering av innhold

Den kontekstuelle implementeringsmodellen organiserer innholdet i implementeringsarbeidet langs tre akser. Hver akse har to poler som balanseres opp imot hverandre.



Figur 1. Kontekstuell modell for implementering

Vi kan i modellen se for oss at innholdet i implementeringsarbeidet danner en tredimensjonal kontekstuell form som omkranser atferd. Målsettingen er at *innholdet* på aksene kompetanse (praksis-teori), autonomi (valg-struktur) og tilhørighet (intern samhandling – psykologisk fleksibilitet), antar en rundlig form uten store kratre. Den kontekstuelle implementeringsmodellen organiserer alle elementene som over år har blitt utviklet og etablert som komponenter BET. Modellen er relatert til SDT, en evidensbasert teori om motivasjon (Deci og Ryan, 2000a).

2.2 Horisontal akse: Kompetanse

Kompetanse er den horisontale akse i den kontekstuelle implementeringsmodellen. Utvikling av BET-kompetanse understøttes ved *balansering av teori og praksis*. På teorisiden finner vi tradisjonelle formidlingsmetoder for å etablere kunnskap om psykiske lidelser og forstyrrelser ut fra foreliggende evidensbase, forståelse av hensikten med et spesifisert sett av terapeutiske verktøy, og kunnskap om hvordan verktøyene skal anvendes. På den praktiske siden finner vi konkret utprøving av verktøy innenfor et workshopformat, klinisk praktisering og feedbackbasert kollegaveiledning (Heggdal og Lillelien, 2014a).

2.2.1 Terapeutiske verktøy; basiskompetanse

Dynamisk Modnings-modell (DMM). I BET brukes DMM for å informere relasjonsarbeidet i den forstand at tilnærmingen tilpasses pasientens bruk av tilknytningsstrategier. Dette gjøres ut fra et kost-nytte-perspektiv i hovedsak på et "intuitivt nivå". Dette betyr at teamet på bakgrunn av observasjoner vurderer hva slags tilknytningsstrategier pasienten har en tendens til å bruke, hvordan strategier evt. veksler mellom ulike situasjoner og relasjoner, og

hvordan tilnærmingen kan tilpasses med tanke på relasjonsarbeid og etablering av arbeidsallianse (Crittenden, 2008).

Ukeplaner for pasienter. Pasientens ukeplan gjør behandlingsprosessen til en arbeidssituasjon som gjenspeiler det normale livet mennesker har utenfor institusjonen. Ved å ha en klar og strukturert ukeplan legges ansvaret for gjennomføring av arbeidsdagen og arbeidsuken over til pasienten.

Fokussamtaler som strukturelt element. Korte fokussamtaler morgen og ettermiddag bidrar sterkt til å etablere en strukturert og forutsigbar arbeidsdag både for pasientene og for personalet. Fokussamtaler handler om pasientens eierskap til egen prosess. Gjennom implementering av denne strukturen settes det ansvarliggjørende arbeidet i system, der personalet fra dag til dag tilrettelegger for progresjon og retning i terapiprosessen med utgangspunkt i pasientens valgte fokus.

Avgrenset bekreftende kommunikasjon. En rendyrket form for validering, strippet for alle potensielle forsterkere av regressiv atferd eller sekundærgevinster (Balint, 1968).

Inviterende bekreftende kommunikasjon. En form for validering spesielt utviklet for pasienter som i liten grad er i stand til å bruke det verbale språket for å beskrive sitt indre liv (alexithymia).

Underregulering. Generelt anvendt strategi der personalet ikke gjør noe for å løse pasientens problemer, komme med råd eller lindre. Man avventer pasientens utprøving av selvinitierte forsøk på mestring. Personalet bruker avgrenset bekreftende kommunikasjon for å gi pasienten en opplevelse av å bli sett og anerkjent som menneske, og løsningsfokuserede intervensjoner for å understøtte pasientens funksjonelle handlingsvalg.

Overregulering. En understimulerings situasjon med ensidig fokus på å ivareta liv og helse, og med formål om å utslukke regressiv atferd. Personalet avventer pasientens initiativ til mestringsdialog. Overregulering kan omfatte hele pasientens livssituasjon eller avgrensede livsområder.

Løsningsfokuserede intervensjoner. Intervensjonsform hentet fra løsningsfokusert terapi, der man atferdsterapeutisk forsterker funksjonelle handlingsvalg, modererer lært hjelpeløshet og øker pasientens mestringstillit.

BET-retorikk i møte med appell, krav og trusler. Markering av at pasienten har valg ved at man på en "matter of fact" måte kommuniserer det motsatte av hva pasienten forventer av helsepersonell. Hensikten er at pasienten gjennomgående ses og møtes som en ansvarlig og aktiv aktør som skaper sitt liv gjennom sine valg og handlinger (Yalom, 2002).

Utvikling og fremming av funksjonell regelstyring. Korte orienteringer i en gitt situasjon om hva man iht. lover, regler og kulturelle koder gjør eller ikke gjør, uten forklaringer, og uten at man snakker om konsekvenser eller utøver samtidige terapeutiske intervensjoner. Målet er ikke å bestemme over pasienten, men å tilrettelegge for en kontekst som fremmer en ny

læringshistorie, som i sin tur øker pasientens forutsetninger for å delta i sosial samhandling i tråd med implisitte og eksplisitte normer og regler.

Instrumentell ytre regulering. Håndtering av skade eller tilløp til situasjoner med fare for liv og helse. Situasjonen håndteres strikt iht. medisinske prosedyrer og/eller formaliserte lover og regler og uten samtidige terapeutiske intervensjoner.

2.2.2 Terapeutiske verktøy, spesialisert kompetanse

Utforskning av eksistensiell katastrofeangst (EKA). En terapeutisk prosedyre som tydeliggjør det "fobiske objektet" ved at pasienten inviteres til å utforske sine forestillinger om hva som ville skjedd hvis hun valgte (kunne velge) bort en suksessiv rekke unnvikelsesstrategier (Heggdal, Hammer, Alsos, Solfjell og Fosse, *in press*; Laing, 1965).

Utforskning av unnvikelse. En terapeutisk prosedyre for bevisstgjøring av unnvikelsesstrategier og disses funksjon. Bevissthet og oversikt ift. egen unnvikelsesatferd er en forutsetning for å kunne velge eksponering (dvs. velge å la være å unnvike).

Funksjonell avledning. Bevisst og overveid valg av unnvikelse, en strategi som inngår i den terapeutiske strategien gradert eksponering (se gradert eksponering nedenfor). Pasienten velger i forkant av gradert eksponering et nøytralt eller positivt ladet tema som kan representere et fokus for avledning (valgt unnvikelse) og gradering av eksponering.

Gradert eksponering. En terapeutisk prosedyre der pasienten velger å gradvis eksponere seg for det hun frykter. Pasienten velger å ikke unnvike, og å være i tilstanden/affekten, for så igjen velge å unnvike (se funksjonell avledning ovenfor).

Flooding. En terapeutisk prosedyre der pasienten velger å la seg overvelde av det hun frykter.

Løsningsfokusert konsolidering. Løsningsfokuserte intervensjoner anvendt for å understøtte selveksponeringserfaringer utenfor den terapeutiske konteksten, øke sannsynligheten for at funksjonelle handlingsvalg repeteres, og at dette generaliseres til flere situasjoner og livsområder.

2.3 Vertikal akse: Autonomi

Autonomi er den vertikale akse i den kontekstuelle implementeringsmodellen. Autonom forvaltning av BET understøttes ved *balansering av struktur og valg*. I et autonomt fellesskap er strukturer nødvendig for å sikre fellesskapets overlevelse over tid (Wilson, Ostrom og Cox, 2012). En opplevelse av autonomi forutsetter muligheten til selvstendige valg innenfor gjeldende strukturer (Deci og Ryan, 2000a). Denne akse organiserer verktøy relatert til strukturer og valg.

2.3.1 Samhandlingsverktøy relatert til struktur

Ukestruktur. En tydelig strukturering av rutiner og fast møtevirksomhet i døgnavdelingen.

Reflekterende team som gjennomgående arbeidsmetode. Reflekterende team er en fleksibel struktur for organisert perspektivtaking rundt et valgt fokus eller tema. Gjennom reflekterende team arbeider det multidisiplinære teamet i en flat struktur som mobiliserer medarbeidernes ressurser, fremmer deres eierskap og styrker deres autonomi. Reflekterende team brukes på systemnivå (problemstillinger knyttet til hvordan vi som arbeidskollektiv organiserer og forvalter BET-programmet) og på pasientnivå (problemstillinger knyttet til spesifikke behandlingsforløp). Fokus i et reflekterende team kan rettes mot forståelse av fenomener og prosesser, utarbeiding av tiltak og evaluering av effekter av tiltak.

Linjehierarki, juridisk ansvarshierarki. Det skal tydeliggjøres for alle involverte hvem som har ansvar på hvilket nivå i systemet og hvilket ansvar som påligger den enkelte i pasientarbeidet.

2.3.2 Samhandlingsverktøy relatert til valg

Perspektivtaking. Basisferdighet som trenes og vedlikeholdes i reflekterende team og i feedbackbasert kollegaveiledning (se nedenfor).

Kollektiv verdiforankring. Gruppen definerer et sett av felles verdier som fundament for arbeidet og arbeidsfellesskapet ved bruk av Matrix (Polk og Schoendorff, 2014). Det utarbeides et verdidokument (Se Appendiks II: Eksempel på verdidokument - Arbeidsbeskrivelse for medarbeidere i BET-prosjektet Vestre Viken).

KYR som holdning. KYR består på et praktisk nivå av strategiene underregulering, overregulering og instrumentell ytre regulering (Heggdal, 2010). Alle disse elementene er beskrevet ovenfor. KYR som grunnholdning utøves gjennom og "bæres av" primærintervensjonene avgrenset bekreftende kommunikasjon og løsningsfokusede intervensjoner. Disse intervensjonene er i BET operasjonaliseringer av de førende eksistensialistiske og kybernetiske prinsippene i terapimodellen. Ved bruk av avgrenset bekreftende kommunikasjon er terapeuten tilstede og ser den andre, men uten å mene noe eller gripe inn for å løse problemet. Denne konkrete handlingsformen gjenspeiler at *enhver person skaper selv sitt liv gjennom sine valg og handlinger* (Sartre, 1956; Yalom, 2002); *hva som er riktig for en person avhenger av hans eller hennes egne verdier* (Hayes, Strosahl og Wilson, 2012). Ved bruk av løsningsfokusede intervensjoner fokuserer terapeuten på allerede virksomme løsninger pasienten bruker, slik at pasientens persepsjon blir "trukket mot" disse. Denne konkrete handlingsformen gjenspeiler at *selvregulering og opplevelse av autonomi fremmes gjennom identifikasjon av "forskjellen som gjør en forskjell" og understøttelse av funksjonelle handlingsvalg* (Watzlawick, Weakland, & Fish 1974; Bateson, 1985; de Shazer, 1988; Wolpe, 1987; Tørneke, 2011).

2.3.3 En verdibasert samhandlingsmodell

Medarbeideres opplevelse av at deres kunnskap og ferdigheter blir verdsatt og at de har selvstendige og avklarte roller i gruppen er grunnleggende forutsetninger for samhandlingsverktøyenes effektivitet. Den tradisjonelle organiseringen i døgnavdelinger er

imidlertid tydelig hierarkisk. I dette hierarkiet er administrative spørsmål skilt ut til linjeledelsen. Det kliniske arbeidet drives framover ved at behandlere gir direktiver til miljøpersonalet ut ifra til dels skjulte faglige prinsipper. Selv om det ikke er behandlerens intensjon, svekker direktivene medarbeidernes involvering og autonomi og presser dem inn i roller der de blir uselvstendige og avventende. I den hierarkiske organiseringen er det ikke mulig å helgardere en tiltaksplan med tiltak i forhold til alle tenkelige situasjoner. Denne formen for organisering resulterer i forsinkede responser på pasienters dysfunksjonelle atferd, eller til uforutsigbarhet ved at de ulike turnuslagene løser uforutsette hendelser på ulike måter.

Den verdibaserte samhandlingsmodellen er tenkt som en parallell til den hierarkiske strukturen. Intensjonen er at den hierarkiske organiseringen i større grad skal være i bakgrunnen i døgnavdelingens daglige drift. Hierarkiet skal likevel alltid kunne reises om dette viser seg nødvendig. I det kliniske arbeidet vil det alltid være noen som har behandleransvar, medisinsk ansvar og vedtaksmyndighet.

Samhandlingsmodellen tar utgangspunkt i hvilke fagområder som kan vise til evidensbaserte tiltak i forhold til pasienter med psykoselaterte lidelser. Det framkommer da fire kjerneområder for tiltak. De fire kjerneområdene representeres grovt sett av ulike faggrupper i en døgnavdeling, og ingen av faggruppene kan påberope seg å sitte med den endelige fasiten på hva som med sikkerhet løser pasientens problem. Forskning tilsier dermed at ulike faggrupper, med ulike faglige perspektiver, må samarbeide (Bustillo og Weil, 2012). Samhandlingsmodellen utfordrer døgnavdelingen til å definere hvilke verdier som den interne samhandlingen skal navigere etter.



Figur 2. Verdibasert samhandlingsmodell. Satt opp med eksempler på valgte verdier i døgnavdelingens interne samhandling

2.4 Aksen for relasjonell tilhørighet

Relasjonell tilhørighet er den aksen som gir tredimensjonalitet i den kontekstuelle implementeringsmodellen. Relasjonell tilhørighet understøttes ved balansering av prinsipper for intern samhandling og psykologisk fleksibilitet, og inneholder slik sett elementer som kan bidra til at det øvrige implementeringsinnholdet herberges. Prinsippene for regulering av intern samhandling handler om å sikre at gruppen som helhet arbeider effektivt og utholdende mot et felles mål. Psykologisk fleksibilitet handler om hvordan vi som enkeltindivider forholder oss til hverandre og til utfordringer generelt.

2.4.1 Prinsipper for regulering av intern samhandling

Elinor Ostrom fikk Nobelprisen i økonomi for sitt arbeid der hun viser hvilke betingelser som må være tilstede for at en gruppe mennesker over tid skal kunne utnytte tilmålte ressurser på en bærekraftig måte (Wilson, Ostrom og Cox 2012). Betingelsene former gruppemedlemmenes omgivelser på en måte som styrker gruppens tilpasningsevne og effektivitet, og øker sannsynligheten for at gruppen når sine mål. Ostrom formulerte åtte gruppeeffektivitetsprinsipper, også kalt Ostrom8, som gjenspeiler disse betingelsene. Vi har føyd til 2 prinsipper (se 2.4.1.9 og 2.4.1.10) som vi anser som nødvendige i en kompetansebedrift.

2.4.1.1. Gruppeidentitet

Gruppen har en klar identitet og en felles opplevelse av hensikt. Dette handler både om at det må være tydelig hvem som er med i gruppen, tydelig hvilke ressurser gruppen har til rådighet og tydelig for alle deltakerne hva gruppen ønsker å oppnå. Når gruppen tar stilling til hva den ønsker å oppnå blir verdier sentrale. Verdier gir mening til gruppens eksistens. En kan spørre hvilke verdier denne gruppen ønsker å bevege seg i retning av, og hvem som vil være med i arbeidet med å realisere disse verdiene.

2.4.1.2. Proporsjonalt utbytte

Medlemmene i gruppen opplever at personlig utbytte står i forhold til egen innsats. Om det ikke er sammenheng mellom innsats og utbytte vil det fort oppstå situasjoner der noen flyter med på andres bekostning. Dette kan være ødeleggende for et samarbeidsklima. I et system der alle mottar lønn en gang i måneden og midler til kompetanseutviklingstiltak i utgangspunktet fordeles likt, blir det viktig å forebygge opplevelse av urettferdighet. Klargjøring av gruppemedlemmenes ansvarsområder kan være et viktig virkemiddel. Det kan også være nyttig å se på rutinene for fordeling av ansvar og anledning til individuell kompetanseutvikling.

2.4.1.3. Inkluderende beslutningsprosesser

Beslutningsprosesser i gruppen baseres på medvirkning og medbestemmelse. Gruppemedlemmene må oppleve å ha reell innflytelse på viktige beslutninger. På denne måten kan en redusere faren for at det blir tatt beslutninger som går utover noen av

gruppemedlemmene. Folk misliker å bli instruert om hva de skal gjøre, men jobber hardt for å nå målsettinger de har vært med på å beslutte. En gruppe kan derfor ha behov for en metode som effektivt løfter fram gode forslag som gruppen kan slutte seg til. Det er viktig å bruke tid på å sikre deltakelse når sentrale beslutninger skal tas. Deltakelse fordrer involvering. Dette prinsippet ivaretas gjennom samhandlingsverktøyene på autonomiaksen.

2.4.1.4. Evalueringsprosedyrer

Gruppen forvalter evalueringsprosedyrer der gruppen selv evaluerer sitt arbeid. Hvilke krav er stilt til oss? Hvordan utnytter vi ressursene? Har vi den kompetansen som behøves? Vet alle hva de skal gjøre? Opplevs miljøet som sosialt støttende? Jobber vi i tråd med den retningen vi har valgt, eller undermineres måloppnåelse av trenerende handlinger?

Etter vårt syn vil store og kostbare evalueringsprosjekter være mindre nyttige enn faste evalueringsprosedyrer som gruppen eier selv. De to modellene for implementering indikerer at evaluering både bør undersøke om implementering av innhold faktisk har skjedd, og i tillegg undersøke selve implementeringsprosessen.

2.4.1.5. Graderte sanksjoner

Gruppen anvender graderte sanksjoner med inklusjon som primær målsetting. Et innledende hovedfokus på implementering av de foregående prinsippene kan forebygge trenerende handlinger lengre fram i prosessen. Likevel kjennetegnes effektive grupper ved at de har et system for å fange opp og raskt reagere på trenerende handlinger. Det laveste nivået av sanksjoner kan være en humoristisk kommentar når den trenerende handlingen for eksempel oppdages i et evaluerende teammøte. Om senere evalueringer avdekker en vedvarende motstand mot å på handlingsnivå slutte seg til gruppens mål og verdier, utfordres den nærmeste ledelsen på vilje til å iverksette tiltak. Et tiltak kan være å kalle vedkommende inn til klargjørende samtale. Om dette heller ikke bidrar til endring trekkes forholdet opp til et høyere ledernivå, men fremdeles med en målsetting om inklusjon. I ytterste konsekvens vil en overordnet linjeledelse kunne vurdere tilsettingsforholdet i henhold til arbeidsavtale. Dette følger i så fall formaliserte regler og prosedyrer i helseforetaket. At trenerende handlinger faktisk kan ha konsekvenser både for tilsettingsforholdet og eventuelt muligheter for gode referanser ved ønske om jobbskifte, kan bidra til at de mildere sanksjonene får effekt.

2.4.1.6. Tidlig konflikthåndtering

Konflikthåndtering gjøres tidlig og oppleves over tid. Konflikter kan ha potensial til å bli store med mindre de håndteres raskt. Løsning av en opphetet konflikt kan lett oppleves urettferdig på kort sikt. Det er viktig at løsningen er forståelig og oppleves rettferdig over tid. Et stadig arbeid med å løfte fram ulike opplevelser og perspektiver kan bidra til å øke gruppemedlemmenes psykologiske fleksibilitet. At uenigheter løses opp på et tidlig tidspunkt kan både forebygge konfliktutvikling og en utvikling av gruppens evne til å leve med og håndtere meningsmotsetninger. Høy bevissthet om felles valgte mål og verdier, klart

definerte ansvarsområder og en opplevelse av medvirkning og medbestemmelse bidrar også til å forebygge konflikt.

2.4.1.7. Mandat

Gruppen har mandat til indre selvstyre. Forskning viser at mennesket søker autonomi. Det er fire faktorer som er sentrale for at gruppe-medlemmer skal ha en opplevelse av autonomi. Dette er innflytelse på hva som skal gjøres, hvordan det skal gjøres, når det skal gjøres og hvem som skal jobbe sammen. Når en gruppe har innflytelse på disse faktorene er det lagt til rette for at gruppe-medlemmene opplever sin arbeidssituasjon som innholdsrik og meningsfull. Autonomi bidrar til økt prestasjon, økt utholdenhet, mindre utbrenthet og økt psykisk velvære.

2.4.1.8. Avklart rolle

Gruppen har en avklart rolle i et større nettverk av grupper. Når en gruppe er del av et større sosialt system må gruppens formål og oppgaver være klart definerte og avgrenset og koordinerte opp mot formålene og oppgavene til de andre gruppene i systemet. Det kan fort bli forstyrrende for en gruppes arbeid om andre grupper kjemper om de samme ressursene eller oppgavene, eller at en gruppe opplever at andre grupper presser arbeidsoppgaver over på dem. Mangel på tydelige grenseoppganger mellom grupper kan underminere forutsetningene for implementering av de øvrige gruppeeffektivitetsprinsippene. Dette fordi gruppeidentiteten svekkes, muligheten for reell medvirkning og medbestemmelse reduseres, og balansen mellom ansvar, innsats og utbytte forstyrres.

2.4.1.9. Relevant kompetanse

De samlede kunnskaper og ferdigheter i gruppen er relevante i forhold til gruppens ansvar og utfordringer. I en kunnskapsbedrift er det ingen selvfølge at oppgavene kan løses etter fastlagte prosedyrer. Arbeidet vil ofte bestå i at flere faggrupper kontinuerlig anvender sine kunnskaper og samarbeider for å finne fram til best mulige løsninger. Sengeposter i psykisk helsevern er et godt eksempel på dette. Litteraturen er ikke entydig verken når det kommer til hvordan psykiske lidelser skal forstås eller hvordan de skal behandles. For å sikre at pasientene blir møtt på en forutsigbar og enhetlig måte er det viktig at sengepostens ansatte deler sine kunnskaper og at en kommer til enighet om hvilke behandlingsprinsipper en ønsker å praktisere etter. En må også legge til rette for et akseptabelt mestringsnivå gjennom opplæring, videreutdanning og kurs. Dette prinsippet er i hovedsak ivaretatt på kompetanseaksen.

2.4.1.10. Relevant samhandlingsstruktur

Gruppen har organisert møtestruktur og daglig samhandling på en måte som legger til rette for gruppeeffektivitet. Sengeposter innen psykisk helsevern består av ulike faggrupper som gjennom tverrfaglig samarbeid skal yte helsehjelp til mennesker med psykiske lidelser. For å kunne gi optimal helsehjelp er det nødvendig med en velstrukturert og forutsigbar ukeplan som sikrer alle faggrupper og involverte medarbeidere muligheten til å fremme sine perspektiver. Det har også betydning hvordan gjennomføringen organiseres, slik at det

legges til rette for åpenhet og kreativitet, og at dialogen munner ut i konkrete og gjennomførbare tiltak som kan evalueres. Psykisk helsevern har en hierarkisk organisering for å sikre tydelighet på behandlingsansvar og indre faglig sammenheng. For å dempe negative konsekvenser av hierarkisk organisering bør hverdagen i organisasjonen preges av verdibasert samhandling i en flat struktur, samtidig som hierarkiet raskt skal kunne reises dersom det skulle oppstå kritiske situasjoner. Dette prinsippet er i hovedsak ivaretatt på autonomiaksen.

2.4.2 Psykologisk fleksibilitet

Psykologiske fleksibilitet er satt opp som element på den andre siden av tilhørighetsaksen. Matrix, utviklet av ph.d. Kevin L. Polk (Polk og Schoendorff, 2014), er en ny og elegant måte å arbeide med alle delprosessene i Acceptance and Commitment Therapy (ACT), der målet er å fremme verdibasert atferd og psykologisk fleksibilitet (Luoma, Hayes, og Walsler, 2007). Matrix består av to linjer der hovedoppgaven til deltakeren er å lære seg å bedre legge merke til forskjellen mellom sansing av ytre omstendigheter og mentale representasjoner, og mellom det å bevege seg i retning av noe som er viktig for oss og det å bevege seg vekk ifra ubehagelige mentale erfaringer. Gjennom arbeidet med Matrix ledes deltakeren til å fokusere på hva som er viktig, hvilke verdier som gir livet mening og hvilke handlinger som er funksjonelle relatert til det som er viktig for deltakeren.

3. Implementering i lys av en funksjonell implementeringsmodell

3.1 Implementering som kontinuerlig prosess

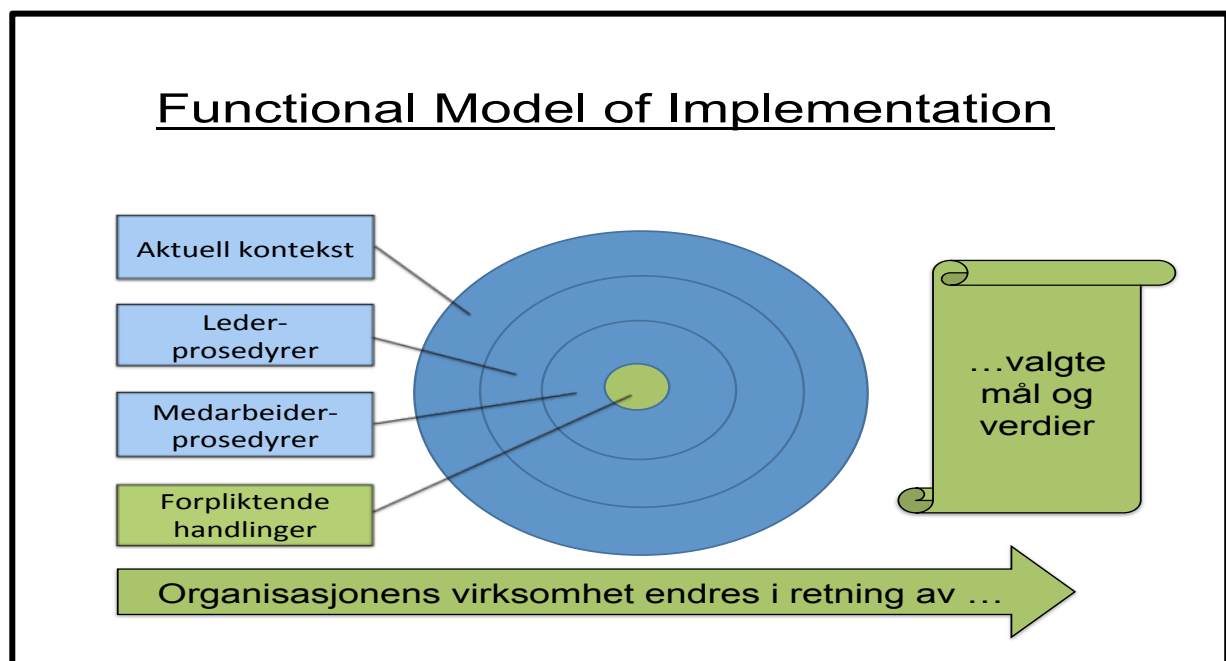
Vi ser det slik at implementering ikke er noe som blir fullført og avsluttet. Implementering kan defineres som innføringen av en ny arbeidsform, og det kontinuerlige vedlikeholdet av denne arbeidsformen. Implementeringen kan sies å være vellykket når organisasjonen uten bistand utenifra effektivt forvalter den nye arbeidsformen, har innført samarbeidsformer som involverer og ivaretar medarbeidere, og har systemer og prosedyrer som sikrer program-adherence og videreutvikling av kompetanse (Fixsen, Naoom, Blasé, Friedman og Wallace, 2005). Oversatt til norsk betyr program-adherence program-etterlevelse eller program-tilslutning, dvs. at man som medarbeider i programmet slutter seg til en arbeidsform og etterlever dette i klinisk praksis (Sørli, Ogden, Solholm og Olseth, 2010).

3.2 Top-down og bottom-up

En standard måte å tenke på innen organisasjonsendring er sirkulært, der man starter med forankring i toppledelse, etablerer en prosjektgruppe og dernest jobber med implementering på medarbeidernivået. Evaluering gir så grunnlag for nye runder med forankring i ledelse, reorientering i prosjektgruppa og nye tiltak rettet til medarbeidernivået (Noblet og LaMontagne, 2012). Selv om man har en intensjon om å jobbe grundig med forankring på medarbeidernivået vil denne sirkulære modellen i prinsippet være top-down-styrt. Det er vår erfaring at dette over tid tenderer å rive vekk tiltroen til reell faglig

myndiggjøring, hvilket på sikt kan true implementeringsprosessen som en varig og kontinuerlig prosess.

Ønsket om implementering av BET kan vokse fram på ulike steder i organisasjonen. Tidvis ser vi initiativet komme fra "gulvet" og miljøpersonalet som opplever et behov for ny kompetanse relatert til utfordrende pasienter de arbeider med. Andre ganger kommer initiativet fra ledergruppa, som ser at det ikke er samsvar mellom den samlede kompetansen i døgntilbudet og oppgaver som skal løses her og nå eller i nær framtid. Denne implementeringsmanualen legger en føring som sier at når et initiativ til å innføre ny metodikk skal omsettes i handling, skal implementeringsarbeidet planlegges både som en top-down- og en bottom-up-prosess. Prosedyrer på leder og medarbeidernivå er beskrevet nedenfor og er sammenfattet i den funksjonelle implementeringsmodellen.



Figur 3. Funksjonell implementeringsmodell.

3.3 Medarbeiderprosedyrene

Medarbeiderprosedyrene er delt inn i «etablere støtte», «identitet og hensikt», «kunnskap om innhold», «reflektere og koordinere», «praktisere og utforske», «psykologisk fleksibilitet», «evaluere prosess og måloppnåelse». En implementeringsprosess vil innebære flere runder med økende kompleksitet og mestring. Prosessen vil som vi har sett innebære presentasjon av nye samhandlingsverktøy. Framdriften og tilpasningen av verktøyene til den aktuelle sengeposten vil være en bottom-up-prosess, der ledelsen overlater til medarbeidergruppen å finne egnede og tilpassede løsninger. Vi kaller medarbeiderprosedyrene for et arbeid i *medarbeidersirkelen*. Evalueringsprosedyrer er redegjort for under.

3.4 Lederprosedyrene

Lederprosedyrene er delt inn i «etablere støtte i toppledelsen», «danne implementeringsgruppe», «identitet og hensikt», «prioritere og sette mål», «transformerende støtte til implementeringsprosessen», «psykologisk fleksibilitet», «evaluere prosess og måloppnåelse». Også her må en påregne flere runder og vi kaller følgelig prosedyrene for et arbeid i *ledersirkelen*. Beslutninger om finansiering, avsetting av tid til implementering og godkjenning av implementeringens faglige målsettinger vil være et lederansvar, og dermed eksempler på top-down-prosesser. Evalueringsprosedyrer er redegjort for under.

3.5 Aktuell kontekst

Den ytterste sirkelen i modellen representerer den til enhver tid aktuelle konteksten. Denne konteksten kan defineres som "de sett av felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikles i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene, og som kommer til uttrykk i medlemmenes handlinger og holdninger på jobben". Formuleringen er hentet ifra en definisjon av organisasjonskultur (Bang, 2013). En implementeringsprosess vil søke å påvirke felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger i en valgt retning. Når det tilrettelegges og arbeides for at personalgruppens holdninger og handlinger skal være i samsvar med den valgte retningen vil hele organisasjonskulturen i døgnavdelingen påvirkes. Det er dette som gjør det relevant å innlemme organisasjonspsykologisk kunnskap både i forberedelse, gjennomføring og evaluering av implementeringsprosessen.

Plakaten til høyre (se figur 3 over) representerer den valgte retningen. Dette er ideelle beskrivelser av normer, verdier og virkelighetsforståelse konkretisert i den innholdsorienterte, kontekstuelle implementeringsmodellen. Implementeringsprosessens mål er illustrert med en pil: å kontinuerlig bidra til at organisasjonens virksomhet ledes i retning av valgte mål og verdier, også i tiden etter at det eksterne bistandsteamet (se under) har avsluttet sitt arbeid.

4. Fordeling av ansvar i implementeringsprosessen

4.1 Medarbeidergruppen

Medarbeidergruppens ansvar er å prioritere aktiv deltakelse i fora relatert til implementeringsprosessen. Dette innebærer å samarbeide i døgnposten slik at flest mulig gis rom for deltakelse i de ulike samhandlingsstrukturene som er under etablering. Det er også medarbeidergruppens ansvar å integrere ny kunnskap og ferdigheter i daglig drift. Implementeringsprosessen relatert til medarbeidergruppen organiseres i henhold til medarbeiderprosedyrene i den funksjonelle implementeringsmodellen. Se eksempel i Appendiks I, Arbeidsbeskrivelse for medarbeidere i BET-prosjektet i Vestre Viken.

4.2 Det lokale implementeringsteamet

Autonom forvaltning av BET fordrer at enhetens eget personale får eierskap til selve implementeringsprosessen. Det etableres derfor et lokalt implementeringsteam allerede i oppstarten av implementeringsprosessen. I teamet bør det inngå de som har formelle lederposisjoner, som seksjonsleder, teamleder, og de som har andre sentrale posisjoner som fagutviklingskoordinator, tillitsvalgt, verneombud, lege og psykolog. Andre uformelle grupperinger bør også vurderes inkludert. Det er viktig at medarbeidergruppen opplever at de er representert i implementeringsteamet. Implementeringsprosessen relatert til det lokale implementeringsteamet organiseres i henhold til lederprosedyrene i den funksjonelle implementeringsmodellen.

Implementeringsteamet delegeres ansvaret for progresjonen og har en viktig rolle som pådrivere og strukturbærere. Implementeringsteamet bør arbeide etter prinsippene for transformasjonsledelse, da dette har vist seg godt egnet til understøtting av autonomi og motivasjon (Hetland, 2008). De fire prinsippene er idealisert innflytelse, inspirerende motivasjon, individuell omtanke og intellektuell stimulering (Appendiks II).

Implementeringsteamet sørger for å bringe videre informasjon til medarbeidergruppen og inkluderer alle som aktive aktører i en ny arbeidsform. I møte med ekstern implementeringsbistand rapporterer det lokale implementeringsteamet om hvordan arbeidet går, hvilken bistand som trengs, deres egen vurdering av hvordan prosessen skal følges opp, og hvilke nye strukturer og terapeutiske verktøy gruppen er klar for å gå i gang med. Reflekterende team vil gjennomgående bli brukt både for å evaluere prosessen, gjøre justeringer og prioriteringer og for å planlegge videre framdrift. Implementeringsteamet skriver egen kontrakt med eksternt bistandsteam (Appendiks III).

4.3 Eksternt bistandsteam

Vi har som utgangspunkt at en døgnenhet behøver eksternt bistand i til sammen 16 dager over en periode på minst ett år. Den innholdsmessige rekkefølgen i implementeringsprosessen vil kunne variere en del ut fra lokale hensyn og prioriteringer og hva som skjer underveis. Den kontekstuelle og funksjonelle implementeringsmodellen er kun veiledende, men gir en trygghet for at helheten i prosessen er ivaretatt. Fordeling av tid til arbeid i henholdsvis leder- og medarbeidersirkelen må vurderes fortløpende. En del tid vil også måtte anvendes til personalgruppen som helhet, siden det faglige innholdet og ferdigheter som skal læres kan være nytt for mange. Bistandsmottaker, dvs. Helseforetakets og døgnavdelingens administrative ledelse, skriver en gjensidig forpliktende forretningskontrakt med eksternt bistandsleverandør (se Appendiks IV).

5. Plan for progresjon

5.1 Lederforankring av implementeringsprosessen

Implementeringsprosessen kan ikke igangsettes før det på administrativt nivå er tatt en beslutning om at BET skal implementeres i klinikken. Administrasjonen i helseforetaket og

alle relevante mellomledere må være innforstått med og understøtte implementeringsarbeidet for at den aktuelle enheten etter hvert skal kunne forvalte BET autonomt og uavhengig av eksternt bistand. Kontrakten mellom helseforetakets administrasjon og aktøren som er ansvarlig for å yte implementeringsbistand må være på plass før selve implementeringsarbeidet begynner.

5.2 Opptart av implementeringsarbeidet

Dag 1 gjennomføres etter at det er oppnådd enighet mellom døgnetens administrative ledelse og de som yter eksternt implementeringsbistand, om omfang og innhold i det eksterne bistandsteamets bidrag. Den eksterne bistanden starter med et dagsseminar for hele personalgruppen. Vi presiserer her at personalgruppen i denne sammenheng betyr alle som er involverte i behandlingsarbeidet, herunder psykiater, psykolog og sosionom, samt enhetens ledere. Denne dagen presenteres BET-modellen i sin helhet og grunnlinjene i selve implementeringsprosessen. Døgneten bistår til å utpeke medlemmene i det lokale implementeringsteamet. Lederen i implementeringsteamet, som også bør inneha en formell lederrolle i døgneten, blir bindeleddet mellom den lokale enheten og det eksterne bistandsteamet.

Dag 2 vies i sin helhet til arbeid med verdier og den samlede personalgruppens felles forpliktelser i implementeringsarbeidet. Personalgruppen vil gjennom dette arbeidet også få de første erfaringene med å praktisere reflekterende team. De som har blitt valgt til å utgjøre implementeringsteamet vil ut fra en vurdering av den øvrige medarbeidergruppens kompetanse og erfaring bli delegert spesifikke implementeringsoppgaver mellom samlingene. Hver samling begynner med at det lokale implementeringsteamet presenterer hva som er gjort og sin vurdering av hvor langt enheten har kommet.

5.3 Forløp og faser i implementeringsarbeidet

Selv om innholdet i dagene og samlingene bestemmes underveis og i et tett samarbeid mellom det lokale implementeringsteamet og eksterne bistandsyttere, er det nødvendig med en viss kronologi og faseinndeling i forløpet. Vi har funnet det praktisk å dele implementeringsarbeidet inn i tre faser. Det vil kunne bli nødvendig å bevege seg fram og tilbake mellom disse fasene etter hvert som implementeringsprosessen skrider fram. Det kan til og med være fornuftig å introdusere elementer i både KYR eller BET prematurt, om det skulle vise seg nødvendig av kliniske årsaker eller hvis det kan bidra til økt motivasjon. Det viktige med faseinndelingen er å slå fast hva som må være på plass for å gi en effektiv forvaltning av henholdsvis KYR og BET. Det er først når de grunnleggende strukturelle forutsetningene er etablert at kontrakten mellom implementeringsteamet og det eksterne bistandsteamet skrives.

Fase 1. Etablering av terapeutisk grunnstruktur

Dette trinnet omfatter

- Etablering av lederforankring

- Etablering av lokalt implementeringsteam, herunder klargjøring av mandat og oppgaver
- Etablering av samhandlingsstrukturer: ukestruktur, ukeplaner for pasienter, fokussamtaler, reflekterende team som gjennomgående arbeidsverktøy
- Etablering av feedbackbasert kollegaveiledning med vekt på systematisk innlæring av primærintervensjonen avgrenset bekreftende kommunikasjon
- Konsolidering av verdigrunnet for døgnhetens virksomhet
- Konsolidering av arbeidsbeskrivelse for medarbeidere i BET-prosjektet (jfr. eksempel i Appendiks I).
- Etablering av evalueringsramme og prosedyrer for screening (se egen Screeningmanual, Heggdal, Lillelien, Fosse og Hammer, 2014)

Fase 2. Forvaltning av komplementær ytre regulering

Dette trinnet omfatter

- Erfaringsbasert opplæring i underregulering, overregulering og instrumentell ytre regulering (se KYR-manual)
- Trening i primærintervensjonen avgrenset bekreftende kommunikasjon, samt inviterende bekreftende kommunikasjon og løsningsfokuserede intervensjoner (se manual for Bekreftende Kommunikasjon)
- Klargjøring vedrørende etiske og juridiske forhold relatert til forvaltning av KYR og hvordan man kan og må jobbe i det større systemet for å sikre gjennomgående underregulering (se KYR-manual)
- Utvikling av forutsetninger og ferdigheter for å bruke feedbackbasert kollegaveiledning som kalibrering av grunnholdning (se egen Veiledningsmanual)
- Utvikling av forutsetninger og ferdigheter for å bruke reflekterende team for a) systemforbedringer og b) behandlingsplanlegging og hhv. løsningsfokuseret og problemfokuseret evaluering av behandlingsprosesser (Se manual for Reflekterende Team)

Fase 3. Forvaltning av basal eksponeringsterapi

Dette trinnet omfatter erfaringsbasert opplæring i

- DMM, herunder tilpasning av intervensjoner
- Etablering av den relasjonelle behandlingskonteksten (KYR som sikker base)
- BET-retorikk
- Utforskning av eksistensiell katastrofeangst (EKa)
- Etablering av arbeidsallianse
- Utforskning av unnvikelse og unnvikelsesmønstre
- Gradert eksponering og bruk av funksjonell avledning
- Floodingprosedyrer
- Løsningsfokuseret konsolidering

Se mer om disse intervensjonene i BET-manualer (Heggdal, 2009, 2010, 2012; Heggdal og Lillelien, 2014b, 2014c).

6. Prosedyrer for sikring av implementeringskvalitet

Arbeidsprosedyrer som har blitt utviklet for å fremme kollektivets felles forvaltning av BET er de verktøyene som i det daglige bidrar til sikring av implementeringskvalitet. I tillegg er det valgt ut et sett screeningverktøy for å sikre en standardisert innhenting av personalgruppens oppfatninger. Vi skiller mellom evaluering relatert til kontekstuell implementeringsmodell og evaluering relatert til funksjonell implementeringsmodell.

6.1. Evaluering relatert til kontekstuell implementeringsmodell

Den kontekstuelle implementeringsmodellen fokuserer blant annet på kliniske verktøy, samhandlingsstrukturer og prinsipper i samhandling. Modellen indikerer hva som bør evalueres for å gi et bilde av hvilke elementer som er implementert og i hvilken grad elementene faktisk anvendes i daglig virksomhet.

6.1.1. Verktøy for objektiv evaluering av behandlingseffekt

Effekter av BET evalueres i BET-prosjektet ved et spesifisert sett av screeningverktøy. Validitet og reliabilitet sikres gjennom prosedyrer for datainnsamling. Se egen screeningmanual med beskrivelse av evalueringsramme og gjeldende prosedyrer (Heggdal, Lillelien, Fosse og Hammer, 2014).

6.1.2. Verktøy for kontinuerlig sikring av implementeringskvalitet

Reflekterende team - fokus på kliniske prosesser

I BET-programmet involveres pasienten som en aktiv aktør i egne behandlingsmøter og teammøter. I tillegg gjennomføres enkelte behandlingsmøter for å evaluere hvordan vi som team arbeider med individuelle behandlingsprosesser. Reflekterende team brukes som en prosedyre for kollektiv selvevaluering i en flat struktur (jfr. Ostrom 5 og 10). Selvevaluering foregår ved problemfokuset og/eller løsningsfokuset utforskning der alle fra sitt perspektiv kommer med innspill. "Flat" struktur betyr at alle perspektiver er like gyldige og like viktige, uavhengig av hvilken tittel eller formell funksjon medarbeideren har. Vi spør: hva fungerer, hva fungerer ikke; hva skal vi gjøre mer av, hva skal vi gjøre mindre av. Evalueringen følges opp med identifisering og koordinering av tiltak for å øke effektiviteten av nåværende arbeid og framtidig måloppnåelse.

Beslutningsprosesser i et reflekterende team baseres så langt som mulig på konsensus i den flate strukturen. Gitt det den hierarkiske organiseringen ligger imidlertid det endelige beslutningsansvaret hos den som har det formelle pasientansvaret (psykiater eller psykolog). I en dynamisk organisasjon som fungerer iht. gruppeeffektivitetsprinsippene vil ikke den kollektive og implisitte forståelsen av at noen har et definert ansvar gå på bekostning av autonomi og involvering.

Reflekterende team – fokus på system og samarbeid

Reflekterende team anvendes også som kollektiv selvevaluering på systemnivå, dvs. evaluering av hvordan vi sammen forvalter kliniske verktøy og samhandlingsverktøy. På samme måte som i klinisk refleksjon spør vi om hva som fungerer, hva som ikke fungerer, hva vi skal gjøre mer av og hva vi skal gjøre mindre av. Så langt som mulig baseres beslutningsprosesser på konsensus i kollektivet. I forhold til problemstillinger som gjelder selve programstrukturen løftes ansvaret for endelige beslutninger opp til staben i BET-teamet (behandlere, teamleder, fag- og kvalitetsutvikler og seksjonsleder). I noen tilfeller vil det være opp til linjeleder å fatte den endelige beslutningen i en sak. Alle saker, uansett hvor den endelige beslutning tas, har vært gjort til gjenstand for en evalueringsprosess med optimal involvering av medarbeiderne.

Feedbackbasert kollegaveiledning

Feedbackbasert kollegaveiledning er også en prosedyre for sikring av implementeringskvalitet som forvaltes av kollektivet i en flat struktur. Her gir medarbeidere hverandre direkte, atferdsformulerte tilbakemeldinger som bidrar til bevisstgjøring, utvikling av ferdigheter og kalibrering av grunnholdning. Rollespill med avgrenset bekreftende kommunikasjon med tilbakemelding på inntoning og avlesning av affekt, og avgrensning og ansvar for eget perspektiv er det primære verktøyet for kalibrering av grunnholdning og sikring av generell implementeringskvalitet. Videre brukes denne prosedyren på hele rekken av spesifikke ferdigheter, inkludert instrumentell ytre regulering som aktualiseres ved akutt eller potensiell fare for liv og helse.

Feedbackbasert kollegaveiledning skal være etablert som en fast prosedyre der alle medarbeidere gir og mottar feedback ift. kliniske ferdigheter, og der man som gruppe jobber systematisk med å innarbeide og kalibrere grunnholdningen i BET/KYR. Prosedyren skal være implementert i løpet av første halvår av implementeringsarbeidet. Implementeringsteamet er ansvarlig for å etablere dette som fast aktivitet. De ansvarlige behandlerne er (primært) de som leder veiledningen. En viktig presisering her er at de *ikke er veiledere*, men *forvaltere av veiledningsprosedyren* (Heggdal og Lillelien, 2014a). Dersom ingen av behandlerne er tilstede skal rutinen være at andre kollegaer forvalter dette ansvaret.

Dynamisk Kompetanseutvikling

Alle medarbeidere gjennomgår regelmessig individuell adherence-evaluering. Organisasjonen skal ha implementert prosedyren for fagutviklingssamtaler og kompetanseutvikling, dvs. at alle medarbeidere regelmessig evalueres og aktivt bruker Dynamisk Kompetanseplan i sin individuelle fagutvikling. Samtlige medarbeidere skal ha tilegnet seg basis BET/KYR-kompetanse, og terapeuter og ko-terapeuter skal i tillegg kunne forvalte og administrere spesialisert BET/KYR kompetanse.

I BET-prosjektet i Vestre Viken bygger arbeidet med individuell program-adherence på generelle krav til medarbeidere i helseforetaket (jfr. Appendiks V) og verdigrunnlaget for medarbeidere BET-prosjektet (Appendiks I). Det er utarbeidet prosedyrer for gjennomføring

av evalueringssamtaler og sikring av program-adherence. Medarbeideren bruker en Dynamisk Kompetanseplan for å videreutvikle sin kompetanse på spesifikke områder som har vært fokusert i evalueringssamtaler. De individuelle adherence-prosedyrene implementeres i løpet av andre halvår av implementeringsarbeidet.

Individuelle fagutviklingssamtaler og bruk av Dynamisk Kompetanseplan foregår i en hierarkisk struktur og skaper tydelighet og forutsigbarhet i dialogen mellom ledelse og den enkelte medarbeider. I en dialogform basert på perspektivtakning understøttes den enkelte medarbeiders kompetanseutvikling, programforpliktelse og autonomi.

Arbeidet med program-adherence forvaltes av lokal prosjektleder i samarbeid med, eller som oppgave delegert av, seksjonsleder. Det gjennomføres evalueringssamtaler med medarbeidere hver 6. mnd. Hvis det vurderes å være behov for det gjøres evalueringen oftere. Dette kan skje der medarbeideren åpenbart viser mangel på kompetanse, eller at innstillingen og holdningen til engasjement og involvering ikke er i samsvar med de kollektive verdiene. Medarbeideren skårer seg selv på en rekke definerte parametre, og skåres av lokal prosjektleder/seksjonsleder på de samme parametrene (se Appendiks V). Fagutviklingssamtaler legges opp som en refleksjon rundt diskrepanser i skåringer, og tilbakemeldinger fra lokal prosjektleder (og evt. seksjonsleder) til den ansatte ift. hhv. ressurser/ ferdigheter og utfordringer/ forbedringsområder. Medarbeideren spesifiserer og operasjonaliserer i samarbeid med lokal prosjektleder (og evt. seksjonsleder) sine utfordringer og oppgaver (formulert som spesifikke handlinger) ift. program-adherence og videre fagutvikling.

Organisasjonskompasset

En forutsetning for effektiv forvaltning av BET er at organisasjonen har implementert Ostrom 8 + 2, dvs. at disse prinsippene er etablert som gjeldende føringer i den daglige driften (Appendiks VI). Organisasjonskompasset er et nyutviklet instrument som brukes for å evaluere i hvilken grad Ostroms prinsipper for gruppeeffektivitet er implementert. Det legges opp til å få fram alle involverte medarbeideres oppfatninger av hvordan gruppen fungerer.

6.1.3. Verktøy for standardisert evaluering på individuelt personalnivå

Implementeringsprosessen innebærer for hele personalgruppen et omfattende arbeid med å tilegne seg kunnskaper, praktiske verktøy og nye former for samhandling. Det er viktig å finne ut hvordan dette påvirker personalgruppens opplevelse av egen arbeidssituasjon. Se oversikt over instrumenter nedenfor. Dersom arbeidssituasjonen oppleves mer belastende enn tidligere vil ikke implementeringskvalitet kunne opprettholdes over tid. Hvis medarbeiderne derimot opplever en bedret arbeidssituasjon og økt engasjement kan det bidra til høy implementeringskvalitet som vedvarer også i perioder med økte utfordringer.

- Acceptance and Action Questionnaire - II, AAQ-II. Et screeninginstrument for undersøkelse av individuell psykologisk fleksibilitet (Appendiks VII).
- Basic Need Satisfaction at Work, BNSW. Et screeninginstrument for undersøkelse av

opplevd autonomi, kompetanse og relasjonell tilhørighet på jobb. Innenfor forskningstradisjonen til SDT (Appendiks VIII).

- Turnover intensjon skala – 6 spørsmål, TIS-6. Et screeninginstrument for undersøkelse av ønsket om å skifte jobb (Appendiks IX).

6.1.4. Verktøy for standardisert evaluering på organisasjonsnivå

Implementeringsprosessen er en endringsprosess som vil kunne påvirke hvordan personalet opplever arbeidsklimaet i døgnposten. Det er utviklet egne screeninginstrumenter for hvordan medarbeidere opplever egen organisasjon. Disse kan gi informasjon om for eksempel hierarki er en dominerende eller mer avdempet side ved organisasjonen. Hierarkisk organisering har vist seg å påvirke både effektivitet og sykefravær i organisasjoner.

- Organizational Climate Questionnaire, OCM. Et screeninginstrument på organisasjonsnivået som bygger på teorien om Competing Values Framework (CVF) (Appendiks X).

6.2. Evaluering relatert til funksjonell implementeringsmodell

Implementeringsteamet evaluerer sitt arbeid med implementeringen ved bruk av reflekterende team, da som *prosessrefleksjon*. Dette gjøres hver mnd., første gang en mnd. etter oppstart. Gjennom teammedlemmenes perspektivfremlegging og utforskning av de ulike perspektivene evalueres arbeidet ved skåring av en sjekklister: Hva er innført og i hvilken grad gjenspeiles dette som en kollektiv holdning, terapeutiske ferdigheter og faste rutiner og prosedyrer i den daglige driften? Det videre implementeringsarbeidet planlegges og tilrettelegges ut fra de regelmessige evalueringene. Se sjekklister for implementeringsteamet (Appendiks XI).

7. Oppsummering og avslutning

Utfordringene ved implementering av spesifikke arbeidsmetoder i psykisk helsevern kan vanskelig overdrives. Effektiv behandling fordrer både fleksible medarbeidere og en fleksibel organisasjon. Det er ikke nok med gode intensjoner, individuelle ferdigheter og enkeltstående dagsseminarer der personalet deltar enkeltvis. Hensikten med denne implementeringsmanualen er å presentere en framgangsmåte der man bruker et sett av verktøy som gjør det mulig å møte og håndtere utfordringene man møter i implementeringsprosesser, der man samtidig fremmer og styrker medarbeidernes autonomi og eierskap til det som skal implementeres.

Implementering er en kontinuerlig prosess, og det er derfor avgjørende at gruppen som skal forvalte metoden også "eier" prosedyrene for sikring av program-adherence og selv administrerer disse i hverdagen. Når slike prinsipper gjennomgående preger gruppens arbeid vil gruppen fungere effektivt, autonomt og uavhengig av eksterne aktører. Man kan da si at implementeringsprosessen er avsluttet, vel vitende om at det som faktisk er implementert er selvadministrerte rutiner og prosedyrer for kontinuerlig sikring av implementeringskvalitet.

8. Referanser

- Balint, M. (1968). *The basic fault: therapeutic aspects of regression*. London: Tavistock Publications.
- Bang, H. (2013). Organisasjonskultur: En begrepsavklaring. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, *Vol 50, nummer 4*, 2013, side 326-336
- Bateson, G. (1985). *Mind and nature: a necessary unity*. London: Flamingo Books.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *J Appl Psychol*, *88*(6), 1057-1067. doi: 10.1037/0021-9010.88.6.1057
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., . . . Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*, *42*(4), 676-688. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bustillo, J., og Weil, E. (2012) Psychosocial Interventions for Schizophrenia. www.uptodate.com. Wolters Kluwer Health.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). Common and unique principles of therapeutic change: what do we know and what do we need to know? In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work*. Oxford: Oxford University Press. ???
- Cox, M., Arnold, G., & Tomás, S. V. (2010). A review of design principles for community-based natural resource management. *Ecology and Society*, *15*(4), 38.
- Crittenden, P. M. (2008). *Raising parents: Attachment, parenting and child safety*. Cullompton, Devon: Wilan Publishing.
- Davies, P., Walker, A. E., & Grimshaw, J. M. (2010). A systematic review of the use of theory in the design of guideline dissemination and implementation strategies and interpretation of the results of rigorous evaluations. *Implement Sci*, *5*(14), 5908-5.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000a). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological inquiry*, *11*(4), 227-268.
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, *41* (3–4), 327–350.

Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., Hansen, W. B., Dusenbury, L., Brannigan, R., et al. (2003). A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research, 18*, 237–256. ???

Eccles, M., Grimshaw, J., Walker, A., Johnston, M., & Pitts, N. (2005). Changing the behavior of healthcare professionals: the use of theory in promoting the uptake of research findings. *Journal of clinical epidemiology, 58*(2), 107-112.

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blasé, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005).

Implementation research: A synthesis of the literature.

<http://www.fpg.unc.edu/~nirn/resources/publications/Monograph/>

Gjerde H: Bekreftede og Ansvarliggjøre – En kvalitativ studie av terapeutenes opplevde utfordringer i forvaltningen av Komplementær Ytre Regulering. Hovedoppgave UiO 2013

Hayes, S. C., Hayes, L. J., & Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: a review of Stephen C. Pepper's world hypotheses: A study in evidence. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 50*(1), 97-111.

Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S., Fisher, G., . . . Niccolls, R. (2004). The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy, 35*(4), 821-835. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80022-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80022-4)

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther, 44*(1), 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*. New York: The Guilford Press.

Heggdal, D., Hammer, J., Alsos, T. H., Malin, I. og Fosse, R. (2014). "Jeg skjønnte at det ikke var det at jeg hadde valgt å bli syk, men at jeg kan velge nå" - Erfaringer med å få og ta ansvar for bedringsprosessen og sitt eget liv gjennom Basal eksponeringsterapi (BET). Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid (in press).

Hammer J og Heggdal D: Vil BET bidra til mer effektiv behandling? Psykisk helse og rus, nr. 3, 2011.

Heggdal D: Basal eksponeringsterapi. Grunnleggende retningslinjer og prinsipper, versjon 2.0. SPS, 2012.

Heggdal D: Basal eksponeringsterapi. Etablering av arbeidsallianse – veileder med eksempler. SPS, 2009.

Heggdal D: Basal eksponeringsterapi. Teoretisk forankring del 1 – Kybernetikk som grunnlag for forståelse og intervensjon, versjon 1.2. SPS, 2010

Heggdal D: På vei til et liv det går an å leve - om Basal eksponeringsterapi (BET). Tidsskrift for Norsk Psykologforening, [Vol 48, nummer 4, 2011, side 344-349](#)

Heggdal D, Lillelien A, Johnsrud SS, Paulsen CD: Basal eksponeringsterapi - En vei inn til seg selv og ut til et liv det går an å leve. Dialog nr. 4, 2013, side 7-19 <http://seprep.no/wp-content/uploads/2012/03/Basal-eksponeringsterapi-Heggdal-et-al.pdf>

Heggdal, D., Lillelien, A., Fosse, R. og Hammer, J.: Basal Eksponeringsterapi. Screeningmanual, versjon 1.0. SPS, 2014 (in press)

Heggdal, D., Lillelien, A.: Basal Eksponeringsterapi. Veiledningsmanual, versjon 1.0. SPS, 2014a (in press)

Heggdal, D., Lillelien, A.: Basal Eksponeringsterapi. Bekreftende Kommunikasjon, versjon 1.0. SPS, 2014b (in press)

Heggdal, D., Lillelien, A.: Basal Eksponeringsterapi. Reflekterende Team, versjon 1.0. SPS, 2014c (in press)

Hetland, H. (2008). Transformasjonsledelse: Inspirasjon til endring. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 45(3), 265-271.

Laing, R. D. (1965). The divided self. London: Pelican Books.

Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT. An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland: New Harbinger Publications inc.

Michie, S., Fixsen, D., Grimshaw, J. M., & Eccles, M. P. (2009). Specifying and reporting complex behaviour change interventions: the need for a scientific method. *Implement Sci*, 4(40), 1-6.

Noblet, A., & Lamontagne, A. (2012). The challenges of developing, implementing, and evaluating interventions. *The Oxford handbook of organizational well-being*, 467-496.

Polk, K. L. and Schoendorff, B., Eds., (2014). *The ACT Matrix: A New Approach to Building Psychological Flexibility Across Settings and Populations*. New Harbinger Publications.

Sartre, J. P. (1956). Existentialism is a humanism. In W. Kaufman (Ed.), *Existentialism: From Dostoevsky to Sartre* (pp. 287-311). New York: Meridian Books.

Scott Fraser, J., & Solovey, A. D. (2007). *Second-order change in psychotherapy: The golden thread that unifies effective treatments*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Solfjell IM & Alsos TH: Å våge å forholde seg til livets smerte. *En kvalitativ evaluering av Basal Eksponeringsterapi* (intervjuer med pasienter som har vært gjennom BET programmet) Hovedoppgave UiO 2011

Sørli, M-A., Ogden, T, Solholm, R., og Olseth, A. R. (2010). Tidsskrift for Norsk Psykologforening, [Vol 47, nummer 4](#), , side 315-321

Tørneke, N. (2011). Learning RFT: an introduction to relational frame theory and its clinical application. Oakland: New Harbinger Publications.

Watzlawick, P., Weakland, J., & Fish, F. (1974). *Change. Principles of problem formation and problem solutions*. New York: W. W. Norton.

Wilson, D. S., Ostrom, E., & Cox, M. E. (2012). Generalizing the core design principles for the efficacy of groups. *Journal of Economic Behavior & Organization*.

Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B., & Telch, M. J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, *28*(6), 1021-1037. doi: 10.1016/j.cpr.2008.02.007 ???

Wolpe, J. (1987). *The practice of behavior therapy* (Third ed.). New York: Pergamon Press.

Yalom, I. D. (2002). *The gift of therapy*. New York: Harper-Collins.

Appendiks I - Verdidokument

Eksempel: Arbeidsbeskrivelse for medarbeidere i BET-prosjektet i Vestre Viken

Denne arbeidsbeskrivelsen er et supplement til den generelle stillingsbeskrivelsen som alle medarbeidere i helseforetaket har. Arbeidsbeskrivelsen tydeliggjør hva som ønskes og forventes av medarbeiderne som har sine primære oppgaver innenfor rammen av BET-prosjektet. Prosjektet driftes som et evidensbasert behandlingsprogram, og forskning viser at program-trofasthet ("program-fidelity") er en nødvendig og sentral kvalitetssikrende og effektivitetsfremmende faktor i høyspesialisert behandling. Arbeidsbeskrivelsen, som tar utgangspunkt i denne forskningen, ligger til grunn for en dynamisk kompetanseplan som hver medarbeider selv fører i pennen. Planen etableres og videreutvikles gjennom individuelle fagutviklingssamtaler som gjennomføres 2 ganger i året, evt. oftere hvis det viser seg å være behov for det. Gjennom prosessfokusert dialog, selvevaluering og evaluering og tilbakemeldinger fra de faglig ansvarlige arbeides utfordringsområder og individualiserte fagutviklingstiltak inn i medarbeiderens kompetanseplan.

Medarbeidernes arbeid og bidrag i BET-prosjektet baseres på et sett av felles verdier som skal fremme et engasjerende faglig fellesskap som utøver høyspesialisert, effektiv behandling. Praktisering av denne verdiforankringen innebærer at hver enkelt medarbeider:

- 1) *Tilstreber å gjennomgående være profesjonell i sin yrkesutøvelse og aktivt inkluderer seg selv i det faglige fellesskapet*
- 2) *Setter seg inn i arbeidsoppgavene i prosjektet og tar på seg oppgaver som delegeres av de faglig ansvarlige/behandlingsansvarlige*
- 3) *Setter seg inn i BET-modellens arbeidsmetoder og tar på seg oppgaver i samsvar med sitt kompetansenivå*
- 4) *Søker aktivt veiledning hos faglig ansvarlig/behandlingsansvarlig ved behov*
- 5) *Jobber aktivt med å utvikle, innta og praktisere den terapeutiske grunnholdningen i BET*
- 6) *Deltar aktivt i veiledning, undervisning og andre fagutviklingstiltak*
- 7) *Deltar og bidrar med engasjement og interesse i den daglige driften og tar opp temaer og problemstillinger der dette hører hjemme i prosjektets ukestruktur*
- 8) *Tar ansvar for egne perspektiver og synspunkter og fremmer disse åpent og direkte, samtidig som han/hun viser åpenhet og respekt for andres perspektiver og synspunkter*

- 9) *Bruker fagutviklingssamtalene og den dynamiske kompetanseplanen aktivt for å videreutvikle sin kompetanse og sitt bidrag inn i prosjektet*
- 10) *Engasjerer seg i og gjennomfører individuelle tiltak som tilrettelegges og iverksettes i forlengelsen av fagutviklingssamtaler*
- 11) *Er alltid vennlig og respektfull i møte med pasienter, pårørende og samarbeidspartnere*
- 12) *Viser omsorg, støtte og respekt for sine medarbeidere*

Appendiks II - Om transformasjonsledelse

Transformasjonsledelse (TFL) kan forstås som ledelse i form av inspirasjon til endring (Hetland, 2008). Denne typen lederatferd setter fokus både på personal og organisasjon, slik at personalet strekker seg i forhold til høye målsettinger (Callan og Lawrence, 2009). Et viktig element er en utvidet allianse mellom ledelse og medarbeidere, til ikke bare å gjelde produksjon, tall for måloppnåelse og belønning for dette, men til også å handle om verdiforankring/ ideologiske allianser (Hetland, 2008). Dette harmonerer med en forståelse av hva psykologisk velvære innebærer, både positive følelser og opplevelse av mening. Ledelsen i en organisasjon har en nøkkelrolle når det kommer til medarbeideres psykologiske velvære på jobb. Psykologisk velvære er knyttet til en rekke positive effekter som økt produksjon, tilstedeværelse, engasjement og kundetilfredshet (Robertson og Flint-Taylor, 2009).

Transformasjonsledelse blir beskrevet gjennom fire ulike komponenter (Hetland, 2008);

Idealisert innflytelse: Lederen virker som en inspirerende rollemodell, vekker stolthet og håp, demonstrerer handlekraft og pågangsvilje.

Inspirerende motivasjon: Visjonær og verdiforankret. Inspirerer medarbeidere til å strekke seg i retning av utfordrende mål.

Individuell omtanke: Personlig respekt og individuell oppmerksomhet, å se den enkeltes behov, ambisjon og sterke sider.

Intellektuell stimulering: Utfordre til å se på gamle utfordringer med innovativt blikk, finne nye løsninger

Siden transformasjonsledelse vektlegger sammenheng mellom arbeidsplassens og medarbeiderens verdier, legger til rette for økt opplevelse av evne til effektivitet (selv-effektivitet), og understøtter kollegiale relasjoner, blir det antatt at denne formen for ledelse også underbygger behovene for autonomi, mestring og tilhørighet (Gagne og Deci, 2005). Denne tråden har blitt fulgt opp av forskere, hvilket har gitt bekreftende funn (Hetland, et al., 2011; Kovjanic, et al., 2012). I systematiske gjennomganger av artikler om lederstil og sykepleiere framkommer det at lederatferd forenlig med transformasjonsledelse bidrar til redusert turnoverintensjon og økt jobbtildfredshet (Cummings, et al., 2009; Cowden, et al., 2011).

Det er leder som står nærmest, i første linje og i direkte kontakt med medarbeiderne, som har sentral betydning når det kommer til medarbeideres engasjement og velvære. Når det viser seg i store undersøkelser at 1/3 er misfornøyde med sine nærmeste ledere (Callan og Lawrence, 2009), kan en forstå hvorfor lederutvikling ansees som et viktig fokusområde. Ledelse handler ikke bare om makt og innflytelse, men også om omsorg og kommunikasjon (Hetland, 2008).

I et implementeringsarbeid vil både administrativ leder i linje, teamleder, lege og psykolog utøve forskjellige former for lederskap i forhold til miljøpersonell. Disse gruppene bør derfor være representert i et implementeringsteam. De ansees alle å ha formelle eller uformelle lederroller i en sengepost innen psykisk helsevern, og følgelig har de til dels sterk innflytelse på medarbeideres velvære og dedikerte tilstedeværelse.

Supplerende referanser om transformasjonsledelse:

Callan, V. J., og Lawrence, S. A. (2009). Building Employee Engagement, Job Satisfaction, Health, and Retention. I Cartwright, S., & Cooper, C. L. (red.), *The Oxford Handbook of Organizational Well-Being*. (s. 159-179). Oxford Handbooks Online.

Cowden, T., Cummings, G., & Profetto-McGrath, J. (2011). Leadership practices and staff nurses' intent to stay: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 461-477.

Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., ... & Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 363-385.

Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behaviour*, 26(4), 331-362.

Hetland, H. (2008). Transformasjonsledelse: Inspirasjon til endring. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(3), 265-271.

Hetland, H., Hetland, J., Andreassen, C. S., Pallesen, S., & Notelaers, G. (2011). Leadership and fulfillment of the three basic psychological needs at work. *Career Development International*, 16(5), 507-523.

Kovjanic, S., Schuh, S. C., Jonas, K., Quaquebeke, N. V., & Dick, R. (2012). How do transformational leaders foster positive employee outcomes? A self-determination-based analysis of employees' needs as mediating links. *Journal of Organizational Behaviour*, 33(8), 1031-1052.

Robertson, I. T., og Flint-Taylor, J. (2009). Leadership, Psychological Well-Being, and Organizational Outcomes. I Cartwright, S., & Cooper, C. L. (red.), *The Oxford Handbook of Organizational Well-Being*. (s. 159-179). Oxford Handbooks Online.

Appendiks III – Kontrakt Implementeringsteam

Gjensidig kontrakt implementeringsteamet og eksternt bistandsteam

Fra dato:..... Til dato:..... Dato for gjensidig evaluering:.....

Konsulenter ifra [eksternt instans] skal

- Anstrenge seg for å gjennomføre en god implementeringsveiledning
- Basere veiledning på implementeringsforskning og foreliggende evidens
- Basere veiledning på grunnprinsipper i metodikken som implementeres
- Følge etiske retningslinjer mht respekt for autonomi, lokale løsninger og konfidensialitet

Bistandsleverandør [eksternt instans] skal

- Gjennomføre regelmessige evaluerings- og planleggingsmøter med formål å yte [bistandsmottaker] best mulig implementeringsbistand
- Informere organisasjonen om at prosessen bremses om implementeringsteamet ikke lykkes å bringe klarhet og reduksjon når det oppstår trenerende atferd i organisasjonen
- Oppfylle forespeilet innsats i henhold til forretningskontrakt

Implementeringsteamet ved [bistandsmottaker] skal

- Være kjent med og samtykke til sin rolle som ansvarlig for implementering av BET i sengeposten og ta aktivt lederskap i implementeringsprosessen ved å aktivt medvirke til å etablere og vedlikeholde vedtatte strukturer med hensyn til tid, agenda og innhold.
- Understøtte miljøpersonalets identifisering med sengepostvisjonen gjennom en bekræftende, understøttende og inkluderende holdning
- Identifisere og sikre relevant representasjon og deltakelse i møter der beslutninger tas
- Sikre kontinuerlig evaluering av implementeringsprosess og implementeringskvalitet med dertil egnede verktøy
- Arbeide med tanke på inkludering og understøttet mestring i miljøpersonalet
- Notere uklarheter som oppstår underveis, forsøke å bidra til klarhet og eventuelt bringe det videre til drøfting innad i teamet, videre til drøfting med konsulent ifra [bistandsleverandør]

- Involvere seg aktivt og tidlig ved uenighet og konflikt mellom medarbeidere, eventuelt involvere overordnet ledelse
- Utnytte reflekterende team til å sikre at relevante perspektiver får komme fram, og at medarbeiderne opplever seg deltakende og representert ved beslutninger om tiltak de selv skal utføre
- Formidle sammenfatninger om evaluering av implementeringsprosess og -kvalitet til overordnet ledelse

Sted og dato:.....

For implementeringsteam:.....

For eksternt bistandsteam:.....

Appendiks IV – Kontrakt Helseforetak

Kontrakt om implementeringsbistand mellom tjenestemottaker [Lokalt Helseforetak (LH)] og tjenesteleverandør [Eksternt Helseforetak (EH)]

Inngåelse av samarbeidsavtale

Herved inngås en avtale mellom LH og EH om at EH bistår LH i implementering av BET ved definert døgnsesjon, Det lages en tids- og fremdriftsplan for praktisk gjennomføring i samarbeid mellom LH og EH.

Omfang og kostnader

Implementeringsbistand ytes av EH til LH over en to-årsperiode, med oppstart ..dato.. , 4 dager pr. semester. Oppdraget fullføres innen ..dato... Kostnader for LH:

- Pris pr. dag kr. inkludert alle utgifter (reise, overnatting, oppholdsutgifter)
- Implementering, 16 dager over [tidsperiode] =
- EH fakturerer LH hvert halvår for de dager som er gjennomført for semesteret

I utgangspunktet stiller EH med 2 personer alle dager, men vil disponere ressursene optimalt ift. tema og fokus for implementeringsarbeidet. Dvs. at det enkelte dager vil være 1 og andre dager 2, 3 eller 4 konsulenter fra EH tilstede.

Avdelingsledelsen ved LH, og seksjonsledelsen og ansvarlige behandlere ved definert døgnsesjon forplikter seg gjennom denne avtalen til å

- Gjennom aktiv handling følge opp og gjennomføre implementeringsarbeidet som initieres i samarbeidet med EH
- Kontinuerlig balanserer det formelle og juridiske ansvaret som innehas av behandlere opp mot medarbeideres iboende søken etter opplevelse av autonomi og mestring

Den lokale implementeringsgruppen ved LH forpliktes gjennom denne avtalen til å

- Gjennom aktiv handling ta ansvaret for implementering i hverdagen iht. bistand og veiledning ytt av LH
- Anerkjennelse å ansvarliggjøre medarbeidergruppen som aktivt deltakende terapeuter i en helhetlig behandling

EH forplikter seg gjennom denne avtalen til å

- Bistå LH med 32 dagsverk undervisning/veiledning over 16 dager i implementeringsperioden som beskrevet i denne avtalen
- Tilrettelegge for optimal bruk av ressurser/kompetanse innenfor den definerte tidsrammen i avtalen
- Arbeide evidensbasert og iht. helselovene og etiske koder i psykisk helsevern

Sted/Dato

For LH

Navn

Sted/Dato

For EH

Navn

Appendiks V – Dynamisk kompetanseplan

Del 1: Vurdering av i hvilken grad medarbeideren har oppfylt krav og forventninger i stillingen

Vurdering: I liten grad = 1, i noen grad = 2, i nokså stor grad = 3, i stor grad = 4

1) SAMARBEID	
<p>Viser holdninger og initiativ i tråd med foretakets og BET-prosjektets verdigrunnlag</p> <p>Inkluderer seg selv i det faglige fellesskapet og deltar og bidrar med engasjement og interesse i den daglige driften</p> <p>Er endringsvillig og fleksibel og tilstreber gjennomgående å være profesjonell i sin yrkesutøvelse</p> <p>Tar opp temaer og problemstillinger der dette hører hjemme i BET-prosjektets ukestruktur</p> <p>Tar ansvar for egne perspektiver og synspunkter og fremmer disse åpent og direkte og viser åpenhet og respekt for andres perspektiver og synspunkter</p> <p>Er alltid vennlig og respektfull i møte med pasienter, pårørende og samarbeidspartnere</p> <p>Viser omsorg, støtte og respekt for sine medarbeidere og bidrar til et godt arbeidsmiljø</p>	
Vurdering	Begrunnelse
2) KOMPETANSE	
<p>Setter seg inn i arbeidsoppgavene i prosjektet og BET-modellens arbeidsmetoder</p> <p>Jobber aktivt med å utvikle, innta og praktisere den terapeutiske grunnholdningen i BET</p> <p>Tar på seg oppgaver i samsvar med sitt kompetansenivå</p> <p>Deltar aktivt i veiledning og undervisning og deler sin kompetanse med andre</p> <p>Søker aktivt veiledning hos faglig ansvarlig/behandlingsansvarlig ved behov</p> <p>Bruker aktivt fagutviklingssamtalene og den dynamiske kompetanseplanen for å videreutvikle sin kompetanse og sitt bidrag inn i prosjektet</p>	
Vurdering	Begrunnelse

3) RESULTATER	
<p>Bidrar til foretakets, enhetens og BET-prosjektets måloppnåelse</p> <p>Oppnår øvrige mål spesifisert i Dynamisk Kompetanseplan</p> <p>Arbeider effektivt, er kvalitetsbevisst og slutfører arbeidet til avtalt tid</p>	
Vurdering	Begrunnelse
4) SELVSTENDIGHET	
<p>Iverksetter nødvendig forbedringsarbeid på eget initiativ</p> <p>Planlegger og gjennomfører egenkontroll av egne oppgaver og arbeidsutførelse</p> <p>Engasjerer seg i og gjennomfører individuelle tiltak som tilrettelegges og iverksettes i forlengelsen av fagutviklingssamtaler og spesifiseres i Dynamisk Kompetanseplan</p>	
Vurdering	Begrunnelse

Del 2: Vurdering av i hvilken grad medarbeideren har tilegnet seg terapeutiske ferdigheter

Vurdering: I liten grad = 1, i noen grad = 2, i nokså stor grad = 3, i stor grad = 4

5) BET – BASISFERDIGHETER	Vurdering
Avgrenset bekreftende kommunikasjon	
Kjennskap til og bruk av DMM	
Inviterende bekreftende kommunikasjon	
Løsningsfokuserede intervensjoner	
Underregulering	
Overregulering	
Instrumentell ytre regulering	
BET-retorikk i møte med appell, krav og trusler	
Utvikling og fremming av regelstyring	

6) BET – PSYKOTERAPEUTISKE FERDIGHETER	Vurdering
Utforskning av eksistensiell katastrofeangst (EKa)	
Utforskning av unnvikelse	
Funksjonell avledning	
Gradert eksponering	
Flooding	
Løsningsfokustert konsolidering	

Del 3: Oppfølgende arbeid etter evaluering

Etter evalueringssamtaler beskriver og spesifiserer medarbeideren sine forbedringsområder og utfordringer i Dynamisk Kompetanseplan. Dette bruker medarbeideren i sitt videre kompetanseutviklingsarbeid. Hvordan medarbeideren har arbeidet med sine utfordringer vil danne grunnlaget for hans/hennes skåringer ved neste evaluering.

DYNAMISK KOMPETANSEPLAN - Beskriv dine forbedringsområder og utfordringer (Formuler <u>konkrete handlinger</u> : hva du skal gjør mer av/mindre av)
1) Samarbeid:
2) Kompetanse:
3) Resultater:
4) Selvstendighet:
5) BET basisferdigheter:
6) BET psykoterapeutiske ferdigheter:

Appendiks VI – Organisasjonskompasset

Under finner du beskrevet åtte prinsipper som er viktig for at en gruppe skal forvalte ressursene best mulig, bestå over tid og nå felles mål. I feltet under hvert prinsipp skal du notere stikkord til hva du og dine kolleger gjør som trekker i retning av prinsippet.

I feltet markert med V: ... skal du markere **hvor viktig** du anser dette prinsippet å være, der 0 er ikke viktig og 10 er svært viktig

I feltet markert med F: ... skal du markere om du **har tenkt** på dette momentet før, der 0 er ikke tenkt på før og 10 er tenkt mye på før.

I feltet markert med E:... skal du markere **hvor framtreddende** dette prinsippet er i din organisasjon, der 0 er ikke framtreddende og 10 er svært framtreddende.

<p>1. Gruppen har en klar identitet og en felles opplevelse av hensikt</p> <p>Det er tydelig hvem som er med i organisasjonen, tydelig hvilket område vi virker innenfor og tydelig hva organisasjonen ønsker å oppnå. Når vi tar stilling til hva vi ønsker å oppnå er verdier sentrale.</p>	<p>V:.....</p> <p>T:.....</p>
<p>F:.....</p>	

<p>2. Medlemmene i gruppen opplever at personlig utbytte er står i forhold til egen innsats</p> <p>Det er sammenheng mellom innsats og utbytte slik at ingen får flyte med på andres bekostning. Vi har høy bevissthet på tydeliggjøring av ansvarsområder, koordinering av tiltak og rettferdig fordeling av mulighet til kurs og videreutdanning.</p>	<p>V:.....</p> <p>T:.....</p>
<p>F:.....</p>	

<p>3. Beslutningsprosesser i gruppen baseres på medvirkning og medbestemmelse</p>	
--	--

<p>Jeg opplever at jeg har reell innflytelse på viktige beslutninger. Dette leder til at jeg slipper å bli instruert på hva jeg skal gjøre, men heller jobber hardt for å nå målsettinger jeg selv har vært med på å beslutte. Vi bruker tid på å sikre at alle har mulighet til å påvirke viktige beslutninger.</p>	<p>V:..... T:.....</p>
<p>F:.....</p>	

<p>4. Gruppen forvalter evalueringsprosedyrer der gruppen selv evaluerer sitt arbeid</p> <p>Vi evaluerer kontinuerlig prosesser og måloppnåelse opp imot valgte verdier. Dette bidrar til bevissthet på hvilke krav som stilles til oss, hvordan ressursene utnyttes og om vi har den kompetansen som behøves. Vi har åpenhet på hvordan vedtatte målsettinger følges opp av den enkelte. Vi evaluerer også om arbeidsmiljøet er sosialt støttende.</p>	<p>V:..... T:.....</p>
<p>F:.....</p>	

<p>5. Gruppen anvender graderte sanksjoner med inklusjon som primær målsetting</p> <p>Vi har et tydelig system for å fange opp og reagere på trenerende handlinger når dette oppstår i vår organisasjon. Ledelsen vår viser handlingsvilje i slike situasjoner, slik at organisasjonens framdrift sikres og arbeidsmiljøet ivaretas.</p>	<p>V:..... T:.....</p>
<p>F:.....</p>	

<p>6. Konflikthåndtering gjøres tidlig og oppleves rettferdig over tid</p> <p>I vår organisasjon legger vi vekt på å håndtere konflikter raskt. Vi legger også vekt på</p>	
---	--

<p>at løsninger skal oppleves forståelige og oppleves rettferdig over tid. Høy bevissthet på verdsette mål og verdier, klart definerte ansvarsområder, samt vektlegging av medvirkning og medbestemmelse bidrar til å forebygge konflikter.</p>	<p>V:..... T:.....</p>
<p>F:.....</p>	

<p>7. Gruppen har mandat til indre selvstyre</p> <p>I vår organisasjon opplever vi høy grad av autonomi. Vi opplever at vi har innflytelse på hva som skal gjøres, hvordan det skal gjøres, når det skal gjøres og hvem som skal jobbe sammen. Dette leder til at vi opplever arbeidssituasjonen vår som innholdsrik, med liten grad av utbrenthet og høy grad av psykisk velvære.</p>	<p>V:..... T:.....</p>
<p>F:.....</p>	

<p>8. Gruppen har en avklart rolle i et større nettverk av grupper</p> <p>Vår organisasjon er del av et større nettverk av tilsvarende og tilgrensende organisasjoner. Våre oppgaver og resurser er tydelig avklart i forhold til disse. Vi opplever derfor i liten grad å måtte kjempe om de samme ressursene, bli pålagt oppgaver vi ikke er forberedt på, eller at andre grupper i tiltakskjeden er unnvikende og hindrer oss i å ta på oss nye oppdrag.</p>	<p>V:..... T:.....</p>
<p>F:.....</p>	

Tilleggsprinsipper for sengeposter innen psykisk helsevern

<p>9. De samlede kunnskaper og ferdigheter i gruppen er relevante i forhold til gruppens ansvar og utfordringer</p> <p>I vår organisasjon arbeider vi for bedring av menneskers helse. Ofte er ikke litteraturen entydig verken når det kommer til hvordan lidelser skal forstås eller hvordan de skal behandles. For å sikre at pasienten/brukeren blir møtt på en forutsigbar og helhetlig måte er vi opptatt av å arbeide tverrfaglig og dele våre kunnskaper. Vi er ærlige på vårt fags begrensninger og vi har kommet til enighet om hvilke behandlingsprinsipper vi praktiserer etter. Samlet har vår organisasjon relevant kompetanse i forhold til ansvar og utfordringer.</p>	<p>V:.....</p> <p>T:.....</p>
<p>F:.....</p>	

<p>10. Gruppen har organisert møtestruktur og daglig samhandling på en måte som legger til rette for gruppeeffektivitet.</p> <p>For å kunne gi optimal helsehjelp har vi utformet en møteplan som i løpet av arbeidsuken sikrer alle faggrupper mulighet til å fremme sitt perspektiv i saker der de er involvert. I møtene legges det til rette for åpenhet og kreativitet, og at dialogen munner ut i konkrete og gjennomførbare tiltak som kan evalueres.</p> <p>Helseorganisasjoner har ofte en hierarkisk organisering for å sikre tydelighet på behandlingsansvar. For å dempe negative konsekvenser av hierarkisk organisering er hverdagen likevel preget av verdibasert samhandling i en flat struktur. Hierarkiet kan likevel reises dersom det skulle oppstå kritiske situasjoner.</p>	<p>V:.....</p> <p>T:.....</p>
<p>F:.....</p>	

Appendiks VII – AAQ-II

AAQ-II

Nedenfor finner du en liste med utsagn. Vennligst vurder hvor godt hvert utsagn stemmer for deg, ved å sette en ring rundt ett av tallene på samme linje. Bruk skalaen nedenfor når du gjør din vurdering.

1	2	3	4	5	6	7
Stemmer aldri	Stemmer veldig sjelden	Stemmer sjelden	Stemmer av og til	Stemmer ofte	Stemmer nesten alltid	Stemmer alltid

1.	Mine smertefulle erfaringer og minner gjør det vanskelig for meg å leve et liv jeg ville satt pris på	1	2	3	4	5	6	7
2.	Jeg er redd for mine følelser	1	2	3	4	5	6	7
3.	Jeg uroer meg over at jeg ikke klarer å kontrollere mine bekymringer og følelser	1	2	3	4	5	6	7
4.	Mine smertefulle minner hindrer meg i å ha et givende liv	1	2	3	4	5	6	7
5.	Følelser fører til problemer i livet mitt	1	2	3	4	5	6	7
6.	Det virker som de fleste mennesker håndterer livene sine bedre enn jeg gjør	1	2	3	4	5	6	7
7.	Bekymringer hindrer meg i å lykkes	1	2	3	4	5	6	7

Appendiks VIII – Basic Psychological Needs Scales

Scale Description

Central to self-determination theory is the concept of basic psychological needs that are assumed to be innate and universal. According to the theory, these needs—the needs for competence, autonomy, and relatedness—must be ongoingly satisfied for people to develop and function in healthy or optimal ways (Deci & Ryan, 2000). Many of the propositions of SDT derive from the postulate of fundamental psychological needs, and the concept has proven essential for making meaningful interpretations of a wide range of empirically isolated phenomena.

The Basic Psychological Needs Scale is a family of scales: one that addresses need satisfaction in general in one's life, and others that address need satisfaction in specific domains. Here we include the work domain and the interpersonal relations domain. The original scale had 21 items concerning the three needs for competence, autonomy, and relatedness. Some studies have worked with only 9 items, namely, 3 items per subscale. Here, the general and the work versions of the scale have 21 items, whereas the interpersonal relations version has 9 items.

The Basic Need Satisfaction at Work Scale has been used most often (Deci, Ryan, Gagné, Leone, Usunov, & Kornazheva, 2001; Ilardi, Leone, Kasser, & Ryan, 1993; Kasser, Davey, & Ryan, 1992). The Basic Need Satisfaction in Relationships Scale was used in (La Guardia, Ryan, Couchman, & Deci, 2000). The Basic Need Satisfaction in Life Scale is currently being researched.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.

Deci, E. L., Ryan, R. M., Gagné, M., Leone, D. R., Usunov, J., & Kornazheva, B. P. (2001). Need satisfaction, motivation, and well-being in the work organizations of a former Eastern Bloc country. *Personality and Social Psychology Bulletin*, in press.

La Guardia, J. G., Ryan, R. M., Couchman, C. E., & Deci, E. L. (2000). Within-person variation in security of attachment: A self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 367-384.

Ilardi, B. C., Leone, D., Kasser, R., & Ryan, R. M. (1993). Employee and supervisor ratings of motivation: Main effects and discrepancies associated with job satisfaction and adjustment in a factory setting. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 1789-1805.

Kasser, T., Davey, J., & Ryan, R. M. (1992). Motivation, dependability, and employee-supervisor discrepancies in psychiatric vocational rehabilitation settings. *Rehabilitation Psychology*, 37, 175-187.

Basic Need Satisfaction at Work When I Am At Work

The following questions concern your feelings about your job during the last year. (If you have been on this job for less than a year, this concerns the entire time you have been at this job.) Please indicate how true each of the following statement is for you given your experiences on this job. Remember that your boss will never know how you responded to the questions. Please use the following scale in responding to the items.

1234567 not at all somewhat very true true true

1. I feel like I can make a lot of inputs to deciding how my job gets done.
2. I really like the people I work with.
3. I do not feel very competent when I am at work.
4. People at work tell me I am good at what I do. 5. I feel pressured at work.
6. I get along with people at work.
7. I pretty much keep to myself when I am at work.
8. I am free to express my ideas and opinions on the job.
9. I consider the people I work with to be my friends.
10. I have been able to learn interesting new skills on my job.
11. When I am at work, I have to do what I am told.
12. Most days I feel a sense of accomplishment from working.
13. My feelings are taken into consideration at work.
14. On my job I do not get much of a chance to show how capable I am.
15. People at work care about me.
16. There are not many people at work that I am close to.
17. I feel like I can pretty much be myself at work.
18. The people I work with do not seem to like me much.
19. When I am working I often do not feel very capable.
20. There is not much opportunity for me to decide for myself how to go about my work.
21. People at work are pretty friendly towards me.

Scoring Information. Form three subscale scores by averaging item responses for each subscale after reverse scoring the items that were worded in the negative direction.

Specifically, any item that has ® after it

in the code below should be reverse scored by subtracting the person's response from 8.

The subscales are:

Autonomy:

Competence:

Relatedness:

Appendiks IX – Turnover Intensjon

Turnover intensjon skala – 6 spørsmål

Følgende skala har til hensikt å synliggjøre i hvilken grad du ønsker å bli værende som ansatt i din organisasjon. Les hvert spørsmål og sett ring rundt tallet som best stemmer for deg:

Om du ser tilbake på de siste 9 månedene...

1.	Hvor ofte har du vurdert å slutte i jobben?	Aldri	1---2---3---4---5	Hele tiden
2.	I hvilken grad tilfredsstillter jobben du har nå dine personlige behov	Aldri	1---2---3---4---5	I veldig stor grad
3.	Hvor ofte er du frustrert over at du ikke får mulighet til å oppnå dine personlige jobbrelevante mål?	Aldri	1---2---3---4---5	Hele tiden
4.	Hvor ofte drømmer du om å få en annen jobb som i større grad tilfredsstillter dine personlige behov?	Aldri	1---2---3---4---5	Hele tiden
5.	Med hvor stor sannsynlighet ville du akseptert et tilbud om en annen jobb, med samme lønn?	Svært usannsynlig	1---2---3---4---5	Svært sannsynlig
6.	Hvor ofte ser du fram til en ny dag på jobb?	Hele tiden	1---2---3---4---5	Aldri

Appendiks X – Organisasjonsklima

Organizational Climate Measure

På følgende sider finner du påstander om arbeidet ditt og sengeposten som du arbeider i. Formålet med spørreskjemaet er å samle informasjon som kan bidra til å utvikle og forbedre arbeidsmiljø og effektivitet.

Ta den tiden du trenger for å svare. Du avgir svaret ved å sette ring rundt det tallet du synes passer best med din oppfatning.

Svarkategorier

1	2	3	4
Helt feil	Ganske feil	Ganske riktig	Helt riktig

Autonomi / Frihet		
1	Ledelsen lar stort sett folk ta sine egne beslutninger	1-----2-----3-----4
2	Ledelsen har tillit til at folk kan ta arbeidsrelaterte beslutninger uten å innhente tillatelse først	1-----2-----3-----4
3	Ledelsen holder streng kontroll med arbeidet til de ansatte*	1-----2-----3-----4
4	Ledelsen har for strengt regime over måten ting blir gjort på *	1-----2-----3-----4
5	Det er viktig å dobbeltsjekke med ledere før man tar en beslutning*	1-----2-----3-----4

Integrasjon		
6	Folk er mistenksomme overfor andre avdelinger	1-----2-----3-----4
7	Det er svært lite konflikt mellom avdelingene her	

		1----2----3----4
8	Folk er innstilt på å dele informasjon på tvers av avdelinger	1----2----3----4
9a	Det er svært effektivt samarbeid mellom avdelingene	1----2----3----4
9b	Måltrettet samarbeid mellom avdelinger er svært effektivt	1----2----3----4
10	Det er lite respekt mellom noen av avdelingene her*	1----2----3----4

Involvering / Medvirkning		
11	Ledelsen lar de ansatte medvirke i beslutninger som angår dem	1----2----3----4
12	Endringer blir gjort uten å snakke med de involverte*	1----2----3----4
13	Folk har ingen innvirkning i avgjørelser som påvirker arbeidet deres*	1----2----3----4
14	Folk føler at beslutninger ofte tas uten at de blir hørt*	1----2----3----4
15	Informasjon deles i stor grad	1----2----3----4
16	Det er ofte kommunikasjonssvikt her*	1----2----3----4

Veiledning / Støtte fra ledelsen		
17	Overordnede er svært dyktige til å forstå folks problemer	1----2----3----4

18	Overordnede viser at de har tiltro til sine ansatte	1----2----3----4
19	Overordnede hos oss er vennlige og lett å henvende seg til	1----2----3----4
20	Folk kan stole på at overordnede gir god veiledning	1----2----3----4
21a	Overordnede viser forståelse for sine ansatte	1----2----3----4
21b	Overordnede viser at de har tiltro til de som de leder	1----2----3----4

Trening / Opplæring

22	Folk får ikke tilstrekkelig opplæring i nye systemer eller nytt utstyr*	1----2----3----4
23	Folk får tilstrekkelig opplæring i bruk av nye systemer og utstyr	1----2----3----4
24	Sengeposten gir kun et minimum av den opplæringen folk trenger for å gjøre jobben sin*	1----2----3----4
25	Folk blir sterkt oppmuntret til å utvikle sine ferdigheter	1----2----3----4

Velferd

26	Denne sengeposten vier lite oppmerksomhet til ansattes interesser*	1----2----3----4
27	Denne sengeposten forsøker å ta vare på sine ansatte	1----2----3----4
28	Denne sengeposten bryr seg om sine ansatte	1----2----3----4

29	Denne sengeposten prøver å handle rettferdig overfor sine ansatte	1----2----3----4
----	---	------------------

Formalisering

30	Hos oss blir det oppfattet som svært viktig å følge reglene	1----2----3----4
31	Folk kan ignorere formelle prosedyrer og regler hvis det bidrar til å få jobben gjort*	1----2----3----4
32a	Hos oss må alt gjøres etter reglene	1----2----3----4
32b	Hos oss må alt gjøres etter boka	1----2----3----4
33	Hos oss er det ikke nødvendig å følge alle prosedyrer til punkt og prikke*	1----2----3----4
34	Hos oss blir ingen særlig opprørt hvis reglene brytes*	1----2----3----4

Tradisjon

35	Toppledelsen foretrekker å holde seg til etablerte, tradisjonelle måter å gjøre ting på	1----2----3----4
36	Måten denne sengeposten gjør ting på har aldri forandret seg særlig mye	1----2----3----4
37	Ledelsen er ikke interessert i å prøve ut nye ideer	1----2----3----4
38	Hos oss skjer endringer i måten ting gjøres på svært langsomt	1----2----3----4

Innovasjon og fleksibilitet

39	Hos oss blir nye ideer gjerne akseptert	
----	---	--

		1----2----3----4
40	Sengeposten reagerer raskt når endringer er nødvendig	1----2----3----4
41	Behov for å gjøre ting annerledes fanges raskt opp av ledelsen	1----2----3----4
42	Denne sengeposte er svært fleksibel; den kan raskt endre prosedyrer for å møte nye vilkår, og problemer løses når de oppstår	1----2----3----4
43	Støtte til utvikling av nye ideer er lett tilgjengelig	1----2----3----4
44	Folk i denne sengeposten er alltid ute etter å se problemer fra nye vinkler	1----2----3----4

Ytre fokus

45	Denne sengeposten er ganske innadrettet; man bryr seg ikke om hva som skjer hos samarbeidsinstansene*	1----2----3----4
46	Det legges ikke mye vekt på måter å bedre samarbeid med nettverk og kommune*	1----2----3----4
47	Behov i nettverk og kommune er ikke ansett som topp prioritet hos oss*	1----2----3----4
48	Denne sengeposten er treg til å reagere på behov i nettverk og kommune*	1----2----3----4
49	Denne organisasjonen er stadig på jakt etter nye muligheter i samarbeid med nettverk og kommune	1----2----3----4

Refleksivitet

50	Måten de ansatte jobber sammen på i denne sengeposten endres gjerne hvis det bedrer prestasjonen	1----2----3----4
51	Arbeidsmetodene brukt i denne sengeposten blir ofte diskutert	

		1----2----3----4
52	Hvorvidt de ansatte jobber effektivt sammen, blir regelmessig diskutert	1----2----3----4
53	Denne sengepostens målsetninger endres i takt med forandringer i miljøet	1----2----3----4
54	I denne sengeposten tar man seg tid til å evaluere sengepostens målsetninger	1----2----3----4

Klarhet i organisasjonens mål		
55	Folk har en god forståelse av sengepostens formål	1----2----3----4
56	Sengepostens fremtidige retning blir klart og tydelig kommunisert til alle	1----2----3----4
57	Folk har ikke en klar forståelse av hva som er sengepostens mål*	1----2----3----4
58	Alle som jobber her er bevisst på sengepostens fremtidsplaner og retning	1----2----3----4
59	Det finnes en klar oppfatning av hvor sengeposten går	1----2----3----4

Effektivitet		
60	Tid og penger kunne blitt spart dersom arbeidet var bedre organisert*	1----2----3----4
61	Ting kunne blitt gjort mye mer effektivt hvis folk tok seg tid til å tenke seg om*	1----2----3----4
62	Dårlig planlegging resulterer ofte i at man ikke når sine målsetninger*	1----2----3----4
63	Produktiviteten kunne blitt forbedret om arbeidet ble bedre organisert og planlagt*	1----2----3----4

Innsats		
64	Hos oss ønsker folk alltid å prestere så godt de kan	1----2----3----4
65	Folk er entusiastiske i forhold til jobben sin	1----2----3----4
66a	Her slipper folk unna med å gjøre så lite som mulig*	1----2----3----4
66b	Her klarer folk seg med å gjøre så lite som mulig*	1----2----3----4
67	Folk er innstilt på å gjøre en ekstra innsats for å utføre en god jobb	1----2----3----4
68	Her legger ikke folk mer innsats i arbeidet sitt enn det de må*	1----2----3----4
Feedback på prestasjon		
69	Folk får som regel tilbakemelding i forhold til kvaliteten på det arbeidet de gjør	1----2----3----4
70	Folk har ingen anelse om hvorvidt de gjør en god jobb*	1----2----3----4
71	Det er generelt vanskelig for ansatte å vurdere kvaliteten på det de presterer*	1----2----3----4
72	Folks prestasjoner måles regelmessig	1----2----3----4
73a	Måten folk gjør jobben sin på blir sjelden evaluert*	1----2----3----4
73b	Måten folk gjør jobben sin på blir sjelden vurdert*	1----2----3----4

Produksjonspress

74	Det forventes for mye av folk i løpet av en dag	1----2----3----4
75	Vanligvis er ikke folks arbeidsbelastning spesielt krevende*	1----2----3----4
76	Ledelsen krever at folk jobber ekstremt hardt	1----2----3----4
77	Folk er under sterkt press for å nå målsetninger	1----2----3----4
78	Arbeidstempoet her er ganske avslappet*	1----2----3----4

Kvalitet		
79	Denne sengeposten forsøker alltid å oppnå de høyeste kvalitetsstandardene	1----2----3----4
80	Hos oss blir kvalitet tatt svært seriøst	1----2----3----4
81	Folks oppfatning er at sengepostens suksess avhenger av høy kvalitet på arbeidet	1----2----3----4
82	Denne sengeposten har ikke noe særlig rykte for å levere resultater av topp kvalitet*	1----2----3----4

Items med astrisk (*) skal reverseres før kalkulering. For 5 items er det laget B-former (Nr. 9, 21, 32, 66 og 73)

Appendiks XI – Sjekkliste Implementeringsteam

Sjekkliste for implementeringsteamet

Vår enhet har innført og praktiserer	Nei 0	Delvis 1	Ja 2
Ostrom 1 – Matrix, Kollektiv verdiforankring			
Ostrom 2 – Rutiner for fordeling av ansvar og goder			
Ostrom 3 – Reflekterende Team			
Ostrom 4 – Reflekt. Team / Dynamisk Kompetanseplan			
Ostrom 5 – Graderte sanksjoner			
Ostrom 6 – Tidlig konflikthåndtering			
Ostrom 7 – Indre selvstyre			
Ostrom 8 – Avklart mandat i systemet			
KYR som grunnholdning			
Ukestruktur for det tverrfaglige teamet			
Ukeplaner for pasienter			
Feedbackbasert kollegaveiledning			
Fokussamtaler			
Dynamisk Modnings-modell DMM (felles)			
Avgrenset bekreftende kommunikasjon (felles)			
Løsningsfokusert tilnærming (felles)			
Inviterende bekreftende kommunikasjon (felles)			
Underregulering (felles)			
Overregulering (felles)			
Instrumentell ytre regulering (felles)			

BET-retorikk (felles)			
Regelstyring (felles)			
Utforskning av EKa (terapeuter)			
Utforskning av unnvikelse (terapeuter)			
Gradert eksponering (terapeuter)			
Funksjonell avledning (terapeuter)			
Flooding (terapeuter)			
Løsningsfokusert konsolidering (terapeuter)			
Screeningpakke og prosedyrer for screening			
Dato:	Total skåre (maks 58):		

Appendiks XII – Medarbeiderprosedyrer

Etablere støtte

Identitet og hensikt

Kunnskap om innhold

Reflektere og koordinere

Praktisere og utforske

Psykologisk fleksibilitet

Evaluere prosess og måloppnåelse

Appendiks XIII – Lederprosedyrer

Etablere støtte i toppledelsen

Danne implementeringsgruppe

Identitet og hensikt

Prioritere og sette mål

Transformerende støtte til implementeringsprosessen

Psykologisk fleksibilitet

Evaluere prosess og måloppnåelse».