

# Implementering av VR- teknologi i spesialisthelsetjenesten

Lederes erfaring med et implementeringsarbeid

Trine Sandal

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon

90 studiepoeng

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Høst 2023



## **Forord**

Da jeg startet opp høsten 2016 på utdanningen Erfaringsbasert master i helseadministrasjon, så hadde jeg ikke trodd at jeg først ville sitte høsten 2023 og skrive masteroppgave. Men livet skjer med blant annet ny livssituasjon som mamma. En god stund følte masteroppgaven som noe som hørte til et annet liv, og stadige utsettelse ble innvilget. En stor takk til Universitetet i Oslo som har utvist forståelse for at nettopp livet skjer noen ganger, og at jeg hadde behov for tid og rom til å orientere meg i min nye tilværelse.

Tusen takk til de syv lederne som stilte seg umiddelbart positive til å la seg intervju. Som satt av tid og delte av sine kunnskaper og erfaringer. Hver og en har vært med på å belyse problemstillingen med sine refleksjoner rundt både gode og mindre gode erfaringer med å implementere noe nytt.

Jeg ønsker også å takke lederen min Anne Kristine Walseth for å ha tilrettelagt slik at det var mulig å skrive en masteroppgave ved siden av full jobb og livet som alenemamma. Jeg håper at tiden jeg har fått til rådighet til å fullføre dette studiet vil vise seg å være vel investert tid som vil komme arbeidsplassen min til gode. Fag- og kvalitetssykepleier Andreas Seierstad har også vært en pådriver til at denne masteroppgaven faktisk er blitt en realitet og ikke bare noe jeg har skjøvet foran meg. Det har vært både motiverende, irriterende og realiserende.

Tusen takk til June Ullevoldsæter Lystad for at jeg har fått skrevet masteroppgaven min knyttet opp til VROslo. Du er faglig inspirerende og våre diskusjoner etterlater meg alltid oppløftet, inspirert og glad. Dine innspill, oppløftende ord og vennskap har bidratt til at jeg faktisk leverer!

Avslutningsvis ønsker jeg å takke min veileder Helge Skirbekk. Takk for din tålmodighet, innspill og motivering. Du gav meg tro på at jeg var på riktig vei, med vennlige korrigeringer når nødvendig.

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Framtiden for norsk helsevesen krever nytenkning. Helsepersonellkommissjonen har levert utredningen «Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse –og omsorgstjeneste» (NOU 2023: 4) til helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkhof. Her trekkes det frem at det er en sterk vekst blant eldre men ingen vekst innen arbeidsfør alder vil gjøre at det blir færre ansatte per pasient eller bruker. Dette stiller krav til at helsevesenet utvikler tjenestetilbudet, og finner nye veier å gi behandling. Samtidig viser erfaringer at mange innovasjonsprosjekter ender i «pilotgraven».

Seksjonen jeg arbeider ved er involvert i et større forskningsprosjekt kalt VROslo hvor VR-teknologi kombineres med kognitiv atferdsterapi i en psykosepopulasjon. Min masteroppgave er knyttet opp til VROslo, men med forskningsfokus på hva ledere har erfart av utfordringer og fordeler i implementeringen av VR-teknologi.

**Problemstilling:** Hvilke erfaringer har ledere i implementering av VR teknologi i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern?

**Metode:** Det er brukt kvalitative semistrukturerte intervjuer for å innhente data fra syv ledere. Tematisk analyse av Braun & Clark (2006) er brukt som analyseredskap.

**Funn:** Fire temaer ble identifisert. Første tema er kalt «Godt begynt er halvt fullendt». Her belyses leder sin primære innstilling til VROslo, for deretter å se på hvordan leder gikk frem for å forberede eget arbeidssted på endring i arbeidsmåte. Neste tema er kalt «Rett person på rett sted». Her kommer det frem hvordan lederne valgte å gå frem for å finne VR-terapeuter/ressurspersoner og eventuelle tiltak som var nødvendig for å hjelpe vedkommende inn i rollen. Her vil også personalsituasjonen belyses. Tredje tema «Hva er å drifte ordinært?» ser jeg på hva slags prioriteringer lederne har gjort i implementeringsarbeidet, og hvordan ledelse ble utøvet både oppover og nedover i linje. I det siste temaet «Pasienten – en endringsagent?» så belyses ledernes tanker om pasientgruppens betydning for implementering.

**Konklusjon:** Studiens funn understreker at ledere i implementeringen av VR-teknologi innen psykisk helsevern står overfor utfordringer, men viser også at nøkkelaspektene, inkludert holdningsendring, rekruttering av kompetent personell, prioriteringer av endringsprosessen og erkjennelse av pasientenes innvirkning, er avgjørende for suksess. Lederens evne til smidig tilpasning og effektiv håndtering av disse faktorene er kritisk for vellykket implementering av VR-teknologi i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern

**Nøkkelord:** Leder, implementer, implementering, endringsprosess

## Abstract

**Background:** The future of the Norwegian healthcare system demands innovative thinking. The Health Personnel Commission has presented the report “Time for action – Personnel in a sustainable health and care service” (NOU 2023:4) to the Minister of Health and Care services, Ingvild Kjerkhol. The report highlights a significant growth in the elderly population, yet no corresponding growth in the working-age population, resulting in fewer personnel per patient or user. This necessitates that the healthcare system evolves its service offerings and explores new avenues for treatment. Simultaneously, experiences indicate that many innovation projects end up in the “pilot graveyard”.

The section I am affiliated with is engaged in a major research project called VROslo where VR technology is combined with cognitive behavioral therapy in a population with psychosis. This master’s thesis is linked to VROslo, with a focus on the challenges and advantages that leaders have experienced in the implementation of VR technology.

**Research question:** What insights have leaders gained through the deployment of Virtual Reality (VR) technology within specialized mental health services?

**Method:** In qualitative semi-structured interviews, data were gathered from seven leaders. Thematic analysis, following Braun and Clarke’s methodology, was employed as the analytical approach.

**Findings:** Four themes have been identified. The first theme is titled “Well begun is half done”. This section elucidates the leader’s primary stance toward VROslo subsequently examining how the leader proceeded to prepare their own workplace for a change in work methodology. The following theme, “Right person in the right place”, delineates how the leaders chose to approach the selection of VR therapists/resource persons and any necessary measures taken to assist the individual in adapting to their role. This theme will also shed light on the personnel situation. The third theme, “What constitutes ordinary operations?” delves into the priorities set by the leaders in the implementation process and how leadership was exercised both upward and downward in the organizational hierarchy. In the final theme, “The patient – a catalyst for change?”, the leaders’ reflections on the significance of the patient group in the implementation process are examined.

**Conclusion:** The findings of the study highlights that leaders involved in the implementation of VR technology in mental health care face challenges but also demonstrates key aspect, including attitude change, recruitment of qualified staff, prioritization in the change process, and recognition of the impact of patients, which are crucial for success. Leader’s ability to adapt smoothly and

effectively handle these factors is critical for the successful implementation of VR technology in specialized mental health services

**Keywords:** Leader, implement, implementation, change process

# Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn .....	2
1.2 Begrepsavklaringer.....	4
1.3 Tidligere forskning.....	7
1.4 Problemstilling.....	8
2.0 Teori.....	10
2.1 Ledelse.....	10
2.1.1 Endringsledelse.....	11
2.2 Motivasjon.....	12
2.2.1 Behovsteori.....	13
2.2.2 Kognitiv motivasjonsteori/forventingsteori .....	13
2.2.3 Sosial motivasjonsteori.....	14
2.2.4 Situasjonsteori.....	14
2.2.5 Syntesemodell .....	14
3.0 Metode .....	17
3.1 Litteratursøk .....	17
3.2 Kvalitativ metode .....	18
3.3 Datainnsamling – kvalitativt intervju.....	18
3.4 Utvalg.....	18
3.5 Intervjuguide .....	19
3.6 Gjennomføring av intervju .....	19
3.7 Dataanalyse .....	20
3.7.1 Transkribering.....	20
3.7.2 Analyseprosess .....	21
3.8 Studiens kvalitet .....	24
3.8.1 Validitet .....	24
3.8.2 Reliabilitet.....	25
3.8.3 Min egen forforståelse .....	25
3.8.4 Etske overveielser.....	26
4.0 Presentasjon av funn.....	28
4.1 Godt begynt er halvt fullendt .....	29
4.1.1 Informantenes egen innstilling.....	29
4.1.2 Hvordan berede grunnen .....	29

4.2 Rett person på rett sted .....	30
4.2.1 Hjelpe terapeuten inn i rollen sin .....	30
4.2.2 Personalsituasjon .....	31
4.3 Hva er ordinær drift? .....	31
4.3.1 Ledelse; et spørsmål om prioriteringer .....	32
4.3.2 Ledelse i linje .....	33
4.3.3 Hvordan ledet man selv? .....	33
4.4 Pasienten – en endringsagent? .....	35
5.0 Diskusjon .....	38
5.1 Godt begynt er halvt fullendt .....	38
5.2 Rett person på rett sted .....	39
5.3 Hva er å drifte ordinært? .....	40
5.4 Pasienten – en endringsagent? .....	41
6.0 Avslutning .....	44
7.0 Litteraturliste .....	46
8.0 Vedlegg .....	49

## 1.0 Innledning

Jeg er leder ved en døgnenhet i spesialisthelsetjenesten. Mine ansvarsområder er fagtilbudet ved enheten, personaloppfølging og budsjett. Hver høst skal man utarbeide neste års budsjett hvilket innebærer krav til økt aktivitet, samtidig som det er krav om å redusere utgifter. Videre har det vært en enorm nedbyggingen av voksenpsykiatriske døgnplasser de siste tiårene (Husøy, 2013). Samlet sett kan dette fort føre til å tenke at helsepersonell må jobbe *mer og forttere*. Når man i tillegg tilføyer sommerens sterke historier om u håndterlig arbeidsbelastning under emneknaggen #legermåleve, blir man som leder undrende til hva man kan gjøre for å best mulig ivareta de ansatte, gi oppdatert faglig forsvarlig helsehjelp og svare ut aktivitets – og økonomi krav som kommer fra sentralt hold. I Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023 (Meld.St. 7 2019-2020) beskrives viktigheten av en bærekraftig helsetjeneste der det forutsettes at vi benytter oss av mulighetene teknologi og digitale løsninger gir. Med dette som bakteppe har, jeg fattet interesse for hva som kan bidra til at man lykkes med å implementere ny teknologi, og hva som kan gjøre det utfordrende og i verste fall hindre det.

Seksjonen jeg er ansatt ved samarbeider med Forsknings –og innovasjonsavdelingen (FIA) ved Klinikken for psykisk helse og avhengighet (KPHA) ved Oslo universitetssykehus (OUS) om et forskningsprosjekt, VROslo. Flere andre seksjoner i KPHA er også med i dette forskningsprosjektet. Samtlige seksjoner har mennesker med psykoselidelse som målgruppe. I tillegg inngår OsloMet, Universitetet i Oslo og University of Oxford i samarbeidet. Ved universitetet i Oxford har forskningsmiljøet rundt professor Daniel Freeman utviklet Virtual Reality (VR) applikasjonen gameChange. gameChange er en helautomatisert kognitiv atferdsterapibasert intervensjon som gis til pasienten via interaktive animasjoner projisert i et VR headset. Forskningsgruppen knyttet til VROslo har fått tillatelse til å prøve ut gameChange i Norge.

Kognitiv atferdsterapi (KAT) er en behandlingsmetode som anbefales i nasjonale og internasjonale retningslinjer for f.eks. psykosebehandling. Det er imidlertid rom for forbedring knyttet til denne intervensjonen, blant annet knyttet til frafall blant pasienter, grad av modelltrofasthet blant terapeuter og behandlingstid (15-20 sesjoner). Et sentralt element i kognitiv atferdsterapi er atferdskomponenten, herunder blant annet eksponering. I praksis innebærer dette at pasienten sammen med KAT terapeut oppsøker situasjoner som vekker vanskelige følelser som f.eks. angst og som pasienten ofte unngår. I denne situasjonen benyttes teknikker man har lært seg i KAT, blant annet å teste alternative tanker/forklaringer hvordan håndtere de vanskelige følelsene og finne nye strategier for å gå inn i situasjonen. En slik arbeidsmetode hvor terapeut blir med pasienten ut i situasjoner er naturlig nok mer tidkrevende enn samtale på terapeutens kontor. Gitt ovennevnte



ressurssituasjon, kan dette lett føre til at disse elementene reduseres eller utelates fra terapiløpet. Det er derfor relevant å undersøke alternative måter å administrere KAT på til denne, og også andre, pasientgrupper.

Kognitiv terapi vil beskrives mer detaljert senere i inneværende kapittel.

I gameChange er det utarbeidet 6 scenarier som er typisk angstutløsende ved psykose, herunder å gå på gaten, ta bussen, være på kafé, venteværelset til et legekontor, gå på nærbutikk og besøke en pub. gameChange er en såkalt helautomatisert applikasjon, det vil si, en virtuell terapeut som forklarer hvordan programmet fungerer og gir en innføring i de psykologiske prinsippene og målet for behandlingen er innlemmet i programmet. Pasientene blir bedt om å selv-rapportere hvordan de håndterer hverdagslige situasjoner - før de velger scenarioet de ønsker å begynne med. På denne måten kan pasientene utsette seg for situasjoner de ellers forsøker å unngå, men likevel befinne seg i trygge omgivelser. I de ulike scenarioene så kan man tilpasse ulike parametere, f.eks. hvor mange andre mennesker som skal være til stede i scenarioet, og hvor mye eller intenst de ser på deg. Dette for å kunne tilpasse applikasjonen til den enkelte pasients behov.

Formålet med VROslo er å undersøke om VR-teknologi er mulig å benytte i en klinisk setting og i en norsk psykosepopulasjon. Videre undersøkes det om det å kombinere VR-behandling med kognitiv atferdsterapi (KAT) gir effekt. I VROslo tilbys pasientene VR i tre ulike kombinasjoner, avhengig av hvilket behandlingssted de mottar helsehjelp ved. De tre ulike variantene er: VR, tradisjonell psykosebehandling og KAT i form av klasseromsundervisning, VR, tradisjonell behandling og individuell KAT og VR og tradisjonell psykosebehandling.

## 1.1 Bakgrunn

Den 2. februar 2023 overlevert Helsepersonellkommissjonen en utredning til helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkhol. Utredningen heter «Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse –og omsorgstjeneste» (NOU 2023: 4). Kommisjonen som utarbeidet utredningen ble oppnevnt ved kongelig resolusjon for å etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene fremover for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse –og omsorgstjenesten og for å møte utfordringer i helse –og omsorgstjenestene på kort og lang sikt. Det har vært stor interesse for denne utredningen og den er hyppig sitert i medier og gjenstand for offentlig ordskifte. Ett av temaene som trekkes frem er at antallet og andelen som jobber i helse- og omsorgstjenestene neppe bør øke vesentlig. Sterk vekst blant eldre uten vekst innen arbeidsfôr alder gjør at det blir færre ansatte per pasient eller bruker. Dette betyr ikke automatisk at helse- og omsorgstjenestene blir dårligere, vi må imidlertid utvikle tjenestetilbudet. I en rapport SINTEF utga gjennom InnoMed (Nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon innen helsesektoren) i september 2020,

påpekes viktigheten av innovasjon i helsesektoren for å øke kvaliteten for pasientene og en mer effektiv og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Samtidig viser erfaring og forskning at det er krevende å lykkes med innovasjon, og mange innovasjonsprosjekter ender i «pilotgraven» (SINTEF, 2020)

I førende dokumenter ved eget helseforetak så gjenspeiles også behovet for innovasjon, og leder sitt ansvar i dette. Fra administrerende direktør ved OUS så er det utarbeidet en Utviklingsplan 2040 hvor langsiktige mål er definert, og skal gi retning til ønsket utvikling. Utviklingsplan 2040 har sitt utspring fra oppdrag og føringer gitt fra helsemyndighetene. Utviklingsplanen er delt opp i fem forskjellige områdeplaner hvor mer detaljerte mål og tiltak er beskrevet. De fem områdeplanen er:

1. Forskning og innovasjon
2. Organisasjon, ledelse og kompetanse
3. Pasientbehandling
4. Samhandling
5. Utdanning

Disse områdeplanen skal brukes som et verktøy for å oppnå en felles, effektiv og målrettet styring av satsningsområder på tvers av klinikker i foretaket. Ledere gjennom linje skal ta utgangspunkt i disse områdeplanene når handlingsplaner utarbeides.

Jeg velger å se litt nærmere på områdeplanen for Organisasjon, ledelse og kompetanse, samt Forskning og innovasjon da det er disse planen som er aktuelle for denne oppgaven. Følgende er en overflatisk fremstilling av planene sitt innhold, da hensikten ikke er å gi inngående kjennskap til planene men heller en oversikt over OUS sine mål for ledelse, organisering og forskning. I den første planen så står det: *Framtidens ledere må i større grad klare å kombinere fokus på sikker og stabil drift med et sterkt utviklingstrykk, samtidig er det stort behov for planlegging og gjennomføring av omstilling og modernisering. Ledere må arbeide systematisk med psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø for å fremme god pasientsikkerhet og pasientbehandling. Dette oppnås blant annet ved å videreutvikle en kultur som driver strukturert og effektiv kvalitetsforbedring.*

Videre så er det skissert flere delmål og deltiltak både innenfor ledelsesutvikling, men også hvordan leder skal drive både medarbeiderutvikling og fagutvikling.

I områdeplanen for Forskning og innovasjon blir det innledningsvis påpekt at forskning er én av fire hovedoppgaver sykehuset har, jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 og helseforetaksloven §§ 1 og 2.

Det er linjelederne som har ansvaret for gjennomføring og faglige prioriteringer. Det er også i denne planen skissert flere delmål og deltiltak. Et av delmålene jeg ønsker å trekke frem er en økning på minst 15 % årlig i kliniske studier, hvor et av tiltakene blant annet er å integrer kliniske studier i pasientbehandlingen. Her påpekes det viktigheten av at det settes av tilstrekkelig med tid og ressurser. To andre delmål er å øke innovasjonstakten og sikre at nye løsninger blir nyttiggjort, samt utvikle/anskaffe/ta i bruk digitale løsninger og ny teknologi i personellbesparende tjenesteinnovasjoner.

Med dette som bakteppe ble jeg derfor veldig glad da muligheten for å skrive min masteroppgave i Helseadministrasjon knyttet opp til VROslo bød seg. Det er interesse for å undersøke hva ledere ved de deltakende enhetene/seksjonene i VROslo har av erfaringer i arbeidet med implementeringen av VR-teknologi fra både forskningsleder og fra egen side.

For å kunne gi en større forståelse for både problemstillingen og noen av temaene som kom frem i den tematiske analysen vil jeg kort utdype hva som menes med psykose, kognitiv adferdsterapi og virtual reality.

## 1.2 Begrepsavklaringer

### **Psykose**

Psykoselidelser er blant de mest alvorlige psykiske lidelsene og har ofte langvarig forløp med alvorlig funksjonssvikt. I Malt et.al (2003) defineres psykose på to måter: 1) *Nærvær av bestemte symptomer som medfører realitetsbrist. Det dreier seg om hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, forvirring/svekket orientering, svekket hukommelsesfunksjon eller bisarr atferd.* 2) *Så lavt funksjonsnivå som følge av psykisk lidelse at pasienten ikke er i stand til å utføre de ADL (Activities of Daily Living)-funksjonen som skal til for å ikke forkomme.*

Jeg tar med begge definisjonene da den første tar for seg symptomer som nok folk flest tenker på når de hører ordet psykose. Den siste biten mener jeg er vel så viktig da jeg gjennom mitt arbeid har sett funksjonssvikten mange pasienter opplever kan i mange tilfeller være mer til hinder for livskvalitet enn de klassiske symptomene beskrevet i første definisjon.

Psykotiske lidelser er blant de mest alvorlige psykiske lidelsene og, i henhold til sykdomsbyrdeberegninger, også blant de viktigste bidragsyterne til uførhet og helsetap (Charlson et al., 2018; Whiteford et al., 2013). Psykotiske lidelser kjennetegnes av en svekkelse i realitetstestende evner, realitetsbrist. En psykose innebærer ofte gjennomgripende endringer i sansing og tankesett og medfører en rekke ulike symptomer, såkalte psykosesymptomer. En person med en psykotisk lidelse vil kunne oppfattes av omgivelsene som forandret i forhold til sitt vanlige jeg, og langvarige psykoser

kan føre til omfattende endringer av personens personlighet sammenlignet med hvordan vedkommende var tidligere. Realitetsbrist eller sviktene realitetsvurdering brukes ofte for å beskrive symptom bildet. Dette betyr at personens oppfatning og tolkning av virkeligheten er bristende, sviktende eller feilaktig. Et eksempel fra eget arbeidssted er pasienter som har vanskeligheter med å være utendørs. Forklaringen på disse vanskelighetene er ofte at de føler seg overvåket eller at noen er på jakt etter dem. Naturlig nok vekker dette ubehagelige følelser som f.eks. redsel/angst. Siden disse antagelsene oppleves reelle for pasienten, men ikke nødvendigvis møtes med aksept og forståelse fra omverdenen så kan dette resulterer i at pasienten blir sosial tilbaketrukket og økende opptatt av egen indre psykotiske verden (Malt et.al, 2003).

Kjernesymptomene deles opp i negative og positive symptomer. Positive symptomer innebærer et tillegg av unormal psykisk fungering. Det vil si, disse symptomene kommer i tillegg til normale sanseopplevelser og mental aktivitet. Positive symptomer inkluderer hallusinasjoner, vrangforestillinger og desorganisering.

I kategorien negative symptomer refereres det til en reduksjon i normale psykiske funksjoner. Det vil si, det forekommer et fravær eller en svekkelse av psykisk fungering. Mange opplever mangel på eller redusert motivasjon, affektavflatning og apati hvilket igjen kan henge sammen med sosial tilbaketrekning og/eller redusert (arbeids-) funksjon. Vedvarende negative symptomer kan ofte innebære et mer alvorlig sykdomsforløp.

Sykdomsforløpet er individuelt. Det anslås at ca. 10 % kun opplever én psykotisk episode med påfølgende symptomfrihet og at 10 % opplever et mer kronifisert, langvarig forløp. For andelen imellom forekommer et forløp med perioder med psykotiskesyntomer og perioder med mer eller mindre grad av residualsytomer. Det er stor individuell variasjon med hensyn til hvor hyppig nye episoder inntreffer og hvor alvorlige residualsytomene er (Morgan et al., 2022).

Behandlingstilnæringer ved psykoselidelser er avhengig av symptomer, livssituasjon, funksjonsnivå og en rekke andre faktorer. Overordnet består de fleste behandlingstilbud av en kombinasjon av medikasjon, psykoterapi/kognitiv atferdsterapi, psykoedukasjon, arbeidsrettet rehabilitering (Individuell Jobbstøtte) og familiearbeid. Behandlingen tilpasses gjerne en såkalt fasespesifikk modell, men ikke alle personer går gjennom alle faser, slik at man her tilpasser individuelt (Fusar-Poli et al., 2017).

## **Kognitiv atferdsterapi**

Kognitiv atferdsterapi (KAT) er en behandlingsform som kan benyttes i arbeidet med en rekke pasientgrupper og for ulike problemstillinger. Det er utviklet tilnærminger som er spesielt tilrettelagt for flere forskjellige pasientgrupper med ulike former for psykiske og somatiske lidelser, både hos barn og voksne. KAT jobber man med problemløsning og det å skape en forståelse for at tanker, følelser og atferd er nært knyttet sammen. Terapeuten hjelper pasienten med å identifisere såkalte automatiske negative tanker og dysfunksjonelle tankemønstre som kan føre til negative følelser og unngåelse/sikringsatferd. Sistnevnte innebærer at man utvikler uhensiktsmessige strategier for å håndtere vanskelige følelser eller situasjoner, f.eks. at man enten unngår en situasjon fullstendig eller utviser uhensiktsmessig atferd som føles trygg. Gjennom samarbeid og utforskning utfordrer terapeuten slike tanker og hjelper pasienten med å utvikle mer realistiske og konstruktive perspektiver. En sentral teknikk er kognitiv omstrukturering der pasienten lærer å gjenkjenne og endre negative tankemønstre. Dette kan innebære å utforske bevis for og imot negative tanker, identifisere kognitive feil og erstatte destruktive tanker med mer balanserte alternativer. Målet er å skape endring i oppfatningen av seg selv, andre og verden og dermed redusere negative følelser og fremme positiv atferd. KAT er basert på en ganske stram arbeidsmetode og terapeuten må ha en egen utdanning for å kunne kalle seg kognitiv terapeut (Kingdon & Turkington, 2007).

## **Virtual reality**

Virtual reality, eller på norsk virtuell virkelighet, er blitt økende tilgjengelig for den generelle befolkningen, både nasjonalt og internasjonalt. Tidligere var dette svært avansert og kostbar teknologi som ikke var tilgjengelig kommersielt.

VR-teknologien som benyttes i VROslo består av en skjerm som brukeren har på seg som store briller, derav navnet VR-briller. Det er en skjerm for hvert øye i brillene og samlet danner skjermene en opplevelse av et felles bildet. Øye-, hode- og kroppsbevegelser blir registrert slik at bildet på skjermen i brillene viser til enhver tid omgivelsen i den retningen man ser. På denne måten kan brukeren se sine omgivelser i 3D. Man har også en konsoll for hver hånd. Ved bruk av konsollene kan man gjøre handlinger i den virtuelle virkeligheten, f.eks. åpne dører og trykke på knapper. VR-teknologien gir brukeren en opplevelse av at situasjonen er svært ekte, som utløser dertil fysiske og psykiske reaksjoner (Freeman et.al 2017). Det er dette som gjør at VR kan benyttes til f.eks. eksponeringsterapi. Pasienten kan utsette seg for angstvekkende situasjoner, som f.eks. ta bussen, uten å faktisk være på en buss. Videre så kan man øve på teknikker man har fått fra f.eks. KAT behandling i en virtuell virkelighet, før man avansere og forsøker seg i den virkelige verden.

### 1.3 Tidligere forskning

Jeg vil trekke frem noen av studiene jeg har funnet som jeg mener er av interesse for denne oppgaven. Jeg velger å beskrive dem hver for seg, da studiene har ulike metode, hensikt og utvalgskrets.

I Sverige ble det gjennomført en studie med formål om å undersøke barrierer og fremmere i implementeringen av digitale intervensjoner innenfor psykisk helse. Utvalget bestod av ledere i førstelinjetjenesten i Sverige, både ledere som har implementert digitale løsninger, og ledere som ikke har gjort dette. Av 1130 mulige respondenter, svarte 284. Denne studien undersøkte ikke VR-teknologi, men internettbasert KAT (Brantnell et.al, 2023). I studien ble 29 barrierer og 20 fremmere identifisert og organisert under områdene retningslinjer, helsepersonell, pasient, insentiver og ressurser, organisasjonens evne til endring og sosiale, politiske og lovmessige faktorer. Barrierene som kom tydeligst frem i denne studien er tilgangen til nødvendige ressurser (helsepersonell, trent helsepersonell, nødvendige lisenser, nødvendig utstyr, internettilgang, finansieringssystemer som også favner digitale tjenester) og egnet ledelse (leder ikke interessert, mangler kunnskap, mangler informasjon, er redd for endring). Det som ble fremhevet som fremmere av implementering var mulighetene for støtte i en organisasjonsendring (lederstøtte, leder har kunnskap og informasjon, positiv innstilling i organisasjonen, mulighet for opplæring av helsepersonell og ledere). En av hovedkonklusjonene i studien er at det mangler forskning som innlemmer lederperspektivet i et slikt implementeringsarbeid.

En annen studie jeg ønsker å belyse er en som er gjennomført ved et større privat psykiatrisk sykehus i Australia. Hensikten med studien var å undersøke synspunktene til helsepersonell rundt bruken av VR-teknologi som et terapeutisk middel, inkludert potensielle hemmere og fremmere i implementeringen (Chung et.al, 2022). Fjorten klinikere og 5 ledere deltok i undersøkelsen. Tre hovedtemaer med tilhørende undertemaer ble identifisert. Det forekommer både hemmere og fremmere i alle tre temaene. De tre hovedtemaene var:

- kliniske faktorer (pasientengasjement, terapeutisk effekt, klinisk bruk av verktøyet)
- organisatoriske faktorer (være attraktiv ved å tilby innovativ behandling, støtte internt i organisasjonen men også fra eksterne økonomiske bidragsytere, støtte fra både formell og uformell ledelse, tilbud som er tilpasset pasientens ønske, ressursutfordringer være seg økonomiske spørsmål knyttet til innkjøp og vedlikehold av utstyr, tilstrekkelig rom og helsepersonell som har nødvendig kompetanse)
- profesjonsfaktorer (tilstrekkelig opplæring i program/utstyr, håndtering av etiske spørsmål, personalets innstilling til VR-teknologi og brukervennligheten til VR-utstyret)

Det er gjennomført en studie i England på tre psykiatriske sengeposter. Utvalget var innlagte pasienter samt ansatte som jobbet ved sengepostene. Det var 19 pasienter og 22 ansatte som deltok i undersøkelsen. Hensikten med denne studien var å undersøke pasienter og ansatte sitt syn på tilbudet om VR-terapi på psykiatriske sengeposter (Brown et.al, 2022). I denne studien så var det generelle synet på VR terapi positivt. Pasienter trakk frem muligheten til å prøve en annen behandlingsform enn medikamenter som en positiv ting. Også muligheten til å utsette seg for noe som var angstfremmende i mindre porsjoner ble påpekt som bra. Både pasienter og ansatte mente VR terapi kunne være med på å nå frem til pasienter som ellers ikke deltok på så mange andre ting ved sengeposten. Det var enighet om potensielle utfordringer; tilgang til passende rom for oppbevaring av VR-utstyret men også passende rom til gjennomføre V-terapien, sikre kontinuitet av VR-terapeuter samt at VR terapi kanskje ikke passer for de som er i svært syke.

Avslutningsvis så ønsker jeg å trekke frem en studie som tar for seg pasienters opplevelse av bruk av VR terapi. Denne undersøkelsen er gjennomført i England, og det var 122 pasienter med en psykosedagnose som deltok. Pasienten svarte ut et spørreskjema vedørende psykiatriske symptomer, mottok så gameChange VR terapi, for deretter å fylle ut et spørreskjema om tilfredshet, Oxford-VR sjekklister for bivirkninger og utfallsmål. Konklusjonen på denne studien var at pasienter med en psykose var generelt veldig positive, og satt pris på muligheten til å prøve teknologien. Få opplevde uønskete effekter, og eventuelle bivirkninger hadde ikke betydning for terapeutisk gevinst. Resultatene i studien kan tyde på at pasientenes erfaringer ikke vil være til hinder for implementering av automatisert VR terapi, men i stedet være en fremmer for implementering (Freeman et.al, 2022).

Disse fire artiklene er fremhevet fordi de peker på faktorer som kan være relevante i VROslo prosjektet og dermed for denne oppgaven, samt belyser behovet for å undersøke lederperspektivet i implementeringen av (VR-) teknologi i klinisk praksis. Samlet sett utgjør de en viktig rasjonale for de foreliggende arbeidet; undersøkelsen av lederes erfaringer av hemmere og fremmere for bruk av VR-terapi i psykosebehandling

## 1.4 Problemstilling

Jeg har ønsket å se på hva ledere i spesialisthelsetjenesten har av erfaringer i forbindelse med å implementere VR-teknologi i behandling av pasienter med psykoselidelse. Aspektene jeg har ønsket å undersøke er hvordan leder har planlagt, lag til rette for og fulgt opp endringen i arbeidsmetode. Å

få belyst gode erfaringer som har vært med på å styrke, eventuelt videreutvikle endringen, samt utfordringer som har dukket opp underveis er av interesse. Spesifikt i denne oppgaven mener jeg VR-teknologi i form av VROslo prosjektet altså som en behandlingstilnærming, og ikke en generell bruk av VR-teknologi.

Med dette som ønske er problemstillingen til min masteroppgave:

*«Hvilke erfaringer har ledere i implementering av VR teknologi i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern?»*

For å svare på problemstillingen og for å få utvidet kunnskap om det jeg ønsker å undersøke har jeg formulert følgende forskningsspørsmål:

Hvordan har leder planlagt for oppstarten av implementeringsarbeid?

Hvordan har utvelgelsen av ressurspersoner hatt betydning for implementering?

Hvordan har leder sin motivasjon og prioriteringer hatt betydning for implementering?

Hvordan har ansatte og pasienter sin holdning til VROslo hatt betydning for implementering?



## 2.0 Teori

I problemstillingen til denne oppgaven så bruker jeg begrepet *implementering* av VR-teknologi. Å implementere et nytt behandlingsverktøy kreves endring av kunnskap, holdninger og arbeidsmetode i en organisasjon. Endringer fører ofte med seg flere forskjellige utfordringer som krever en ledet, planlagt prosess (Hennestad & Revang, 2017). Jeg vil derfor i dette kapittelet først beskrive hva litteratur sier om ledelse for deretter trekke frem teori om transformasjonsledelse og transaksjonsledelse som er ansett som den mest effektive lederadferden i endrings- og implementeringsarbeid. Deretter vil jeg beskrive John P. Kotter sin modell for endring. Avslutningsvis i kapittelet vil jeg se hva på motivasjon er og de ulike motivasjonsteoretiske retningene.

### 2.1 Ledelse

Et tradisjonelt syn på ledelse er at lederen bruker sin sosiale innflytelse til å organisere de ansatte til å nå mål som organisasjonen har. I Jacobsen & Thorvik (2019, s. 405) defineres ledelse som: *Ledelse er en prosess rettet mot å påvirke andre mennesker tenkning, holdning og atferd for å oppmuntre til innsats for å nå felles mål.* En slik forståelse av ledelse kan være snevert, og gi ledelse form som noe administrativt. En organisasjon eksistere i omgivelser som stadig er i endring. Derfor må også organiseringens strukturer, regler og arbeidsmetoder endres for å svare på nye behov. For å kunne ivareta dette aspektet så er det viktig at det i ledelsesbegrepet også ligger å forberede organisasjonen på endring og styre organisasjonen gjennom endringsprosessen (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 451-453).

Med en slik forståelse av ledelse kan det hevdes at all ledelse er en form for endringsledelse. Mange av endringene skjer via bittesmå endringer som summerer seg over tid. En slik forståelse av endring innebærer at en organisasjon anses å være i kontinuerlig prosess og alltid i forandring. Organisasjon bør dermed ikke bli sett på som et substantiv, en ting, da dette bidrar til å tenke på noe som er stabilt og vedvarende. Med dette som utgangspunkt kan endring sees på som et unntak og noe som må fremtvinges gjennom ledelse. I stedet bør organisasjon sees på som et fenomen som grunnleggende og stadig endrer seg, og at stabilitet er avviket. Dette kalles kontinuerlig endring.

Endring kan også skje gjennom store endringsprosjekter, gjerne motivert av krav til rask endring eller ledelsen har sett nye muligheter som fordrer en større endring. Dette kalles planlagt endring eller styrt endring.

Disse to synene trenger ikke nødvendigvis være motstridende, og en organisasjon kan være preget av begge metodene. Om leder er fremoverlent og opptatt av å påvirke organisasjonsutviklingen i en ønsket/påkrevd retning, kan inertia i organisasjonen forebygges. Inertia beskrives som stivhet eller

fastlåsthet i en organisasjon, og organisasjonen kommer i utakt med omgivelsene. Det er likevel ikke til å unngå at en organisasjon noen ganger kommer i utakt med omgivelsene, dette skjer da vi lever i et samfunn som forandrer seg stadig raskere. I en slik situasjon vil det være nødvendig med en endringsprosess. For å lykkes med planlagt endring er det hensiktsmessig å forstå en organisasjon som et dynamisk system, og ikke et statisk system (Hennestad & Revang, 2017, s. 90-92).

To sentrale teorier innenfor ledelse er transaksjonsledelse og transformasjonsledelse.

Transaksjonsledelse er en ledelsesform hvor man innenfor en gitt ramme og etter avtale spilleregler bytter verdier ut fra egeninteresse, f.eks. arbeid mot lønn. Innenfor denne ledelsesformen så antas det at ytre belønning for utført arbeid er tilstrekkelig motivasjon for å utføre arbeidsoppgaven. Leder sine øvrige virkemidler er kontroll og sanksjoner hvor tilbakemeldinger til arbeidstaker kommer først i forbindelse med mangelfulle prestasjoner. Motsatsen til dette er transformasjonsledelse.

Transformasjonsledelse er en tilnærming hvor ledelse handler om å inspirer andre til engasjement for organisasjonens mål og virksomhet. Gjerne slik at arbeidstaker presterer utover det som er forventet (Kaufmann & Kaufmann, 2015)

### 2.1.1 Endringsledelse

I arbeidet med ledelse og endring er det naturlig å trekke frem Harvard professor John P. Kotter. Han har utarbeidet en modell som beskriver 8 steg for å tilrettelegge for en vellykket endringsprosess. Modellen er ment som et verktøy for å planlegge endring. Den gir en stegvis forklaring på hvilke områder og aktiviteter man bør følge i en endringsprosess og hvilken rekkefølge disse vil være mest hensiktsmessig å utføre. I artikkelen *Leading change: Why transformation efforts fail* (1995) beskriver Kotter at endring går gjennom faser som vanligvis strekker seg over betydelig tid. Å hoppe over faser vil ha negative effekter, og bidra til at resultatet ikke er vellykket. Senere har Kotter oppdatert sin modell etter å observert organisasjoner som har brukt hans 8-stegmodell. Her så han at verden endrer seg i stadig økende tempo og menneskers evne til å endre seg ikke har økt i samme takt. Å skape endring etter modellen i et tradisjonelt hierarkisk system mener Kotter ikke lenger er tilstrekkelig effektivt i en verden som stadig endrer seg raskere. I artikkelen *Accelerate!* (2012) beskriver han at de 8 stegene bør kjøres samtidig og hele tiden, og ikke sekvensielt som beskrevet i *Leading change* (1995). Videre mener han at modellen fra 1995 og det oppdaterte rammeverket fra 2012 ikke bør sees på som noen man velger mellom, men noen man bruker samtidig. Tre tydelige forskjeller mellom modellen utarbeidet i 1995 og det oppdaterte rammeverket fra 2012 er at stegene ikke bør skje sekvensielt og at en fase må avsluttes før neste fase kan begynne. Driverne må være aktive og på gjennom hele endringsprosessen. Den andre forskjellen er at endringsagentene ikke bør være få og særskilt utvalgt som beskrevet i den opprinnelige modellen, men heller en hær av frivillige fra ulike nivåer i organisasjonen som er med på å drive endringen fremover. Den siste forskjellen i

det oppdaterte rammeverket fremheves viktigheten av at driverne for endring har fleksibilitet og mulighet for strategiske nettverksgrupper, til forskjell fra den opprinnelige modellen som er basert på et rigid hierarki. Nettverksgruppene bør jobbe tett sammen med eksisterende hierarki for å komplementere hverandre i endringsprosessen.

Nedenfor er det en tabell hvor den opprinnelige 8-stegsmodellen og det oppdaterte rammeverket fra 201 er sammenstilt.

<b>Leading Change: Why transformation efforts fail (1995)</b>	<b>Accelerate! (2012)</b>
1. Etablere en opplevelse av viktighet	1. Skape en opplevelse av viktighet rundt en stor mulighet
2. Etablere en maktkoalisjon	2. Opprette og videreutvikle et ledende team bestående av frivillige fra hele organisasjonen
3. Skape en visjon for endring	3. Skape en strategisk visjon og utvikle endringsinitiativ som har hensikt å utnytte den store muligheten
4. Formidle visjonen	4. Formidle visjonen for å skape større rekruttering til den frivillige hæren
5. Styrke ansatte til å handle i tråd med visjonen	5. Skape bevegelse fremover mot den store muligheten ved at frivillige fjerner hindringer som går på tvers av visjonen.
6. Planlegge for å skape hurtige og synlige resultater	6. Markere og feire små seiere på veien til den store seieren (den store muligheten)
7. Konsolidere endringene/forbedringene slik at enda flere endringer utløses	7. Ikke ta seieren på forskudd, og hvil på laurbærbladene. Viktig å holde fokus og temperaturen høy hele tiden.
8. Forankre endringene i organisasjonen	8. Gjøre endringen til en del av hverdagslivet i organisasjonen.

## 2.2 Motivasjon

Som det har kommet frem i underkapittel 2.1.1 vektlegges viktigheten av å skape en opplevelse av viktighet eller motivasjon i begynnelsen av et endringsarbeid. Jeg vil derfor i dette kapittelet se på hva motivasjon er, og hva litteratur sier er nødvendig er tilstede for å kunne ha motiverte medarbeidere.

Ordet motivasjon brukes i mange situasjoner om menneskers vilje til å gjennomføre ulike oppgaver. Ordet motivasjon kommer fra det latinske ordet *movere*, som betyr å bevege. Kaufmann & Kaufmann (2015, s. 113) definere motivasjon som *de biologiske, psykologiske og sosiale faktorene som aktiverer, gir retning til og opprettholder atferd i ulike grader av intensitet for å nå et mål.*

Som leder er man opptatt av å ansette motiverte ansatte, og opprettholde og videreutvikle denne motivasjonen. For å klare å gjennomføre en endring eller et implementeringsprosjekt i en organisasjon så må man skape en opplevelse av ønske og/eller behov for endring. I Hennestad & Revang (2017) beskrives dette som diskursiv bevissthet om ønsket fremtidig situasjon. Med dette menes at i en organisasjon som skal gjennom en endring, så er det nødvendig at de ansatte får informasjon, drøftet og tenkt om det nye som skal skje i forhold til egne betingelser. Dette er helt nødvendig for å kunne komme videre til det Hennestad & Revang (2017) beskriver som praktisk bevissthet. Praktisk bevissthet blir forklart som å kunne handle etter de nye idéene på automatikk.

I moderne organisasjonspsykologi så finnes det flere teoretiske retninger som kan brukes som fortolkningsramme for å forklare motivert atferd i arbeidslivet. Videre i dette kapittelet vil jeg gjøre rede for de ulike teoriretningene. Det er viktig å påpeke at innenfor de beskrevne teoriretningene så er det flere underteorier. Følgende oversikt er en grov sammenfatning av disse.

### 2.2.1 Behovsteori

Målsettingen for denne teorien har vært å finne frem til et sett av grunnleggende behov som ligger til grunn for hva vi mennesker gjør. Abraham Maslow med Maslows behovspyramide står sentralt i denne teoriretningen. En grunntanke i Maslows behovspyramide er at de laveste behovene, underskudds behovene, må tilfredstilles før høyere ordens overskuddsbehov blir aktualisert. Nyere forskning innen denne retningen viser at mennesker kan bevege seg oppover og nedover i pyramiden. Vi kan også jobbe engasjert i å få tilfredstilt et behov på et høyere nivå, og fortrenge et behov på et lavere nivå for å oppnå det (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Som eksempel kan vi se til kroppsfokuset i samfunnet vårt, og i noen miljøer hvor det blir så spisset at f.eks. inntak av tilstrekkelig næring blir prioritert bort for å få ønsket kropp og med dette sosial aktelse

### 2.2.2 Kognitiv motivasjonsteori/forventingsteori

Denne retningen står i kontrast til behovsteorier da behovene ikke blir betraktet som dypt sittende og som styrer oss uten at vi nødvendigvis er helt klar over det. I kognitive motivasjonsteorier så argumenteres det for at rasjonelle valg er den mest sentrale driveren for menneskelig adferd.

Mennesker er motivert for arbeid når det forventes at man er i stand til å oppnå det man ønsker å få ut av jobben sin. Altså at man har en klar formening om hvilke konsekvensen jobben vil få for ønsker om belønning. Videre så er det viktig hvor stor betydning belønningen har for den som skal utføre

jobben. I denne forklaringen så betyr belønning både ytre belønning som lønn og materielle goder, men også sosiale goder som aktelse og status. Innen denne retningen finner vi Edward Deci og Richard Ryan som har utviklet selvbestemmelsesteorien. De mener at motivasjon ikke er noe vi enten mangler eller har, men at det finnes god og dårlig motivasjon. De skille mellom ytre motivasjon (f.eks. lønn) og indre motivasjon (oppgavene du gjør gir deg glede). For å oppleve indre motivasjon må det være en opplevelse av tilhørighet, kompetanse og selvbestemmelse (autonomi).

### 2.2.3 Sosial motivasjonsteori

Innenfor denne fortolkningsrammen så er det individets opplevelse av sitt forhold til sine medarbeider som vil virke motiverende eller demotiverende. Innen denne retningen så er ulike former for rettferdighet sentralt, og gir variasjon i motivert adferd. De ulike formene for rettferdighet kan f.eks. være opplevelsen av likeverd; altså er din innsats og belønning likt med sidemann som har samme innsats? Om det er tilfelles så er det likeverdstilstand, og de involverte vil oppleve motivasjon. En annen form kan være fordelingsrettferdighet hvor andelen av goder er viktig. Her er ikke bare resultatet sentralt, men også veien til resultatet. Altså at metoden som er blitt brukt for å komme til resultatet er rettferdig.

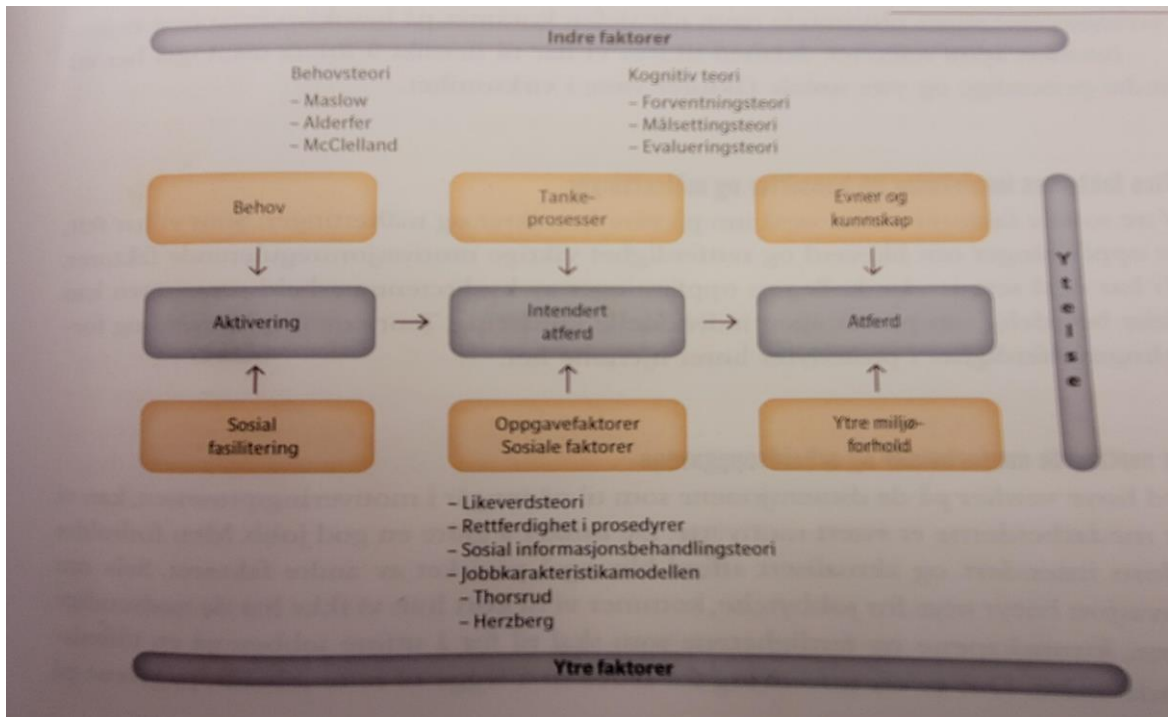
### 2.2.4 Situasjonsteori

Innen denne teoretiske retningens så går man bort fra arbeidstaker som fokus, og ser heller på arbeidssituasjonen. Her er fokuset egenskaper ved jobbsituasjonen som enten er motiverende eller demotiverende. Innen denne retningen finner vi Fredrick Hertzberg sin tofaktorteori. Etter å ha gjennomført intervjuer av hundrevis av arbeidstakere, så identifiserte Hertzberg det han kalte motiveringsfaktorer og hygiene faktorer. Motiveringsfaktorer er egenskaper ved jobben som aktivt fremmer jobbtillfredshet. Om de ikke finnes på arbeidsplassen så fremmer det en nøytral tilstand på jobben, men ved tilstedeværelse så er de aktivt fremmende på trivsel og motivasjon. Hygiene faktorer handler om lønn, fysisk arbeidsmiljø og forholdet man har til sine kolleger. Videre kan man si at det er egenskaper ved jobben som opphever utilfredshet ved at det er fravær av negative arbeidsbetingelser. Ved å bedre hygiene faktorene så vil man ikke nødvendigvis skape mer trivsel og arbeids glede. For å oppnå dette så må man gjøre noe med motivasjonsfaktorene (Kaufmann & Kaufmann, 2015)

### 2.2.5 Syntesemodell

Denne modellen forsøker å skape en helhetlig overordnet modell som omfatter områdene nevnt i modellene over. Det er mange faktorer som påvirker på samme tid, og modellen viser kompleksitet i motivasjon. Den kan videre forklare hvorfor samme tiltak ikke gir samme ytelse hos to forskjellige personer. Modellen er utarbeidet av organisasjonspsykologene T.R Mitchell og J.R. Larson. I denne

modellen tar de for seg de viktigste faktorene som påvirker motivasjon og hvordan igjen disse påvirker ytelse hos den enkelte. Modellen består av tre trinn, og alle trinnene påvirkes av indre og ytre faktorer. Indre faktorer består av behov, forventninger og evalueringer og de ytre faktorene er sosiale faktorer og miljø- og oppgave faktorer.



Figur fra Kauffman & Kauffman, 2015, s. 145

Som man ser av figuren så er behovsdrevet aktivering første trinn i kjeden av prosesser som munner ut i hvordan den enkelte yter. I dette første trinnet så kan man kjenne igjen Maslows behovspyramide hvor de lavere stadiene, de grunnleggende behovene må være ivaretatt. Likevel så ligger også behov for å intellektuell tilfredsstillelse, sosial anerkjennelse og selvutfoldelse på dette trinnet. De ytre faktorene på dette trinnet, kalt i figuren sosial fasilitering, er tilstedeværelse av andre mennesker. Ren tilstedeværelse av andre mennesker gir en aktivering.

I neste trinn i prosessen så blir tankeprosessene koplet inn. Her tolker vi, og danner forventninger som igjen kan påvirke hensiktene til den enkelte. Betydningen av belønning for den jobben som skal gjøres er viktig. På dette trinnet så veies forholdet mellom innsats, belønning og målsetting. Det er de kognitive teoriene blir inkludert. De ytre faktorene her kalles sosiale faktorer og her inngår opplevelse av likeverd og rettferdighet mellom en selv og sine kollegaer.

På siste trinn i modellen så er den ansatte allerede motivert. Likevel så er det en forskjell på intendert og aktualisert atferd. Å ha tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter for å ivareta arbeidet sitt tilfredsstillende er vesentlig for å få atferden aktualisert, og ikke bare intendert. Tilstrekkelig utfordrende oppgaver som gir rom for vekst og utvikling er sentralt. Ytre miljø delen på dette trinnet dreier seg både om å ha nødvendig utstyr for å kunne gjøre jobben sin tilfredsstillende, men også et trygt og sosialt arbeidsmiljø (Kaufmann & Kaufmann, 2015)

## 3.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for litteratursøk og de metodiske valgene jeg har gjort gjennom forskningsprosessen. Begrepet metode har opprinnelse i det greske språket og kan oversettes til *som veien til målet* (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 140). I et samfunnsvitenskapelig perspektiv handler altså metode om fremgangsmåten hvem, hva, hvor, hvordan og hvorfor man gjør det man gjør for å finne svar på problemstillingen sin.

For å kunne svare ut min problemstilling «*Hvilke erfaringer har ledere i implementering av VR teknologi i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern?*» har jeg valgt et kvalitativ design med semistrukturert intervju som metode. Målet for et kvalitativt forskningsintervju er å få frem betydningen av menneskers erfaring og opplevelse av verden forut for vitenskapelige forklaringer (Kvale & Brinkmann 2015, s. 20).

### 3.1 Litteratursøk

Da jeg skulle begynne å søke etter studier gjort på VR-teknologi og implementering så oppdaget jeg raskt at det var ganske mye nyere forskning innenfor bruken av VR i helsevesenet. Det strekker seg fra undersøkelser hvor kirurger virtuelt kan øve seg på kikkhullsoperasjoner, til hvordan en pasient kan arbeide med smertehåndtering.

Da jeg spesifiserte søket mitt ytterligere til å være begrenset innenfor psykisk helsevern så var det også en og del nyere forskning. Noen av studiene kommer endog fra forskningsmiljøet i Storbritannia som VROslo er knyttet opp til. Mange av studiene jeg har funnet har vinkling på å se hvordan effekten av bruk av VR-teknologi har for pasienten, hvordan metoden oppleves av pasient og helsepersonell eller hvordan terapeutrollen endrer seg ved bruk av VR-teknologi. Av det jeg har funnet gjennom mine søk så er det mindre forskning på ledelsesperspektivet ved bruk av VR-teknologi, eller implementeringsarbeidet for å få det inn i klinisk virksomhet. Søkebasene jeg har benyttet meg av er Medline, Oria, PubMed og Cochrane. Søkeordene (i ulike kombinasjoner, og kombinasjon AND/OR) har vært «virtual reality», «leadership», «management», «implement», «implementation». Jeg har lest gjennom mange abstrakter for å finne frem til de fagfelleverderte artiklene som er relevant for min oppgave. Jeg har også benyttet meg av litteraturlisten til aktuelle artikler for å se om de hadde relevante kilder som jeg kunne søke opp og benytte meg av. Pensumlisten i aktuelle fag for studiet ble også systematisk gjennomgått og relevant litteratur er hentet derfra.



## 3.2 Kvalitativ metode

Hvordan jeg opplever verden og former meninger om de ting jeg erfarer er basert på tidligere erfaringer jeg har hatt og teoretisk kunnskap. Som regel vil dette være i en kombinasjon, og også dikteres av kontekst jeg er i. Hvilket vitenskapelig ståsted jeg har hatt da jeg har skrevet denne oppgaven har hatt betydning for hvordan jeg har forstått og tolket datamaterialet. Disse trekkene sammenfaller med mye av det som beskrives innen sosialkonstruksjonisme (Braun & Clarke, 2013, s. 30).

Denne masteroppgaven har som mål å utforske erfaringer knyttet til menneskelig erfaringer og samhandling ved implementering av VR-teknologi i psykisk helsevern. Med dette som utgangspunkt var det naturlig å velge en kvalitativ metodisk tilnærming. I et kvalitativt intervju er informanten, eller subjektet, gjennom intervjuet med på å skape mening og forståelse om et bestemt emne. Subjektet er ikke helt subjektivt men er påvirket av sine omgivelser i hva de snakker om og hvordan (Kvale & Brinkmann, 2015) Med dette som bakteppe sammenfaller den hermeneutiske retningen godt med denne oppgaven.

## 3.3 Datainnsamling – kvalitativt intervju

Ved å bruke kvalitativ metode i form av semi-strukturerte intervjuer har det gitt meg muligheten til å gå i dybden, stille oppfølgingsspørsmål og få en større innsikt og forståelse av informantens opplevelse. Jeg valgte å gjennomføre individuelle intervjuer med hver informant. Grunnen til at jeg valgte individuelle intervjuer var for å ha større mulighet til å skape en arena hvor hver informant var komfortabel til å fortelle om både de positive og negative erfaringene de har hatt i implementeringsarbeidet av VR-teknologi.

## 3.4 Utvalg

I samarbeid med forskningsleder av VROslo identifiserte vi alle ledere ved de enheter/seksjoner som har bidratt inn i VROslo med pasienter og VR-terapeuter. Lederne jeg tok kontakt med var på tre forskjellige ledernivåer på det tidspunktet jeg gjennomførte intervjuene. Samtlige jobbet ved samme helseforetak og med pasientgruppe med lik/lignende diagnosegruppe. En av lederne som samtykket i å delta var min egen leder.

I alle kvalitative forskningsintervjuer så er det et asymmetrisk maktforhold mellom intervjueren og informanten. Intervjueren har en klar agenda og intervjuguide å lene seg på. Intervjueren kan velge hvilke temaer som skal følges opp med oppfølgingsspørsmål, og er også den som avslutter samtalen. Intervjuet er også en enveisdialog, hvor intervjuer spør og informanten skal svare. Avslutningsvis så har intervjueren monopol på å fortolke utsagnene til informanten (Kvale & Brinkmann 2015, s. 51-

53). Å gjennomføre intervju med egen leder kan man jo argumentere med at noe av det asymmetriske maktforholdet blir mer utjevnet. En nedside med å gjennomføre et intervju med egen leder er f.eks. at intervjueren blir mer tilbakeholden, mindre utspørrende og mindre åpen for informantens sine erfaringer, opplevelser og betraktninger. Videre kan informanten føle seg begrenset ved at anonymitet er helt fraværende. Selv om det ikke er anonymitet i en intervjusetting, så kan informanten i settinger hvor intervjuer og informant er helt fremmede for hverandre føle seg noe mer anonymisert (Kvale & Brinkmann, 2015). Etter å ha drøftet problemstillingen med min veileder så ble vi enige om at intervjuet med min leder kunne gjennomføres, men intervjueren måtte være noen andre enn meg. I prosessen med å finne en som kunne gjennomføre dette intervjuet var jeg opptatt av å finne en som kjente til VROslo, og var erfaren på å gjennomføre kvalitative intervjuer. Ved å ha kjennskap til VROslo så ville intervjueren kunne følge opp med oppfølgingsspørsmål som ikke nødvendigvis stod i intervjuguiden. Jeg mente at dette også ville være enklere å gjøre om man hadde en del erfaring med gjennomføring av kvalitative intervjuer. Siden jeg er heldig å være knyttet opp til VROslo hvor flere av prosjektdeltagerne har omfattende forskningserfaring så var fant jeg en passende kandidat. Videre så var jeg så heldig at vedkommende takket ja til utfordringen, og gjennomførte intervjuet for meg.

### 3.5 Intervjuguide

Jeg hadde i forkant av intervjuene utarbeidet en intervjuguide i samråd med min veileder, forskningsleder og andre medarbeidere i forskningsprosjektet VROslo (se vedlegg 4). Under utarbeidelsen av intervjuguiden fikk jeg mange gode råd. Et av rådene som nå føles veldig selvfølkelig etter at det er blitt påpekt er å stille spørsmål som leder an med «har», i stedet for slik som jeg hadde skrevet spørsmålene med «hvordan». Et eksempel på det er et spørsmål fra intervjuguiden min som lyder: *Har du rekruttert ansatte til å bli VR-terapeuter? Om så tilfelle, hvordan gikk du frem?* Før jeg fikk innspill på intervjuguiden hadde jeg formulert det spørsmålet som: *Hvordan har du gått frem for å rekruttere ansatte til å bli VR-terapeuter?* Da jeg ble oppfordret til å endre spørsmålsformuleringen ble det begrunnet med at å stille spørsmålene så åpne som mulig, forebygger at personene du intervjuer går i bevisst eller ubevisst forsvar. Med min opprinnelige spørsmålsformulering så har jeg lagt til grunn at personen jeg intervjuer har jobbet med å få ansatte til å bli VR-terapeuter. Dette kan igjen føre til at personen føler seg «tatt på fersken» og får behov for å bortforklare eller forsvare seg om dette ikke er tilfelle.

### 3.6 Gjennomføring av intervju

Jeg søkte først om godkjenning for gjennomføring av intervjuene hos Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT), se vedlegg 1 og godkjenning for gjennomføring av masterprosjekt av

Personvernombudet ved OUS se vedlegg 2. Etter også ha fått signert samtykkeerklæring fra informantene kunne jeg begynne med datainnsamling, se vedlegg 3.

Å gjennomføre gode kvalitative forskningsintervjuer er et håndverk (Kvale & Brinkmann, 2015) Med dette i mente valgte jeg å gjennomføre en «generalprøve» med en av prosjektmedarbeideren i VROslo. Hensikten med en slik øvelse var å teste guiden i en intervjusetting, samtidig gi meg som intervjuer en øvelsesarena. Jeg har aldri gjennomført en slik type intervju så jeg var spent på hvordan guiden ville fungere og om hvordan samtalen i et slikt type intervju ville flyte. Det var også en fin anledning til å teste ut den digitale lydopptakeren. På denne generalprøven så oppdaget vi at jeg manglet noen naturlige spørsmål; som f.eks. hvor mange pasienter har blitt inkludert i VROslo ved din enhet/seksjon, samt hvor mange VR-terapeuter har din enhet/seksjon. Disse ble da føyd til i guiden.

I midten av juli 2023 tok jeg via e-mail kontakt med hver enkelt informant. Henvendelsen min inneholdt bakgrunn for masteroppgaven og hva formålet med oppgaven var samt informasjonsskriv og samtykkeerklæring. Det var syv ledere jeg tok kontakt med, hvorav samtlige bekreftet at de ønsket å delta.

For å best mulig tilrettelegge for informantene så dro jeg til hver enkelt informant sitt arbeidssted. Å gjennomføre intervjuene på en arena hvor informanten føler seg komfortabel og trygg gir et best mulig utgangspunkt for et intervju (Braun & Clarke, 2013, s.91). Alle intervjuene ble gjennomført på informantene sitt kontor, etter informantene sitt eget ønske. Jeg benyttet digital opptaker ved gjennomføring av intervjuene. Jeg hadde i e-mail sendt i juli oppgitt at varighet av intervjuet ville være mellom 1-1,5 time. Selve intervjuene tok mellom 35 og 45 minutter, men med litt innledende samtale og avsluttende samtale så tok det hele drøyt 1 time.

## 3.7 Dataanalyse

Jeg vil i dette underkapittelet beskrive hvordan jeg trinnvis bearbeidet innsamlet data

### 3.7.1 Transkribering

Etter hvert gjennomførte intervju ble lydopptaket overført til et beskyttet område ved OUS sin server i tråd med personvernreglene.

Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen, eller å oversette talespråk til skriftspråk. Ved å gjøre om tale til tekst mister man mye av den non-verbale kommunikasjonen som stemmeleie eller ironi. Transkripsjoner blir beskrevet som svekkede, dekontekstualiserte gjengivelser

av direkte intervjuer. Likevel så gir transkribering en bedre mulighet til å analysere intervjuene enn f.eks. å bare ha stikkord fra intervju (Kvale & Brinkmann, 2015). Hvert intervju ble transkribert fortløpende av en medarbeider i VROslo. For å ivareta personvern hensynet ble hver informant gitt en egen kode i det lydopptaket ble gjort til tekst. Før transkriberingsjobben begynte hadde jeg et møte med personen som skulle transkribere. I dette møtet ble vi enige om hvor detaljert transkriberingen skulle gjøres. Da jeg skal bruke transkriberingen til meningskonsentrering og ikke er en språklig analyse ble vi enige om regler for transkribering (se vedlegg 5). Etter hver ferdigstilte transkribering, ble transkriberingen leste gjennom mens lydopptaket ble lyttet til for å fange opp eventuelle glipper, misforståelser eller feil.

Det kan sees på som en ulempe at intervjuene er transkribert av noen andre enn meg selv. Om jeg hadde transkribert intervjuene selv så hadde jeg hatt mulighet til å gjøre meg enda bedre kjent med dataen. Noen kvalitative forskere mener at transkriberingen er en nøkkelfase av dataanalysen, hvor det ikke bare er en mekaniske øvelsen i å få det muntlige ned på papir, men en del av fortolkningsbiten av analysen (Braun & Clarke, 2006, s. 87-88). Likevel så vurderte jeg at besparingen i tid var mer tungtveiende, enn muligheten for å bli kjent ytterligere med dataen via å transkribere det selv. Da jeg heller ikke har transkribert før så kan det stilles spørsmål om hvor mye sammenheng jeg ville fått ut av selve transkriberingsjobben da trolig mye fokus hadde gått med til å få det til teknisk. Videre så vurdere jeg datamengden som ikke alt for stor slik at jeg har hatt rikelig rom til å bli godt kjent med intervjuene.

### 3.7.2 Analyseprosess

Jeg har valgt å bruke tematisk analyse som verktøy inspirert av Braun og Clark (2015). Tematisk analyse blir sett på som en grunnleggende arbeidsmetode, og gir videre grunnleggende ferdigheter for å kunne gjøre andre typer kvalitative analyser (Braun & Clarke, 2006, s. 78). Videre så er ikke tematisk analyse bundet til noe teoretisk rammeverk som gir forskeren frihet til å bestemme teoretiske antakelser og hvordan dataen skal innhentes. Hensikten med denne metoden er å gi en beskrivende presentasjon av kvalitativ data og formålet er å formidle innholdet tematisk. Med bruk av tematisk analyse så ser man etter meningsfulle mønstre på tvers av dataen for å identifisere temaer. Da jeg har lite erfaring med kvalitativ data og analyse fra tidligere så jeg det som hensiktsmessig å tilegne meg kunnskap om en metode som både er grunnleggende samtidig som den gir meg ferdigheter jeg kan benytte meg i andre typer kvalitative analyser på et senere tidspunkt. Videre så hadde jeg ønsket om å sette svarene til informantene i fokus, og ikke informantene selv. Det generelle målet med analyse av kvalitativt datamateriale er å se om datasettet kan fortelle noe om problemstillingen. Deretter er målet å systematisere, sammenfatte og gjenfortelle.

## Tabell 1

*Fritt etter Braun & Clark (2006). De seks fasene i tematisk analyse*

Fase 1. Gjøre seg kjent med data. Transkribere, gjentakende gjennomlesing og notering av ideer

Fase 2. Systematisk identifisere trekk ved data. Generere innledende koder. Systematisk kode meningsinnhold av data på tvers av hele datasettet. Samle data relevant til hver kode.

Fase 3. Søke etter temaer. Samle kodene under potensielle tema, og samle all relevant data til hvert potensielle tema

Fase 4. Evaluere temaene. Gjennomgående sjekke om temaene er i samsvar med kodene og forskningsspørsmålet.

Fase 5. Definere og navngi tema. Gjennomgående analyse for å fremheve det spesifikke med hva de ulike temaene nyansere. Generere klare definisjoner.

Fase 6. Produsere den skriftlige rapporten. Tekstkondensering, beskrive funn med å sammenfatte analysen med eksempler og henviser til problemstillingen og eksisterende teori.

### Fase 1-3

Jeg leste gjennom de transkriberte intervjuene flere ganger. Her erfarte jeg at det var veldig nyttig å ha gjennomført seks av syv intervjuer selv ved gjennomlesing av transkriberingene. Da transkriberingene inkluderte pauser, avbrytelser og «fyllord» som ehh og ahh, så var det merkbart mer utfordrende å få helheten i intervjuet jeg ikke hadde gjort selv. Dette medførte at jeg valgte å lytte til lydopptaket på akkurat det intervjuet. Dette gjorde jeg før jeg hadde lest hele transkriberingen da det opplevdes som mest meningsfullt. Jeg begynte også så smått å merke i teksten forslag til koder.

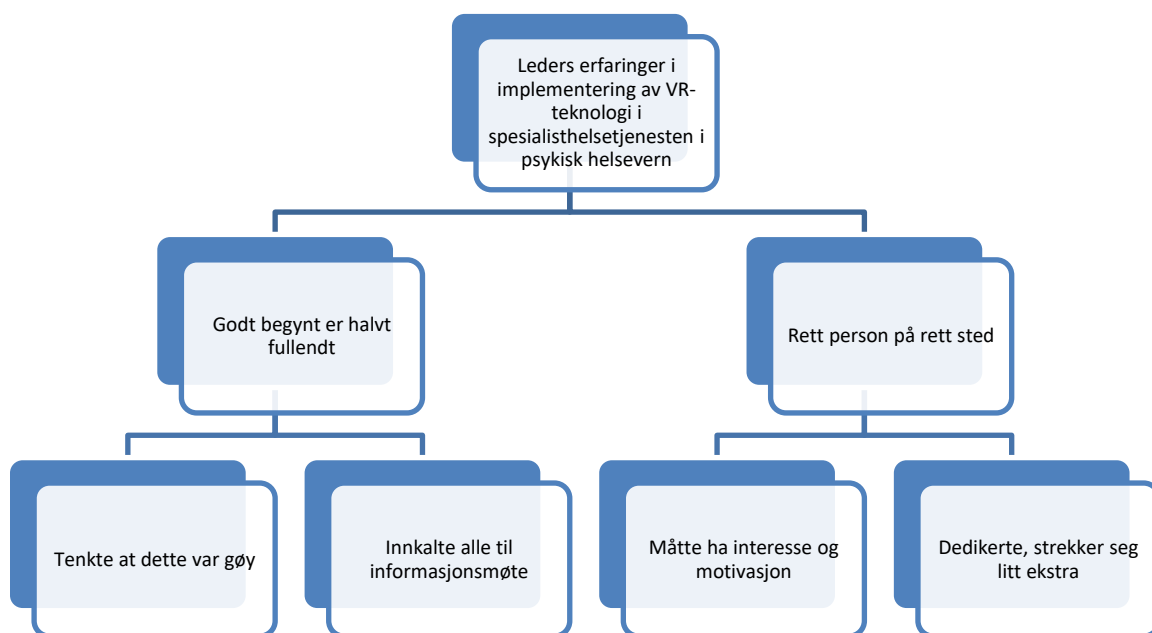
Videre så formaliserte jeg ytterligere de påbegynte kodene. Hensikten med å gjennomføre koding er å knytte nøkkelbegreper til en del av teksten (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 226). Jeg benyttet meg først av ulike farger for de ulike kodene. Dette gjorde jeg direkte inn i de transkriberte intervjuene. Underveis så ble det såpass mange koder at denne løsningen ikke lot seg fortsette med. Jeg laget derfor et skjema hvor jeg førte inn de meningsbærende enhetene. Jeg trakk også ut sitater som kunne knyttes opp på ulike måter til problemstillingen min.

Etter å ha gjennomført intervjuene, lest transkriberingene og sett gjennom alle kodene så syntes jeg det kom tydelig frem temaer. Jeg arbeidet med å finne passende navn på de ulike temaene som favnet de ulike kodene. Deretter organiserte jeg kodene inn under de passende temaene. Etter anbefaling fra min veileder så hadde jeg skrevet alle kodene på gule Post-it lapper. Alle disse hang på stueveggen hjemme. Etter å ha funnet temanavn skrev jeg disse på egne Post-it lapper og organiserte

deretter kodene inn under de forskjellige temaene. Dette for å visualisere det best mulig. Dette bidro til at noen av kodene byttet tema, samtidig så jeg at noen koder kunne passe inn under flere temaer enn ett.

#### Fase 4-5

Disse to fasene gikk litt over i hverandre i mitt arbeid med å analysere. I fase fire skulle jeg evaluere temaene jeg fant i fase tre, samt kontrollere at disse samsvarte med kodene og oppgavens problemstilling. I fase fem skulle jeg definere identifiserte temaer og en eventuelle revurdering av disse. Disse to fasene var sentrale faser som jeg har brukt mye tid på å gå frem og tilbake mellom. Navnene på temaene ble stadig revurdert og oppdatert. Det ble viktig å identifisere hvordan temaene hang sammen med datasettet og mine forskningsspørsmål. Gjennom fase 4 og 5 ble det tematiske kartet produsert med fire temaer hvor de ulike kodene ble identifisert. I figuren nedenfor så er dette eksemplifisert hvor problemstillingen er øverst, med to av temaene under med dertil koder.



Som følge av identifisering og spissing av de ulike temaene laget jeg nye forskningsspørsmål i tråd med tematisk fokus i etterkant av denne prosessen. Forskningsspørsmål kan både endres og lages underveis. Dette er en av fordelene ved kvalitativ forskning ved at det gir rom for fleksibilitet. En annen styrke ved å kunne endre forskningsspørsmålene i møte med empirien er at forskeren ikke låser seg til en fast fenomenforståelse (Skillbrei, 2019).

## Fase 6

Til slutt kommer den siste fasen hvor rapporten eller analysen skal skrives. Denne fasen var tidkrevende samtidig som sammenhengen mellom spørsmålene i intervjuguiden og de forskjellige temaene identifisert i tidligere faser ble tydeliggjort. Denne analysen kommer i kapittel fire. I følge Braun & Clarke (2006) så kan analysen ta form som illustrativ eller analytisk. Min analyse vil være illustrativ ved at jeg vil bruke transkripsjonsutdrag for å eksemplifisere temaene jeg analyserer, samtidig som jeg vil være analytisk i form av analytiske kommentarer tilknyttet disse transkripsjonsutdragene.

Som vist ved flere eksempler i gjennomgangen av de seks fasene så har jeg tatt en rekke valg gjennom prosessen. Det finnes ingen fasit i gjennomføringen av kvalitativ forskning, men sentralt er at det teoretiske rammeverket og valgt metode samsvarer med det jeg ønsker å undersøke. Videre så må jeg anerkjenne de beslutningene jeg har tatt, da disse legger føringer for det endelige resultatet (Clarke & Braun, 2006). Gjennom valgt metode så har jeg tatt data fra alle deler av datamaterialet, og på tvers av de ulike datamaterialene, for så å ordne det under tematiske overskrifter. Jeg har plukket ut utdrag hvor de ulike informantene har snakket om de samme temaene, hatt sammenfallende synspunkter, eller ulike meninger. Dataen må slik forstås som min konstruksjon, og vil ha sett annerledes ut om en annen hadde gjort dette med annet fokus og forskningsinteresse.

### 3.8 Studiens kvalitet

I kvalitativ forskning brukes forskjellige begreper når man skal omtale forskningsarbeidets legitimitet og kvalitet. I denne oppgaven bruker jeg reliabilitet og validitet

#### 3.8.1 Validitet

Ordet validitet på folkemunnen er å forstå som en uttalelses sannhet, riktighet og styrke. En valid konklusjon er korrekt utledet fra sine premisser. En bred fortolkning av validitet sier noe om hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke. Videre så sier det noe om hvilken grad forskerens observasjoner faktisk reflekterer det fenomenet som man ønsker å vite noe om i det særskilte forskningsprosjektet. Validering er ikke noe som man skal gjøre som et sjekkpunkt mot slutten av forskningsprosjektet, men må gjennomsyre hele prosjektet (Kvale & Brinkmann, 2015). Validiteten i denne oppgaven er blitt ivaretatt ved f.eks. at spørsmålene i intervjuguiden belyser problemstillingen på flere forskjellige måter og redegjørelsen for de metodiske valgene beskrevet i dette kapitlet bidrar til studiens pålitelighet og troverdighet

### 3.8.2 Reliabilitet

Reliabilitet kan ikke brukes helt på samme måte i kvalitativ som i kvantitativ forskning. Reliabilitet handler om målsikkerhet, dersom en kvantitativ studie har god reliabilitet vil det samme resultatet produseres ved hver måling. I kvalitative studier vil en ikke kunne oppnå to identiske målinger fordi møter mellom mennesker ikke kan repeteres på en slik måte. Kvalitative studier vurderes derfor ut ifra datainnsamlingens konsistens og troverdighet. Pålitelighet, eller reliabilitet handler altså om hvor godt metoden klarer å undersøke det man har til hensikt å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015). Åpenheten om hvilke fremgangsmåter jeg har valgt og i hvilken kontekst datainnsamlingene har funnet sted, er med å øke reliabiliteten. Hensikten med kvalitative studier er ikke å kunne lage etterprøvbare resultater som i kvantitative undersøkelser, men å kunne gå dypere inn i et fenomen og fortolke dette i lys av valgt teorigrunnlag og egen forforståelse. Et viktig spørsmål er hvorvidt studien har relevans for andre og for fagfeltet. Relevans og overføringsverdi kan måles i om flere studier oppnår lignende resultater. Denne studiens funn er i tråd med teori og lignende studier på området, samtidig som den påpeker behovet for mer kunnskap om implementering av forskning i psykisk helsevern.

### 3.8.3 Min egen forforståelse

Når man går inn i et forskningsarbeid så bør man være bevisst og underveis reflektere over eget ståsted. Dette kan være med på å forebygge skylapper og forhindre ny kunnskap. Allerede under utarbeidelsen av intervjuguiden, ble jeg oppfordret til å skrive ned min forforståelse av problemstillingen før jeg kom dypere ned i oppgaven. Spesielt viktig var det å gjøre det før jeg gjennomførte intervjuene. Dette for å sikre at forforståelsen jeg her beskriver er uten påvirkning av senere innhentet data. Når det kommer til valg av tema for oppgaven min springer den ut fra faglige interesse, arbeid og stilling. Jeg har arbeidet mange år som mellomleder i spesialisthelsetjenesten. Jeg begynte i spesialisthelsetjenesten siden jeg synes psykisk helse er et utrolig spennende felt. Både hva betydningen av psykisk helse har for hele mennesket, samtidig hvordan vi som samfunnet behandler psykisk helse og somatisk helse som to uavhengige aspekter av hverandre. Det er spennende, frustrerende og motiverende. Det skal vel også sies at det litt myteomspunnete rundt psykose (som er det eksakte fagfeltet jeg jobber innenfor) var også spennende. Etter noen år «på gulvet», så ble jeg forspurt om jeg ville tre inn i en lederrolle. Jeg skal være ærlig å si at jeg gikk inn i den rollen uten å ane noe om omfanget av hva jeg påtok meg. Det har vært mange og bratte læringskurver. Som leder har jeg erfart at jeg står mye i spagaten mellom å ta vare på og legge til rette for at medarbeidere kan utvikle sine kunnskaper og ferdigheter, sikre forsvarlig drift og være med på å være fremover lent og nytenkende. Det er mange føringer av både økonomisk og faglige karakter som styrer mitt virke. Gjennom mine år som leder har jeg også vært med på starte større og



mindre prosjekter. Disse har både vært av mer og mindre vellykket karakter. I Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPHA) sin handlingsplan for forskning (2023) er et av resultatindikatorene 15 % årlig økning av kliniske studier. Jeg er ingen erfaren forsker, men sett med mine øyne så høres 15 % økning årlig ut som et stort mål. Kombinasjonen egne erfaringer sammen med dette kravet er min interesse stor for hvordan kan vi lykkes med det. Jeg har vært involvert i VROslo fra den spede begynnelse. Jeg har stor tro på KAT som behandlingsmetode, og jeg synes det intuitivt virker logisk å kunne bruke VR som et verktøy inn mot denne behandlingsmetoden. Å få mulighet gjennom denne masteroppgaven å se på hvordan ledere ved de involverte enhetene/seksjonen har arbeidet for å få dette implementert, og hva deres erfaringer har gitt er veldig spennende. Som leder har jeg også latt meg frustrer over hva man kan tenke som manglende etterlevelse, gjennomføring og handlekraft rundt beslutninger som er tatt. Jeg tenker det er viktig å trekke frem dette da det har nok preget hvilke temaer jeg har valgt å gå nærmere inn på i analyse- og drøftingskapittelet.

### 3.8.4 Ethiske overveielser

I denne studien ble ledere av enheter/seksjoner for mennesker med psykoselidelser direkte berørt. Forskningsetiske retningslinjer presiserer at forskere har et særlig ansvar for sårbare og utsatte grupper i befolkningen. Ansatte i helsevesenet har ikke samme krav på beskyttelse som f.eks. pasienter når de inkluderes i forskningsstudier, jf. Helsinkideklarasjonen (1964). Masterprosjektet ble søkt godkjent hos Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT) og har referansenummer 655721, se vedlegg 1. Jeg søkte også godkjenning hos Personvernombudet ved OUS da samtlige ledere er ansatt ved dette helseforetaket, se vedlegg 2. Godkjenning fra begge instanser forelå før jeg begynte å intervjuere ledere.

To viktige elementer ved forskningsetikk er anonymisering og transparens (Tjora, 2012).

Anonymisering gjelder informantene, men transparens dreier seg om gjennomsiktighet i prosessen og presentasjonen av forskningen. Leser skal få et godt innblikk i forskningen og skal kunne ta stilling til forskningskvaliteten (Tjora, 2012). Ved et kvalitativt studie så er vanligvis utvalget mindre enn ved kvantitative studier, slik at ivaretagelse av personvern er en viktig etisk utfordring. I denne oppgaven fikk alle informantene skriftlig informasjon om formen på intervjuet, eksempler på spørsmål og hvordan dataen ville bli behandlet og oppbevart. Om de ønsket å delta måtte de signere samtykke, se vedlegg 3. Gjennom metodekapittelet er det gjort rede på en systematisk måte hvordan prosessen fra å utarbeide intervjuguide til en ferdig analyse av dataene har foregått.

En etisk refleksjon jeg har tenkt på gjennom dette arbeidet er frivillighet til deltagelse i intervjuer. Da min masteroppgave er knyttet opp til allerede pågående forskning, så har jeg reflektert over om de forespurte lederne kan ha følt plikt til å stille opp til intervju i forbindelse med min masteroppgave

siden de allerede hadde sagt ja til å delta i VROslo. Selv om det i informasjonsskrivet står at det er frivillig, og man kan trekke sitt samtykke når som helst uten konsekvenser, så har jeg reflektert over om de ville ha stilt opp like lett til intervjuer med meg om det ikke var knyttet opp til VROslo.

## 4.0 Presentasjon av funn

I dette kapittelet presenterer jeg funn fra intervjuene. Fra den tematiske analysen av datamaterialet identifiserte jeg funn som på ulikt vis belyser problemstillingen: *Hvilke erfaringer har ledere i implementering av VR teknologi i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern?*

Fra den tematiske analysen fremsto fire hovedtemaer som sentrale. Jeg har valgt å organisere temaene under følgende underkapitler:

1. Godt begynt er halvt fullendt
2. Rett person på rett sted
3. Hva er å drifte ordinært?
4. Pasienten – en endringsagent?

I det første temaet så vil jeg se på hvordan lederne selv ble introdusert til å benytte VR-teknologi, og hvordan de valgte å informere resten av sin organisasjon. Videre så vil jeg se på hva slags tanker som ledet an da VR-terapeuter skulle velges ut. I neste tema vil jeg se hvilke egenskaper som ble vektlagt ved VR-terapeutene, og hva som ble vurdert som nødvendig tilrettelegging slik at VR-terapeutene kunne få utført sitt oppdrag. Jeg vil også her beskrive ulike erfaringer informanter hadde rundt hvordan sikre kontinuitet i et implementeringsarbeid. I det tredje temaet så vil jeg se vurderinger og prioriteringer lederne måtte gjøre i implementeringen av VR-teknologi. Her vil jeg trekke frem hva slags opplevelser leder hadde i forbindelse med støtte i linje i rolle som leder, videre vil jeg se på informantene sin vurdering av egen funksjon som leder i implementeringen. I fjerde og siste temaet så vil informantenes tanker og erfaringer vedrørende pasientgruppen og deltagelse i bruk av VR-teknologi belyses.

Funnene beskrives utfra min egen tolkning og analyse, og utdrag fra datamaterialet er i kursiv. Utdrag er ment for å eksemplifisere og tydeliggjøre informantens stemme. For å bevare informantene sin anonymitet er det ingen navn som oppgis. I noen av sitatene er deler klippet ut. Det som er klippet ut tar ikke vekk mening fra det som er sagt, men ment som en hjelp for leser. Dette er markert med enten ..., eller (...). Jeg påpeker om det er enighet mellom informantene og presenterer nyanser eller uenigheter der det er det.

## 4.1 Godt begynt er halvt fullendt

I dette underkapittelet vil jeg se på hvordan informantene ble introdusert for bruk av VR-teknologi i behandlingsøyemed. Jeg vil også se på hvordan informantene planla oppstart av dette i egen organisasjon både med tanke på informering og rekruttering av ressurspersoner.

### 4.1.1 Informantenes egen innstilling

Det var litt ulike måter informantene hadde fått kunnskap om VROslo på, og forespørselen om at deres organisasjon skulle delta i å teste ut VR-teknologi i behandling. Noen hadde blitt direkte forespurt fra forskningsleder av VROslo og tatt et selvstendig valg om deltagelse. Den generelle første tanken informantene beskrev var en grunnleggende positiv innstilling til å delta i å prøve ut VR-teknologi som et behandlingsverktøy.

*Også tenkte vi at dette er gøy så dette må vi prøve. For jeg tenker jo at dette er noe som absolutt vil gagne pasientene og det er morsomt å være med på noe som er innovativt.*

Andre informanter beskrev en introduksjonsmåte som var mer som en orientering om at VR-teknologi skulle startes opp med. De forskjellige introduksjonsmåtene kan forklares med at jeg har intervjuet ledere som er på ulike ledernivåer, dette medfører at det er forskjell i hvor stor egenstyring man har over hva slags prioriteringer som gjøres.

*Ja, det var jo sånn at man begynte med en pilot (...) også ble vi bedt om å starte opp på postene med VR.*

Selv om hovedinnstillingen var positiv var det også tanker rundt hvordan dette skulle la seg gjennomføre. Områder som ble tematisert var hvor mye tid som ville gå med, om man fikk tilbud om kursing og hjelp både i tekniske spørsmål men også faglige spørsmål, og hvordan man generelt skulle lage en plan for prosessen. Det var også ytret spørsmål om deltagelse var riktig prioritering av bruk av tid og ressurser

*Første tanke var hvor relevant er dette for oss, er dette innenfor vårt mandat? I forhold til hvilke lidelser vi skal behandle?*

### 4.1.2 Hvordan berede grunnen

Informantene beskrev en ganske lik tilnærming til hvordan de valgte å informere organisasjonen sin. Viktigheten av å få informasjon ut om hva som skulle bli startet opp ble vektlagt. Ulike fellesmøter ble brukt som informasjonsarena. Noen av informantene hadde også med seg medarbeidere fra VROslo inn på disse informasjonsmøtene.

*Men vi hadde i hvert fall ett eller to sånne møter med disse VR prosjektfolka som presenterte det for alle. Og fikk prøve litt VR-utstyr og prøvde å selge det inn*

## 4.2 Rett person på rett sted

Som forrige underkapittel viste ble det vektlagt å gå bredt ut og informere hele organisasjonen om det nye. Videre påpekte flere av informantene viktigheten av å finne ressurspersoner som kan være VR-terapeuter. Ressurspersonene ble beskrevet som personer som skulle ha et særskilt ansvar for å gjennomføringen. Det var viktig at disse menneskene ønsket seg rollen som ressursperson, og at de hadde fått en tilstrekkelig forståelse for ansvarsområdet til en slik rolle. Videre ble det påpekte at noen grunnleggende kunnskap om teknologi var en fordel. En like viktig side ved å inneha rollen som ressursperson var at personen var engasjert og følte et særskilt ansvar i å ivareta funksjonen.

*Veldig bra at vi hadde noen sånn med litt teknisk innsikt og som var interessert og synes det var gøy. Og som strakk seg litt lengre enn vanlig.*

Strategiene for å få rekruttert personer med disse kvalitetene var litt ulike, men hovedtrekket var at de aktuelle måtte melde seg selv som interessert. De ulike strategiene var en utlysning eller felles mail eller på felles informasjonsmøte med oppfordring om å melde seg dersom man var interessert.

*(...) så har vi spurt om noen har vært interessert (...) altså det har ikke vært sånn; du og du og du skal rekrutteres. Men det er sånn litt de som har lyst.*

Noen av informantene beskrev at henvendelsen om det var noen som var interessert i å være VR-terapeut ikke ble sendt ut til hele organisasjonen, men til et mindre utvalg. Utvalget i disse tilfellene var allerede eksisterende grupper som drev med kognitiv atferdsterapi i enten i gruppeform eller individuelt.

*(...) at det måtte være behandlere, også har det vært sånn at de som har vært mest engasjerte i kognitivkurset har kanskje vært de som syntes dette var mest spennende ja.*

Alle informantene oppgav at etter at interessenter hadde meldt seg ble det gjort et utvalg av disse. Dette ble gjort av leder. Det var litt variasjon i antall VR-terapeuter som ble rekruttert, men der det var flest VR-terapeuter så var det 9 stk., et par av de andre stedene var det mellom 2 og 4 stk. og ved de siste stedene visste ikke leder hvor mange VR-terapeuter som var rekruttert.

### 4.2.1 Hjelpen terapeuten inn i rollen sin

Når VR-terapeuter var blitt valgt ut, oppgav flere av informantene grep som måtte gjøres for å hjelpe terapeutene inn i rollen sin.

*Først må du jo finne folk som er dedikerte, synes dette er morsomt. Også må de jo få rammer til å ha den rollen og kunne gjennomføre det*

Grepene kunne være endring av turnus, slik at terapeutene fikk en fast dag i uken med dagvakt. Dette for å sikre et fast møtepunkt mellom terapeutene, og skjerme dem fra annen drift. Flere beskrev også at VR-terapeutene hadde vært med på oppstartsmøter arrangert sentralt fra forskningsgruppen for VROslo. Videre så har det vært møtepunkter mellom en del av VR-terapeutene og representanter fra VROslo. Temaene for disse møtepunktene har vært å utveksle erfaringer, og for at VR-terapeutene kunne få hjelp og veiledning på ulike utfordringer som f.eks. tekniske utfordringer eller KAT utfordringer.

#### 4.2.2 Personalsituasjon

Noe flere av informantene oppgav som en viktig erfaring var det å sikre kontinuitet. Det ble beskrevet som potensielt veldig sårbart om en av VR-terapeutene skulle f.eks. bli sykemeldt. Dette ble særlig fremhevet ved de stedene hvor det i utgangspunktet ikke var så mange VR-terapeuter.

*Du er veldig avhengig av at de du velger ut både er interessert i data og i spill for at dette skal gå, og at du også velger ut noen som er en kontinuitet. Som ikke blir borte da. Og du kan jo ikke noe for at du blir syk eller at ting skjer, men det er viktig.*

Ved lengre fravær så var det flere som beskrev at de VR-terapeutene som var igjen på jobb ble mindre synlige og at inkluderingen av pasienter gikk tregere, eller i verste fall falt helt bort. Det generelle fokuset i organisasjonen på VR som behandlingstilnærming, ble også redusert.

*(...) når han er tilbake for fullt så er jo motivasjonen til de andre blitt desto bedre også*

Redusert initiativ og fokus ble også beskrevet av noen av informantene i forbindelse med at ressurspersoner sluttet.

*Ja, nå er det sånn at hun som var litt sånn limet i de tre gruppene sluttet. Så nå har vi ingen dedikerte til det.*

Informantene ved de stedene hvor det var en større gruppe med VR-terapeuter oppgav ikke disse momentene som utfordringer.

#### 4.3 Hva er ordinær drift?

I dette kapittelet beskriver jeg funnen jeg har gjort rundt informantene sine erfaringer knyttet opp til å drifte organisasjonen, samtidig som noe nytt skal implementeres. I første underkapittel vil jeg se på hvordan informantene vektet de ulike arbeidsområdene, og hvordan det i praksis utspilte seg. Videre

i neste underkapittel vil jeg se på informantene sitt syn på hvordan de opplevde egen rolle som leder, både oppover til egen leder og som leder for egne ansatte.

#### 4.3.1 Ledelse; et spørsmål om prioriteringer

Flere av informantene var tydelig på at økonomi og aktivitetskrav var styrende for hva slags valg man gjorde som leder. En informant påpekte å stå i spagaten mellom å være tro mot føringer som ligger til grunn rundt det å f.eks. drifte forskning, og det å ha et budsjett som går i balanse.

*(...) man snakker hele tiden om at man skal drive klinikk nær forskning og vi må prioritere det. Også står man der som leder da og skjønner ikke sin arme råd hvordan du skal klare å få budsjettet i balanse og drive med alle disse tingene som forventes og du blir pålagt.*

Noe jeg også har funnet gjennom den tematiske analysen av intervjuene er en opplevelse blant flere av informantene om at ressurser ved noen av stedene er redusert betraktelig. Dette er gjort for å få budsjetter i balanse, og blir beskrevet som noe som har foregått over mange år. I den anledning blir det påpekt at resultatet av dette blir nesten daglig vurderinger mellom hvilke oppgaver man skal gjøre

*Det er kjempe vanskelig, for vi har, vi er så skjært ned til beinet på bemanning at det er kjempe vanskelig å få til. Og skal du da prioritere å heller drive med VR eller skal du gå tur eller gå til tannlegen (med pasienten) eller disse andre tingene som skal gjøres.*

Likevel gav flere av informantene uttrykk for positive tanker rundt i implementeringen av VR-teknologi. Det ble påpekt viktigheten av å være med på å være nytenkende både for å skape en spennende arbeidsplass for de ansatte. Men også viktigheten av å være med på å potensielt skape et bedre behandlingstilbud for fremtiden ble fremhevet.

*Mye av tilbudene til dårlige schizofrene pasienter (...) hos oss er det på en måte en eller annen kafé hvor det sitter noen kronikere.*

Et vurderingskriterie som ble påpekt av flere informanter var en forskjell mellom må-oppgaver og bør-oppgaver. Begrepet må-oppgaver ble også beskrevet som den daglig drift eller ordinær drift. I dette inngikk oppgaver som medikamenthåndtering, vurderinger opp mot Lov om tvunget psykisk helsevern, personaloppfølging og den daglige generelle oppfølgingen av pasienter. I begrepet bør-oppgaver ble deltagelse i forskningsprosjekter som f.eks. VROslo puttet. Flere av informant beskrev at må-oppgavene gikk alltid først, og medførte at bør-oppgavene ofte ble nedprioritert.

*Men jeg blir jo ikke tatt på at jeg ikke har forskningsprosjekter. Men jeg blir tatt i forhold til hvis vi har, bryter loven, hvis vi har stygge utageringer, personalskader, dårlig arbeidsmiljø og sånt ikke sant?*

*(...) vi må først sikre at vi kan gi forsvarlig behandling til alle pasienten som trenger det. Og så kan vi drive med alle disse tilleggs greiene.*

#### 4.3.2 Ledelse i linje

Flere av informantene påpekte viktigheten av at implementeringen hadde ledelsesforankring. Litt avhengig av hvilket nivå man var som leder så hadde flere informert sin leder om prosessen de var i. Det var en bred opplevelse av å ha støtte fra leddet over seg.

*Så jeg tenker jo at lederforankring er viktig. Han (leder over) har jo på en måte blitt informert om dette, støttet det veldig, hauset det litt opp.*

Støtten som ble beskrevet var en positiv innstilling, og hos noen ble progresjon og resultater etterlyst. Et par av informantene gav uttrykk for lite behov for støtte fra linjen over seg. Det ble sagt at man opplever at man må rapportere på det man driver med, men ikke for å anskaffe hjelp eller støtte i prosessen.

*Bortsett fra at det liksom står på en eller annen skryteliste når vi skal ha driftsoppfølging ved klinikken oppover.*

En informant gav uttrykk for å oppleve det som lite hensiktsmessig å involvere lederlinjen over seg.

*Jeg har ikke ropt om det oppover i systemet til klinikkjefen eller avdelingsleder at vi ikke har penger til det. Fordi det er mange ting vi driver med her som vi egentlig ikke har kapasitet til, men som vi prøver å få til likevel. Også gjør vi det beste ut av det.*

#### 4.3.3 Hvordan ledet man selv?

Flere av informantene reflekterte over egen funksjon som leder i denne prosessen. Noen var selvkritiske og påpekte at de kanskje ikke hadde fulgt opp i den grad som man burde underveis i arbeidet. Grep som ble fremhevet som ikke var gjort, eller gjort lite av var å være mer nær det som skjedde og å være mer pådriver.

*Altså det som kanskje har manglet i lederlinjen, det kan godt tenkes at det er fra meg (...)*

Noen hadde hatt jevnlig opppe på ulike møter hvordan det gikk med implementeringen. På disse møtene deltok en eller flere av VR-terapeutene som redegjorde for prosessen. Det ble også



fremhevet at for å holde fokus på prosessen, så måtte det snakkes om jevnlig ellers var det lett å glemme det i alle de andre tingene de ansatte skulle følge opp og passe på.

*Alltid når det gjelder å inkludere til ting så kreves det at man med jevne mellomrom sier at; okay men nå må vi ikke glemme det her. For det glemmes av behandlere, også suller man seg inn i det vanlige.*

Utfordringer knyttet til de fysiske og tekniske rammene ble fremhevet som krevende av flere av informantene. Et par av informantene beskrev problemer knyttet opp til å ikke ha tilstrekkelig internett dekning til å kunne utføre VR. Årsaken til dette ble forklart med tykke murvegger, og dårlig internettsignaler. Flere påpekte også tilgangen til passende rom som vanskelig. Det ble beskrevet her som at det er for få rom tilgjengelig, og det oppstår konkurrerende interesser som vanskeliggjør gjennomføringen av VR. Disse tingene koblet flere av informantene til at kanskje noen av VR-terapeutene ble demotiverte i sin rolle.

*(...) det er veldig viktig at (...) teknikken fungerer og at de som skal gjøre det er trygge på å gjøre det. Og der har vi hatt mye utfordringer. Så det har vel kanskje vært at folk ikke tørr eller gir opp fordi det tekniske blir vanskelig.*

En informant beskrev opplevelse av stor interesse og engasjement blant VR-terapeutene. Dette gav positive effekter som pushet utviklingen i organisasjonen videre. Denne informanten påpekte også at ringvirkningene av engasjementet hos noen, spredde seg til å gjelde flere.

*(...) jeg synes jo det er en luksus jeg har som leder på dette stedet her at det er veldig mange folk som har stor interesse i hva de driver med. Dermed også evnen til å putte inn ganske mye i sin arbeidshverdag.*

Det ble beskrevet en situasjon hos flere av informantene at hverdagen og må-oppgavene tok fokuset, og medførte at den generelle interessen i organisasjonen ikke nødvendigvis var så stor. Det ble også påpekt at ikke alle var så interessert i VR, og dermed tok ikke initiativ til å få mer kunnskap eller bidra inn på noen måte.

*(...) alle har liksom sine særinteresser så det er liksom noe med å finne noen som akkurat vil det.*

Noen av informantene reflekterte i den anledning om sin egen lederfunksjon i slike situasjoner. Refleksjonene dreide seg om hvor mye styring skal man som leder gjøre ovenfor enkelt ansatte og hva de skal engasjere seg i og på den måten bidra til å få tilstrekkelig med ressurspersoner. Samtidig

var samtlige informanter opptatt av at det var helt essensielt å ha ansatte som faktisk ønsket å være med i arbeidet rundt VR.

*(...) at jeg måtte vært enda mer på de enkelte behandlerne for å presse dem litt til å gjøre det.*

#### 4.4 Pasienten – en endringsagent?

Det var litt delte meninger rundt hvilken betydning pasientgruppen hadde for hvor vellykket implementeringen hadde vært. Flere påpekte at pasientgruppen som var valgt ut til å forsøke VR i denne sammenhengen var blant de sykeste.

*(...) men det er klart med vår pasientgruppe så er det jo, de er jo ikke de mest, det er jo dårlige folk. De er jo ikke så veldig compliant.*

Dette medførte utfordringer på flere forskjellige områder. En av utfordringene som ble trukket frem av en av informantene var av sikkerhetsmessige hensyn. Det ble oppgitt at flere pasienter hadde restriksjoner på utgang, de hadde f.eks. ikke anledning til å forlate enheten. Om bruken av VR måtte skje utenfor enheten grunnet rombegrensninger og internettoppkobling så hadde det skjedd at noen av pasientene ikke fikk delta. En annen utfordring som flere trakk frem på litt forskjellige måter var sykdomssymptomene hos pasientene. Det kunne være positive symptomer som syn/hørselshallusinasjoner som gjorde pasienten enten ekstra skeptisk til å delta eller om de takket ja til deltagelse var ekstra redde når det kom til å bruke VR-utstyret.

*Vi hadde jo en som opplevde det som så skremmende, hvor da terapeuten gjorde det motsatt. Hun satte på seg brillene også lot hun pasienten se på iPaden.*

At pasientene også kunne være kognitivt preget av sin sykdom ble også pekt på som utfordrende. Det kunne være utfordrende både når man skulle informere og motivere pasientene til deltagelse, samt når man skulle veilede i VR settingen. Å gi tilstrekkelig informasjon slik at pasienten får en forståelse for det som blir sagt, og at det er tilpasset slik at pasienten faktisk har en reell mulighet til å forstå, ble pekt på som krevende. Det ble av en av informantene understreket at det var sentralt å se på hvordan man selv utførte jobben med å informere og motivere pasienten, og ikke legge manglende deltagelse fra pasienten på dårlig kognitiv fungering.

*Mange sier at de er for dårlige, men jeg tenker det har med motivering og forklaring og legge seg på et enkelt nivå. Prøve litt forsiktig òg.*

En ting som ble beskrevet som noe positivt og som kunne være med på både rekruttere pasienter, samt opprettholde deltagelse, var det innovative preget VR-teknologien hadde. Det å få prøve noe

annet enn hva som tradisjonelt blir tilbudt som behandling i psykisk helsevern mente flere var en viktig faktor. En annen faktor som ble trukket frem var at dette gav kanskje flere en mulighet til å erfare VR-teknologi som man ellers kanskje ikke hadde hatt mulighet til grunnet sin personlige økonomi.

Par av informantene mente at nettopp den pasientgruppen som var valgt ut var den helt riktige gruppen til å benytte VR-teknologi. Å bruke VR teknologi i forbindelse med behandling mente noen ville gi flere pasienter tilgang til behandling. Et par av informantene mente også at dette gjaldt særlig de sykeste. Forklaringen på dette var at litt forskjellige blant annet ble det pekt på at for noen pasienter kunne det være enklere å forholde seg mest til en maskin.

*Jeg tror kanskje det er lettere å forholde seg til en maskin enn til mennesker*

Ved flere av informantene sitt arbeidssted så består pasientgruppen mest av unge voksne. Dette mente flere av informantene var en faktor som påvirket interessen for VR-teknologien blant pasientene. Unge mennesker er vant til teknologi, og mange av pasienten spiller ulike dataspill på fritiden. En av informantene mente at det å kunne snakke om dataspill med pasienten var en måte å bygge relasjon og møte pasienten der vedkommende var. Videre så ville da å tilby VR i behandlingen være en forlengelse av dette.

*Så jeg tenker at det er en måte å få kontakt, dette er jo noe som fascinerer.*

Utfordringer knyttet til å opprettholde kontinuitet og et stabilt behandlingsløp grunnet pasienten sin sykdom var et tema flere av informantene snakket om. Det ble beskrevet at pasienter ikke alltid møtte opp, noen ganger gav de beskjed og andre ganger gjorde de det ikke. Årsaken til dette trodde noen var at interessen for behandling ikke var så stor. Ikke nødvendigvis at dette gjaldt særskilt VR biten, men den generelle behandlingen. Flere av pasientene er på tvunget vern med eller uten døgnopphold. Dette innebærer at man mottar helsehjelp mot sin vilje. Dette ble påpekt som en faktor som kanskje kunne bidra til pasienten sitt fravær. En annen del som kunne være påvirkende til et ustabilt behandlingsløp var at noen pasienter har et svingende sykdomsforløp. I perioder kan man være mer preget av sin sykdom som medfører at man ikke klarer å følge opp avtaler om behandling. Flere av informantene gav uttrykk for at dette var en del av sykdommen, og det må beregnes inn og planlegges for.

*(...) noen pasienter møter opp og møter ikke opp og sånn. Sånn at det er jo mer at vi må på en måte være så fleksible at vi får det til å passe for dem, ikke omvendt.*

Antall pasienter som var blitt inkludert inn i VROslo strakk seg fra ved ett sted hvor det ble anslått til å være 6-8 pasienter inkludert, til at hovedvekten av lederne ikke hadde oversikt over antall inkluderte pasienter.

## 5.0 Diskusjon

I forrige kapittel har jeg presentert de viktigste funnen fra de semi-strukturerte intervjuene. Gjennom den tematiske analysen fremsto fire temaer som sentrale:

- Godt begynt er halvt fullendt
- Rett person på rett sted
- Hva er å drifte ordinært?
- Pasienten – en endringsagent?

For å strukturere dette kapittelet så har jeg valgt å dele hvert tema i egne underkapitler. I hvert underkapittel vil jeg se på hva som kom frem i analysen opp mot hva litteraturen anbefaler i et implementeringsarbeid samt hva forskning har avdekket.

### 5.1 Godt begynt er halvt fullendt

Gjennom den tematiske analysen så kom det frem at flere av lederne hadde vært aktivt deltagende i å planlegge oppstarten av bruk av VR-teknologi. Flere beskrev både en nysgjerrighet og entusiasme rundt det å være med på noe innovativt. Flere av lederne redegjorde for en bevisst tanke om strategi for å både spre informasjon og vekke entusiasme blant ansatte. Det kom i likevel ikke frem i noen av intervjuene at det var brukt en modell for endring eller at det var en systematisk tenkning og gjennomføring for implementeringen. I følge Kotter (1995) må et endringsarbeid begynne med en opplevelse av nødvendighet i organisasjonen. En utfordring med innovasjon er at det nettopp er nytt og nytenkende, og dermed ikke nødvendigvis noe en organisasjon kjenner et tydelig og definert behov for. På møtene som ble holdt ved de ulike enhetene/seksjonene for å gi informasjon om hva som skulle igangsettes så ble disse beskrevet som mer orienterende om at dette var besluttet å satse på. Deretter ble det på noen av enhetene/seksjonen demonstrert VR-utstyret, hvor også ansatte fikk mulighet til å prøve. Dette er litt i tråd med hva Chung et.al (2002) beskriver som en fremmer i implementeringen av VR-teknologi hvor det blir trukket frem viktigheten av at ansatte får prøve VR-teknologi.

Kotter (1995) påpeker at den første fasen bør satses stort på, og behovet for endringen bør forklares bredt og dramatisk ut i organisasjonen. Viktigheten av å fortelle grundig hvorfor det vil skje en endring i arbeidsmetode, bakgrunnen for dette og potensielt ulemper ved å ikke gjøre endringene er helt grunnleggende for å kunne skape motivasjon hos den enkelte. Dette samsvarer med hva Chung et al (2002) fant i sin studie hvor betydningen av å vise styrkene ved ny arbeidsmetode kontra gammel arbeidsmetode ble framhevet. Videre så hevder Kotter (1995) at om ikke første steg gjøres grundig nok vil man ikke få motiverte ansatte, og forsøket på endring vil feile. Ser vi også til

syntesemodellen for motivasjon så er første del av motivasjonskjeden behovsdrivet aktivering. Dette kan f.eks. være at ansatte som blir berørt av endringen må oppleve et indre behov for intellektuell vekst. Å få kunnskap om en ny behandlingsmetode, dens fordeler, ulemper og faglige belegg vil kunne være med på å skape et behov hos den enkelte for å oppdatere egne arbeidsmetoder. Ser vi da til hvordan VROslo ble introdusert på de forskjellige enhetene/seksjonen så kan det kanskje hevdes at det ikke ble lagt tilstrekkelig tid og ressurser i dette.

## 5.2 Rett person på rett sted

Samtlige ledere beskrev en bevissthet rundt å finne ansatte som ønsket å være ressurspersoner. Å være motivert for rollen og enten ha tekniske forkunnskaper eller kjennskap til KAT ble trukket frem som fordeler. Dette var da også begrunnelsen for at de som ble ressurspersoner ble valgt. Dette kan i noen grad samstemme med hva Kotter (1995) vektlegger i steg to i en endringsprosess. For å lykkes i denne fasen må en endringskoalisjon utvikles. Denne endringskoalisjonen er ikke kun bundet opp til det formelle hierarkiet, men må bestå av endringsagenter som er innflytelsesrike. Innflytelsen kan komme via stillingsbetegnelse, status, kompetanse og forskjellige opinionsbærere. Disse endringsagentene skal være med på å bygge momentum for endring i organisasjonen. De lederne jeg intervjuet var bevisst på at ressurspersonene (eller endringsagentene jamfør Kotter) måtte særskilt plukkes ut, men årsaken til utvalget var basert på at de meldte seg frivillige som et uttrykk for motivasjon. Sammensetningen av ressurspersoner, hvilken stilling de hadde og hva slags innflytelse de kunne ha i endringsprosessen ble ikke fremhevet som faktorer som ble vektlagt. Kanskje har den enkeltes motivasjon blitt vektlagt i så stor grad at man har sett bort fra betydningen av hvilken innflytelse ressurspersonene har, og bør ha i et endringsarbeid. Dette kan ha medført at ressurspersonene har hatt utfordringer med å skape tilstrekkelig oppslutning i organisasjonen, og på denne måten mangle momentum.

Det var litt varierende antall ressurspersoner ved hver enhet/seksjon. Særlig ved de stedene hvor det var få ressurspersoner så ble det beskrevet som sårbart. Det ble også beskrevet at framdrift stoppet opp ved fravær hos en ressursperson. Dette eksemplifiserer viktigheten av å ha tilstrekkelige med endringsagenter for å ikke bare begynne med endring, men kunne følge det opp med tilstrekkelig kraft og tyngde. Videre er også dette et eksempel på viktigheten av en ytre faktor i motivasjonsprosessen; sosial fasilitering (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Å ha et nettverk med mennesker som arbeider sammen om et felles mål gir fellesskap, pågangsmot og slagkraft, som man igjen kan argumentere gir mer motivasjon. Med dette som bakteppe kan man tenke at en maktkoalisjon ikke trenger å bestå av bare de som direkte skulle jobbe som VR-terapeut men også støttespillere som indirekte kunne tilrettelegge og støtte opp under endringsarbeidet. På denne

måten hadde organisasjonen vært mindre sårbar ved fravær, samt hatt en større plattform å jobbe ut fra.

### 5.3 Hva er å drifte ordinært?

Flere av lederne oppgav å være positivt innstilt til deltagelse i VROslo, både for å kunne være med på å skape et bedre fremtidig behandlingstilbud samt skape en spennende arbeidsplass for sine ansatte. Samtidig beskrev flere at ressursene de hadde tilgjengelig stadig ble redusert, og dette gjorde det utfordrende å bruke ressurser på VROslo. I spesialisthelsetjenesteloven blir det slått fast at forskning er én av fire hovedoppgaver til et helseforetak (1999 §3-8). Dette gjenspeiler seg også i OUS sin Områdeplan for forskning og innovasjon. Gjennom analysen kom det frem fra flere av lederne at det i praksis ble gjort en prioritering mellom mål-oppgaver og bør-oppgaver. Det ble trukket frem at man blir målt på f.eks. aktivitetstall, AML-brudd og sykefravær, men ikke på forskningsprosjekter eller annet kvalitetsarbeid. Det forventes en 15% økning (Områdeplan-Forskning og innovasjon, 2023) i klinikk nær forskning, men flertallet av lederne oppgav at i praksis ble bruk av tid på VROslo vurdert som en bør-oppgave, og derfor prioritert bort i konkurranse med mål-oppgavene. Disse funnene bekrefter til dels funnen i tidligere forskning hvor ledere, ansatte og pasienter gir uttrykk for bekymring for at i hverdagen så gjøres det prioriteringer, og det er da fare for at nettopp VR terapi vil bli nedprioritert (Chung et.al, Bratnell et.al, Brown et.al.).

Flere av lederne fortalte om at leder over seg også var positive til VROslo, samtidig gav noen av lederne uttrykk for at det var lite støtte utover den initiale reaksjonen. Det ble beskrevet en opplevelse av at det var lite å hente på å involvere lederleddene over seg, og en forventning om å løse arbeidsoppgavene med de ressursene man hadde. Ser man til syntesmodellen for motivasjon så kan man trekke linjer til å gå fra intendert atferd til aktualisert atferd i motivasjonsprosessen. For å kunne bevege seg til aktualisert atferd så er det nødvendig at en rekke ytre faktorer er tilstede, blant annet nødvendige ressurser til å gjøre jobben tilfredsstillende. Flere ledere beskrev seg selv til å være aktivert og med en klar intensjon om at sin enhet/seksjon skulle delta i VROslo. Samtidig opplevde de fravær i de ytre faktorene. I følge Kotter (1995) er det ikke tilstrekkelig bare å formidle krav og målsettinger for å lykkes med endring, men hindringer må også fjernes. Her kan man tenke at hindringen er en stadig reduksjon av ressurser samtidig som et økt krav om klinikk nær forskning. En annen ytre faktor som kom frem i flere av intervjuene var de fysiske og tekniske rammene for å kunne gjennomføre VR-terapi. Tilgjengelig rom og dårlig internett dekning ble fremhevet av flere av lederne som faktorer som bidro til vanskelig gjøring av implementering av VR-teknologi. Å få fjernet disse hindringene er ikke nødvendigvis noe lederne jeg intervjuet hadde makt eller innflytelse til å gjøre. Om leder hadde tematisert disse utfordringene til egen leder, så hadde kanskje det kunnet være med på redusere antallet hindringer. Utviklingsplanen 2040 (2023), Områdeplanen for

Organisasjon, ledelse og kompetanse (2023) og Områdeplan for forskning og innovasjon (2023) har som hensikt å blant annet tydeliggjøre ansvar. Å ha rammevilkår for å kunne ivareta kravene som kommer frem i de ulike førende dokumenter kan ikke nødvendigvis løses av leder som jobber ved den enhet/seksjon som er med i VROslo, men er en ledelsesutfordring som må løses ved hjelp av flere lederledd. Samtidig så har leder et ansvar i å gjøre egen leder oppmerksom på utfordringer som hindrer ønsket utvikling. På denne måten ansvarliggjøres flere ledd på veien mot ønsket endring.

Noen av lederne var selvkritisk til egen oppfølging av implementeringen, og mente de kanskje ikke hadde vært tilstrekkelig pådrivere. For å lykkes med endring er det viktig at det er fokus på implementeringen, og fremgang bør feires. Dette skaper utholdenhet i endringsarbeid som ofte tar lang tid (Kotter, 1995). Manglende kunnskap om endringsarbeid hos leder blir i Bratnell et.al (2023) fremhevet som et av de mest uttalte hindringene, og dette kan medføre at leder ikke er i stand til å legge til rette og støtte et endringsarbeid. Det kom også fram i analysen at ansatte hadde egne interessefelt, og tok dermed ikke initiativ på å innhente kunnskap om VROslo, eller på andre måter bidra inn. Dette på tross av at det var besluttet på flere ledernivå at VROslo var noe enheten/seksjonen skulle delta i. Her ser man hvordan transaksjonsledelse ikke fungerer, selv om leder sier at noe skal gjøres, så blir det ikke gjort. Det var stor enighet blant lederne at deltagelse måtte være basert på frivillighet, samtidig som en påpekte at man kanskje burde vært mer førende ovenfor den enkelte behandler. Å tvinge noen til engasjement, gir sjeldent engasjement. Men å gå i dialog med ansatte for å skape en felles forståelse av utfordringen slik at egeninteresse blir en del av det kollektive engasjementet er i tråd med transformasjonsledelse. Dette peker også tilbake på det som ble drøftet i kapittel 5.1, viktigheten av å skape en følelse av viktighet for endring. Dette fordrer at leder er tydelig med sine forventninger og krav, samtidig legger til rette for at ansatte får tilgang til kunnskap og informasjon. Som leder må man forvente at endring tar tid, og for å få meg seg personalet må man jobbe kontinuerlig mot målet. Man kan ikke tro at endring er nådd ved å informere om hva som er besluttet. Beslutninger må følges opp med ressurser i form av informasjon, kunnskap og prioriteringer. Noen deler av personalet kan være i behov av tettere oppfølging. Ansatte skal ha autonomi i egen arbeidshverdag, samtidig så er det leder sitt ansvar i å legge til rette for at beslutninger som er tatt blir kollektivt jobbet mot.

#### 5.4 Pasienten – en endringsagent?

Flere av lederne trakk frem utfordringer knyttet til pasientgruppen som var valgt ut til å delta i VROslo. Utfordringer som ble påpekt var symptomer som gjorde deltagelse vanskelig, kognitive vansker som gjorde det utfordrende å informere og motivere til deltagelse. Videre ble det også pasientens kognitive tilstand forklart som årsak til at det kunne være vanskelig for pasienten å forstå veiledning gitt i VR settingen. Disse tingene mente noen av lederne bidro til at flere pasienter med



psykose falt utenfor og ikke fikk tilbud om VR-terapi. Dette står i kontrast til opprinnelsen av gameChange-applikasjonen som er utviklet særskilt for mennesker med psykose. Gjennom hele utviklingsprosessen av gameChange har personer med psykose vært med på å teste, evaluere og påvirke hvordan gameChange tilslutt ble. Pasientoppfølging er påvirket av hvordan informasjonen er gitt og man kan undres på om strategien for informasjon om VROslo har hatt samme omfang og oppfølging som informasjon og drøftinger gjort om f.eks. medikasjon. I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999 § 3-3 og 3-2) er det beskrevet at pasienten skal ha informasjon som er nødvendig for å ha tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet, samt kunne være med på ta valg mellom tilgjengelige behandlingsformer. Å kunne ha tilstrekkelig innsikt setter krav til tilpasset informasjon. I den anledning trakk en av lederne frem at det ikke var pasientgruppen som var feil, men det var hvordan personalet formidlet tilbudet til pasientene. Her ble det fremhevet viktigheten av å legge seg på riktig kommunikasjonsnivå for å nå frem. For å kunne tilpasse informasjon som skal gis er det nødvendig at personalet har god kunnskap om ikke bare pasientens sykdom, men også kunnskap og erfaring om tilbudet som gis. Dette er deler av en motivasjonsprosess hos den ansatte som fører den ansatte fra intendert atferd til aktualisert atferd. For å motivere en pasient til å delta, så er det nødvendig at den som skal gjøre dette har fått tilstrekkelig kunnskap og forståelse for hva slags tilbud som gis, hvorfor det gis og hvordan det gis. Dette gjør personalet bedre i stand å tilpasse informasjonen og formidle tro på at tilbudet om VR-terapi er verdt å prøve. I følge funnen til Freeman et.al (2022) så viste deres undersøkelse at en pasientgruppe med psykose kunne være en fremmer for å bruke VR-terapi som en behandlingsmetode. Her ble det fremhevet både det innovative som styrke, samtidig som det ikke hadde bivirkninger som hindret terapeutisk effekt. Videre så blir det i Brown et.al. (2022) påpekt at det ble opplevd av både pasienter og personalet som positivt at VR-terapi ga mer variasjon og bredde i behandlingstilnærmingen. Dette var også et av funnen i min analyse, hvor det ble påpekt av en av lederne at kanskje nettopp pasienter med psykose var en helt riktig gruppe å gi VR-terapi til da det å forholde seg til tekniske løsninger kan være enklere enn å forholde seg til mennesker.

For å i større grad sikre at pasienter mottar og forstå informasjonen gitt så er det viktig å ha med seg at hos pasienter med en psykose så kan noen av symptomene på sykdom være apati og tilbaketrukkethet. Å motivere mennesker med disse utfordringene krever ekstra innsats. Derfor er det ikke nødvendigvis tilstrekkelig med at informasjon gis en gang, den må kanskje gjentas. Videre så må man kanskje finne ulike innfallsvinkler på å gi informasjon, og kunne tilby pasienten å forsøke VR-brillene uten at dette forplikter til videre deltagelse. Disse tingene krever naturligvis tid og fleksibilitet hos de ansatte. Som en av lederne i intervjuene påpekte så kunne man ikke forvente at pasienten skulle tilpasse seg behandlingen, behandlingen måtte tilpasses pasienten.

Motivasjonsprosessen som bør tilrettelegges for hos ansatte i et endringsarbeid, kan også sies må tilrettelegges for hos pasienter for å øke sannsynligheten for deltagelse.

## 6.0 Avslutning

Hensikten med denne studien var å undersøke hva slags erfaringer ledere i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern har hatt med arbeidet å implementere VR-teknologi som en behandlingsmetode ved egen enhet/seksjon. For å få svar på dette så er det gjennomført kvalitative semistrukturerte intervjuer med syv ledere. Følgende problemstilling ble arbeidet frem: «*Hvilke erfaringer har ledere i implementering av VR teknologi i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern?*». Jeg har også utarbeidet fire forskningsspørsmål for å få belyst problemstillingen fra flere vinkler:

Hvordan har leder planlagt for oppstarten av implementeringsarbeid?

Hvordan har utvelgelsen av ressurspersoner hatt betydning for implementering?

Hvordan har leder sin motivasjon og prioriteringer hatt betydning for implementering?

Hvordan har ansatte og pasienter sin holdning til VROslo hatt betydning for implementering?

Fire nøkkeltemaer har blitt identifisert i analysen. «Godt begynt er halvt fullendt» avdekker ledernes initiativ i planleggingen av introduksjonen av VROslo, selv om mangelen på en systematisk tilnærming og endringsmodell utfordrer Kotter's konsept om nødvendigheten for å etablere en organisasjonsmessig opplevelse av endringsbehov. Videre viser «Rett person på rett sted» betydningen av å velge engasjerte ressurspersoner som også innehar nødvendig tyngde for å ha tilstrekkelig påvirkningskraft. Utfordringene knyttet til begrenset deltagelse på grunn av blant annet fravær understreker behovet for en mer omfattende tilnærming til ressurspersoner. «Hva er å drifte ordinært?» belyser ledernes positive holdning til VROslo, men avdekker også prioriteringskonflikter og ressursutfordringer i en klinisk setting. Det er et gap mellom hva som er definert som kjerneoppgaver til helseforetaket og hva som blir prioritert i en presset klinisk hverdag. Til slutt, «Pasienten – en endringsagent?» avdekker utfordringer knyttet til å integrere pasienter med psykose i VR-terapi. Potensielle kommunikasjons- og motivasjonsutfordringer hos pasientene understreker behovet for tilpasset informasjon og fleksible tilnærminger fra personalets side.

Disse funnen indikere kompleksiteten og utfordringene ved å implementere innovativ teknologi i kliniske miljøer. Videre så understreker det viktigheten av en helhetlig tilnærming som adressere organisatoriske, ressursmessige og kommunikasjonsmessige aspekter.

Fremover bør det forskes mer på hvordan man kan lykkes med å implementere forskningsprosjekter i klinisk drift. Det bør i større grad være insentiver for å være deltagende i forskning, med måling og rapportering på forskningsdeltagelse på lik linje som det rapporteres på aktivitetstall, sykefravær m.m. Ledere må i større grad hjelpes til å se mulighetene forskning gir, og det er nødvendig med et

holdningsskapende arbeid blant ansatte i psykisk helsevern om at dagens forskning kan bli morgendagens behandling.

## 7.0 Litteraturliste

Brantnell, A. mfl. (2023). *Barriers to and facilitators of the implementation of digital mental health interventions as perceived by primary care decision makers: content analysis of structured open-ended survey data*. JMIR Human factors, Vol.10, doi: 10.2196/44688

Braun, V. & Clarke, V. (2006) *Using thematic analyses in psychology*. *Qualitative research in psychology*, 3, s. 77-101.

Braun, V & Clarke, V. (2013) *Successful qualitative research – a practical guide for beginners*. SAGE Publications Ltd,

Brown, P. mfl. (2022). *Automated virtual reality cognitive therapy (gameChange) in inpatient psychiatric wards: qualitative study of staff and patient views using an implementation framework*. JMIR formative research, vol. 6, doi: 10.2196/34225

Charlson, F. J. mfl. (2018). *Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016*. *Schizophr Bull*, 44(6), 1195-1203.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sby058>

Chung, O.S. mfl. (2022) *Implementation of therapeutic virtual reality into psychiatric care: clinicians' and service managers' perspectives*. *Frontiers in psychiatry*, vol.12, doi: 10.3389/fpsyt.2021.791123

Freeman, D. mfl. (2017). *Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders*, *Psychological medicine*, 47, doi: 10.1017/S003329171700040X

Freeman, D. mfl. (2022). *Virtual reality (VR) therapy for patients with psychosis: satisfaction and side effects*, doi: 10.1017/S0033291722001167

Fusar-Poli, P. mfl. (2017). *Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview*. *World Psychiatry*, 16(3), 251-265. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20446>

Helse- og omsorgsdep. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. St.mld. nr. 7.

Hennestad, B.W. & Revang, Ø. (2017) *Endringsledelse og ledelsesendring – fra plan til praksis* (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget AS.

Husøy, G. (2013). *Fra asyl til åpen omsorg – et tilbakeblikk*. Michael. Tidsskriftet for samfunnsmedisin og medisinsk historie, 9, s. 238-245.

Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (5. utg.) Bergen: Fagbokforlaget.

Kingdon, D.G. & Turkington, D. (2007) Kognitiv terapi ved schizofreni. Oslo: Universitetsforlaget AS

Kotter, J. P. (1995) *Leading Change: Why transformation efforts fail*. Harvard Business Review, mars/april, s. 59-67.

Kotter, J.P. (2012) *Accelerate!* Harvard Business Review, November, Vol. 90, s. 44-58

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervjuet* (3. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Malt, U. mfl. (2003). *Lærebok i psykiatri* (2. utg.) Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Meld.St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

Morgan, C. mfl. (2022). *Rethinking the course of psychotic disorders: modelling long-term symptom trajectories*. Psychol Med, 52(13), 2641-2650. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004705>

NOU 2023: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

Oslo Universitetssykehus (2023). *Områdeplan – Organisasjon, ledelse og kompetanse, 2024-2027*.

Tilgjengelig på: <https://ehandboken.ous-hf.no/api/File/GetFileDocument?entityId=250521>.

Oslo Universitetssykehus (2023) *Områdeplan - Forskning og innovasjon, 2024-2027*. Tilgjengelig på:

<https://ehandboken.ous-hf.no/api/File/GetFileDocument?entityId=247326>.

Oslo Universitetssykehus (2023) *Utviklingsplan 2040*. Tilgjengelig på: [https://ehandboken.ous-](https://ehandboken.ous-hf.no/api/File/GetFileDocument?entityId=234023)

[hf.no/api/File/GetFileDocument?entityId=234023](https://ehandboken.ous-hf.no/api/File/GetFileDocument?entityId=234023).

Oslo Universitetssykehus (2023). *Handlingsplan forskning KPHA 2023-2025*. Tilgjengelig på:

[eHåndbok - Handlingsplan forskning KPHA 2023-2025 \(ous-hf.no\)](https://ehandboken.ous-hf.no/api/File/GetFileDocument?entityId=247326)

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter

Roland, P. (2015). Hva er implementering i Roland, P. & Westergård, E. (red). *Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer til praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS, s. 19-39.

SINTEF (2020). *Drivere og barrierer for implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren*. Rapport; 2020:00804, Oslo: SINTEF

Skillbrei, M-L (2019). *Kvalitative metoder; planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon*. Bergen: Fagbokforlaget.

Spesialisthelsetjenesteloven. Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

Thorvik, D.I. & Thorsvik, J. (2019) *Hvordan organisasjoner fungerer* (5. utg) Bergen: Fagbokforlaget.

Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2.utg.). Gyldendal Akademiske

Westergård, E. & Roland, P. (2015). Ulike perspektiver på implementering i Roland, P. & Westergård, E. (red). *Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer til praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS, s. 14-18.

Whiteford, H. A. mfl. (2013). *Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010*. *Lancet*, 382(9904), 1575-1586.  
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61611-6)

World medical association (1964). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subject*.

## 8.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT)

Vedlegg 2: Godkjenning fra personvernombudet ved OUS

Vedlegg 3: Informasjon- og samtykkeerklæring

Vedlegg 4: Intervjuguide

Vedlegg 5: Regler for transkribering



## Vurdering av behandling av personopplysninger

Skriv ut  
07.07.2023

**Referansenummer**  
655721

**Vurderingstype**  
Automatisk

**Dato**  
07.07.2023

**Tittel**  
Lederes forståelse av hemmere og fremmere for implementering av VR teknologi.

**Behandlingsansvarlig institusjon**  
Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

**Prosjektansvarlig**  
Helge Skirbekk

**Student**  
Trine Sandal

**Prosjektperiode**  
14.08.2023 - 01.12.2023

### Kategorier personopplysninger

- Almennelige

### Lovlig grunnlag

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.12.2023.

[Meldeskjema](#)

---

### Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av

personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
  - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
  - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
  - Fagforeningsmedlemskap
  - Genetiske data
  - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
  - Helseopplysninger
  - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

#### **Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde**

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

#### **Informasjonssikkerhet**

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

b1e077420

## Vedlegg 2: Godkjenning fra personvernombudet ved OUS

Oslo  
universitetssykehus

# PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING

Trine Sandal, Enhetsleder  
PHA PSYKISK HELSEVERN

DØGNBEHANDLING, AVDELING

Oslo universitetssykehus HF

Postadresse:  
Postboks 4950 Nydalen  
0424 oslo

Sentralbord:  
02770

NO 993 467 049 MVA

[www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no)

Fra: Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus  
Dato: 20.07.2023  
Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet  
Saksnummer: 23/16823

---

Personvernombudets tilråding til behandling av personopplysninger for:  
«Lederes forståelse av hemmere og fremmere for implementering av VR  
teknologi»

Masteroppgaven jeg skal skrive inngår i forskningsprosjektet «Kognitiv terapi i  
kombinasjon med Virtual Reality (VR) teknologi ved psykose».

Jeg ønsker å undersøke hva ledere ved seksjoner/enheter som har vært bidragende inn  
i forskningsprosjektet «Kognitiv terapi i kombinasjon med Virtual Reality (VR) teknologi  
ved psykose» har opplevd som hemmere og fremmere i implementeringsarbeidet.

Innsamlingen av data vil foregå gjennom enkelt intervjuer. Hvert intervju vil ta ca 1-1,5  
time. Spørsmålene vil omhandle hvordan du ble introdusert for forskningsprosjektet,  
hvordan VR terapeuter ble valgt, hvordan tid mellom vanlig klinisk drift og  
forskningsprosjektet ble vektlagt og hva du som leder har opplevd som hemmere og  
fremmere i arbeidet med å få implementert VR-terapi ved ditt arbeidssted. Jeg vil ta  
lydopptak av intervjuet.

Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel  
37, er det oppnevnt personvernombud ved Oslo Universitetssykehus (OUS).

Den dataansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger OUS å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Før det foretas behandling av helseopplysninger, skal den dataansvarlige rådføre seg med personvernombudet, jf. personopplysningsloven § 10. Ved rådføringen skal det vurderes om behandlingen vil oppfylle kravene i personvernforordningen og øvrige bestemmelser fastsatt i eller med hjemmel i loven her. Rådføringsplikten gjelder likevel ikke dersom det er utført en vurdering av personvernkonsekvenser etter personvernforordningen artikkel 35.

Databehandlingen tilfredsstillende forutsetningene for melding etter forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 30.

Studien er frivillig og samtykkebasert. Det innmeldte samtykke skal benyttes. Studien har rettslig grunnlag i generell personvernforordning artikkel 6 nr. I bokstav e) og artikkel 9 nr. 2 bokstav j).

Personvernombudet tilrår at databehandlingen gjennomføres.

1. Avdelingsleder ved OUS har godkjent databehandlingen.
2. Databehandlingen skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
3. Data lagres som oppgitt i meldingen og i samsvar med sykehusets retningslinjer.
4. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
5. Den dataansvarlige har vurdert at det ikke er behov for særskilt vurdering av personvernkonsekvenser, jf. generell personvernforordning artikkel 35.
6. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og i samsvar med sykehusets retningslinjer.
7. Lydopptak slettes etter transkribering.
8. Publisering i tidsskrift forutsettes å skje uten at deltagerne kan gjenkjennes, hverken direkte eller indirekte.
9. Eventuelle krav fra tidsskrift om at grunnlagsdataene utleveres, skal behandles som en utlevering av helse- og personopplysninger, jf. sykehusets eHåndbok og dokumentet «Utlevering av personopplysninger», dokumentID 15408. Se <http://ehandboken.ous-hf.no/>. Denne tilråding dekker ikke slik utlevering.
10. Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i sykehusets offentlig tilgjengelig database over forsknings- og kvalitetsstudier.

Med hilsen ↵

IÔRh,u.



Tor Åsmund Martinsen  
Personvemombud

Oslo universitetssykehus HF

Direktørens stab Personvern

E-post: [personvern@oslo-universitetssykehus.no](mailto:personvern@oslo-universitetssykehus.no)

Web: [www.oslo-universitetssykehus.no/personvern](http://www.oslo-universitetssykehus.no/personvern)

Personvernombudets tilråding

## Forespørsel om deltakelse i undersøkelse i forbindelse med mastergradsoppgave

### ” Lederes forståelse av hemmere og fremmere for implementering av VR teknologi ”

#### Bakgrunn og formål

Mitt navn er Trine Sandal og jeg er enhetsleder ved døgnenheten ved Seksjon for tidlig psykosebehandling ved Oslo Universitetspsykiatri. Jeg går på en erfaringsbasert masterutdanning i helseadministrasjon ved Universitet i Oslo, og høsten 2023 skal jeg skrive en masteroppgave.

Masteroppgaven jeg skal skrive inngår i forskningsprosjektet «Kognitiv terapi i kombinasjon med Virtual Reality (VR) teknologi ved psykose» som ditt arbeidssted er en del av.

Jeg ønsker å undersøke hva ledere ved seksjoner/enheter som har vært bidragende inn i forskningsprosjektet «Kognitiv terapi i kombinasjon med Virtual Reality (VR) teknologi ved psykose» har opplevd som hemmere og fremmere i implementeringsarbeidet.

Tittelen på masteroppgaven min er: «Lederes forståelse av hemmere og fremmere for implementering av VR teknologi».

#### Hva innebærer deltakelse i studien?

Innsamlingen av data vil foregå gjennom enkelt intervjuer. Hvert intervju vil ta ca 1-1,5 time. Spørsmålene vil omhandle hvordan du ble introdusert for forskningsprosjektet, hvordan VR terapeuter ble valgt, hvordan tid mellom vanlig klinisk drift og forskningsprosjektet ble vektlagt og hva du som leder har opplevd som hemmere og fremmere i arbeidet med å få implementert VR-terapi ved ditt arbeidssted. Jeg vil ta lydopptak av intervjuet.

#### Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil kun være medarbeidere knyttet til forskningsprosjektet «Kognitiv terapi i kombinasjon med Virtual Reality (VR) teknologi ved psykose» som vil kunne lytte til lydopptakene. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne dine svar i min oppgave.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i desember 2023. Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent. Ved prosjektslutt vil personopplysningene og opptak slettes.

#### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

## Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Student og veileder vil ha tilgang ved behandlingsansvarlig institusjon
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med Trine Sandal på telefonnummer 93 41 31 62 eller på mailadresse trinesa-80@hotmail.com.

Min veileder heter Helge Skirbekk og er professor ved Universitetet i Oslo, hans mailadresse er helge.skirbekk@medisin.uio.no.

Studien er meldt til SIKT – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør og OUS sitt personvernombud

Med vennlig hilsen

Trine Sandal  
(student)

---

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Masteroppgave om *Lederes forståelse av hemmere og fremmere for implementering av VR-teknologi*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i personlig intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Intervjuguide

### Bakgrunn

- Hva slags faglig bakgrunn har du?
  - Utdanning, arbeidserfaring
- Hvor lenge har du vært leder for denne enheten/seksjonen?
- Hvilke yrkesgrupper inngår i enheten/seksjonen din? Og hvor mange er du leder for?
- Hvordan ble du introdusert for forskningsprosjektet?
- Vet du hvor mange pasienter som har blitt inkludert i VROslo ved din enhet/seksjon?
- Vet du hvor mange VR-terapeuter som er ved din enhet/seksjon?

### Arbeidet med forskningsprosjektet

1 Hva tenkte du da du hørte om forespørselen om deltagelse i forskningsprosjektet?

2 Hvordan ble resten av din enhet/seksjon introdusert for forskningsprosjektet?

3 Var det noen reaksjoner hos de som ble forespurt om å være med som VR terapeuter?

- Har du rekruttert ansatte til å bli VR terapeuter? Om så tilfelle, hvordan gikk du frem?
- Hvordan var interessen for å være med i prosjektet som VR terapeut?
- Har du tilrettelagt for ansatte slik at de kunne bidra inn i forskningsprosjektet?
  - arbeidstid (turnus)
  - reduksjon av andre arbeidsoppgaver
  - kursing, veiledning
  - møtevirksomhet
- Har tidsbruk blitt vektet mellom prosjektet og annet klinisk virke?
  - var det noen særskilte utfordringer som dukket opp i den vektingen?

4 Har du arbeidet med å få ansatte generelt interessert i forskningsprosjektet?

- Har du jobbet med å holde fokus på prosjektet innad i organisasjonen?
- Har du arbeidet med å skape engasjement rundt forskningsprosjektet blant ansatte ved din seksjon? Om så tilfelle, hvordan?
- Har det vært et samarbeid med ledernivå over deg?
  - Hvor involvert har ledernivået over deg i dette forskningsprosjektet vært?



- Har du vært i behov av endring/tilrettelegging av rammevilkår ved din seksjon (ressurser, tekniske løsninger, tilganger)? Og om så tilfelle, har du en opplevelse av å ha fått den støtte/hjelp du har trengt av nivået over deg?

## 5 Hemmere

- Hva opplever du som hemmere for å anvende VR behandling i din seksjon?
  - tekniske løsninger
  - internetttoppkobling
  - rom
  - tid
  - kompetanse
  - interesse
  - personalsituasjonen
  - pasientgruppen

## 6 Fremmere

- Hva opplever du som fremmere for å anvende VR behandling i din seksjon?
  - tekniske løsninger
  - internetttoppkobling
  - rom
  - tid
  - kompetanse
  - interesse
  - personalsituasjon
  - pasientgruppen
- Det er flere seksjoner i OUS som er deltagende i forskningsprosjektet. Har det vært noe samarbeid på tvers av seksjonen i den forbindelse?
- Ved hver seksjon så er det en forskningskoordinator. Har det vært samarbeid med denne personen? Om det har vært et samarbeid, på hvilken måten har det skjedd?
- Klinikkk psykisk helse og avhengighet ved OUS er i en prosess som potensielt kan medføre store omorganiseringer. Har dette vært med på å påvirke arbeidet med forskningsprosjektet?

## Vedlegg 5: Regler for transkribering

### Formatering:

- Skriftstørrelse: 12
- Font: Times New Roman
- Linjeavstand: 1,5
- Mellomrom etter avsnitt
- Ny linje når det skifter hvem som snakker
- Sidetall nederst til høyre
- ID nummer i tittel og topptekst

### Forkortelser:

- I: intervjuer (Trine)
- O: intervjuobjekt

### Eventuelle egne forkortelser:

- 
- 
- 

### Generelt:

- Transkriber på bokmål
- Anonymiser steder/personer/enhetsnavn: for eksempel «[navn på kollega]» i stedet for «Trine»
- Transkriber alle potensielt meningsbærende lyder
  - Kremting, sukk, ehm osv.
- Transkriber alt i lydopptaket

### Eksempel:

I: Hvordan synes du det har vært å arbeide med dette?

O: Vi kom godt i gang, også ble ressurspersoner slik som [navn på kollega] sykemeldt (I: Mhm), da ble det vanskelig å holde drivet u prosjektet. [Navn på kollega] var liksom en drivende kraft i prosjektet her på [avdelingsnavn] (kremt), men vi kom i gang igjen etter en stund.

I: Åja. Så det tok litt tid å finne flyten igjen da?

O: Ja.

...