

Innføring av EMDR i tverrfaglig spesialisert rusbehandling



Anne Kathrine Wisløff Nysæter

Seksjon rus- og avhengighetspoliklinikker, Oslo universitetssykehus
b32958@ous-hf.no

Kristine Abel

Seksjon rus- og avhengighetspoliklinikker, Oslo universitetssykehus

Espen Ajo Arneveik

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Oslo universitetssykehus

Karina Egeland

Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

AKWN ble frikjøpt med frie forskningsmidler fra OUS for skrivearbeidet. KE er leder av nasjonal implementering av PTSD-behandling i SHT gjennom NKTVS, implementeringen mottar statsstøtte via HOD/Hdir.

Implementering krever solid og systematisk innsats – ledere som forplikter seg.

I Norge behandles 34 000 pasienter årlig poliklinisk for rusbrukslidelser (Folkehelseinstituttet, 2023). Studier fra andre land tilsier at opp mot 90 % av pasienter med rusbrukslidelse har opplevd minst én traumatisk hendelse (Reynolds et al., 2011), og rundt 45 % møter kriterier for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Dore et al., 2012). Legger vi slike tall til grunn, vil om lag 15 000 pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ha PTSD. Det har vært stor faglig utvikling i behandlingstilbudet til personer med rusbrukslidelser de siste 40 årene, men de mottar fortsatt i for liten grad kunnskapsbasert behandling for traumelidelser (Carroll, 2012).

Her ønsker vi å dele noen erfaringer med hvordan man kan bidra til å skape en kulturendring i TSB, med bakgrunn i arbeid som er gjort ved Seksjon rus- og avhengighetspoliklinikker ved Oslo universitetssykehus. Vi gir behandling til personer over 16 år med alle typer rusbrukslidelser, og med stor spredning i fungering, ressurser og motivasjon. Klinikerne jobber i team bestående av spesialiserte leger, sykepleiere, sosionomer og psykologer. Vi som jobber her, opplever at TSB som fagfelt er preget av stort engasjement for pasienter med komplekse behov, som fortsatt møtes med stigmatisering i samfunnet. Vi strekker rammene for å hjelpe pasienter i krise, ofte på bekostning av langsiktige behandlingsmål. Vi har ikke lyktes i stor nok grad med å implementere evidensbaserte behandlingsmetoder for traumer. Fokuset har vært på relasjon og stabilisering. Klinikerne har opplevd lite mestring i møte med traumepasientene og etterlyst flere behandlingsmetoder. Ikke-møtt er en vanlig utfordring i rusbehandling (Brorson et al., 2013). Det samme er rusbruk underveis i behandlingen. Mange pasienter lever vanskelige og farlige liv, hvor frykt for forverring kan påvirke valg av intervensjoner.

To av forfatterne (EKFA og AKWN) opplever et fagfelt i endring. Da vi begynte i TSB for 15 år siden, møtte vi få faglige forventninger. Unntakene var kurs i motiverende intervju og opplæring i faseorientert traumebehandling. Fokuset på stabilisering gjorde oss utrygge på om pasientene noen

gang ble stabile nok til å kunne jobbe med bearbeiding: *Vil hen ruse seg mer? Vil hen dissosiere eller bli suicidal?* Antakelsen var at «stabil nok» krevde rusmestring, trygge relasjoner, bolig og andre psykososiale forhold, noe som mange ikke hadde. Senere har flere konkludert med at stabilisering i forkant av bearbeiding ikke gir bedre resultater (Bækkelund et al., 2021; Sele et al., 2023).



PTSD og rusbrukslidelse

- Ifølge selvmedisineringshypotesen brukes rusmidler for å lindre ulike former for smerte (Khantzian, 1997).
- Rusmidler kan regulere traumesymptomer ved å dempe angst og beredskapsfølelse, eller det kan sette folk i stand til å møte situasjoner som ellers blir for vonde og overveldende.
- Samtidig traume- og rusbrukslidelse er assosiert med høyere risiko for frafall fra behandling, dårligere utfall, flere fysiske helseproblemer, dårligere sosial fungering, flere selvmordsforsøk, økt risiko for voldsutsettelse, dårligere oppfølging i behandling og mindre bedring under behandling alene (Back et al., 2000; Norman et al., 2007; Olff et al., 2025; Ouimette et al., 2006; Roberts et al., 2023; Simpson et al., 2021; Tate et al., 2007).
- PTSD utvikles oftest før rusbrukslidelsen og behandling av traumesymptomer reduserer rusbruk i større grad enn behandling av rusbruk reduserer traumesymptomer (Berenz & Coffey, 2012; Hawn et al., 2020).

Klinikerens implementering

Både internasjonale og norske studier viser at evidensbaserte behandlingsmetoder for PTSD i liten grad anvendes i psykisk helsevern (Bækkelund et al., 2017; Finch et al., 2020). Det er liten grunn til å tro at situasjonen er bedre i TSB (Carroll, 2012). Implementering handler om å integrere metodene i etablert praksis slik at metodene opprettholdes over tid. Implementering av evidensbaserte behandlingsmetoder er krevende, og mange feiler (Riksrevisjonen, 2021; Rosen et al., 2016).

Å få enkeltklinikere til å ta i bruk en ny behandlingsmetode trenger ikke være vanskelig, forutsatt at opplæringen og veiledningen legger til rette for at de blir trygge på metoden og tar den i bruk med fidelitet. Det vil ofte være dedikerte personer som leder an (Rogers, 2003), og slike personer har stor betydning ved innføring av nye metoder (Miech et al., 2018). Dette stemmer godt med erfaringene våre. Å integrere nye metoder slik at alle pasienter som har behov for metoden, får tilbud om det, krever imidlertid en helt annen organisering i tjenestene.

Implementering av EMDR i TSB

I 2019 hadde fire av hundre behandlere i vår seksjon utdanning i den kunnskapsbaserte metoden Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (Shapiro & Liliotis, 2015). De erfarte at pasientene opplevde reduksjon i traumesymptomer og rusmiddelbruk – også pasientene med alvorlig rusbrukslidelse. Noen endringer skjedde over tid, mens andre opplevde radikal bedring i løpet av en til to sesjoner. Basert på disse erfaringene, og fordi EMDR-utdanning ikke er profesjonsavgrenset, ønsket seksjonen en større satsing på EMDR. På samme tid hadde Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) fått i oppdrag å implementere kunnskapsbasert traumebehandling

i psykisk helsevern for voksne (DPS). NKVTS inkluderte ikke TSB i 2019, men vi ønsket likevel en klinisk satsing med følgeforskning. I samarbeid med Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk, Oslo universitetssykehus) og NKVTS ble forskningsprosjektet Integrated Treatment of Addiction and Trauma (INTACT) etablert. Samarbeidet tilførte betydelige ressurser i form av formell opplæring av 15 nye EMDR-terapeuter, tilgang til veiledning, traumekompetanse og praktiske løsninger for datainnsamling fra NKVTS. Ledergruppen forpliktet seg til å legge til rette for satsingen.



Implementeringsstrategier

- Internopplæring om traumer, EMDR og rusmiddelbruk for ledelse og klinikere.
- Klinikere fra alle profesjoner ble selektert til EMDR-opplæring.
- EMDR-terapeutene ble forventet å rekruttere pasienter til INTACT.
- En kompetansegruppe med de erfarne EMDR-terapeutene i seksjonen ble opprettet. Gruppen organiserte månedlig internveiledning og bistod ledergruppen i faglige spørsmål.
- Hver behandlingssenheter skal opprettholde et minimum på to EMDR-terapeuter.
- Traume- og PTSD-screening (TRAPS) (Egeland et al., 2019) ble inkludert i den grunnleggende kartleggingspakken.
- Interne fagsamlinger hvert halvår for alle EMDR-terapeuter.
- Ekstern veiledning hvert halvår.

Erfaringer fra implementeringen

Det er fem år siden den første store tverrfaglige klinikergruppen var på EMDR-kurs. I et gruppeintervju med elleve deltakere stilte vi ti spørsmål om erfaringene med å ta i bruk metoden. Svarene ble strukturert inn i implementeringsrammeverket EPIS (Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment) (Aarons et al., 2011).

Utforskende fase

I EPIS' utforskende fase går man gjennom behovene i organisasjonen, og hvilke evidensbaserte behandlingsmetoder som kan imøtekomme dem, og det blir besluttet hvorvidt metodene skal implementeres (Aarons et al., 2011). Vi hadde mange pasienter med traumeplager, samtidig som klinikerne opplevde å ikke ha tilstrekkelige verktøy til å jobbe med dem. Det sammenfalt i tid med at ledergruppen ønsket å satse på evidensbaserte behandlingsmetoder for traumebehandling. I gruppeintervjuene var klinikergruppen samstemte i at de ønsket EMDR-utdanning, fordi de så et tydelig behov i pasientgruppen.

Forberedende fase

I den forberedende fasen identifiseres potensielle barrierer og fasilitatorer for implementering innad i og utenfor organisasjonen, og man lager en plan for å håndtere og utnytte disse (Aarons et al., 2011). Å innføre TRAPS som en del av grunnkartleggingen har bidratt til en kulturendring der alle behandlere har blitt mer oppmerksomme på behovet for traumebehandling. Økt fokus på ansvaret alle

klirikere har for å kartlegge traumesymptomer, har skapt en opplevelse av at vi, som seksjon, tilbyr traumebehandling. For å skape denne felles identiteten har påminnelser og deling av erfaringer på behandlingsmøter hatt betydning. En følelse av fellesskap er også viktig, fordi en slik satsing kan skape misnøye blant ansatte som ønsker andre prioriteringer av kursmidler. Videre har det vært av betydning at vi har utdannet en stor nok gruppe klinikere til at den er robust for utskiftninger.



Implementerende fase

I implementerende fase er målet å integrere metoden i tjenestens systemer og strukturer. For å kunne avgjøre om metoden integreres i organisasjonen, må man kontinuerlig vurdere fremdriften og justere innsatsen etter behov (Aarons et al., 2011). Denne fasen ble gjennomført i samarbeid med NKVTS. Klinikerguppen fortalte om konkrete elementer i grunnopplæringen som hadde betydning for at de kom raskt i gang med å ta i bruk metoden. Det ble fremhevet som spesielt viktig at EMDR-kursholder fremstod som modig i møte med komplekse problemstillinger, med en holdning om at det som regel bare er å «kjøre på», og at man selv fikk kjenne metoden på kroppen i løpet av opplæringen. Flere beskrev at de opplever kulturen vår som modig; her prøver vi, selv om problemstillingene er komplekse. Dette har også gjort at vi har blitt mer kreative og dristige når det gjelder å prøve ut andre rammer, som mer intensive forløp og klinikerrotasjon der mange EMDR-terapeuter gjennomfører én EMDR-økt hver med samme pasient (Auren et al., 2022). Videre fortalte klinikerne at det at EMDR var et felles prosjekt i seksjonen og kunne benyttes uavhengig av profesjon, og at man opplevde å være en del av en satsing, motiverte dem til å bruke metoden. Satsingen innebar at man hadde flere kollegaer man kunne spørre om råd og dele erfaringer med fortløpende. Vi kom fort i gang med veiledning både internt og med eksterne ressurser. Betydningen av internveiledning og kollegastøtte er i tråd med funnene fra implementering av kunnskapsbasert traumebehandling ved allmennpoliklinikker i Helse Nord-Trøndelag (Peters et al., 2024). Der ble det beskrevet at organisering av fagforum og kollegaveiledning bidro til mer engasjerte klinikere, samt bedre læring og bruk av behandlingsmetoder. Vi ser også at oppstarten av et klinikknært forskningsprosjekt har skapt engasjement og økt forståelse for betydningen av forskning.

For noen av klinikerne har det å jobbe metodespesifikt vært en stor endring. For å hjelpe nye EMDR-terapeuter med startvansker har erfarne klinikere vært med under oppstart, der de har latt den nye klinikerne observere de første timene, før denne overtok behandlingen. Det ga også ekstra utfordringer at vi hadde oppstart i pandemiåret 2020, hvor retningslinjer for smittevern og digitale samtaler stadig endret seg. De som opplevde det som mer krevende å komme i gang med metoden, rapporterte også om utfordringer med å finne egnede pasienter i startfasen. Utfordringer med egnethet kunne være sviktende oppmøte, svekket kognitiv fungering, unngåelse og stort rusmiddelintak. Det viste seg også å være en terskel å komme i gang igjen etter en periode med ikke-møtt. En del pasienter hadde så komplekse behov at det å holde fokus på traumebehandlingen ble vanskelig. Noen har god erfaring med å dele pasientansvar mellom flere kollegaer, slik at man i EMDR-forløpene kun har fokus på EMDR, mens den andre behandleren følger opp andre temaer i behandlingen.

Opprettholdende fase

I den opprettholdende fasen sørges det for at strukturer, prosesser og støttemekanismer i både indre og ytre kontekster blir opprettholdt, slik at man fortsetter å bruke metoden, og at den oppnår ønskede resultater (Aarons et al., 2011). At seksjonen har vedtatt at det skal være minimum to EMDR-terapeuter per enhet, har stor betydning for opprettholdelse. Å ha en kollega med samme kompetanse som man treffer i det daglige, oppleves både som en støtte og en påminnelse om metoden. Dette er

en langsiktig økonomisk forpliktelse. Samtidig kan man tenke seg at det er dyrere å la være. Dersom man ikke sørger for å opprettholde kompetansen, risikerer man at den forsvinner ved utskiftning i ansattgruppen. Å gjenoppbygge kompetansen på et senere tidspunkt vil sannsynligvis være mer kostbart enn å vedlikeholde et eksisterende fagmiljø. Det løpende forskningsprosjektet, veiledningen og nettverkssamlingene trekkes også frem som viktige opprettholdende faktorer blant klinikere.



Hemmere og fremmere

Rammeverket EPIS beskriver også faktorer som fremmer eller hemmer implementering (Aarons et al., 2011). Den ytre konteksten refererer til miljøet utenfor organisasjonen samt egenskapene til de som er mål for metoden. I våre intervjuer trekkes ytre kontekst i liten grad frem som viktig for klinikerne. Det vil ikke si at den ikke har betydning, men den ytre konteksten er ikke noe de er bevisst på når de snakker om implementeringen. Finansieringsmodeller kan sies å være en hemmende ytre faktor når det kommer til EMDR, da det er vanlig å sette av doble timer (90 minutter) til slik behandling, uten at dette gir høyere inntjening enn enkle timer.

Den indre konteksten handler om det som skjer innad i organisasjonen, som ledelse, struktur, ressurser og personalets egenskaper (Aarons et al., 2011). Det inkluderer også hvordan organisasjonen er rustet for endring og evnen til å ta i bruk ny kunnskap. Generelt ser vi at det er de faktorene som er nærmest pasient og kliniker som oppfattes som mest betydningsfulle hos oss: at opplæringen var god, at klinikerne får mestringsopplevelser og erfarer at behandlingen hjelper pasientene. Kollegastøtte og konkrete tilbakemeldinger fra pasienter skåret også høyt.

Brobyggende faktorer handler om at det som skjer utenfor organisasjonen, påvirker det som skjer innenfor, og omvendt (Aarons et al., 2011). En tidlig brobyggende faktor var samarbeidet som ble etablert mellom poliklinikkene, RusForsk og NKVTS. Andre brobyggere er det nasjonale nettverket vi etablerte for EMDR og avhengighet, at EMDR-forskningsprosjektet vårt er utvidet til å inkludere behandlingssteder utenfor OUS, og at vi har åpnet for at eksterne deltakere kan være med på internveiledningene våre. Brobyggerne gir en følelse av at det er et større vi som driver med EMDR i avhengighetsfeltet, og kan gjøre opprettholdelsen av behandlingstilbudet mer robust, både lokalt hos oss og nasjonalt.

Innovasjonsfaktorer handler om egenskapene til den kunnskapsbaserte metoden og hvordan den passer inn på ulike nivåer i organisasjonen og blant de som tar i bruk metoden (Aarons et al., 2011). Klinikerne beskriver at EMDR representerer en annen tilnærming enn tradisjonelle samtaler. Metoden gir variasjon, økt energi, fremdrift og resultater. Noen pasienter beskrives å endelig komme i kontakt med kroppen sin gjennom metoden. Pasienter som tidligere har fremstått som lite i kontakt med følelsene sine, får plutselig tydelige emosjonelle reaksjoner.

Oppsummering

Vi har kommet et stykke på vei – fra å jobbe lite evidensbasert og nesten utelukkende med stabilisering til at en stor gruppe klinikere nå bruker EMDR aktivt i pasientbehandlingen. Engasjementet hos enkeltansatte, både blant klinikere og i ledergruppen, har hatt stor betydning og har inspirert andre. Opplevelser av at EMDR reduserer symptomtrykket, og at pasientene liker metoden, har skapt sterk motivasjon for å ta i bruk metoden. Samtidig ser vi at det krever aktiv innsats for å opprettholde kompetansemiljøet og metodefokus i behandlingen. Faktorer som arbeidsbelastning, nye satsingsområder og omorganisering gir utfordringer. Vi mener det er viktig å opprettholde en robust EMDR-gruppe og fordele ansvarsoppgaver for eksempel for veiledning, organisering av

fagsamlinger og nettverk, slik at man ikke blir for sårbar for midlertidig fravær eller turnover. Egeland et al. (2022) rapporterte at en vanlig utfordring i implementering av nye metoder er stor utskiftning av ansatte og høye jobbkrev. Små behandlingsmiljøer rundt om i landet kan ha andre utfordringer enn det vi har med å skape robuste kompetansemiljøer. Det er viktig at lederlinjen forplikter seg til å opprettholde et visst antall EMDR-terapeuter. For oss har det også vært avgjørende med gode rutiner for kartlegging og for intern og ekstern veiledning for å sikre kvalitet og trygghet. Vi håper at vi ved å dele våre erfaringer og gjennom etablering av nettverk for de som jobber med EMDR og avhengighet, kan bidra til at flere klinikere i feltet tar i bruk EMDR. Dermed kan pasientgruppen med kombinert traume- og rusbrukslidelser få god og evidensbasert traumebehandling.

Innføring av evidensbaserte behandlingsmetoder kan antagelig forebygge utbrenthet og øke engasjementet hos behandlere. Slik sett er det en viktig investering ikke bare overfor pasienter, men også for de ansatte. Implementering er krevende, men denne satsingen har gitt oss gode erfaringer.

Referanser

- Aarons, G. A., Hurlburt, M. & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4–23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
- Auren, T. J. B., Klæth, J. R., Jensen, A. G. & Solem, S. (2022). Intensive outpatient treatment for PTSD: an open trial combining prolonged exposure therapy, EMDR, and physical activity. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2128048. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2128048>
- Back, S., Dansky, B. S., Coffey, S. F., Saladin, M. E., Sonne, S. & Brady, K. T. (2000). Cocaine dependence with and without post-traumatic stress disorder: a comparison of substance use, trauma history and psychiatric comorbidity. *American Journal on Addictions*, 9(1), 51–62. <https://doi.org/10.1080/10550490050172227>
- Berenz, E. C. & Coffey, S. F. (2012). Treatment of co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *Current Psychiatry Reports*, 14, 469–477. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0300-0>
- Bramness, J. (2018). *Hva er avhengighet*. Universitetsforlaget.
- Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K. & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010–1024. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>
- Bækkelund, H., Bergerud-Wichstrøm, M., Mørck, A., Endsjø, M. & Aareskjold, J. (2017). *Implementering av kunnskapsbasert behandling av PTSD hos voksne i klinikk*. https://www.nkvt.no/content/uploads/2017/10/Notat_Implementering-av-kunnskapsbasert-behandling.pdf
- Bækkelund, H., Karlsrud, I., Hoffart, A. & Arnevik, E. A. (2021). Stabilizing group treatment for childhood-abuse related PTSD: a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1859079. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1859079>
- Carroll, K. M. (2012). Dissemination of evidence-based practices: how far we've come, and how much further we've got to go. *Addiction*, 107(6). <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03755.x>
- Dore, G., Mills, K., Murray, R., Teesson, M. & Farrugia, P. (2012). Post#traumatic stress disorder, depression and suicidality in inpatients with substance use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 31(3), 294–302. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00314.x>

- Egeland, K., Endsjø, M., Laukvik, E. H., Peters, N., Babaii, A. & Bækkelund, H. (2019). Nytt kartleggingsverktøy for traumer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0161>
- Egeland, K., Skar, A. M. S., Babaii, A., Borge, R. H., Braathu, N., Bækkelund, H., Endsjø, M., Granly, L., Hansen, K. S., Husebø, G. K. & Peters, N. (2022). *Implementering av traumebehandling i spesialisthelsetjenesten. En nasjonal implementering av behandling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) for barn og voksne*. Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress. https://www.nkvt.no/content/uploads/2022/06/NKVTS_Rapport_1-22_LOCI_Implementering.pdf
- Finch, J., Ford, C., Grainger, L. & Meiser-Stedman, R. (2020). A systematic review of the clinician related barriers and facilitators to the use of evidence-informed interventions for post traumatic stress. *Journal of Affective Disorders*, 263, 175–186. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.143>
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Aktivitetsdata for spesialisthelsetjenesten. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, årsdata 2023*. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2024/aktivitet-tsb-2023---spesialisthelsetjenesten.pdf>
- Hawn, S. E., Cusack, S. E. & Amstadter, A. B. (2020). A systematic review of the self-medication hypothesis in the context of posttraumatic stress disorder and comorbid problematic alcohol use. *Journal of Traumatic Stress*, 33(5), 699–708. <https://doi.org/10.1002/jts.22521>
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>
- Miech, E. J., Rattray, N. A., Flanagan, M. E., Damschroder, L., Schmid, A. A. & Damush, T. M. (2018). Inside help: An integrative review of champions in healthcare-related implementation. *SAGE Open Medicine*, 6, 2050312118773261. <https://doi.org/10.1177/2050312118773261>
- Norman, S. B., Tate, S. R., Anderson, K. G. & Brown, S. A. (2007). Do trauma history and PTSD symptoms influence addiction relapse context? *Drug and Alcohol Dependence*, 90(1), 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.03.002>
- Olf, M., Hein, I., Amstadter, A. B., Armour, C., Skogbrott Birkeland, M., Bui, E., Cloitre, M., Ehlers, A., Ford, J. D. & Greene, T. (2025). The impact of trauma and how to intervene: a narrative review of psychotraumatology over the past 15 years. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1), 2458406. <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2458406>
- Ouimette, P., Goodwin, E. & Brown, P. J. (2006). Health and well being of substance use disorder patients with and without posttraumatic stress disorder. *Addictive Behaviors*, 31(8), 1415–1423. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.11.010>
- Peters, N., Rennemo, L. I., Bækkelund, H. & Egeland, K. M. (2024). Erfaringer fra implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for posttraumatisk stresslidelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(9). <https://doi.org/https://doi.org/10.52734/RLYX7712>
- Reynolds, M., Hinchliffe, K., Asamoah, V. & Kouimtsidis, C. (2011). Trauma and post-traumatic stress disorder in a drug treatment community service. *The Psychiatrist*, 35(7), 256–260. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.110.030379>
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester 2021*. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2020-2021/dok3-202021-013.pdf>
- Roberts, N. P., Lotzin, A. & Schäfer, I. (2023). Psychological treatment of PTSD with comorbid substance use disorder (SUD): expert recommendations of the European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS). *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), 2265773. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2265773>



- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5. utg.). Free Press.
- Rosen, C., Matthieu, M., Wiltsey Stirman, S., Cook, J., Landes, S., Bernardy, N., Chard, K., Crowley, J., Eftekhari, A. & Finley, E. (2016). A review of studies on the system-wide implementation of evidence-based psychotherapies for posttraumatic stress disorder in the Veterans Health Administration. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43, 957–977. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0755-0>
- Sele, P., Hoffart, A., Cloitre, M., Hembree, E. & Øktedalen, T. (2023). Comparing phase-based treatment, prolonged exposure, and skills-training for Complex Posttraumatic Stress Disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 100, 102786. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102786>
- Shapiro, F. & Liliotis, D. (2015). EMDR therapy for trauma-related disorders. I U. Schnyder & M. Cloitre (Red.), *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians* (s. 205–228). Springer.
- Simpson, T. L., Goldberg, S. B., Loudon, D. K., Blakey, S. M., Hawn, S. E., Lott, A., Browne, K. C., Lehavot, K. & Kaysen, D. (2021). Efficacy and acceptability of interventions for co-occurring PTSD and SUD: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 84, 102490. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102490>
- Tate, S. R., Norman, S. B., McQuaid, J. R. & Brown, S. A. (2007). Health problems of substance-dependent veterans with and those without trauma history. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(1), 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.11.006>

