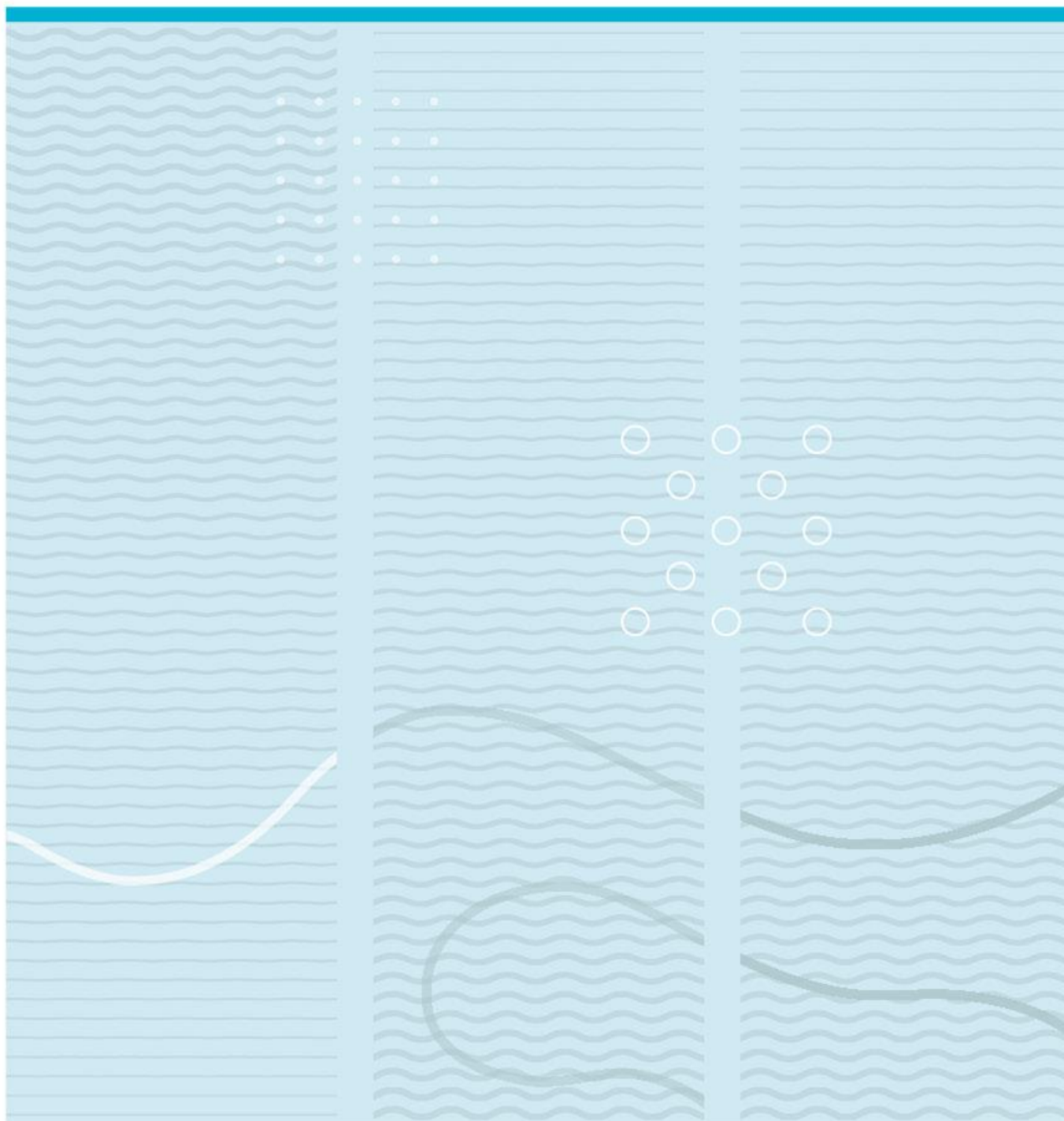


Bente Brundtland

«Du kan liksom aldri slippe taket»

En kvalitativ studie om psykisk helsearbeideres erfaringer med hva som fremmer og hemmer en god implementering av Feedback informerte tjenester (FIT) i kommunal psykisk helse og rus.



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2000 Bente Brundtland

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på en utfordrende reise fylt med både oppturer og nedturer. Det hele startet med et ønske om å lære mer om implementering av FIT i kommunal psykisk helse og rus og har endt med en dypere innsikt, større kunnskap og noen søvnløse netter. De siste seks månedene har vært spesielle. Da koronaepidemien traff Norge i februar, ble hverdagsrutinene kullkastet. Etablerte arbeidsrutiner måtte vike og oppgaven kunne ikke lenger ha topp prioritet. Takket være god støtte og oppmuntring fra arbeidskollegaer, familien og venner jeg knapt har sett de siste månedene, kom jeg igjennom og er nå klar for å presentere masteroppgaven. Jeg vil rette en stor takk til deltakerne i denne studien som ga meg raust av både sin tid og sine erfaringer. Sist, men ikke minst vil jeg takke min veileder Rolf Sundet for tålmodighet, innsikt og gode støtte under hele prosessen.

Sammendrag

Forfatter: Bente Brundtland

Tittel: «Du kan liksom aldri slippe taket»

En kvalitativ studie om psykisk helsearbeideres erfaringer med hva som fremmer og hemmer en god implementering av Feedback informerte tjenester (FIT) i kommunal psykisk helse og rus.

Veileder: Rolf Sundet

Hensikt:

Feedback informerte tjenester er et tilbakemeldingssystem som består av to skjemaer, et skjema (ORS) som fylles ut før samtalen og et skjema (SRS) som fylles ut etter samtalen. Brukerens stemme er prioritert og målet er å utforske om brukeren har utbytte av den hjelpen de får. Selv om FIT ikke er utviklet med utgangspunkt i å øke brukermedvirkningen, så viser forskning at FIT allikevel kan bidra til økt brukermedvirkning. Implementering er en prosess som er kompleks og tidkrevende. Flere faktorer kan påvirke implementeringsprosessen. Disse faktorene kan være fremmende eller hemmende og kan påvirke utfallet av implementeringen. Hensikten med studien var å få kunnskap om hvilke erfaringer psykiske helsearbeidere i psykisk helse og rus hadde om hva som hemmet og fremmet implementeringsprosessen på sin avdeling. Målet med studien er å skape en større forståelse for hvilke faktorer som kan spille inn i en implementeringsprosess og å kunne bruke denne kunnskapen ved implementering av FIT på egen arbeidsplass.

Metode:

For å besvare oppgavens problemstilling ble det benyttet et strategisk utvalg. Det ble gjennomførte kvalitative intervjuer av 3 psykisk helsearbeidere og datamaterialet ble samlet inn ved hjelp av en semistrukturert- intervjuguide. Alle intervjuene ble tatt opp med båndopptaker, intervjuene ble transkribert fortløpende. Videre ble det transkriberte datamaterialet bearbeidet ved hjelp av analysemetoden kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman.

Resultater:

Etter analyseprosessen ble det identifisert 3 kategorier, *rammebetingelser*, *holdninger* og *veiledning og undervisning*. Det ble identifisert 9 underkategorier 1) *teknologiske utfordringer* 2) *struktur for implementering*, 3) *forankring i hele organisasjonen*, 4) *konkurranse om ressursene* 5) *motstand mot endring*, 6) *tilbakefall til gamle rutiner*, 7) *inspirert til endringsarbeidet*, 8) *tilgang på ferdigheter og kunnskap* og 9) *inspirasjon til endringsarbeid*. Funnene i studien viser at det er flere faktorer som påvirket implementeringsprosessen. For lite utstyr, endringer av IT-plattform/dataversjon, lav forankring i ledelsen/kommunen, konkurranse om ressurser og motstand og vegring blant kollegaer ble beskrevet av deltakerne som noen faktorer som virket hemmende for

implementeringen. Det ble uttrykt et ønske om nettverk/forum der helsearbeiderne har mulighet til å diskutere, tilegne seg mer kunnskap og dele erfaringer. Videre kom det frem at deltakerne hadde et større behov for ekstern veiledning enn det de hadde fått. Funnene viser at praksisnær veiledning, «ildsjeler», tid til å øve og til opplæring, engasjement og eierskap til endringsarbeidet ble trukket frem som fremmede faktorer for en god implementering. Fagdager ble beskrevet som et vitamin og en mulighet til å reaktivere engasjementet. Det kom også frem i funnene at det var gjort lite planarbeid og ikke utarbeidet noen tidsplaner før og under implementering, dette ble trukket frem som både en negativ og positiv faktor for implementeringen. Funnene viser at deltakerne var delte på om fellesveiledninger var en fremmede faktor.

Diskusjon:

Funnene illustrere hvor kompleks og sammensatt en implementeringsprosess er og hvordan ytre og indre faktorer kan påvirke endringsarbeidet. Ulikheter blant deltakernes erfaringer for hva som hemmer og fremmer viser at det ikke finnes noen fasit på hvordan personer tilegner seg ny kunnskap og hvordan de får et eierskap til endringsarbeidet. Samtidig er det noen overordnede faktorer som spiller inn i denne prosessen, disse blir beskrevet som rammebetingelser, holdninger, veiledning og tilgang på kunnskap.

Konklusjon:

Selv om det finnes mye forskning og teori på implementering generelt, og på implementering av FIT, så viser det seg i forskning at det allikevel ofte oppstår barrierer under en implementeringsprosess. En implementeringsprosess krever mye av både organisasjon, avdeling og det enkelte individ. Funnene viser en avdeling med et stort engasjement, som gjennom vilje og tro på endringsarbeidet har implementert FIT i avdelingen.

Nøkkelord: implementering, Feedback informerte tjenester, evidensbasert praksis, kommunal psykisk helse og rus, erfaringer, fremmede og hemmende.

Abstract

Author: Bente Brundtland

Title: «You can never let go»

A qualitative study of mental health workers' experiences with what promotes and impedes a good implementation of feedback informed treatment (FIT) in municipal mental health services.

Supervisor: Rolf Sundet

Purpose:

Feedback informed services is a feedback system that consists of two forms, a form (ORS) that is filled in before the call and a form (SRS) that is filled in after the call. The user's voice is a priority and the goal is to explore whether the user benefits from the help they receive. Although FIT has not been developed on the basis of increasing user participation, research shows that FIT can still contribute to increased user participation. Implementation is a process that is complex and time consuming. Several factors can affect the implementation process. These factors may be conducive or inhibitory and may affect the outcome of implementation. The purpose of the study was to gain knowledge about what experiences mental health workers in mental health had about what promotes and impedes the implementation process in their ward. The aim of the study is to create a greater understanding of the factors that can play a role in an implementation process and to be able to use this knowledge when implementing FIT in one's own workplace.

Method:

A strategic committee were used to answer the problem of the thesis. Qualitative interviews were conducted with three mental health workers and the data material was collected using a semi-structured interview guide. All interviews were recorded with a tape recorder, the interviews were transcribed continuously. Furthermore, the transcribed data material was processed using the analytical method qualitative content analysis inspired by Graneheim and Lundman.

Results:

After the analysis process, three categories were identified, framework conditions, attitudes and guidance and teaching. 9 subcategories were identified 1) technological challenges 2) structure for implementation, 3) anchoring in the entire organization, 4) competition for resources 5) resistance to change, 6) relapse into old routines, 7) inspired by the change work, 8) access to skills and knowledge and 9) inspiration for change work. The findings of the study shows there are several factors that influenced the implementation process. The participants as factors that seemed to hinder implementation described too little equipment, changes to the IT platform / data version, low anchoring in the management / municipality, competition for resources and resistance and rejection

among colleagues. A wish was expressed for a network / forum where the health workers have the opportunity to discuss, acquire more knowledge and share experiences. Furthermore, it emerged that the participants had a greater need for external guidance than they had received. The findings show that practical guidance, "enthusiasts", time to practice and training, commitment and ownership of the change work were highlighted as promoting factors for a good implementation. Subject days were described as a vitamin and an opportunity to reactivate the commitment. It also emerged in the findings that little planning work had been done and no schedules had been prepared before and during implementation, this was highlighted as both a negative and positive factor for the implementation. The findings show that the participants were divided on whether joint guidance was a promoting factor or not.

Discussion:

The findings illustrate how complex an implementation process is and how external and internal factors can influence the change work. Differences among the participants' experiences of what promote and impede show that there is no final decision on how people acquire new knowledge and how they gain ownership of the change work. At the same time, there are some overriding factors that come into play in this process; these are described as framework conditions, attitudes, guidance and access to knowledge

Conclusion:

Although there is a lot of research and theory on implementation in general, and on the implementation of FIT, it turns out in research that barriers still often arise during an implementation process. An implementation process requires a lot from both the organization, the department and the individual. The findings show a ward with a great deal of commitment, which through will and faith in the change work has implemented FIT in the department.

Keywords: implementation, Feedback informed treatment, evidence-based practice, municipal mental health services, experiences, promote and impede.

1	Innledning	10
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	10
1.2	Studiens hensikt	11
1.3	Problemstilling og forskningsspørsmål.....	11
1.4	Begrepsavklaring	12
1.5	Søkestrategi	12
1.6	Tidligere forskning.....	13
1.7	Oppgavens struktur	14
2	Metode	16
2.1	Forskningsdesign.....	16
2.2	Vitenskapsteoretisk ståsted	16
2.3	Forskerens forforståelse	18
2.4	Utvalg og utvalgsprosess.....	19
2.5	Deltakerne.....	19
2.6	Kvalitativt forskningsintervju	20
2.7	Dataanalyse.....	21
2.8	Etiske overveielser	23
2.9	Metodediskusjon	23
2.9.1	Validitet	24
2.9.2	Reliabilitet	25
2.9.3	Overførbarhet	25
3	Teori	26
3.1	Kommunal psykisk helse	26
3.2	Brukermedvirkning	27
3.3	Evidensbasert praksis.....	28
3.4	Feedbacksystemer	29
3.4.1	Feedback informerte tjenester, FIT	30
3.4.2	De to evalueringsskalaene i Feedback informerte tjenester	31
3.5	Implementering	32
3.5.1	Implementeringsprosessen i FIT	34
3.5.2	Kjernekomponentene i FIT implementering	36
3.5.3	Barriere for implementering	38

4. Analyse	39
3.6 Presentasjon av funn	39
3.7 Rammebetingelser	40
3.7.1 Teknologiske utfordringer	40
3.7.2 Struktur for implementeringen	41
3.7.3 Forankring i hele organisasjonen	42
3.7.4 Konkurransen om ressursene.....	43
3.8 Holdninger	44
3.8.1 Motstand mot endring	44
3.8.2 Tilbakefall til gamle rutiner	45
3.8.3 Inspirert til endringsarbeid.....	46
3.9 Veiledning og undervisning	47
3.9.1 Tilgang på ferdigheter og kunnskap.....	47
3.9.2 Inspirasjon til endringsarbeid	48
4 Drøfting	51
4.1 Rammebetingelser	51
4.1.1 Teknologiske utfordringer	51
4.1.2 Struktur for implementering	52
4.1.3 Forankring i hele organisasjonen	53
4.1.4 Konkurransen om ressursene.....	54
4.2 Holdninger	54
4.2.1 Motstand mot endring	54
4.2.2 Tilbakefall til gamle rutiner.....	57
4.2.3 Inspirert til endringsarbeid.....	57
4.3 Veiledning og undervisning	58
4.3.1 Tilgang på ferdigheter og kunnskap.....	58
4.3.2 Inspirasjon i endringsarbeidet	59
4.3.3 Bygge en feedbackkultur	60
5 Konklusjon	62
5.1 Studiens begrensninger	62
5.2 Videre forskning	62
5.3 Avslutning	62

Vedlegg 1: Vurdering fra NSD

Vedlegg 2: Informasjonsskriv med samtykke

Vedlegg 3: Intervjuguide

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg jobber i avdeling psykisk helse og rus i en liten kommune. I løpet av 2020 starter avdelingen med å implementere Feedback informerte tjenester (FIT). På bakgrunn av dette er jeg interessert i å undersøke hva som kan fremme og hemme en god implementeringsprosess av FIT. Jeg er nysgjerrig og har et ønske om å lære mer om de faktorene som spiller inn i denne prosessen. Målet er at den kunnskapen jeg tilegner meg i arbeidet med studien skal kunne komme egen arbeidsplass til gode når vi skal ta fatt på implementeringen. Regjeringen skriver i sin strategiplan «Mestre hele livet» at kommunens psykiske helsearbeid bør være kunnskapsbasert og innovativt.

Helsemyndighetene skal i større grad legge til rette for utprøving og evaluering av nye modeller og understøtte kommunene i å implementere forskningsbaserte, effektive metoder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 29). Fra godt planlagt vitenskapelig forskning blir det hvert år tilgjengelig enorme mengder verdifull innsikt, prosedyrer og teknologi, men bare en liten andel av disse metodene og teknologiene blir på kort sikt tatt i bruk i den daglige praksisen av pasientbehandling (Grol, Wensing, Eccles & Davis, 2013, s. xiii). Stadig flere kommuner i Norge har tatt i bruk ulike tilbakemeldingsverktøy, blant annet Feedback informerte tjenester (FIT) (Ose, Kaspersen, Hilland, Kalseth & Åndanes, 2019, s. 155). Feedback informerte tjenester (FIT), tidligere kalt Klient- og resultatstyrt praksis (KOR), har sitt utspring i USA. FIT bygger ikke på en bestemt terapiteori, metode, eller teknikk (Duncan & Sparks, 2008, s. 20- 21). Ved bruk av FIT blir tilbakemeldingene fra brukerne systematisk innhentet, og tjenestene tilpasses deretter (Ose et al., 2019, s. 155; Esmiol- Wilson, Pertridge, Brandon, Kollar & Benning- Cho, 2017, s. 21; Bargman & Robinson, 2012, s. 2). Et av de viktigste elementene en trenger for å oppleve fremgang og bli bedre til noe, er tilbakemeldinger (feedback). Får vi ikke tilbakemeldinger på det vi gjør, blir det også svært vanskelig å forbedre oss (Valla, 2014, s. 46). Hensikt er å bygge sterke samarbeidsrelasjoner til brukeren. Dette for å: 1) fremme de fellesfaktorene som på tvers av teorier fører til vellykkede resultater, 2) ta i bruk brukerens tanker og preferanser, det vil si brukerens endringsteori når det gjelder valg av teknikk og metode, 3) bygge arbeidet på gyldige og pålitelige målinger av hvordan brukeren opplever resultatet av behandlingen og relasjonen til terapeuten (Duncan & Sparks, 2008, s. 20- 21). I 2019 svarte 369 av landets kommuner (89 prosent) at de i noen, stor eller svært stor grad sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helse-feltet. Det ble også spurt om på hvilken måte kommunene eventuelt har innhentet brukererfaring siste 12 måneder. Her

svarte over halvparten av de 174 kommunene at de hadde benyttet FIT (Ose et al., 2019, s. 16). Brukermedvirkning en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Brukere har rett til å medvirke, og tjenesten har plikt til å involvere brukere i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 2). jfr. Pasientrettighetsloven § 3-1: «Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven» (2001, § 3-1). I tillegg har brukermedvirkning en egenverdi i at mennesker som søker hjelp, på linje med andre, gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet (Helsedirektoratet, 2017, s. 2). Brukermedvirkning vil i mange tilfeller bidra til økt treffsikkerhet i utformingen og gjennomføringen av tiltak (NOU 2018:16, s.11).

1.2 Studiens hensikt

Studiens hensikt er å få en dypere innsikt i hva som fremmer eller hemmer en god implementering av Feedback informerte tjenester (FIT) i kommunal psykisk helse og rus. Ønske var å få kunnskap om hvilke erfaringer psykiske helsearbeidere i kommunal psykisk helse og rus hadde med sin implementeringsprosess av FIT. Som ansatt i kommunal helse- og omsorg i over 10 år, har jeg erfart at mye god evidensbasert forskning blir tilgjengelig for kommunal psykisk helse hvert år. Denne nye kunnskapen gir oss mulighet til å gjøre tjenestene bedre og ha et større fokus på blant annet brukermedvirkning, mer effektive tjenester og mer lønnsomme tjenester, men jeg har også erfart hvor vanskelig det kan være å iverksette mye av det vi lærer ut i praksis.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

På bakgrunn av valgt tema, har jeg kommet frem til følgende problemstilling for studien:

” Hva fremmer og hva hemmer en god implementering av FIT i kommunal psykisk helse?

Problemstillingen består av to forskningsspørsmål. Forskningsspørsmålene er formulert på denne måten:

1. Hva erfarer psykisk helsearbeidere som fremmende/hemmende for en suksessfull implementering av Feedback informerte tjenester (FIT)?
2. Hva erfarer psykisk helsearbeidere at kan bidra til potensielle forbedringer under implementeringsprosessen av Feedback informerte tjenester, FIT?

1.4 Begrepsavklaring

Implementering: På latin betyr implere å «å fylle» eller «å fylle på». I det daglige beskrives implementering som å gjennomføre, innføre, aktualisere, søknad, utføre eller sette i verk. Noe som kan tyde på at implementering handler om å realisere ideer og planer i konkret handling. Begrepet blir behandlet på ulike måter i ulike forskningsfelt og tradisjoner (Nilsen & Roback, 2010, s. 51-52). I denne oppgaven blir begrepet implementering brukt i prosessen fra det blir bestemt at Feedback informerte tjenester (FIT) skal innføres i avdelingen til full implementering, der avdelingen er i gang med «kulturrendringen» og FIT er tatt i bruk i praksis i den daglige rutinen.

Bruker: Betegnelsen bruker ble tatt i bruk på begynnelsen av 1990- tallet. Når en person bruker noe, gjør vedkommende det for å oppnå noe, bevirke noe eller for å få en virkning. Brukermidvirkning følger brukerbegrepet for å understreke brukers aktive rolle (Eide, 2013, s. 114-115). I litteraturen brukes både pasient, klient og bruker, jeg velger i denne studien å anvende begrepet bruker som dekker pasient og klient begrepet.

Psykisk helsearbeider: Psykisk helsearbeider er i denne studien definert som på fagpersoner som jobber i kommunal psykisk helse. Jeg anvender både psykisk helsearbeider og helsearbeider. Hoveddelen av de ansatte innen psykisk helse og/eller rusarbeid har høyere utdanning, og flere har spesial- eller videreutdanning (Helsedirektoratet, 2014, s. 77).

Kommunal psykisk helse: de mest sentrale arbeidsoppgavene til kommunal psykisk helse er det direkte kliniske arbeidet med den enkelte person og vedkommendes familie. Dette arbeidet skjer ofte sammen med ulike samarbeidspartnere innen forskjellige etater og instanser (Karlsson & Borg, 2013, s. 129).

Feedback: Å gi feedback er å anerkjenne sider ved en annen person. Å få feedback er å bli bekreftet og gitt mulighet til å vokse (Øiestad, 2004, s. 19). Feedback er ikke verdt noe i seg selv, det er det man gjør etterpå som vil få betydning for fremgang. Fremgang kommer når vi analyserer og reflekterer over feedbacken vi har fått og i neste omgang handler på dem (Valla, 2014, s. 63).

1.5 Søkestrategi

I dette avsnittet skal jeg ta en oppsummering av min søkestrategi, det skal gi en oversikt over de emneordene og hvilke databaser jeg benyttet i søket på relevant forskning. Jeg utførte litteratursøket

i flere omganger. Det første litteratursøket var for å orientere meg i forskningslitteraturen som omhandlet implementering av Feedback informerte tjenester. Det ble benyttet ulike søkemotorer som Medline, Cinhal, OVID og Bibsys. Jeg gjennomførte flere omfattende søk, med tanke på inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det første søket førte til lite relevant forskning, søket ble da gjort bredere og de emneordene jeg først startet med ble byttet ut med mer relevante emneord. Søkeordene som ble benyttet var i hovedsak engelske, for å nå ut til internasjonal forskning, men jeg benyttet meg også av norske søkeord for å finne frem til nasjonal forskning. Eksempler på søkeord var: «Klient- og resultatstyrt praksis», «Feedbackinformerte tjenester», «Feedback informed treatment», «experience», «implementering», «Implementation», «The partners for change outcome management system», «Routine outcome monitoring». Nye søk ble utført i de samme databasene, men med nye søkeord som: «Session rating scale», «Outcome rating scale», «Routine outcome monitoring», «Outcome monitoring feedback», «Science- practice integration», «Mental health services», «evidence- based practice», «Client feedback» og «Outcome measurement». Videre fant jeg mye aktuell litteratur til studien ved manuelle søk gjennom å sjekke referanselisten til bøker, artikler og tidsskrifter.

1.6 Tidligere forskning

For å finne tidligere forskning på implementering av FIT, ble det utført søk i de ulike databasene. Mye av forskningslitteraturen som ble funnet omhandlet psykoterapi og psykoterapeuter. Det ble funnet lite forskning som omhandlet psykisk helsearbeidere i primærhelsetjenesten.

Forskningslitteratur ble valgt på grunnlag av hva som kunne være interessant for problemstillingen og forskningsspørsmålene i denne studien.

Esmiol- Wilson, Pertridge, Brandon, Kollar & Benning- Cho (2016) kommer frem til at det å få feedback fra brukere fører til at psykisk helsearbeidere kan forbedre ferdighetene og gi hjelp som samsvarer med brukerens behov, ha riktig retning i samtalen, at den psykiske helsearbeideren blir mer samarbeidsvillig og empatiske overfor brukerne, at den terapeutiske alliansen blir forbedret, at de får økt selvinnsikt og at helsearbeideren ser viktigheten med å få tilbakemeldinger fra brukeren. I studien kommer det frem at flere av helsearbeiderne følte seg sårbare for tilbakemelding fra brukerne. Helsearbeiderne rapporterte om tanker som at de var uforberedte, ineffektive, dømt, flaue og at de kjente på en manglende selvtillit i det de mottok feedbacken fra brukerne. Flere rapporterte også at de var usikre på hvordan de skulle jobbe videre med feedbacken.

Gleacher, Olin, Nadeem, Pollock, Ringle, Bickman, Douglas & Hoagwood (2015) studert to klinikker som implementerte et tilbakemeldingsverktøy. De finner mange utfordringer ved å implementere evidensbasert praksis på en vellykket måte. Det er ulike nivåer og faser som kan påvirke utfallet. I studien kom det frem at begge klinikkene opplevde to til tre ganger så mange hemmere som fremmere under implementeringen. Mangel på støtte fra administrasjonen var en betydelig hemmer i begge klinikkene. Flere rapporterte at tid var en mangelvare. I tillegg var det forstyrrende med utfordringer knyttet til det teknologiske designet og selve teknologien. En fremmede faktor var å ha intern personalstøtte. De viktigste faktorene for en vellykket implementering var først og fremst rollen til organisasjonen med support og ledelse ved at det ble lagt til rette for implementering og integrering av den nye praksisen på arbeidsplassen.

Lambert & Harmon (2018) trekker også frem viktigheten av støtte fra organisasjonen og ledelsen. En annen viktig fremmede faktor var trening, og mulighet til å få direkte veiledning. Spesielt positiv var det hvis helsearbeiderne fikk veiledning som kunne knyttes direkte til egne brukere og egen praksis. I følge artikkelen er det å generere positive holdninger det første skrittet for å forbedre prosessene og effektiviteten til implementeringen. Det å få veiledning og å trene er begge deler effektivt for å hjelpe helsearbeiderne for å effektivt bruke metodene, men også å utvikle positive holdninger med hensyn til den innvirkningen tilbakemeldingsverktøyet kan ha på brukerne.

Boswell, Kraus, Miller & Lambert (2013) finner at tidsbyrden er en hemmende faktor. Tiden er alt for en travel helsearbeider og mange er også overarbeidet. Det å bruke kunnskap og ideer fra utdanning og fra artikler er en luksus mange helsearbeidere ikke har. Derfor må tilbakemeldingsverktøyet de bruker være brukervennlige og passe inn i en travel arbeidshverdag. En stor tidsbyrde kan føre til at helsearbeiderne ikke har kapasitet til å reflektere over bruken og virkningen av verktøyet.

1.7 Oppgavens struktur

Kapitel 1 beskrives bakgrunnen for valg av tema, og studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål, begrepsavklaringer, søkestrategi og tidligere forskning.

Kapitel 2 er metodekapitlet med undertemaene: forskningsdesign, vitenskapsteoretisk ståsted, forskerens forforståelse, utvalg og utvalgsprosess, deltakerne, kvalitativt forskningsintervju, dataanalyse med eksempler på analyseprosessen, etiske overveielser og metodediskusjon med underkapitlene validitet, reliabilitet og overførbarhet.

Kapitel 3 er teoridelen som presenterer underkapitlene kommunal psykisk helse, brukermedvirkning, evidensbasert praksis. Videre presenteres feedbacksystemer, Feedbackinformerte tjenester, FIT og de to evalueringsskalaene i Feedbackinformerte tjenester. Til slutt presenteres implementering med underkapitlene implementeringsprosessen i FIT, kjernekomponentene i FIT implementering og barrierer for implementering.

Kapittel 4 presenteres funnene med temaene: rammebetingelser, holdninger og veiledning og undervisning.

Kapitel 5 blir funnene drøftet under temaene: rammebetingelser, holdninger, veiledning og undervisning og bygge en tilbakemeldingskultur. Denne delen blir drøftet opp mot egne refleksjoner og teori.

Kapitel 6 tar for seg studiens begrensninger og videre forskning. Avslutning gir en oppsummering av sentrale funn.

2 Metode

Den opprinnelige betydningen for ordet metode er gresk og betyr «veien til målet» (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 83). Metode kan også beskrives som det å følge en viss vei mot et mål. Forskeren utfordres til å beskrive denne veien og redegjøre for de valgene som er tatt underveis mot målet (Dalland, 2012, s. 114). Denne veien er i denne studien; metoden (kvalitativ metode), rekruttering av deltakere (strategisk utvalg), valg av intervjustruktur (semistrukturert intervjuguide), datainnsamlingsmetode (semistrukturert intervju) og analysemetode (kvalitativ innholdsanalyse). I følge Malterud blir metoden i kvalitative studier omformet underveis- veien blir til mens man går. Erfaringer fra blant annet analysen kan føre til justeringer fra den opprinnelige planen (Malterud, 2013, s. 119). Prosjektets design beskriver retningslinjer for hvordan forskeren tenker seg å utføre prosjektet. Et forskningsdesign inneholder den faglige konteksten for en beskrivelse av undersøkelsens hvem, hva, hvor og hvordan (Thagaard, 2013, s. 54- 55).

2.1 Forskningsdesign

Jeg valgte kvalitativ metode, da jeg tenkte at dette var den metoden som kunne gi svar på de spørsmålene jeg hadde rundt psykisk helsearbeideres erfaringer med implementering av Feedback informerte tjenester i kommunal psykisk helse og rus. Kvalitativ forskningsmetode egner seg godt til å få vite mer om menneskelige egenskaper (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). I en kvalitativ studie gjør forskeren bruk av både beskrivelser og tolkninger. Det går ikke an å bruke det ene uten å bruke det andre- enhver beskrivelse er farget av tolkninger, og enhver tolkning bygger på beskrivelser (Malterud, 2013, s. 44). Ved bruk av kvalitativ metode var målet å få frem deltakernes erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger rundt implementeringsprosessen fremmende og hemmende egenskaper. Kvalitative tilnæringer passer godt for utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet (Malterud, 2013, s. 27). En kvalitativ metode omfatter ulike strategier for systematisk innsamling, organisering og tolkning av tekstlig material fra skriftlig kildematerial, samtale eller observasjon. Målet med kvalitative metoder er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik de involverte selv opplever det innenfor sin naturlige sammenheng (Malterud, 2013, s. 26).

2.2 Vitenskapsteoretisk ståsted

Denne studien har en hermeneutisk- fenomenologisk tilnærming. Jeg ønsker å få økt forståelse av hvilke erfaringer psykisk helsearbeidere har. Jeg finner støtte hos Lindseth og Norberg (2004).

Målet med en hermeneutisk- fenomenologisk tilnærming er å avsløre sannheter om den essensielle betydningen av å være i verden, det forventes ikke å finne en eneste grunnleggende sannhet- hele sannheten kan aldri forstås helt og fullt. Søken blir etter mulige betydninger i en prosess som er kontinuerlig, der en hele tiden beveger seg mellom grensene for dogmatisme og skepsis. En skal unngå å tenke at en har hele sannheten og være bevisst på at det ikke er noen sannhet å finne (Lindseth & Norberg, 2004, s. 151). Både når det gjelder fenomener og tekster handler det om tolkning, forståelse, ny tolkning og ny forståelse, alt dette er deler i en helhet som stadig vokser og utvikles (Dalland, 2012, s. 58).

Fenomenologi betyr læren om fenomenene. Et fenomen er fremtoning, det som viser seg eller kommer til syne. Med andre ord det som oppfattes av sansene. Oppmerksomheten er rettet mot verden slik den konkret oppleves og erfares av for eksempel den psykiske helsearbeideren (Dalland, 2012, s. 57). Det omfatter vektlegging av bevissthet og livsverden, åpenhet overfor intervjupersonens opplevelser, stor vekt på presise beskrivelser, forsøk på å sette forhåndskunnskap i parentes, og en søken etter invariante essensielle betydninger i beskrivelsen (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 75). Fenomenologen Edmund Husserl (1859- 1938) etablerte en vitenskap om fenomener, en vitenskap om erkjennelse av essenser i stedet for saker. Husserl skiller mellom fakta og essens og hans fenomenologi omfatter forestillinger om ren bevissthet. Det involverer prosessen med bracketing, eller epoche, som er et forsøk på å avvise den naive realistiske bevisstheten til forskeren i forkant av datainnsamlingen (Annels, 1996, s. 706). Under intervjuene fikk deltakerne mulighet til å beskrive sine erfaringer uten at jeg trakk inn egne forståelse eller beskrivelser av fenomenene. Under transkripsjonen og første del av analysen fortsatte den fenomenologiske tilnærmingen med å sette parentes omkring egne personlige meninger og erfaringer. Den første delen av analysen er det manifeste innholdet som tar for seg innholdsaspektet og beskriver de synlige, åpenbare komponentene og beskriver det deltagerne med egne ord sier. Dette uten at jeg fortolker det deltakerne forteller (Granheim & Lundman, 2004, s. 106). Jeg er bevisst på å holde personlige meninger og erfaringer på avstand, samtidig som jeg trekker frem tekst fra deltakerne som gir mening til det fenomenet jeg undersøker.

Hermeneutikk betyr fortolkningslære. Å fortolke er å forsøke å finne frem til meningen i noe, eller forklare noe som i utgangspunktet er uklart (Dalland, 2012, s. 57). Heidegger brukte det tyske ordet «Dasein» til å beskrive hvordan det er å være et menneske, og refererer både til en enkelt person og til en generell måte å være på (Annels, 1996, s. 706). Et av de hermeneutiske prinsippene for fortolkning gjelder en kontinuerlig frem- og tilbakeprosess, mellom deler og helhet, som er en følge

av den hermeneutiske sirkel, eller en kan se det som en spiral som åpner for en stadig dypere forståelse av meningen (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 237). Den hermeneutiske sirkelen var opprinnelig et innblikk i Schleiermachers tanker. Schleiermacher valgte sirkelen som en metafor å forklare den dynamiske bevegelsen mellom delene og helheten av en tekst innen søken etter forståelse (Annels, 1996, s. 707), men det var Gadamer som med hell brakte konseptet med hermeneutisk sirkel inn i den filosofiske hermeneutikken (Annels, 1996, s. 706). Graneheim og Lundman beskriver andre del av den kvalitative innholdsanalysen som det latente innholdet. Denne delen av analysen er mer tolkende ved at den prøver å finne den underliggende meningen i teksten. Det handler om størrelsen på teksten, men indikerer ikke noe om kvaliteten på den teksten som gjenstår, prosessen med reduksjon skal føre til at kjernen fremdeles skal være bevart (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106). Under prosessen åpner innholdet seg mer og mer. Jeg vekslet mellom å høre på lydfil, lese tekst og analysere, jeg hadde også notert kroppsspråk og beskrev blant annet tonefall, pauser og latter, ved å bevege meg mellom delene og helheten ga det meg en større forståelse for den underliggende meningen med teksten.

Hermeneutisk- fenomenologi er forankret innen hermeneutisk filosofi (Annels, 1996, s. 705). Et stort skifte innen fenomenologien skjedde gjennom arbeidet til Heidegger. Martin Heidegger (1889-1976), blir betraktet som den viktigste grunnleggeren av moderne hermeneutikk, og oppsto fra arbeidet til fenomenologen Edmund Husserl (1859—1938). Likheten til Husserl, var at Heidegger også definerte begrepet «fenomenologi» som kan formuleres som «det som viser seg i seg selv». Han forklarte videre at «fenomenene» er helheten av det som ligger fremme i lyset, eller som kan bringes frem i lyset. Dette signaliserer det som viser seg i seg selv, det manifesterer (Annels, 1996, s. 706). Hermeneutisk fenomenologi understreker det ontologiske over det epistemologiske. Denne holdningen kombinert med sine postmodernistiske metodiske tilbøyeligheter, plasserer hermeneutisk fenomenologi innen et konstruktivistisk/fortolkende paradigme (Annels, 1996, s. 712).

2.3 Forskerens forforståelse

Forforståelsen beskrives av Malterud som den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter og at innholdet i denne ryggsekken påvirker hele veien måten vi samler og leser vår data på (Malterud, 2013, s. 40). Jeg har i hele prosessen med denne studien vært bevisst på at jeg bærer med meg denne «ryggsekken» og at denne forforståelsen ikke må styre meg og gjøre meg blind for «gullet» som ligger der. Denne bagasjen består av erfaringer,

hypoteser, faglige perspektiv, og av den teoretiske referanserammen som jeg hadde med meg ved prosjektets innledning (Malterud, 2013, s. 40).

Min forforståelse er at jeg var med i starten av en implementeringsprosess av Feedback informerte tjenester. Den kunnskapen jeg ervervet meg i denne implementeringsperioden har preget min forforståelse, men den har også gjort meg nysgjerrig på hva som kan hemme og fremme en god implementering. Dette er ikke bare på bakgrunn av FIT, men også andre implementeringsprosesser på arbeidsplassen. Jeg har prøvd gjennom hele studien å være kritisk til den forforståelsen jeg har, noe jeg var svært bevisst på da jeg utformet intervjuguiden og foretok intervjuene, ved at jeg blant annet ikke å kom med egne erfaringer. Også under analysen av datamaterialet var dette noe jeg jobbet bevisst med.

2.4 Utvalg og utvalgsprosess

Ved all forskning må vi sørge for utvalgsstrategier der materialet både inneholder data om det fenomenet vi vil utforske, og grunnlag for overveielser om kunnskapens gyldighet og rekkevidde (Malterud, 2013, s. 55). Studien ble gjennomført i en kommunal avdeling innen psykisk helse og rus. Jeg gjennomførte et strategisk utvalg og deltakerne besto av psykisk helsearbeidere i kommunal psykisk helse som har erfaring med implementering av Feedback informerte tjenester. Et strategisk utvalg vil si at deltakerne har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard, 2013, s. 60), og at en velger deltakere en tror har noe å fortelle om akkurat det fenomenet en vil vite mer om (Dalland, 2012, s. 117). Intervjuene ble avtalt med avdelingsleder som fikk tilsendt informasjonsskrivet med samtykke (vedlegg 2). Avdelingsleder kontaktet selv de deltakerne som passet i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Jeg endte opp med tre deltakere. Etter at deltakerne hadde bestemt seg for å delta i studien, ble tidspunktet for intervjuene avtalt direkte med hver enkelt deltaker. Deltakerne bestemte selv hvor de ville at intervjuene skulle foregå, alle valgte eget arbeidssted i arbeidstiden. Det var satt av ca. 60 minutter per intervju. Intervjuene ble gjennomført i september 2019.

2.5 Deltakerne

Deltakerne i studien er homogene, da de alle arbeidet i samme avdeling i kommunal psykisk helse og rus. Utvalget besto av tre deltakere, alle kvinner. Det er kun kvinner som jobber i avdelingen. De hadde ulik utdanningsgrad, men alle hadde utdanning som er relevant for arbeid innen psykisk helse

og rus, de hadde alle jobbet i stillingen mer enn 3 år og alle hadde en stillingsprosent som var høyere enn 60%.

Inklusjonskriteriene var satt til:

- Vært med i en implementeringsprosess med Feedback informerte tjenester, FIT
- arbeidserfaring med FIT
- At deltakerne er utdannet sosionom, sykepleier, ergoterapeut eller vernepleier og ansatt i kommunal psykisk helse og rus
- Jobbet i stillingen i minst 3 år eller mer.
- Stillingsprosent over 60% de siste 3 årene

2.6 Kvalitativt forskningsintervju

Jeg valgte kvalitativt forskningsintervju som datainnsamlingsmetode. Kvalitative forskningsintervju søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. Målet med denne metoden er å få frem betydningen av folks erfaringer og å dekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskapelige forklaringer (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 20). Med kvalitativ menes det at intervjuet tar sikte på å få frem nyanserte beskrivelser av den situasjonen som deltakerne av intervjuet befinner seg i. det er presisjonen i beskrivelsene og fortolkningen av hva innholdet betyr som er det kvalitative intervjuets styrke (Dalland, 2012, s. 156). Forskningsintervjuer støtter seg til en forhånds formulert intervjuguide som bidrar til å gi intervjuet struktur, men en viktig forutsetning er å legge til rette for ikke forberedte oppfølgingsspørsmål som gir muligheter for å følge opp kunnskapen som i utgangspunktet var ukjent for forskeren (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010, s. 12). Jeg gjennomførte intervjuene med å presentere meg selv, prosjektbeskrivelsens hovedpunkter og ved å gå gjennom informasjonsskrivet med samtykke (vedlegg 2) som deltakerne hadde fått tilsendt på forhånd. Første del av intervjuguiden (vedlegg 3) tok utgangspunkt i erfaringer rundt det å jobbe i psykisk helse og rus, med spørsmål om blant annet personlige egenskaper, hva som skaper engasjement og motivasjon i jobben, resten av intervjuguiden hadde fokus på erfaringer knyttet til implementering av FIT. I intervjuguiden, tok jeg utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide. I kvalitative studier er det ikke ønskelig å standardisere intervjusituasjonen. Det vil si at intervjuguiden ikke skal følges slavisk og den skal ikke være for detaljert. Intervjuguiden tilpasses møtet med den enkelte deltaker, intervjuguiden bør også revideres underveis i feltarbeidet, dette gjøres når forskeren lærer mer om hvor fokuset bør konsentreres (Malterud, 2013, s. 130). Jeg brukte åpne og brede spørsmål for å få best mulig frem deltagernes erfaringer knyttet til implementering av FIT.

2.7 Dataanalyse

Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet. Analysen skal foregå slik at andre senere kan følge den veien vi har gått, anerkjenne vår systematikk underveis, og forstå våre konklusjoner (Malterud, 2011, s. 91). Hensikten med studien er å få økt kunnskap om hva som fremmer og hemmer en god implementering av Feedback informerte tjenester i kommunal psykisk helse og rus. Ved å få frem deltakernes erfaringer, har det innsamlede datamaterialet dannet grunnlaget for studien. Datamaterialet har blitt gjennomgått systematisk flere ganger. Sitater fra deltagerne som omhandler erfaringer og opplevelser med implementering av FIT, ble identifisert. For å bearbeide materialet ble analysemetoden kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman (2004) brukt. Graneheim og Lundmans Kvalitative innholdsanalyse er en analyseprosedyre som har mange fellestrekk med systematisk tekstkondensering (Malterud, 2013, s. 96). Formålet med studien var å få frem de psykiske helsearbeidernes erfaring med implementering av FIT. Erfaringene rundt implementeringen vil være individuell og deltakerne tolker sin virkelighet på ulike måter. En tekst vil alltid innebære flere betydninger, og det vil alltid være en viss grad av tolkning når en setter seg inn i en tekst. For å identifisere variasjonene de ulike deltakernes erfaringer med implementeringsprosessen tenker jeg at Kvalitativ innholdsanalyse passer godt som analysemetode i denne studien. Analysen tar for seg det manifeste og latente innholdet i datamaterialet. Graneheim & Lundman (2004) beskriver Kvalitativ innholdsanalyse som to prosesser, der det ene fokuset er på det manifeste innholdet, og den andre fokuset er på det latente innholdet. Både den manifeste og latente måten handler om tolkning, men tolkningen varierer i dybde og nivå. Det manifeste innholdsanalysen tar for seg innholdsaspektet og beskriver de synlige, åpenbare komponentene og beskriver det deltakerne med egne ord sier. Dette uten at jeg fortolker det deltakerne sier. I kontrast til den latente innholdsanalysen som er mer tolkende ved at den prøver å finne den underliggende meningen i teksten. Her skal analysen løftes til et høyere nivå der jeg former koder, underkategorier og kategorier. I fasen der jeg skal finne det latente innholdet, blir deltakernes beskrivelser tolket og den underliggende meningen kommer til syne. Dette er en reduksjon som handler om størrelsen på teksten, men indikerer ikke noe om kvaliteten på den teksten som gjenstår, prosessen med reduksjon skal føre til at kjernen fremdeles skal være bevart (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106). Forskningsprosessen reiser utfordringer når det gjelder å forene analytisk reduksjon med aktiv nærhet til den levende kunnskapen (Malterud, 2013, s. 93). Analyse er et granskningsarbeid der utfordringen ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle (Dalland, 2012, s. 144). Jeg startet med å lese gjennom den transkriberte teksten flere ganger. Neste fase i analyseprosessen var å identifisere meningsenhetene. Jeg hadde problemstillingen og forskningsspørsmålene foran meg, som en

påminner for å finne det som var relevant for studien. Meningsenhetene farget jeg ut med ulike farger. Videre ble meningsenhetene kondensert, og teksten fra det deltakerne ordrett hadde fortalt, ble til kortere setninger, uten at meningsinnholdet skulle bli borte. Neste fase var å gi disse kondenserte setningene koder. Jeg gikk hele tiden tilbake til meningsenhetene for å tolke om jeg hadde fått med meg meningen og kjernen av innholdet inn i kodene. Videre ble kodene sammenlignet basert på likheter og ulikheter og sortert inn i underkategorier, som utgjør det manifeste innholdet. Den underliggende betydningen, som er det latente innholdet, ble formulert til kategorier (graneheim & Lundman, 2003, s. 108- 109). Jeg endte opp med 9 underkategorier og 3 kategorier. I tabell 1 og tabell 2 vil gi eksempler på analyseprosessen.

Tabell 1: eksempel på hvordan meningsenhet blir kondensert, kodet og satt i underkategori og kategori.

Meningsenheter	Kondensert mening	kode	underkategori	kategorier
<i>Jeg synes det har vært veldig fint og nyttig å ta hele avdelingen med, for eksempel den turen til Stange. Hvis bare to- tre hadde reist, så tror jeg det hadde vært helt annerledes. Og få med alle, det var genialt.</i>	Fint og nyttig at hele avdelingen var med til Stange. Få med alle, det var genialt.	fellesopplæring	Inspirasjon til endringsarbeidet	Veiledning og undervisning

Tabell 2: eksempel på hvordan meningsenhet blir kondensert, kodet og satt i underkategori og kategori.

Meningsenheter	Kondensert mening	kode	underkategori	kategorier
<i>Vi møtte jo ikke motstand i ledelsen, men vi klarte jo heller ikke, eller jeg vet ikke om vi prøvde på det heller, å få dem til å forstå at dette her, hvis vi</i>	Møtte ikke motstand i ledelsen, men fikk dem ikke til å forstå at hvis de skal gjøre det, så betyr det at alle skal gjøre det.	Ledelsen	Forankring i hele organisasjonen	Rammebetingelser

<i>skal gjøre det her, så betyr det at alle skal gjøre det.</i>		
---	--	--

--	--

2.8 Ethiske overveielser

Før oppstart ble det undersøkt om studien måtte godkjennes ved både ved Norsk senter for forskningsdata (NSD) og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Jeg meldte studien til Norsk senter for forskningsdata (NSD) 01.07.2020, og jeg fikk den godkjent 24.07.2020 (vedlegg 1). Studien har lav personvernulempe (NSD, 2018), og den var derfor ikke meldepliktig til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Deltakerne i studien delte ikke sensitive personopplysninger, eller annen informasjon underlagt taushetsplikten. Datamaterialet inneholder ikke deltakernes navn, personnummer, utdanning, alder, arbeidsplass eller bostedskommune. I transkribering oversatte jeg de ulike dialektene om til bokmål. Det skal derfor ikke være mulig å spore eller gjenkjenne deltakernes identitet. I forskningsetikken blir det tatt for gitt at deltakerne skal beskyttes ved at forskeren lover at all informasjon skal behandles konfidensielt og anonymiseres ved publisering (NSD, 2010, s. 27). Deltakerne fikk også informasjon om at de ikke skulle dele taushetsbelagt informasjon om brukere, eller annen informasjon som kunne identifisere brukere. Denne informasjonen fikk deltakerne både muntlig og skriftlig. Det er en etisk utfordring i de tilfeller der deltagerne ikke kjenner seg igjen i forskerens fortolkninger. Forskerens modeller er annerledes. De er på et annet analytisk nivå, enn de modellene man studerer har av sine handlinger (Fangen, 2015, s. 9). Dette prøvde jeg hele tiden å være bevisst og hørte igjennom lydfilene flere ganger for å fange opp tonefall, lese notatene der jeg hadde notert kroppsspråk og lese det transkriberte materialet igjennom hele analysen. Deltakerne fikk også lese gjennom funnene jeg bruker i oppgaven og hadde mulighet til å komme med tilbakemeldinger.

2.9 Metodediskusjon

I dette avsnittet skal jeg se på studiens validitet, reliabilitet og overførbarhet. Enkelte forskere har ignorert eller avvist spørsmål om validitet, reliabilitet og overførbarhet som undertrykkende, positivistiske begreper som hindrer en kreativ og frigjørende forskning. I en bredere fortolkning har validitet å gjøre med i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke. Med denne vide oppfatningen av validitet kan den kvalitative forskningen i prinsippet gi gyldig, vitenskapelig kunnskap (Kvale & Brinkman, 2018, s. 276). Reliabilitet betyr troverdighet, og handler om målinger

må utføres korrekt, og eventuelle feilmarginer angis (Dalland, 2012, s. 52). Overførbarhet impliserer at det finnes grenser og betingelser for hvordan våre funn kan gjøres gjeldende i andre sammenhenger enn der vår studie er gjennomført (Malterud, 2011, s. 62).

2.9.1 Validitet

Validitet står for relevans og gyldighet (Dalland, 2012, s. 52). Å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet. Hva er dette gyldig om, og under hvilke betingelser? Valideringen skal klargjøre mulighetene og begrensningene ved den spesifikke versjonen vi har samlet oss om. Validering skal prege alle fasene av forskningsprosessen, fra start til slutt (Malterud, 2011, s. 181). Valideringsarbeidet skal fungere som kvalitetskontroll gjennom alle stadier av kunnskapsproduksjonen. Valideringen avhenger av den håndverksmessige kvaliteten på undersøkelsen, hvor funnene kontinuerlig må sjekkes, utspørres og fortolkes teoretisk (Kvale & Brinkman, 2018, s. 278). En kontinuerlig valideringsholdning kan bidra til at vi lærer av våre erfaringer underveis i forskningsprosessen, utnytte rettigheter og plikter som en fleksibel struktur gir, og modifisere designet i takt med dette. Punkt for punkt skal vi utvikle våre egne motforestillinger som sørger for at vi ser våre beslutninger og tolkninger i forhold til alternative muligheter. (Malterud, 2011, s. 181). Kvale & Brinkman (2012) anbefaler at vi spør hvordan, hvorfor og hvem. Har jeg gjennom intervjuene fått undersøkt det jeg skulle? Deltagerne var fra samme avdelingen i en liten kommune, det var en homogen gruppe. De var alle entusiastiske til implementeringen av FIT, men trakk frem erfaringer de hadde med kollegaer som var kritiske til implementeringsprosessen. Det at jeg ikke hadde tilgang til de som var kritiske til prosessen, kan ha ført til at jeg mistet interessante og viktige datamaterialet til studien, men på den annen side ville det mest sannsynlig vært helt andre funn, noe som igjen ville ført til en helt annen studie. Jeg var bevisst på ikke påvirke deltagerne med egne erfaringer under intervjuene. Det at jeg brukte en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål ga deltakerne mulighet til å reflektere over egne erfaringer. Jeg brukte validering underveis i intervjuet ved at jeg regelmessig sjekket egen oppfatning opp mot det deltakerne fortalte. Slike spørremåter kan bidra til en størst mulig grad av felles forståelse mellom forsker og deltaker (Malterud, 2011, s. 182). På slutten av intervjuene fikk de også spørsmål om det var noe annet de ønsket å formidle. Dette ga deltakerne mulighet til å ta opp temaer som ikke hadde blitt belyst eller få mulighet til å gi mer utfyllende svar til de temaene som hadde blitt tatt opp. Funnene er drøftet opp mot relevant teori. Det kommer frem i studien faktorer som er hemmende og fremmende for implementeringen av FIT og har ført til en dypere forståelse for hva som har påvirket implementeringsprosessen i avdeling kommunal psykisk helse og rus i denne kommunen.

2.9.2 Reliabilitet

Reliabilitet har med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre og behandles ofte i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere. Dette har å gjøre med om intervjupersonene ville endre sine svar i et intervju med en annen forsker. Intervjuerens reliabilitet blir spesielt diskutert i sammenheng med ledende spørsmål (Kvale & Brinkman, 2012, s. 276). Når det gjelder min studie var det tre psykisk helsearbeidere som ble intervjuet individuelt. De samme resultatene ville med stor sannsynlighet ikke blitt gjenspekt med blant annet andre deltakere, en annen som intervjuet og en annen avdeling. Sannsynligvis ville det blitt andre resultater hvis de samme deltakerne hadde blitt intervjuet på nytt på et senere tidspunkt, da de hadde tilegnet seg flere erfaringer og mer kunnskap om implementeringsprosessen. Jeg har også tilegnet meg mer kunnskap og fått mer erfaring med å intervjuet og ville nok vært mer bevisst på å følge deltagerne svar og gått dypere ned i de svarene som var interessante for studien. Da kunne det kanskje ha kommet enda mer interessante data enn det jeg endte opp med. Transkripsjonen ble nedskrevet ordrett og jeg gikk gjennom lydopptaket mange ganger og sjekket om transkriberingen stemte overens med lydopptakene. Under intervjuene hadde jeg også tatt mange notater og de ble skrevet ned i intervjuguiden. Jeg transkriberte datamaterialet med det samme, noe som medførte at jeg husket stemningen og kroppsspråket. Det transkriberte datamaterialet er knytte så nært opp til lydopptakene som var mulig for meg å få til.

2.9.3 Overførbarhet

I følge Graneheim & Lundman (2003) kan overførbarhet referere til i hvilken grad funnene kan overføres til andre lignende settinger eller grupper. Forfatteren kan gi ulike forslag til overførbarhet, men det er leserens beslutning om funnene kan overføres til en annen kontekst. Ved å gi en tydelig beskrivelse av kultur og kontekst, utvalg og egenskaper ved deltakerne, datainnsamling og analyseprosess, kan det være lettere å se om det er overførbart. En rik presentasjon av funnene sammen med passende sitater kan også øke overførbarheten (Graneheim & Lundman, 2003, s. 110). Jeg har gjennom arbeidet med oppgaven prøvd å gi tydelige beskrivelser på hva som er gjort og hvordan det har blitt gjort, men det vil være leseren som kan vurdere om denne oppgaven er overførbart til andre lignende situasjoner, og om de kan dra nytte av funnene.

3 Teori

I dette kapitlet redegjør jeg for relevante teoretiske perspektiver og forskning som kan belyse problemstillingen.

3.1 Kommunal psykisk helse

Ifølge strategien «Mestre hele livet» skal pasientenes helsetjeneste styrkes. Det innebærer at pasientene både skal ha innflytelse over egen utredning og behandling, samt innflytelse over utviklingen av tjenestene. Tjenestene må være preget av forståelse for betydningen av brukerkunnskapen, og at de utvikler rutiner og systemer for å ta den i bruk på en systematisk måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 27- 28). Opptrappingsplanen, som ble avsluttet i 2008, var i hovedsak en plan for å desentralisere og bygge ut tjenestene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 7). Opptrappingsplanen har styrket feltet på mange områder, og har utvilsomt vært av betydning for mange mennesker. Særlig har utviklingen av psykisk helsearbeid i kommunene vært viktig, og gitt flere mennesker muligheter for tilrettelagte tilbud og mer verdige liv (Redaksjonen, 2008, s. 98). Regjeringen la i 2015 fram en stortingsmelding om primærhelsetjenesten, Meld. St. 26 (2014 – 2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Denne meldingen omtaler utfordringene på området og hvilke behov befolkningen har for helse og omsorgstjenester. Meldingen framhever behovet for å sette kommunene bedre i stand til å møte intensjonene i samhandlingsreformen om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, og flere tjenester der brukerne bor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 166). Psykisk helsearbeid må forstås som kontekstuell arbeid. Det handler om å forstå det enkelte menneske og dets opplevde problemer i lys av deres historie, den sammenhengen de lever i, de relasjoner de står i og i lys av deres forståelse av seg selv og virkeligheten (Redaksjonen, 2008, s. 99). Samtalene som finner sted i psykisk helse, har som mål at brukerens ve og vel skal ivaretas. At brukeren skal friskne til og klare hverdagslivets utfordringer. Målet som samtalene styres etter, er knyttet til endring hos brukeren. Dette er en prosess som skal bygge på brukerens egen medvirkning og brukers egne perspektiver slik de er og slik de utvikles (Eide, 2013, s. 111). Forebygging og redusere problemutvikling, samt fremme mestring av eget liv er viktige i det forebyggende arbeidet. Målet er at med tidlig påvisning og intervensjon så kan en hindre videre utvikling og avgrense problemene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 72). Den psykiske helsearbeideren må arbeide for å skaffe seg en forståelse av de aktuelle personenes virkelighet og erfaringsverden (Karlsson & Borg, 2013, s. 129). I regjeringen sin strategi Mestre hele livet er målet at flere skal oppleve god psykisk helse,

livskvalitet og mestring, og de sosiale ulikhetene i psykisk helse skal reduseres. En skal legge til rette for å fange opp de som trenger hjelp, og sette i verk målrettede tiltak for enkeltpersoner som er i en sårbar situasjon. For de som utvikler psykisk uhelse skal tjenestene være tilgjengelige, effektive og koordinerte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 16). I Psykisk helse har vi tilgang til ulike kunnskapskilder. En av disse kildene er den forskningsbaserte kunnskapen vi tilegner oss gjennom studier og litteratur. Norske hjelpetjenester har en grunnleggende verdi som innebærer at brukere av hjelpetjenester skal være med på å utforme både tjenestene og sin egen behandling gjennom informerte valg (Skauli, 2007, s. 95). I stadig større grad blir det krevd at man driver en evidensbasert praksis. Dette er imidlertid ingen garanti for at den enkelte psykiske helsearbeider eller terapeut får gode resultater, eller at den enkelte bruker får god hjelp (Skauli, 2007, s. 115).

3.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning dreier seg om brukere og pårørendes rett til innflytelse på utformingen av tjenestene på ulike nivåer (Ulvestad & Henriksen, 2007, s. 22). Endringer skjer ikke før brukermedvirkning er en anerkjent metode som er satt i system på den enkelte arbeidsplass, og implementert som en naturlig del av tjenestens virksomhet (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006, s. 31). Stadig flere kommuner har tatt i bruk verktøy for feedbackinformerte tjenester (FIT, KOR og andre liknende måleverktøy), der tjenesten systematisk innhenter tilbakemelding fra brukerne, og skal tilpasse tjenestene deretter (Ose et al., 2019, s. 155). Bedre kjennskap til større bredde i metoder for å involvere brukere, for eksempel gjennom erfaringskonsulentarbeid eller Feedback informerte tjenester, kan gjøre det lettere for en del kommuner å benytte brukererfaringer til å forbedre tjenestene sine (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 28). I 2019 svarte 369 av landets kommuner (89 prosent) at de i noen, stor eller svært stor grad sikrer brukermedvirkning i tjenesteutvikling innen rus- og psykisk helse-feltet. Dette er en økning på seks prosentpoeng fra 2018 og 16 prosentpoeng fra 2017. De største kommunene oppgir at de i størst grad sikrer brukermedvirkning. Det ble også spurt om på hvilken måte kommunene eventuelt har innhentet brukererfaring siste 12 måneder. Her svarte over halvparten av de 174 kommunene som svarte at de hadde benyttet FIT (Ose et al., 2019, s. 16). Brukermedvirkning en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Brukere har rett til å medvirke, og tjenesten har plikt til å involvere brukere i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2017, s. 2). Brukermedvirkning er et egnet virkemiddel til å sikre at brukere likebehandles. Målet er ikke å yte like tilbud, men et likeverdig og forsvarlig tilbud av god kvalitet tilpasset brukerens behov og ønsker. Et likeverdig tilbud forutsetter at tjenesteapparatet har

kjennskap til, verdsetter og anvender brukerens kunnskap i utformingen av tjenestetilbudet (Helsedirektoratet, 2014, s. 17). Brukermedvirkning er et virkemiddel på flere nivå.

- Individnivå: den som benytter seg av et tjenestetilbud har innflytelse på gitt behandling. Betyr at vedkommende medvirker i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som måtte være tilgjengelig. Dette gir igjen større autonomi, myndighet og kontroll på eget liv.
- Systemnivå: sikre at kommuner og spesialisthelsetjenesten har opplegg for systematisk tilbakeføring av brukererfaringer for å utvikle og kvalitetssikre sine tjenester. Brukerrepresentanter inngår i et likeverdig samarbeid med representanter fra tjenesteapparatet i planleggings- og beslutningsprosesser.
- Politisk nivå: brukergrupper og brukerorganisasjoner involveres i prosesser før politiske beslutninger fattes (Ulvestad & Henriksen, 2007, s. 22).

Dersom brukeren kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed styrke brukerens motivasjon. Dette vil kunne bidra positivt til brukerens bedringsprosess, og således ha en terapeutisk effekt. I motsatt fall kan den hjelpeløsheten mange brukere opplever bli forsterket (Helsedirektoratet, 2017, s. 2). Kommunenes psykiske helsearbeid bør være kunnskapsbasert og innovativt. Helsemyndighetene skal, i større grad legge til rette for utprøving og understøtte kommunene i å implementere forskningsbaserte, effektive metoder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 29- 30). Resultater fra forskning i USA og Nederland antyder at omtrent 30 – 40 % av pasientene ikke mottar omsorg i henhold til ny vitenskapelig forskning, og at omtrent 20 – 50 % mottar omsorg de ikke har nytte av, eller som er direkte skadelig (Grol & Grimshaw, 2003, s. 1225). Psykiske helsearbeidere tar kontinuerlig beslutninger angående neste trinn i prosessen, og årsaken til disse beslutningene bør være basert på brukerdataba. Det er viktig å ta riktige beslutninger om terapi på de rette punktene i prosessen, og de beste tilgjengelige verktøyene bør brukes for å sikre at dette skjer (Lappan, Shamoan & Blow, 2018, s. 468). Hva klienter gjør for å mestre sine liv, og hva som har vært viktig for dem for å få det bedre, er viktige spørsmål i forskning og klinisk arbeid (Henriksen, 2007, s. 283).

3.3 Evidensbasert praksis

Evidensbasert praksis, også kalt empirisk støttede tiltak, tar utgangspunkt i ideen om at noen behandlingsmetoder eller tiltaksprogrammer er mer virksomme enn andre. Effekten på tiltakene er påvist i evalueringstudier med primært bruk av randomiserte studier (Sørli, Ogden, Solholm & Olseth, 2010, s. 2). Ideen om evidens er vanligvis tilknyttet tradisjonelle forskningsformer - former

som har dukket opp innenfor en medisinsk, essensialistisk forståelse (Tilsen & Mcnamee, 2015, s. 127). Kunnskap kan relateres til begrepene forskning og evidens. Forskningen blir en måte å produsere evidens på (Nilsen & Roback, 2010, s. 55). Forskning produserer kontinuerlig nye funn som kan bidra til å effektivisere helsehjelpen, men forskningen i seg selv kan ikke endre utfallet, funnene har ingen verdi hvis ikke helsetjenestene og helsepersonellet tar det i bruk i praksis (Eccles & Mittman, 2006, s. 1). Kunnskap kan manifesteres i form av innovasjoner, for eksempel ulike behandlingsmetoder, tekniske utrustninger og legemidler. Innovasjonen behøver ikke å være objektivt sett ny, men det avgjørende er hvordan den oppfattes som ny i den sammenheng den introduseres. Innovasjoner kan bygge på nye kombinasjoner av allerede kjente og/eller anvendte elementer, forutsatt at disse elementene tidligere ikke har vært sammenkoblet i den lokale konteksten (Nilsen & Roback, 2016, s. 56). Hvorfor det kan være et avvik mellom ideen og praksisen med evidensbasert praksis, vet man ikke sikkert. En mulighet er dette: Folk gjør det de kjenner best og tar i bruk ny praksis på en måte som er kjent for dem. De vil sannsynligvis forstå, tilnærme seg og utføre evidensbasert praksis på en måte som stemmer overens med egen filosofisk holdning og diskursive rammer - gjennomført dialogisk sett med et språk de er kjent med (Tilsen & Mcnamee, 2015, s. 4-5).

3.4 Feedbacksystemer

En ofte ignorert, men kritisk vurdering av terapi er i hvilken grad det er til hjelp for brukeren, eller om det til og med er skadelig for brukeren (Lappan et al., 2018, s. 469). Det er ifølge Westmacott (2011), fire grunner til at terapien avsluttes for tidlig: (1) terapien har stagnert, (2) terapien forårsaker tilbakegang, (3) manglende tillit til at terapeuten kan hjelpe, og (4) uoverensstemmelse mellom terapeut/pasient (Westmacott, 2011, s.158- 160). Et terapeutisk forhold er de følelsene og holdningene som den psykiske helsearbeideren og brukeren har til hverandre, og måten disse blir uttrykt på. Vi behandler ofte hvordan og hva, relasjonene og intervensjonen, det mellommenneskelige og instrumentale som separate kategorier. I virkeligheten er hva man gjør og hvordan man gjør det, utfyllende og uatskillelige (Norcross & Lambert, 2018, s. 304). Ved å bruke tilbakemeldinger fra bruker, kan terapeuten bli mer bevisst brukerens perspektiver (Lappan et al., 2018, s. 469). Psykiske helsearbeidere overser ofte negative endringer hos brukeren (Lambert, Whipple & Kleinstäuber, 2018, s. 520- 521). I 1996 foreslo Howard, Moras, Brill, Martinovich, og Lutz å bruke målinger av brukerens progresjon under behandling (Boswell et al., 2013, s.7; Pinner & Kivlighan, 2018, s.3; Duncan, 2012, s. 25). Det finnes nå flere ulike systemer som måler rutinemessig utfall, også kalt feedbacksystemer (Tilden & Wampold, 2017). Navnet på noen av de mest kjente systemene er PCOMS (FIT, BON), TOP, CORE og OQ- 45 (Boswell et al., 2013, s. 7).

De to mest brukte og mest studerte systemene er Outcome Questionnaire (OQ) utviklet av Lambert, og Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) utviklet av Duncan & Miller (Lambert & Harmon, 2018, s. 1). Ved bruk av Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2) gjennomførte Michael Lambert fem randomiserte kliniske forsøk (RCTs), og alle viste signifikante framskritt for tilbakemeldingsgruppen sammenlignet med standard poliklinisk psykiatrisk behandling (Duncan, 2012, s. 25). PCOMS ble basert på Lamberts kontinuerlige evalueringsmodell ved bruk av OQ-45.2 (Duncan, 2012, s. 41; Lambert & Harmon, 2012, s. 2). Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) inkluderer målinger av fremgang og den terapeutiske alliansen. Skalaene er tilgjengelig for voksne, ungdom og barn, og har blitt oversatt til 25 forskjellige språk. Kortheten av disse tiltakene gjør dem ideelle for å bruke i hver økt med bruker (Boswell et al., 2013, s. 2; Lambert & Harmon, 2018, s. 2). I denne studien skal jeg se på tilbakemeldingsverktøyet FIT, (PCOMS).

3.4.1 Feedback informerte tjenester, FIT

FIT er et tilbakemeldingssystem som gir brukerne mulighet til å påvirke samarbeidet for at de skal spille en nøkkelrolle i hvordan hjelpen skal utformes (Valla, 2014, s.51). Ved bruk av FIT skal brukerens stemme fremheves som en kilde til kunnskap og løsninger (Duncan & Sparks, 2008, s. 20). Feedback informerte tjenester (FIT), ble tidligere kalt Klient- og resultatstyrt praksis (KOR). FIT innebærer bruk av to skalaer, skala for endringsvurdering (ORS) (Duncan, 2012, s.53), og skala for samtalevurdering (SRS) (Duncan, 2012, s. 56). Utviklerne av ORS og SRS har laget nettbaserte funksjoner der skalaene blir fylt ut av brukerne online. Tidligere ble dette gjort med penn og papir. Det nettbaserte verktøyet beregner totalen av skårene som brukerne gir som en graf (Yates, Holmes, Smith & Nielson, 2016, s. 24). FIT er en panteoretisk tilnærming for å evaluere og forbedre kvaliteten og effektiviteten (Bargman & Robinson, 2012, s. 2). FIT er ikke ment å være en annen modell, forklarende tolkninger av patologi, eller spesifikke teknikker som skal brukes universelt med alle brukere (Tilsen & Mcnamee, 2015, s. 6). Det er et redskap til dannelsen av praksisbasert evidens og ideen med FIT er at den enkelte psykiske helsearbeider/behandler empirisk kan evidensbasere sin praksis ved å følge og dokumentere effekten av alle sine behandlingsforløp (Christensen & Dalgaard, 2013, s. 5). Det er helsearbeiderens hensikt å bygge sterke samarbeidsrelasjoner til brukeren (Duncan & Sparks, 2008, s. 20). Målet er å fange opp brukerens bedringsprosesser, og der lave skår sammenlignet med forrige måling kan forstås som forverring, og høyere skår som forbedring (Olkowska, Sundet & Karlsson, 2018, s. 299). FIT er rettet mot å forbedre pasientutfallet, forhindre frafall fra behandling, hemme forverring og mulig redusere kostnadene for psykiske helsetjenester (Lambert & Harmon, 2018, s. 4). og ved en aktiv utnyttelse

av tilbakemeldingene kan helsearbeideren overvåke alliansen og utfallet (Tilsen & Mcnamee, 2015, s. 6). På grunn av kortfattetheten er dette systemet klinisk vennlig og gjør det mulig å samle karakterer av mental helse og terapeutisk allianse i nærvær av den psykiske helsearbeideren. Dette letter diskusjonen om vurderingsresultater av bruker og helsearbeideren i løpet av en økt (Lambert, Whipple & Kleinstaub, 2018, s. 524). Skalaene er også helt sentrale i forhold til å vurdere om et forløp skal fortsette (Skriver & Meier, 2020, s. 8). ORS og SRS er hjelpemidler for å gi brukeren økt innflytelse på egen behandling og et instrument som kan gjøre empirisk forskning til en levende og integrert del av vanlig behandlingspraksis (Tuseth, 2007, s. 60). SRS og ORS inneholder fire områder, ORS inneholder områder om den psykiske helsen og SRS inneholder områder som måler kvaliteten på det terapeutiske forholdet (Lambert & Harmon, 2018, s. 4). Når ORS-skåren faller under den forventede behandlingsbanen eller når SRS-skåren faller under den kliniske avskjæringen eller faller med ett poeng, blir det gitt advarsler i form av gule eller røde tegn på skjermen, avhengig av hvor mye den faktiske poengsummen avviker fra forventet poengsum (Bratland, Koksvik, Gråwe, Klöckner, Lara-Cabrera, Burkeland, Wampold & Iversen, 2018, s. 645).

3.4.2 De to evalueringsskalaene i Feedback informerte tjenester

Skala for endringsvurdering, ORS (Outcome Rating Scale) er en måte å følge utviklingen i brukerens egenopplevde velvære på. Den fylles ut av brukeren helt i begynnelsen av samtalen. Skårene kan da gi en pekepinn på hva som er viktig å fortsette med i samtalen (Skauli, 2007, s. 121-122). ORS gir klinikerer et holdepunkt for hvor brukeren befinner seg, og dermed et utgangspunkt for å sammenligne resultater ved senere samtaler. For at ORS-skalaen skal være nyttig, må det ses i sammenheng med brukerens liv og erfaringer. Skåringen i ORS-skalaen har ingen verdi med mindre klienten gir dem mening (Duncan & Sparks, 2008, s. 110-111). ORS er laget som et kort og anvendbart alternativ til det veletablerte resultatskjemaet Outcome Questionnaire- 45.2 (OQ), utarbeidet av Michael Lambert. OQ er et spørreskjema med 45 punkter, og som måler de tre viktigste dimensjonene assosiert med psykisk helse og psykisk lidelse: personlig opplevelse av velvære/ubehag, fungering i nære relasjoner og sosial fungering (Duncan & Sparks, 2008, s. 100). Duncan og Miller har tilpasset de tre dimensjonene i OQ, samt en generell dimensjon. FIT er dermed en skala med fire områder og ikke 45 punkter som OQ har (Tuseth, 2007, s. 58-59). De fire områdene brukeren skal svare på er:

- Personlig- eller symptomatisk ubehag eller velvære
- Mellommenneskelig- relasjonelt ubehag eller hvor godt brukeren klarer seg i nære forhold
- Sosialt- brukeren opplevelse av tilfredshet med hensyn til arbeid/skole og forhold utenfor hjemmet

- Generelt- det store bildet eller brukers generelle opplevelse av hvordan han/hun har det (Duncan, 2012, s. 53).

Ved ORS- skår får man et resultat som forteller noe om: (1) grensen mellom normal og klinisk spekter av psykisk uhelse og (2) det gir et referansepunkt for å evaluere alvorlighetsgraden av psykisk uhelse for en bestemt bruker. Det er ulikt hvor denne grensen er for voksne brukere og ungdom/barn. Ungdom skårer seg selv ofte høyere enn det som er vanlig for voksne brukere. Derfor ligger den kliniske avskjæringen for ungdom (13- 18 år) på 28, mens den for voksne ligger på 25 (Bargman & Robinson, 2012, s. 4 -5).

Skala for samtalevurdering, SRS (Session Rating Scale), er designet for å vurdere den terapeutiske alliansen (Lambert et. al., 2018, s. 524). SRS baserer seg på Bordin (1979) klassiske beskrivelse av komponentene i alliansen (Duncan, 2012, s. 57). For å skape et instrument som er anvendbart i klinisk praksis, har Duncan, Miller og Johnsen laget en enklere skala, tilsvarende som for ORS (Tuseth, 2007, s. 59). Disse sammenhengende allianseteorier i ORS understrekes tre aspekter av det hjelpende forholdet: det affektive båndet, enighet om oppgaver under økten og konsensus om behandlingsmål (Lambert et. al., 2018, s. 525). Skalaen er i likhet med ORS, definert inn i fire områder. Områdene er:

- Relasjon- der brukeren sier noe om hvordan han/hun ble hørt, forstått og respektert
- Mål og tema- der brukeren vurderer samtalen ut fra en skala av opplevelse om det ble snakket om/ikke snakket om, arbeidet med/ikke arbeidet med, det brukeren selv ønsket å jobbe med.
- Tilnærming og metode- som gir brukeren mulighet på en skala å vurdere om tilnærmingen og metoden Passet/ikke passet godt for han/henne
- Generelt- gir brukeren mulighet til å skalere samtalen som helhet, fra «det manglet noe i samtalen i dag» til «som helhet var samtalen i dag bra for meg» (Duncan, 2012, s. 57).

Alliansens skåring gjør det mulig for helsearbeideren å identifisere de brukerne som har en statistisk større risiko for frafall eller opplever ingen eller et negativt resultat på behandlingen. På SRS er en poengsum på 36 eller lavere ansett som bekymringsfullt, færre enn 24% av tilfellene skårer lavere enn 36 (Bargman & Robinson, 2012, s. 7).

3.5 Implementering

Implementering er en kontinuerlig prosess der målet er å etablere og vedlikeholde praksis som bygger på forskningsfunn (Aarons, Wells, Zagursky, Fettes & Palinkas, 2009, s. 2087; Fixsen, Naoom, Blase, Friedman & Wallace, 2005, s. 5; Sørli et al., 2010, s. 11). Det tar det ofte mer enn

et tiår å adoptere ny evidensbasert praksis i psykisk helse, og det er ofte mer kostbart, komplekst og potensielt politisk ladet, enn det er «rett frem» og enkelt (Lambert & Harmon, 2018, s. 13). Det å ta i bruk verdifull kunnskap og prosedyrer byr ofte på vanskeligheter og implementering kan enkelte ganger være delvis vellykket, men til tider også helt mislykket (Grol et al, 2013, s. xiv).

Implementering er en del av en diffusjon- formidling- implementerings kontinuum. Diffusjon er den passive, målrettede og uplanlagte spredning av ny praksis. Formidling er aktiv spredning av ny praksis til personalet, ved hjelp av planlagte strategier. Implementering er prosessen å ta i bruk eller integrere ny praksis i for eksempel en avdeling (Nilsen, 2015, s. 2). Implementering innebærer kompleksitet i alle aspekter og det krever endring. Endringen kan være mer eller mindre dramatisk for et individ eller en hel organisasjon (Fixsen et al., 2005, s. 16). Vårt syn på implementering og interessen for forskning om implementering har blitt påvirket av hvilke sosiale problem som plasseres i den offentlige agendaen av politikere, eksperter og forskere, profesjoner og andre interessenter, samt hvilke løsninger som blir aktuelle under ulike tidsperioder (Garpenby, 2011, s. 28). Forskningen som er relatert til implementering, er utviklet innen ulike vitenskapelige felt. Implementeringsvitenskap bygger på en naturvitenskapelig tradisjon, med et tydelig positivistisk kunnskapsideal som blant annet innebærer en streben etter det nøyaktige målbare og å kunne forutsi og kontrollere det som forskes på (Nilsen, 2011, s. 18). Implementeringsforskning er den vitenskapelige undersøkelsen av ulike metoder for å fremme de systematiske tiltakene av forskningsfunn og annen evidensbasert praksis opp mot etablerte rutiner, og for videre å forbedre kvaliteten og effektiviteten til helse- og omsorgstjenestene (Eccles & Mittman, 2006, s. 1). Implementeringsforskning oppsto som et ønske om å ta opp utfordringene knyttet til bruk av forskningen for å oppnå mer evidensbasert praksis i blant annet helsevesenet (Nilsen, 2015, s. 1). For å få en vellykket implementering er det viktig å forberede seg godt, involvere de riktige menneskene, utvikle et forslag til endring som er basert på bevis, gjennomførbart og attraktivitet (Grol & Grimshaw, 2003, s. 1229; Fixsen et al., 2005, s. 9; Aarons et al., 2009, s. 2090). En må sette seg inn i barrierene som kan oppstå under implementering og velge et sett med strategier og tiltak på ulike nivåer knyttet til de ulike barrierene som kan oppstå, definere indikatorer for måling av suksess og overvåk fremdriften kontinuerlig, eller med jevne mellomrom (Grol & Grimshaw, 2003, s. 1229). De som skal ta i bruk en innovasjon, trenger bevissthet om behovet for endring; et konsept av hva forbedringen inkluderer; og troen på at en slik forbedring er både ønskelig og mulig. Videre, for å lykkes med neste steg i endringsprosessen, må nye problemer vanligvis løses. Et godt designet og attraktivt "produkt" er lettere å akseptere og adoptere enn et som er mindre gjennomtenkt og presentert (Grol & Wensing, 2013, s. 41; Fixsen et al., 2005, s. 28). Blant forhold

som fremmer implementeringen, er et høyt samsvar mellom programmet og organisasjonens problemforståelse, mål og behov (Sørliet et al., 2010, s. 8).

3.5.1 Implementeringsprosessen i FIT

Å være klar for endring er en viktig faktor i ethvert forsøk på å øke effektiv bruk av evidensbaserte programmer og andre innovasjoner. Det kan være gjennom aktiviteter som er tilpasset behovene til den enkelte, relevant informasjon og involvering i beslutningsprosesser. Å være klar for endring gjelder på alle nivåer, fra ledelsen til helsearbeiderne (Fixsen, Blase, Horner & Sugai, 2009, s. 308). Det er flere hendelser som kan påvirke implementeringsprosessens utfall, det vil si effekten, resultatet, konsekvensene eller forandringene som disse prosessene, direkte eller indirekte, leder til (Grol & Grimshaw, 2003, s. 1229; Aarons et al., 2009, s. 2089). De ulike fasene i implementeringsprosessen krever ulike strategier (Grol & Wensing, 2013, s. 54). Fixsen et al. (2005) beskriver 6 faser som kan være en hjelp i implementeringsprosessen. Dette for å bidra til å gjenkjenne og løse de vanligste implementeringsproblemene. Dette vil bli sett i sammenheng med Implementeringsmanualen til FIT, *Implementing Feedback-Informed Work in Agencies and Systems of Care* (Bertolino, Axsen, Maeschalck, Miller & Babbins- Wagner, 2012)

1. Utforsking og adopsjon

I denne fasen bør helsearbeiderne spørre om dette er de rette tiltakene, til rett tid. Det innebærer å aktivt vurdere endringen, samle informasjon om FIT, vurdere kapasiteten, bygge enighet og ta beslutninger (Bertolino et al., 2012, s. 6). I slutten av denne fasen tas det en beslutning om en ønsker å fortsette med implementeringen. Hvis det blir avklart at en ønsker å fortsette, vil avdelingen og ressursene forberedes ved at det mobiliseres informasjon og støtte (Fixsen et al., 2005, s. 15). Hvis FIT tilpasses for mye til den eksisterende praksisen og strukturen i avdelingen kan det medføre at implementeringsarbeidet avspores (Bertolino et al., 2012, s. 11).

2. Innstallasjonsfasen

Når avdelingen har besluttet at de ønsker å fortsette med implementeringen går avdelingen inn i en forberedelsesmodus. Det settes opp den infrastrukturen som er nødvendig for å støtte implementeringen. Denne fasen er ofte den mest kostbare. Produktiviteten kan ofte lide, og ressurser må brukes til planlegging, opplæring og organisasjonsutvikling. Selv om det ofte blir forsøkt, kan ikke slike utgifter unngås, da det er i dette stadiet grunnlaget legges for FIT-implementering. Faktisk kan de fleste implementeringsfeil direkte spores tilbake til utilstrekkelige

forberedelser som oppstår under installasjonsfasen (Bertolino, 2012, s. 14). De nødvendige strukturelle støtter bør være på plass, dette inkluderer finansiering, klargjøre mål, innkjøp av nødvendig teknologi og frigi tid til veiledning og øving (Fixsen et al., 2005, s. 16).

3. Innledende implementering

I denne fasen bør helsearbeiderne spørre hvordan de får dette til å fungere i den «virkelige verden». Nå er innsatsen rettet mot å lære å bruke og støtte den nye praksisen, og det forventes at alle bruker den nye praksisen, og når strukturen er på plass forventes det at praksisen støttes og at eventuelle problemer som oppstår løses (Bertolino et al., 2012, s. 6). Implementering innebærer kompleksitet og endring i alle ledd. Endringen kan være mer eller mindre dramatisk for et individ eller en organisasjon. Endringer foregår ikke statisk, men i ulikt tempo og ulikt omfang. I denne fasen av implementeringen kombineres både de positive og engasjerte, med de som frykter endring og redde for det utfordrende med det nye. Her blir også tilliten til å vedta endringen testet og det er fare for at hele implementeringen stopper opp (Fixsen et al., 2005, s. 16).

4. Full gjennomføring

I denne fasen bør helsearbeiderne spørre hvordan de skal kommuniserer den nye praksisen. I full implementering gjenspeiles endringer i politikk og praksis på alle nivåer, det gjelder ledelsen, veiledere og helsearbeiderne. Mekanismene er på plass (Bertolino, 2012, s. 6) og utøverne gjennomfører praksisen eller programmet med dyktighet. Ledelsen er støttende og legger til rette for den nye praksisen. Avdelingen og brukerne har akseptert innovasjonen. Over tid blir innovasjonen en godkjent praksis for avdelingen (Fixsen et al., 2005, s. 16- 17).

5. Innovasjon

Hvert forsøk på å implementere gir en mulighet til å lære mer om selve programmet. Ved å implementere for eksempel FIT medfører det endrede arbeidsrutiner. En endring av arbeidsrutiner, uavhengig av program må betraktes som et innovasjonsarbeid. Ved å implementere et nytt system involverer man sine arbeidsrutiner, det er imidlertid viktig at innovasjon og implementering skjer i sammenheng slik at innovasjonen blir en del av endrede rutiner og ikke bare for innovasjonen i seg selv (Fixsen et al., 2005, s. 17).

6. Videreføring

Hovedspørsmålet i denne fasen er hvordan opprettholdes den nye praksisen og hvordan en unngår et tilbakefall til gamle rutiner (Bertolino, 2012, s. 6). Når avdelingen har etablert en fullstendig

implementering av FIT, som ofte krever 2- 4 år starter arbeidet med å opprettholde den nye praksisen. Noen helsearbeidere som er dyktige på FIT vil slutte, mens nyansatte kommer inn. Derfor blir det viktig at kunnskapen om FIT videreføres. I tillegg kan det komme nye føringer, nye programmer, ny ledelse, nye krav og nye påvirkningsfaktorer. Målet i dette stadiet er en langsiktig overlevelse av FIT og at det ikke dør ut, samt at FIT tilpasser seg endringer i både politisk og finansiell støtte (Fixsen et al., 2005, s. 17).

3.5.2 Kjernekomponentene i FIT implementering

Basert på fellestrekkene i vellykkede implementeringer er flere viktige komponenter fra både litteratur og praksis identifisert. Målet med implementering er å få helsearbeideren til å basere sin interaksjon med brukerne på forskningsresultater (evidensbasert praksis) (Fixsen et al., 2005, s. 28). For å overvinne kompleksiteten og for å oppnå suksess, er det nødvendig med en systematisk tilnærming og nøye planlegging av implementeringsaktivitetene. Én enkelt handling er sjelden effektiv (Grol & Wensing, 2013, s. 41). Ifølge Fixsen et al. (2005) har det blitt identifisert flere komponenter som er viktige for implementering av evidensbasert praksis:

1. utvelgelse av personal

Hvem av de psykiske helsearbeiderne er kvalifisert til å brukes som mentorer og veiledere/trenere? Et slikt personell kan delta i videreutdanning og få veilederkompetanse (Bertolino et al., 2012, s. 25). De metodene som kan brukes for å identifisere og rekruttere slike personer, kan være kunnskapen de innehar om det som skal implementeres, om de tidligere har vist vilje til å lære, har god dømmekraft og en vilje til å engasjere seg. Enkelte programmer er designet på en slik måte at en kan minimere behovet for slike valg (Fixsen et al., 2005, s. 28).

2. Opplæring og kompetansebygging

Opplæring er en sentral kjernekomponent under implementering. Innholdet i opplæringen varierer betydelig avhengig av hva som implementeres, men metodene for trening ser ut til å være mindre varierende (Fixsen et al., 2005, s. 39). Regelmessige møter gir god mulighet til diskusjon om de suksessene og utfordringene implementeringen har ført til. Det bør være en åpenhet for og oppmuntring til å dele bekymring eller frykt rundt endringsarbeidet. Åpenhet om målene for implementering av FIT (det handler ikke om vurdering av resultatene, men forbedring av resultatene). Negative følelser og motløshet kan unngås hvis helsearbeiderne får regelmessig oppdatering gjennom hele prosessen, som for eksempel ved bruk av e- poster og nyhetsbrev, men også faste møtepunkter 1 gang/måned der et sentralt emne eller en utfordring kan diskuteres

(Bertolino et al., 2012, s. 17). Opplæring gir mulighet til å bygge kompetanse. Det kan gjelde opplæring på teori, øve på å bruke FIT i praksis og bygge kompetanse ved å få tilbakemelding. De fleste ferdigheter som helsearbeiderne trenger kan introduseres gjennom trening (Fixsen et al., 2005, s. 28).

3. veiledning og coaching

Veiledning og coaching handler om faginformasjon, engasjement, planlegging, undervisning og klinisk skjønn. Implementering av evidensbasert praksis krever atferdsendring både på helsearbeider- og ledelsesnivå. Atferden til helsearbeiderne kan endres gjennom veiledning og coaching. Veiledning kan skje både gjennom ekstern veiledning og gjennom kollegaveiledning. De som veileder må igjen veiledes i hvordan de skal veilede (Fixsen et. al., 2005, s. 28). Det bør planlegges konsultasjoner med eksterne eksperter/veiledere på FIT, de kan blant annet gi råd om hvordan bekymringer og utfordringer kan løses (Bertolino et al., 2012, s. 17).

4. Personalevaluering og programevaluering

Vurdere ferdighetene på bruken og på kompetansen, samt vurdere resultatene av opplæringen og veiledningen. Dette gir nyttige tilbakemeldinger på fremdriften av implementeringen, og kvaliteten og nytten av veiledningen og coachingen. Programevaluering handler om å vurdere og å sikre en fortsatt implementering av kjernekomponentene og om det er en endring i praksisen, samt vurdere om FIT blir forstått slik at komponentene implementeres slik utviklerne har tenkt og at det ikke utvannes etter hvert som tiden går (Fixsen et al., 2005, s. 28).

6. Lederskap

Ledelsesansvaret i implementeringsfasen består av å informere om beslutninger som tas, være en støtte i alle prosessene av implementeringen og holde organiseringen og fokuseringen på de ønskede kliniske resultatene (Fixsen et al., 2005, s. 29). Å skape et miljø som bidrar til FIT-praksis krever endring på alle organisasjonsnivåer, det inkluderer alle ledere med beslutningsmyndighet, fra hele organisasjonen/kommunen. Det bør utvikles skriftlige dokumenter som identifiserer begrunnelsen og målene for implementeringen av FIT på tvers av hele organisasjonen/kommunen. Videre bør det utvikles et skriftlig dokument som sammenligner FIT- praksisen med avdelingens og kommunens visjon (Bertolino et al., 2012, s.11).

7. Systemintervensjoner

Strategier for å sikre tilgjengelighet, økonomi, organisatorisk styrke og kompetanse som kreves for å støtte det praktiske arbeidet (Fixsen et al., 2005, s. 29). Når det gjelder FIT kan det gjelde å søke støtte fra blant annet kommunalsjefen og fylkesmannen og ansette helsearbeidere med kompetanse på bruk av FIT.

3.5.3 Barriere for implementering

En barriere er definert som en hendelse, eller vilkår som hindrer at beslutning om at implementeringen vedtas, at det hindrer avansementet av prosjektet eller at det hindrer at implementeringen fullføres (Seffrin, Panzano & Roth, 2009, s. 262). Rundt om i verden sliter beslutningstakere med å utnytte den raske utviklingen av ny vitenskapelig kunnskap som skjer innen helse, organisering og politikk. Rask oppstart av kliniske prosedyrer, teknologi med høy verdi og organisasjonsmodeller er viktig for å oppnå et best mulig utfall i helsevesenet (Wensing & Grol, 2019, s. 1). Hvis iverksetting av evidensbaserte tiltak systematisk hadde ledet til positive resultater, så ville fokus på implementering og spørsmålet om implementeringskvalitet vært uinteressant. Slik er det ikke. Implementeringsprosesser foregår sjelden uten hindringer eller mostand (Sørлие et al., 2015, s. 3). Dårlig underbyggende teori gjør det vanskelig å forstå og forklare hvordan og hvorfor implementering lykkes eller mislykkes. Dermed begrenses også muligheten til å identifisere faktorene som kan forutsi sannsynligheten for implementeringssuksess og utvikle bedre strategier for å oppnå mer vellykket implementering (Nilsen, 2015, s. 1). Ofte undersøker forskerne ulike former for barrierer. Disse barrierene kan være individrelaterte, for eksempel faktorer som avser organisasjonens struktur, lederskap og kultur, som kan gjøre det vanskelig å implementere effektive metoder (Garpenby, 2010, s. 44). Barrierer i forbindelse med implementering handler først og fremst om manglende tid og konkurrerende gjøremål eller mangel på klare prioriteringer mellom oppgaver. Tidspress og andre forpliktelser kan føre til at det er vanskelig å frigjøre kapasitet til implementering (Sørлие et al., 2010, s. 9). Eksempler på andre barrierer for implementering: øvingsmiljøet, økonomiske hindringer organisatoriske begrensninger, oppfatning av ansvar, pasientenes/brukernes forventninger, rådende meninger, praksisstandard, profesjonell kontekst, klinisk usikkerhet, kompetansefølelse, tvang til å handle og overbelastning (Grol & Grimshaw, 2003, s. 1227; Fixsen et al., 2005, s. 27).

4. Analyse

3.6 Presentasjon av funn

I dette kapittelet presenteres funnene i studien. Avdelingen har nå brukt FIT i ca. to år. Hensikten med studien var å få deltagerne sine erfaringer knyttet til implementering av FIT. I analysen ble datamaterialet delt inn i meningsbærende enhet og kondensering som er det manifeste innholdet i analysen. Kode, underkategori og kategori, som er det latente innholdet i analysen.

Analyseprosessen ble gjennomført i 5 ledd. Etter analyseprosessen satt jeg igjen med 9 underkategorier og 3 kategorier (tabell 3). Jeg skal presentere hver kategori fra analysen og underkategorier fra analysen i ulike underkapitler. Første kategori omhandler *Rammebetingelser* med underkategoriene 1) teknologiske utfordringer 2) struktur for implementering, 3) forankring i hele organisasjonen, 4) konkurranse om ressursene. Andre kategori er *Holdninger* med underkategoriene 1) motstand mot endring, 2) tilbakefall til gamle rutiner, 3) inspirert til endringsarbeidet. Den tredje kategorien omhandler *Veiledning og undervisning* med underkategoriene 1) tilgang på ferdigheter og kunnskap, 2) inspirasjon til endringsarbeid. Kategoriene blir presentert med de ulike underkategoriene som hører til hvert tema med sitater fra deltakerne, slik helsearbeiderne selv forteller om sine erfaringer og opplevelser. Sitatene vil bli gjengitt ordrett, men ulike dialekter er omskrevet til bokmål.

Tabell 3: Kategorier og underkategorier fra analysen.

Kategori	Kategori	Kategori
Rammebetingelser	Holdninger	Veiledning og undervisning
Underkategori	Underkategori	Underkategori
Teknologiske utfordringer	Motstand mot endring	Tilgang på ferdigheter og kunnskap
Struktur for implementering	Tilbakefall til gamle rutiner	Inspirasjon til endringsarbeidet
Forankring i hele organisasjonen	Inspirert til endringsarbeidet	
Konkurranse om ressursene		

3.7 Rammebetingelser

Under denne kategorien så jeg på de ytre faktorene som påvirker implementeringen av FIT. Funnene fra de ulike underkategoriene blir presentert som: teknologiske utfordringer, struktur for implementering, forankring i hele organisasjonen og konkurranse om ressursene.

3.7.1 Teknologiske utfordringer

Avdelingen fikk støtte fra ledelsen til innkjøp av nettbrett, IT- plattform og felles opplæringsdager. Selv om de økonomiske rammebetingelsene var gode, oppsto det vansker da det var kjøpt inn for få nettbrett i oppstartsfasen, samt utfordringer knyttet til ytre faktorer som bytte av leverandør og endringer av den elektroniske løsningen. Det ble også uttrykt vansker med å komme i kontakt med support når en sto fast og hadde behov for veiledning/hjelp. Deltakerne delte mange tanker rundt hvordan denne tiden påvirket dem, både frustrasjoner og merarbeid ble uttrykt. Samtidig ga ingen uttrykk for at de hadde hatt ønske om å avslutte implementeringen av FIT.

«ja, det var litt sånn. Jeg tenker at de, det var i ettertid en litt sånn dum måte å gjøre det på. At, æææ, det var for få Ipader til å begynne med. I forhold til at det var for de som vegret seg litt. Så, så hjelper det ikke hvis de ikke alltid har tilgjengelig når du trenger da. Ja, litt sånn enklere med, ææ, i forhold til alle tilganger og passord og alt sånn, hvis du har din egen. Ja, det tror jeg er lurt hvis en skal ... bli noe flyt i det».

Dette utsagnet tyder på at det å ha for lite utstyr kan bidra til større vegring blant de helsearbeiderne som var kritiske i utgangspunktet. Alle deltakerne la vekt på at det i en oppstartsfasen også er viktig med tekniske system som fungerer godt og er brukervennlig. En kulturendring er i utgangspunktet krevende, men det å bruke mye tid på teknologiske utfordringer ble oppfattet som frustrerende av flere. En av deltakerne uttrykte at disse endringene tok mye oppmerksomhet. Deltakeren fortalte at noe av merarbeidet grunnet i at dataene måtte legges inn på nytt etter bytte av datasystem.

«og det krever jo litt ressurser, også var jeg veldig godt i gang, men ja, også å begynne forfra igjen, blir litt sånn tungt også- ja».

«også var det jo, ja, ja, det tekniske og har jo tatt veldig mye oppmerksomhet fordi vi har jo drevet og byttet, byttet datasystem».

Funnene viser at det i oppstartsfasen oppsto ulike utfordringer knyttet til ytre faktorer. Utfordringene var i denne perioden knyttet til teknologiske utfordringer som mangel på utstyr og bytte av leverandør og datasystem. Videre kommer det frem i funnene at helsearbeiderne som hadde

lave stillingsprosenter måtte dele på nettbrettene, noe som førte til at de ikke alltid hadde tilgjengelig utstyr når de hadde behov for det. De måtte da bruke penn og papir, for så å føre det inn på nettbrett på et senere tidspunkt. Dette ble uttrykt som tungvint og tidkrevende, noe som igjen påvirket engasjementet til de som vegret seg mest i utgangspunktet. Videre i funnene kommer det frem at deltakerne er fornøyde med den nye leverandøren og dataversjonen, den blir beskrevet som enkel og selvforklarende. De har også gått til innkjøp av flere nettbrett og nå har de fleste et nettbrett hver.

3.7.2 Struktur for implementeringen

Deltakerne ga uttrykk for at det å implementere FIT er tidkrevende. En av deltakerne fortalte at det ikke ble utarbeidet en konkret plan for implementering og heller ingen tidsfrister. Dette ble beskrevet som både en negativ og positiv faktor. Det som ble erfart som positivt ble begrunnet med at de fikk mulighet til å bruke den tiden de trengte, de opplevde lite tidspress og kunne øve i sitt eget tempo. Det ble fremhevet at denne tiden handler om å få muligheten til å øve, mengdetrening for å utvikle praksisen kontinuerlig. En av deltakerne fortalte at implementeringen derfor har tatt lang tid, men med tiden har det også skjedd endringer. De har oppnådd mye.

«Men på en måte så tenker jeg at det er greit at det har tatt tid og, for det skjer jo noe med tiden. Ja, og det er ikke så farlig om ikke det, ææ, går så veldig fort. Og det, og det, og når jeg ser tilbake 1 år nå, så ser jeg at vi er et helt annet sted nå enn vi var for 1 år siden».

Et par av helsearbeiderne hadde tatt veilederkurs og skulle ha ansvaret for veiledningen. Den ene deltakeren uttalte at det kunne være vanskelig å ha riktig fokus under veiledningene. Ut ifra hva denne deltakeren hadde lært på veilederopplæring så skulle veiledningene ha fokus på blant annet samarbeid, grafer og refleksjoner, men deltakeren opplevde ofte at veiledningen tok en annen retning og endte opp med å ha fokus på de ulike helsearbeidernes følelser og utblåsninger. Deltakeren var klar på at det kunne være plass til begge deler i en veiledning, men at helsearbeiderens følelser knyttet til samarbeidet med brukerne ikke burde være hovedfokus.

«Men når vi var på den veileder, ææ, kurset, så var det jo veldig, da var de jo veldig opptatt av at nå må vi slutte å snakke om oss selv og våre egne følelser. Nå må vi slutte med sånn sykepleiefaglig tull (ler litt). Ja, satt litt på spissen ... det vi gjør, det gjør vi jo for å hjelpe folk, og nå er det det vi må se på. Er vi til nytt for folk, er vi det, eller er vi ikke det ... drit i følelsene dine, ja (lattermild)».

Videre kom det frem at avdelingen var delt inn to veiledningsgrupper. I disse veiledningene kan helsearbeiderne ta opp utfordringer knyttet til alt fra det tekniske som for eksempel innloggingshjelp, til å få veiledning på grafer og mulighet til å dele erfaringer. En av veiledningsgruppene hadde kommet lenger i å systematisere veiledningen. Samtidig ble det nevnt at veiledningene kunne oppleves som lite systematiserte. Noe som førte til at det var vanskeligere å se nytten av veiledningene, dette gjaldt spesielt den første tiden av implementeringen. Et par av deltakerne uttrykte at veiledningen var lagt opp slik at de som hadde tid og mulighet kom, men at de som hadde mulighet til å velge det bort, hvis det konkurrerte med andre gjøremål/oppgaver, kunne la være å møte. Mye av fremgangen var basert på engasjementet til den enkelte helsearbeider, de minnet hverandre på at de måtte sette av tid til FIT- veiledning. Det kom frem i funnene at det var lite struktur over planarbeidet. En av deltakerne forklarte:

«Men samtidig så har vi jo ... ææ, ikke vært helt gode på å lage plan for det. Ja, vi har jo sagt «Nei, nå må vi ta tak!» og vi har jo gjort det, men det har, ja ... «.

En annen deltaker uttrykte det slik:

«Nei, jeg tenker at har vi bestemt oss for det her, så må vi bare ta den tiden som trengs. Og det er ikke sikkert vi har brukt nok tid. Det tror jeg ikke, men vi har jo hatt noen dager der vi har hatt sånn FIT- dager. Æææ, så blir det litt sånn mer at vi, ææ, minner hverandre på dette her når vi har personalmøter, sånn at vi har alltid sånn FIT- runde da».

3.7.3 Forankring i hele organisasjonen

Det blir fremhevet av deltakerne at de savner en tydeligere forankring og et større engasjement i kommunen. På den annen side uttrykte deltakerne at ledelsen var positive til implementering av FIT i avdelingen. En av deltakerne forklarer at igjennom årene har de kjempet lite om ressurser, det har blitt søkt ulike prosjektmidler og de har fått statlige overføringer. Fra alle hold i kommunen har de opplevd velvilje, og det har opp igjennom blitt lagt til rette for at avdelingen har hatt mulighet til å bygge opp tjenestene i avdelingen. Samtidig påpeker deltakerne at de har savnet tydeligere engasjement og interesse i implementeringsprosessen. Avdeling psykisk helse og rus er den eneste avdelingen som har implementert FIT. De hadde FIT- opplæring med en annen avdeling i kommunen, men denne avdelingen valgte å ikke ta i bruk FIT. En av deltakerne fortalte at de ulike avdelingene i kommunen har sine prosjekter. Deltakeren opplevde at hver avdeling var opptatt med

sitt og at det var lite utveksling av kunnskap og erfaringer av de ulike prosjektene på tvers av avdelingene.

«Men vi har jo blitt alene om det da. Så det er jo bare psykisk helse som har fått dette til».

Å ta i bruk FIT blir beskrevet som en holdningsendring og et hjelpemiddel til å holde holdningene levende. Det å skape en tilbakemeldingskultur i hele kommunen blir trukket frem som et mål for avdelingen, men det kommer frem at det har vært vanskelig å få kunnskapen om FIT ut i resten av kommunen, og dermed vanskelig å spre denne visjonen. Deltakerne er klar på at hvis de skal lykkes med FIT, hvis det skal bli et nyttig redskap for tjenesteutviklingen i både avdelingen og kommunen, så må det forankres helt på topp. FIT handler ikke bare om evaluering av pasientarbeidet, men en holdning om tilbakemelding på alle nivå og at en tilbakemeldingskultur bør gjennomsyre hele kommunen.

«Og det er jo ingen som spør på en måte oss om hvordan vi bruker det, eller hvordan det går eller sånn. Om det har hatt noen synlige resultater for tjenestene vi leverer. Så det er på en måte der vi har kommet nå da. Nå har vi brukt det i snart to år».

«Vi møtte jo ikke motstand i ledelsen, men vi klarte jo heller ikke, eller jeg vet ikke om vi prøvde på det heller, å få dem til å forstå at dette her, hvis vi skal gjøre det her, så betyr det at alle skal gjøre det».

Deltakeren forteller at FIT gir kommunen en muligheten til å sy tjenestene og fordele ressursene og tilbudene i forhold til hva brukerne gir tilbakemelding på at de trenger, men at kommunen ikke har vært tydelige eller vist interesse for hvordan de ønsker å bruke FIT i tjenesteutviklingen.

«Ja, og at en visste det at ledelsen brukte det, æææ, i planarbeid, at det var en plan for det».

3.7.4 Konkurransen om ressursene

Implementeringen kan bli påvirket av flere ytre faktorer, blant annet konkurransen om ressursene. Det kommer frem at avdelingen har vært engasjert i flere prosjekter samtidig som de gikk i gang med implementeringen av FIT. Ikke alle helsearbeiderne var delaktige i de samme prosjektene, men FIT var noe alle skulle ta del i. En av deltakerne opplevde at to av prosjektene hadde mye av den samme innfallsvinkelen, noe som medførte at de var utfordrende å huske hvem av de ulike brukerne

som var med i de ulike prosjektene. I tillegg til de vanlige arbeidsoppgavene måtte personalet også bli kjent med verktøyene og bli trygg på bruken av dem. Ved at det foregikk flere prosjekter som krevde engasjement, tid og læring, ble det en konkurranse mellom de ulike oppgavene.

«hvis vi driver med veldig mange prosjekter samtidig, så kan det forstyrre, eller ja, så det kan drukne litt i det. Er det FIT nå, eller er det ditt eller er det datt, eller er det FACT eller ... ja, ja, hva er det vi ... ja. Det er jo mye hele tiden da».

Det kommer frem at tid er en praktisk barriere som kan medføre at implementeringen av FIT kan drukne i andre prosjekter. Avdelingen prøvde ut KOR for en kort periode for 5-6 år siden, men dette opplevdes mer som en prøveperiode. En av deltakerne forteller at KOR den gangen druknet i andre prosjekter. Denne gangen hadde de bestemt seg for å implementere FIT. Samtidig som de har hatt en indre driv og en tro på å få dette til, så understreker et par av deltakerne at for mange prosjekter pågående samtidig ikke er optimalt. En av deltakerne forteller at prosessen har gått i bølger på grunn av for mange oppgaver, både hos den enkelte og i avdelingen.

«I ettertid så kan en jo si at det er dumt å drive på med to forskningsting samtidig».

3.8 Holdninger

Holdninger handler her om de indre faktorene til den enkelte helsearbeideren og hvordan disse holdningene påvirker implementeringen av FIT. Under denne kategorien skal jeg se på funnene i underkategoriene; motstand mot endring, tilbakefall til gamle rutiner og inspirert til endringsarbeidet.

3.8.1 Motstand mot endring

Det finnes ulike årsaker til at implementeringsprosessen kan bli vanskelig. Deltakerne i denne studien trakk frem ulike erfaringer i forhold til motivasjon og skepsis til det å implementere FIT. Ingen av deltakerne ga uttrykk for at de selv hadde erfart at de vegret seg for å implementere FIT, men de hadde opplevd kollegaer som har vært skeptiske og vist motstand. En av deltakerne fortalte at de kollegaene som hadde funnet en arbeidsmetode som fungerte og som i utgangspunktet var gode på tilbakemeldinger, var også mest skeptiske til å endre på praksis.

«jeg tenker jo at noen av de som har hatt mest, ikke mest motstand, men har vært litt sånn skeptiske, er jo de som har kanskje vært best til det fra før, altså best til å sikre tilbakemelding».

I datamaterialet kommer det frem at motstand mot endring hang sammen med skepsis til å endre en praksis som fungerte og som enkelte helsearbeidere var trygge på. En av deltakerne opplevde at litt av motstanden også kunne bunne i utrygghet knyttet til bruk av ny teknologi og det å knytte teknologi opp mot praksis.

«De fleste tenker jo at det er en god idé, men jeg tenker at det, ææ, noen, noen tenkte at det ikke, eller ga uttrykk for at de ikke synes at det var så veldig stor forskjell på det å bruke FIT og sånn de vanligvis har drevet på, ææ, mens mye av motstanden har jeg en følelse at handler litt om det at du skal bruke teknologi».

En av deltakerne fortalte at det å være motivert og engasjert ikke gjorde deg immun mot å kjenne på motstand. Alle kan oppleve at motivasjonen svinger under implementeringen.

«Men også er vi forskjellige som, som ... entusiastiske og mister piffen, det rammer alle».

3.8.2 Tilbakefall til gamle rutiner

En av deltakerne forteller at det å implementere FIT krever at en ikke slipper taket og at en jobber med å holde endringsarbeidet varmt. Holdningsendring er en prosess som krever mye av den enkelte helsearbeider. En av deltakerne fortalte at å jobbe med holdningsendring kunne skje ved å holde seg oppdatert på forskning og å tilegne seg ny kunnskap, være med på FIT- veiledninger, eller involvere andre kollegaer når en opplever at progresjonen eller motivasjonen stopper opp. En av deltakerne nevner at det å reaktivere engasjementet påvirker en stund, men at endringsarbeid er utrolig krevende og må jobbes med hele tiden.

«Du kan liksom aldri slippe taket, folk er veldig bekvemme med å gjøre det som de er vant med hele tiden».

En av deltakerne fortalte at motstand kunne vises i form av passivitet og at det kunne uttrykkes ved at personen/personene holder seg i bakgrunnen og ikke engasjerer seg så mye. Deltakeren opplevde at denne passiviteten var en måte å stoppe endringsprosessen på og at målet var å kunne arbeide slik personen/personene var kjent med fra tidligere. Deltakeren var klar på at det var nok med én person som var kritisk eller passiv, og at det utfordret endringsarbeidet.

«også er det noen som ligger mer bakpå og håper at kanskje det her går over- vi holder oss litt rolige, ææ, så det her er et sånn blaff, så går det over vet du. Så kan vi holde på sånn som vi vil (latter)»

3.8.3 Inspirert til endringsarbeid

For å skape eierskap til FIT ble alle på avdelingen involvert fra start av. En av deltakerne fortalte at de alle har en felles forståelse for hvilke holdninger de ønsker i avdelingen og at det var en oppfattelse av at alle ønsket å jobbe med å få slike holdninger i avdelingen. Deltakerne var samstemte i at FIT kunne føre noe positivt inn i avdelingen og inn i måten de samarbeidet med brukerne på. De var klare på at det handlet om en holdningsendring og en bevissthet rundt at fokus skulle være på hva som er virksomt for brukerne. Det å ha et hjelpemiddel til å holde denne holdningen levende, ble trukket frem som en viktig faktor.

«Jeg har jo et verktøy, jeg har jo et hjelpemiddel til på en måte, ææ, vite om jeg gir god nok hjelp om jeg på en måte er en god støttespiller da ... for den vi skal hjelpe, så den må du liksom ha med deg».

En av deltakerne trakk frem at det å få muligheten til å bli bevisstgjort gjennom systematiske tilbakemeldinger fra brukerne opplevdes som nyttig. Selv om deltakeren ikke opplevde at de var kommet dithen at de kunne bruke FIT så systematisert som de ønsket, så var målet at de jobbet med å utvikle seg kontinuerlig. En av deltakerne fortalte at målet på sikt er å sy tjenestene basert på tilbakemeldinger fra brukerne på hva som er nyttig hjelp.

«Sånn at jeg tenker det at, ææ, jeg er ekstremt takknemlig for at vi begynner å systematisere mer, ææ, vi er langt fra der vi skal være i forhold til å kunne bruke, ææ, nyttig. Next level tenker jeg ...».

Et annet funn som kommer frem i datamaterialet er muligheten avdelingen fikk til å selv bli overbevist om at de ønsket å ta i bruk FIT. Overbevisning skjedde blant annet gjennom prøving og feiling, som ble uttrykt som en viktig faktor for inspirasjon, samt at det var åpenhet for alle følelser, både positive og negative. Arbeidsmiljøet var preget av at alle fikk komme til orde og tid til å utvikle seg i eget tempo.

«Men og det at, at det er lov å være skeptisk og, ææ, en må på en måte bli overbevist da for å tro ... æææ, nei, det er kanskje og igjennom, ææ, å erfare litt og prøve og feile, og at en kan prøve selv om en ikke er helt overbevist da ... ææ, sånn å si at «nå skal vi jobbe sånn, for det tror vi på».

Implementering av FIT var ikke noe avdelingen var blitt pålagt å utføre, men noe de sammen hadde blitt enige om å implementere. En av deltakerne uttrykte at det var viktig å få være med å ta

stilling til dette, og det at det ikke var noe som ble pålagt fra toppen. De hadde selv muligheten til å forme utførelsen på en måte som passet avdelingen og muligheten til selv å bli overbevist.

«At det er noen som bestemmer over hodet på oss, vi må få lov å være med på å bli overbevist».

3.9 Veiledning og undervisning

I funnene kommer det frem noen faktorer som har vært fremmede og hemmende for forankringen og forståelsen av FIT. Under denne kategorien skal jeg se på funnene i underkategoriene: tilgang på ferdigheter og kunnskap og inspirasjon i endringsarbeidet.

3.9.1 Tilgang på ferdigheter og kunnskap

En av deltakerne forklarte at ettersom alle hadde samme utgangspunkt, så var det heller ingen som hadde den ekstra kunnskapen om FIT som avdelingen hadde behov for. Det ble tydeligere ut i implementeringsprosessen da nye problemstillinger dukket opp. De hadde da et behov for å søke ut av avdelingen for hjelp og support. Det ble kommentert at mangel på nære ressurspersoner også medførte at de ikke klarte å holde det faglige trykket oppe.

«Ja, jeg tenker at på en måte det at vi ikke har noen som kan mer enn oss andre, er jo på en måte en svakhet da. Vi startet litt på scratch alle sammen. Ææ, så det hadde hjulpet oss på en måte å holde denne FIT- fanen litt høyere enn vi har klart da».

Alle deltakerne uttrykte viktigheten med å bli inspirert av eksterne veiledere og få faglig påfyll. Det var et savn i avdelingen at det ikke var et forum der de hadde mulighet til å dele erfaringer og kunnskap. Også det å ha mer fellesopplæring på teori blir trukket frem som viktig for motivasjonen.

«Så skulle vi gjerne hatt en ekstern veileder. Ææ, som bistår oss mer i den der i å bruke det her mer i utviklingsarbeid. Så vi har lært oss verktøy, kan du si, men resten- der har vi ikke kommet så langt».

Datamaterialet viser at noen av deltakerne synes det har vært for lite ekstern veiledning og opplæring underveis i implementeringsprosessen. Det å ha veiledningsmuligheter ble trukket frem som sentralt for å kunne utvikle endringsarbeidet fremover.

«Kanskje vi skulle hatt mer fellesopplæring, for en dag på Stange er jo fint, men det er jo veldig masse der, og vi skulle kanskje hatt en felles oppfølgingsdag på teori».

Det er ulikt hvor mye tid den enkelte trenger av opplæring. Under intervjuet forteller en av deltakerne at den første dataopplæringen gikk for sakte og at det opplevdes som frustrerende, mens en annen deltaker ga uttrykk for at den tiden de har brukt har vært avgjørende for å kunne utvikle seg og tilegne seg kunnskap. Deltakeren forteller at mengdetreningen har gitt mulighet til å utvikle seg i sitt eget tempo.

«Ja, vi har jo gått gjennom det mange ganger, men vi må liksom repetere og repetere. Jaa, også forstår en jo litt mer for hver gang en repeterer. Det gjør jo jeg i hvert fall».

Deltakerne trekker frem viktigheten med å få god veiledning både på praksis og teori. Det er ulikt hvilke erfaringer deltakerne har med gruppeveiledning. En av deltakerne uttrykker at gruppeveiledning ofte fører til at kunnskapen blir glemt. Det å ha ressurspersoner lett tilgjengelige når en har behov, opplevdes av denne deltakeren som fremmede for læringen.

«For som alt annet en skal lære, så er det ofte først når du står og lurer på noe at du lærer noe- hvis du finner ut av det ... ikke sånn generell opplæring, for det husker du ikke uansett».

Videre i funnene viser det seg at spesielt det å forstå og dra nytte av SRS i samtaler ble trukket frem som krevende. Det teoretiske rundt skalaen har vært forståelig, men det å bruke skårene inn i samtalen ble sett på som en utfordring. En av deltakerne opplever spesielt det å få høye skår på SRS som frustrerende.

«Jeg har selvfølgelig vært frustrert underveis og syntes at det var noe som ble litt i enkelte samtaler, så er det vanskelig, særlig SRSen til å bli nyttig. Jeg tenker den der, jeg har fortsatt noen som på en måte alltid skårer fullt ... jeg tenker, så det tror jeg ikke på. Det er så unyttig, jeg skjønner ikke hvordan jeg skal klare å ... ja, komme ut av det sporet».

3.9.2 Inspirasjon til endringsarbeid

Det var en opplevelse blant deltakerne at de på avdelingen hadde en felles visjon og et felles mål. Det å skape felles inspirasjon og engasjement har vært et mål. Alle ble involvert fra start og fikk

den samme kunnskapen og informasjonen. En av deltakerne uttrykker at det er viktig at alle er med i prosessen fra start.

«Jeg synes det har vært veldig fint og nyttig å ta hele avdelingen med, for eksempel den turen til Stange. Hvis bare to- tre hadde reist, så tror jeg det hadde vært helt annerledes. Og få med alle, det var genialt»,

Det å oppleve at FIT har en nytteverdi og at det utgjør en forskjell, blir trukket frem som viktige faktorer for motivasjonen. Samtidig som de opplevde at alle hadde felles mål og en felles visjon. Endringsarbeidet har gått i bølger, det har vært perioder der det har gått litt i stå, før en igjen har kommet på banen, men at det å være sammen om målene og ha en klar visjon, har vært avgjørende for å holde ut når de har møtt motstand. Samtidig blir «ildsjeler» trukket frem som positivt under endringsarbeidet. «Ildsjeler» ble erfart som en spesielt positiv faktor for å inspirere de kollegaene som opplevde motløshet i endringsarbeidet.

«veldig positiv faktor! ja, så på en måte som blir mer litt sånn interne ambassadører da, når noen er litt motløse da, for å si det sånn».

Det er flere fremmede faktorer som blir trukket frem som viktige for inspirasjonen under implementeringsprosessen. To av deltakerne trakk frem kollegaveiledning, men også veiledning fra eksterne ressurspersoner med mye kunnskap om FIT. Både intern og ekstern veiledning blir trukket frem som viktig for engasjementet og som en inspirerende faktorer for utviklingsarbeidet. Kollegaveiledning ble sett på som en styrke ved at helsearbeiderne kunne få rask hjelp hvis det oppsto problemer og utfordringer. Samtidig forteller en av deltakerne at de ikke har hatt god nok kunnskap til å utvikle kollegaveiledningen slik de ønsker.

«Jeg savner og ønsker egentlig at noen som er drivendes god på den type veiledning, ææ, kan bli hanket inn til oss ... ja, det har vi spilt inn ... fordi jeg tenker sånn kollegaveiledning at det blir litt sånn, vi er ikke god nok på det ennå».

Fagdager og FIT- veiledning blir også trukket frem som fremmede faktorer for inspirasjon og reaktivering av engasjementet, samtidig uttrykker et par av deltakerne ønske og behov for flere fagdager og FIT- veiledninger enn det de har hatt.

«Også på en måte få reaktivert engasjementet og litt sånn minne oss på hva det er vi egentlig er i gang med, hva, hva- ja. Så det trenger en».

I en hektisk arbeidshverdag der det kan bli knapphet på tid, kommer det frem i intervjuene at nok tid til opplæring og insentiver til å endre praksis er med på å fremme implementeringen. Ved å legge vekt på videre oppfølging gjennom implementeringen, ble blant annet fagdager og eksterne veiledere trukket frem som faktorer for å reaktivere og holde engasjementet varmt. Det at en hele tiden blir påminnet om hva en gjør og hvorfor en gjør det var en viktig del av inspirasjonen i endringsarbeidet.

4 Drøfting

I denne delen vil jeg diskutere samt komme med egne refleksjoner på det jeg ser på som de viktigste funnene knyttet til studiens problemstilling: «Hvilke erfaringer har psykisk helsearbeidere, i kommunal psykisk helse og rus, med implementering av FIT?». Funnene vil også diskuteres opp imot relevant teori og opp imot forskningsspørsmålene i denne studien:

1. Hva opplever psykisk helsearbeidere som fremmende/hemmende for en suksessfull implementering av Feedback informerte tjenester (FIT)?
2. Hva erfarer psykisk helsearbeidere at kan bidra til potensielle forbedringer under implementeringsprosessen av Feedback informerte tjenester, FIT?

4.1 Rammebetingelser

Implementeringen av FIT handler ikke bare om ervervelsen av kunnskap, holdninger og engasjementet hos de ansatte. God ledelse, struktur og god planlegging, økonomi, gode verktøy og teknisk bistand er alle faktorer som er essensielle for en vellykket implementering. I mine funn kommer det blant annet frem at kommunens ledelse var positive til prosjektet og den økonomiske støtten var på plass. Imidlertid kan det se ut som om den manglende erfaringen, både i prosjektgruppen (avdelingen) og ledelsen for øvrig, medførte en underdekning av tekniske verktøy som vanskeliggjorde arbeidet i den innledende fasen. Videre i denne delen skal jeg drøfte underkategoriene: teknologiske utfordringer, forankring i hele organisasjonen og konkurranse om ressursene.

4.1.1 Teknologiske utfordringer

Fixsen et al. (2005) beskriver at i den tidlige fasen av implementeringen, definert som installasjonsfasen, bør nødvendige strukturelle støtter være på plass, dette inkluderer blant annet finansiering, klargjøre mål og innkjøp av nødvendig teknologi. Alle som ble intervjuet uttrykte at de teknologiske utfordringene, knyttet til tilstrekkelig utstyr, samt bytte av datasystem og dataleverandør, var en utfordring i denne fasen. Det ble kjøpt inn for få nettbrett, som igjen medførte at ikke alle hadde tilgang på nettbrett når de hadde behov. Det ble funnet at de tekniske utfordringene påvirket spesielt de som var mest skeptiske til FIT. Dette førte til at mye tid gikk med til å legge inn alle data på nytt i det nye systemet, tid som kunne vær brukt til ytterligere praktisk og teoretisk innføring i FIT. Den første tiden i en implementeringsprosessen er en sårbar tid, noe som igjen gir en større fare for at hele implementeringen kan stoppe opp hvis det oppstår for mange

barrierer (Fixsen et al., 2005, s. 15). Det var en sterk tendens i datamaterialet at deltakerne hadde en positiv innstilling og en tro på prosjektet og et ønske om å bygge en tilbakemeldingskultur. Ifølge Lambert & Harmon er de evidensbaserte verktøyene som best samsvarer med avdelingens filosofi på behandling, strategisk plan og måte å jobbe på, også lettest å implementere. Helsearbeiderne er også mer mottakelige for verktøyet når det samsvarer med avdelingens filosofi. Dette vil igjen gi en større sjanse for en vellykket implementering på sikt (Lambert & Harmon, 2018, s. 13). Slik jeg forstår dette var de barrierene som oppsto tidlig i prosessen frustrerende og tidkrevende, men på grunn av at FIT samsvarer med avdelingens filosofi, kan det ha vært en medvirkende grunn til at implementeringen ikke stoppet opp. Det å få tid og struktur til tilstrekkelig eierskap til FIT, slik at det blir en etablert rutine, krever at de eksterne faktorene er på plass og blir prioritert, dette gjelder blant annet tilgang på utstyr. Samtidig må man være forberedt på at for eksempel endring av datasystem vil kunne forekomme. Det kan virke som at en robusthet i form av felles holdninger og felles mål har vært viktig pådriver i installasjonsfasen.

4.1.2 Struktur for implementering

Overraskende mange endringsprosesser er ustrukturerte, tilfeldige, ikke involverende nok, og det gis ikke tid, rom, budsjett og ressurser nok til å gå i dybden når det kreves (Karp, 2015). Bertolino et al. (2012) skriver at jo grundigere en har utarbeidet en plan, desto større sjanse er det for en suksessfull implementering. Deltakerne uttrykte høye ambisjoner og at det var en enighet i avdelingen om en felles plattform for å systematisere arbeidet, samtidig indikerer resultatene at det ikke var utarbeidet en grundig implementeringsplan. Mangel på planarbeid ble trukket frem som en barriere for kollegaveiledningen. En av deltakerne uttrykte at veiledningene ble oppfattet som lite systematisert, og en av deltakerne var tydelig på at en plan kunne ført til mer nyttige veiledninger fra start. De fleste implementeringsfeil kan spores direkte tilbake til utilstrekkelige forberedelser som oppstår under installasjonsfasen (Bertolino, 2012, s. 14), det kan blant annet grunne i at det er satt av for lite tid til veiledning og øving (Fixsen et al., 2005, s. 16). Samtidig ble det å ikke ha en plan trukket frem som en positiv faktor av en annen deltaker. Det ble sagt at uten en plan så unngikk helsearbeiderne tidspress og det ble hevdet at de på denne måten fikk tid til å tilegne seg FIT i eget tempo. Ved å ha mulighet til å tilegne seg kunnskap i eget tempo kan helsearbeideren bedre håndtere usikkerheten som følger med endringen, noe som igjen kan danne bredere aksept av en ny rutine (Grol & Wensing, 2013, s. 86). Det kan virke som at en implementeringsplan av enkelte ble oppfattet som strenge frister med lite rom for den enkeltes behov. Ifølge Grol & Wensing bør derimot implementeringsplaner utarbeides sammen med helsearbeiderne slik at de kan komme med innspill og synspunkter. Dette fordi de ulike helsearbeiderne kan være på ulike stadier

i endringsprosessen og ha ulike behov (Grol & Wensing, 2013, s. 59), videre kan en godt utarbeidet implementeringsplan forutsi mange av de problemene og overraskelsene som kan oppstå og dermed gi helsearbeiderne en mulighet til å håndtere problemene og overraskelsene bedre (Fixsen et al., 2009, s. 2). Slik jeg forstår denne type endringsprosesser så avhenger det av god struktur og realistiske planlegging. Endring av arbeidsrutiner vil uavhengig av en positiv holdning hos de ansatte sjelden foregå uten noe «smerte». Nok tid til å øve står på ingen måte i motstrid til behovet for gode planer. Har man ingen plan, er risikoen større for at de nødvendige grep ikke blir tatt, oppgaver ikke blir utført og brått har man ingen samlet fremdrift på prosjektet.

4.1.3 Forankring i hele organisasjonen

Betydningen av en engasjert ledelse ble vektlagt av alle deltakerne. Funnene i datamaterialet viser at avdelingen fikk økonomisk støtte og ledelsen var positiv til at FIT ble implementert i avdelingen, men deltakerne uttrykte at de opplevde lite engasjement og involvering fra ledelsen videre i prosessen. Funnene viser at avdelingen ikke fikk spørsmål om hvordan implementeringen gikk, eller om de hadde oppnådd noen resultater. I forskning viser det seg at engasjementet i administrativ ledelse, deres evne til å delegerer ansvar og deres evne til å bidra til å engasjere er uvurderlig i implementeringsfasen (Lambert & Harmon, 2018, s. 7, Christensen & Dalgaard, 2013, s. 24, Lambert & Harmon, 2018, s. 6, Dogherty, Harrison & Graham, 2010, s. 83; Grol & Wensing, 2013, s. 67; Fixsen et al., 2005, s. 19). I likhet med tyngdekraften, ser det ut til at den organisasjonsmessige innflytelsen er tilstedeværende på alle nivåer i implementeringsprosessen. (Fixsen et al., 2005, s. 58). Slik jeg forstår Fixsen et al. vil det si at en ledelse som er støttende til implementeringen og endringsarbeidet er en viktig faktor for en suksessfull implementering. En støttende og engasjert ledelse har også en større mulighet til å spre endringsarbeidet i hele kommunen og dermed bygge en tilbakemeldingskultur. Dette er noe som blir vanskelig for avdelingen å gjøre alene. En liten avdeling kan fort bli sårbare når det kommer til å opprettholde engasjement og fokus alene. Sårbarheten ligger i at ansvaret fordeles på få personer og det blir vanskeligere å få gjennomslagskraft, og å spre ny kunnskap og informasjon ut. På tidspunktet for studien var det ingen andre avdelinger i kommunen som hadde implementert FIT. Dette kan ha ført til en avdeling uten en felles plattform med resten av kommunen, samt ingen andre avdelingers erfaringer å støtte seg på. Det blir psykisk helse og rus som må trekke erfaringene og danne konklusjonene alene. Avdeling kan bli som en «isolert øy på et stort hav», uten nødvendige forbindelseslinjer. Hvis ledelsen ikke eier prosjektet, ikke er synlige, støttende og ikke sørger for næring og fremdrift i prosjektet blir avdelingen stående alene. Manglende kontinuerlig lederstøtte, kan føre til at FIT blir utført i skyggen av de vanlige arbeidsoppgavene, noe som igjen kan føre til at

overgangen fra prosjekt til en integrert praksis blir vanskelig. (Dixon- Woods et al., 2012, s. 880). Hvis prosjektgruppen ikke får en bekreftelse på at det de holder på med er viktig, vil det også kunne bli vanskeligere for avdelingen å få eierskap til og innhold i prosjektet.

4.1.4 Konkurransen om ressursene

Funnene viser at erfaringer knyttet til det å holde på med flere prosjekter på samme tid førte til at FIT kunne drukne, eller forstyrres. Manglende tid og konkurrerende gjøremål eller mangel på klare prioriteringer mellom oppgaver er en vanlig barriere i forbindelse med implementering (Sørli et al., 2010; Gleacher et al., 2015, s. 432; Boswell et al., 2015, s. 11). To av deltakerne var klare på at en endringsprosess må ta tid, men den siste deltakeren uttrykte frustrasjon rundt en opplæring som opplevdes som for treg. Endringsprosesser tar tid, men at denne tiden ofte undervurderes. Det vil si at forandringer skjer sakte, men på den annen side må prosjekter takles med en viss hastighet og handlekraft. De fleste ønsker å se raske resultater på det de implementerer, hvis det tar for lang tid kan helsearbeiderne miste motivasjonen og gå tilbake til gamle arbeidsrutiner (Grol & Wensing, 2013, s. 59). Funnene viser at det å ha flere prosjekter pågående samtidig opplevdes som utfordrende. Hvert prosjekt krever tid og ressurser, samtidig som en skal ha tid til å utføre sine vanlige arbeidsoppgaver. FIT krever refleksjon over hvordan tilbakemeldingene fanges opp og brukes, Boswell et al. peker på at for stor tidsbyrde kan føre til at helsearbeideren kan få for liten tid til å reflektere over bruken eller virkningen av de dataene som er samlet (Boswell et al., 2015, s. 11). Sett i lys av teorien er klare prioriteringer mellom oppgaver viktig. Det ser ut til at konkurranse om ressursene både kan påvirke tiden helsearbeiderne har til rådighet for refleksjon, til å øve og til veiledning, men på den annen side kan det også føre til at de ulike trinnene i implementeringen tar for lang tid.

4.2 Holdninger

I denne delen skal jeg drøfte funnene som er knyttet til holdninger rundt implementeringen av FIT. Dette er de indre faktorene som; motstand mot endring, tilbakefall til gamle rutiner og hva det vil si å være inspirert til endringsarbeidet.

4.2.1 Motstand mot endring

Det kommer frem at motstand mot endring er en utfordring i avdelingen. I følge Bertolino et al. (2012) kan regelmessige møter gi god mulighet til diskusjon om de utfordringene implementeringen har ført til. I diskusjonene bør det være åpenhet for og oppmuntring til å dele bekymring eller frykt

rundt endringsarbeidet. Det er viktig å ha et klima der helsearbeiderne får mulighet til å være åpne om hva motstanden grunner i, for ved all resistens gjelder det først og fremst å få kunnskap om de virkelige bakenforliggende årsakene (Roback, 2010, s. 122). Motstand kan grunne i omstilling av en praksis som helsearbeiderne synes er trygg og som de er kjent med, eller at de må avlære en måte de har jobbet på i flere år. Samtidig viser det seg i funnene at noe av motstanden også kan handle om bekymring og usikkerhet rundt det å ta i bruk ny teknologi. Det kan være faktorer som at helsearbeideren ikke behersker teknologi så godt i utgangspunktet, det kan handle om alder, men også interesse. Kan dette også bunne i en redsel for å feile? I den forskningen jeg har lest står det mye om at helsearbeiderne bør motiveres til å endre holdninger, men jeg finner lite om hvordan kollegaer og ledere skal takle motstand fra kollegaer. En av deltakeren fortalte at motstand virket forstyrrende på de andre kollegaene, og at det var nok at én hadde en negativ holdning eller var kritisk. Hvordan skal helsearbeiderne håndtere negative holdninger hos en eller flere av sine kollegaer? Jeg har ikke noe svar, men forstår at det gjør noe med motivasjonen til de andre og at det igjen kan være utfordrende for arbeidsmiljøet, kanskje spesielt i en liten avdeling? En mulighet for å utforske motstand er at det er en åpenhet for alle følelser. Er det aksept for at også de kritiske blir hørt, så kan det slik jeg ser det, åpne opp for at problemene kommer til overflaten. Når problemene blir kommunisert og tålt av de andre, så kan det igjen åpne opp for refleksjon og i neste omgang mulighet til å løse utfordringene. Karp (2011) skriver at ustabilitet, utrygghet og motstand er rammebetingelser for endring, og lederes evne til å takle motstand er derfor viktigere enn det å kunne motivere. Endring inneholder friksjon, og den håndteres best ved at den konfronteres. Motstand kan vises som passivitet. En av deltakerne opplevde at en passiv holdning fra kollegaer var en måte å kommunisere at personen ikke ønsket å forholde seg til FIT. Passivitet kan basere seg på at helsearbeideren ikke har tatt stilling til endringsarbeidet, eller ikke tror at det er nødvendig å lære mer om endringen. Det forekommer også pseudoakseptering, som vil si at det virker som om helsearbeideren har akseptert endringen, men er passiv eller skjult motarbeidende (Roback, 2001, s. 117). Det er viktig å huske at folk bare vil være motiverte for aktiviteter som de vil ha en egeninteresse av, eller at det er aktiviteter som appellerer til utfordringer og verdier (Ryan & Deci, 2000, s. 71). Motstand mot endring er en iboende menneskelig egenskap. De fleste vil kanskje ikke erkjenne at arbeidsdagen har store rom for merarbeid, eller at de rutinene vi har og måten vi løser arbeidsoppgavene på i dag er modne for store forbedringer? Hadde det vært tilfelle, ville vi innrømme at måten vi arbeider på ikke er hensiktsmessig? Oppgaven blir da å skape motivasjon for en endring den enkelte kanskje ikke ser at de har tid eller rom for, og således er det viktig at det skapes forståelse, motivasjon og en holdning for at FIT vil føre til bedre resultater for både bruker og praksis. Det handler ikke om at den praksisen som har vært ikke er god, men at den kan bli

bedre. For å bli bedre må en utvikle seg. Samtidig er det slik at graden av motivasjon vil være varierende over tid. Alle ansatte har ansvar for å skape motivasjon for endringsarbeid, men samtidig krever endringsarbeid forståelse av ulike oppfatninger, ulike behov, ulike bekymringer og den ulike arbeidssituasjonen de ulike helsearbeiderne kan ha (Grol & Wensing, 2013, s. 42). En av deltagerne uttrykte at en aldri helt kan slippe taket, for folk er mest bekvemme med å gjøre det de er vant til. Individer i en personalgruppe befinner seg ofte på ulike stadier i atferdsendringen. Implementering som tilpasser seg individenes motivasjonsnivå har også størst mulighet til å lykkes (Carlfjord, 2010, s. 94). Slik jeg forstår resultatene må helsearbeiderne se behovet for endring og se at FIT utgjør en positiv forskjell. Forutsetningen for at en forandring faktisk skjer i klinisk praksis, er at den individuelle helsearbeiderens oppførsel påvirkes (Carlfjord, 2011, s. 91). Mennesker gjør det de er vant til å gjøre og hvis de skal ta i bruk ny praksis, vil de gjøre det på en måte som gjør det mest mulig likt den praksisen de kjenner (Tilsen & Mcnamee, 2015, s. 127). Funnene viser at det krever stor vilje til å forplikte seg til endringsarbeidet. I tråd med Roback (2010, s. 122) bør helsearbeideren få mulighet til å være åpne om hva motstanden grunner i. Å overbevise helsearbeidere som tror de allerede gjør det bra, til å endre praksis, vil sannsynligvis være nytteløst med mindre det kan vises til at det virkelig trengs handling (Dixon- Woods, Mcnicol & Martin, 2012, s. 879). Ifølge Boswell et al. (2013) kan mistillit hos helsearbeiderne dempes hvis en på avdelingen har stor åpenhet om målene, kostandene og fordelene. Ut i fra dette kan det virke som avdelingen har lyktes med å involvere alle fra start, slik at alle skulle få et eierforhold til arbeidet med implementeringen. Litteratur på området fremhever viktigheten av at endringsarbeidet utvikles sammen med helsearbeiderne og at de får fremmet følelsen av eierskap. Negative følelser og motløshet kan også unngås hvis helsearbeiderne får regelmessig oppdatering gjennom hele prosessen, som for eksempel ved bruk av e- poster og nyhetsbrev, men også faste møtepunkter 1 gang/måned der et sentralt emne eller en utfordring kan diskuteres (Bertolino et al., 2012, s. 17). Endringsarbeidet har en mye større sannsynlighet for å lykkes når helsearbeiderne får sjansen til å delta og å tilpasse elementene i praksisen, og bli enige om hvilke elementer som skal forbli uendret (Dixon- Woods et al., 2012, s. 882). Fra nasjonale helsemyndigheter har det vært en tilrådning om implementering av FIT, som vi finner i blant annet Sammen om mestring (Helsedirektoratet, 2014, s. 109) og Mestre hele livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 28), og fra kommunal ledelse har det vært vilje og økonomiske rammer til en implementering av FIT. Tilrådninger og økonomisk støtte er viktige faktorer, men uten en engasjert arbeidsgruppe, en planmessighet for arbeidet, strukturert og god ledelse, og ikke minst vilje og lojalitet til endringsarbeidet, vil det kanskje være vanskelig å oppnå suksess med implementeringen.

4.2.2 Tilbakefall til gamle rutiner

Tilbakefall til gamle rutiner vil fort kunne henge sammen med motstand mot endring og konkurranse om ressurser. Mine funn viser at noen av deltakerne opplevde endringsarbeid som krevende. Motivasjon til nye rutiner synliggjøres ofte ved et åpenbart behov. Min tolkning av datamaterialet er at motivasjon for nye rutiner er viktig for å unngå tilbakefall til gamle rutiner. Ved implementering av nye rutiner er det viktig med en felles enighet om behovet for rutinene og hvilke nye rutiner som skal tas i bruk. De som skal ta i bruk FIT, trenger bevissthet om behovet for endring; et konsept av hva forbedringen inkluderer; og troen på at en slik forbedring er både ønskelig og mulig (Grol & Wensing, 2013, s. 41; Fixsen et al., 2005, s. 28). Å forstå gruppen og de individuelle endringsprosessene er også avgjørende (Whelan- Berry, Gordon & Hinings, 2003 s. 187). Løsningen som ble beskrevet i funnene er at man stadig får påfyll og at det jobbes jevnlig med endringsarbeidet. Dette støttes av forskning som skriver at opplæring og veiledning er de viktigste måtene for å endre adferd hos personalet (Fixsen et al., 2005, s. 28). Er det slik at stagnasjon, eller tilbakefall i endringsarbeidet bare handler om mostand? Whelan- Berry et al. (2003), beskriver at atferdsendring er som en spiral og ikke en lineær prosess. Det handler om ulike trinn som skal tas, og noen ganger kan man falle ned et trinn, mens man andre ganger kan bli værende lenge på samme trinn. (Whelan- Berry et al., 2003, s. 190). Det kan handle om at det for mange kan ta tid å få et eierforhold til FIT, bli trygge på bruken av det og at de trenger tid til å bli klar for endring av praksis. Endringsprosessen kan i noen tilfeller oppleves som et skritt frem og to tilbake. En av deltakerne fortalte at alle kunne oppleve å miste piffen, for så bli entusiastisk igjen, at dette var noe som rammet dem alle. Noe annet er det om helsearbeiderne ikke opplever at det er et behov for å implementere FIT, da vil det være vanskeligere å endre atferd og sannsynligheten for tilbakefall til gamle rutiner vil også være langt større. Forskning viser at helsearbeiderne som var negative til implementering av FIT hadde langt mindre sannsynlighet for å bruke feedback i praksis (De Jong, 2014, s. 294). Slik jeg ser det ligger aksepten for behovet og forståelsen av de nye rutinene på den enkelte helsearbeider, men for å unngå at enkelte eller hele avdelingen faller tilbake til gamle rutiner, er det viktig med en felles motivasjon og forståelse som gjennomsyrrer hele organisasjonen. FIT må være solid fundert på systemnivå. Dette for å legge til rette for vedvarende engasjement og understøtte videre praktisering av FIT. En regelmessig gjennomgang av arbeidsformen på avdelingen vil også understøtte videre praktisering (Reinertsen, 2017).

4.2.3 Inspirert til endringsarbeid

Det ble uttrykt stort engasjement rundt det å kunne yte bedre hjelp og få bedre rutiner på å systematisere arbeidet. Det ble også uttrykt en tilfredsstillelse ved at de fikk med alle fra start. En av

deltakerne fortalte at de har troen på FIT og det er slik de ønsker å jobbe. Involvering av alle fra start kan føre til at alle får mulighet til et tidlig eierskap til prosjektet. Således tolker jeg at prosjektet er godt forankret blant de fleste helsearbeiderne. For å bevare engasjementet og inspirasjonen ble faglig påfyll beskrevet som en viktig inspirasjonskilde, så også det å ha ressurspersoner å støtte seg på. Jeg betrakter funnene til å vise en avdeling sterkt drevet av motivasjon og et stort ønske om å få dette til i fellesskap. Å være inspirert til endringsarbeidet er viktig, men faglig påfyll gir en trygghet og en tro på å kunne lykkes med arbeidet. En annen faktor for å være inspirert var at helsearbeiderne selv fikk muligheten til å bli overbevist gjennom å prøve og å feile, at det ikke ble bestemt over hodet på dem at FIT skulle implementeres. Det å være klar for endring er en viktig komponent. Deltakerne trenger informasjon og tid til å bli bevisst hvilke behov de har, og hva endringen betyr for dem. Oppmuntring, insentiver eller krav om å «bare gjøre det» fører vanligvis ikke til den handlingen det håpes på. Det helsearbeiderne trenger er relevant og detaljert informasjon, slik at de som blir bedt om å endre er «klare» for endring (Fixsen, Blase, Horner & Sugai, 2009, s. 2).

4.3 Veiledning og undervisning

Funnene viser at deltakerne har et stort engasjement for FIT og en tro på en holdningsendring der feedback fra brukerne skal legge føringer for tilbudene avdelingen gir den enkelte. Samtidig kommer det frem at veien til en integrert feedbackkultur og en holdningsendring krever kontinuerlig jobbing, veiledning og inspirasjon.

4.3.1 Tilgang på ferdigheter og kunnskap

Deltakerne var samstemte i at veiledning og opplæring var en fremmede faktor for motivasjonen og læring. De trakk frem både intern og ekstern veiledning og opplæring som viktig for å tilegne seg kunnskap om teori og praksis. Avdelingen brukte kollegaveiledning. Et par av deltakerne opplevde at kollegaveiledning kunne være vanskelig å nyttiggjøre seg av. Resultatene illustrerer at kollegaene var gode på å ivareta og støtte hverandre, men at de erfarte at de hadde for lite kunnskap til å videreutvikle kollegaveiledningen. Deltakerne fortalte at tilgang til og behov for opplæring med ekstern veileder med noen som kunne hjelpe med å holde «FIT- fanen» høyere enn de klarte selv, kunne bidra til mer kunnskap om FIT og hjelp til å videreutvikle kollegaveiledningen. Det harmonerer med tidligere forsknings som viser at ekstern støtte fra for eksempel FIT- nettverk, eller konsulenter kan være viktig for å overvinne begrensningene i den lokale kompetansen (Dixon-Woods et al., 2012, s. 881). Erfaringsdeling gjennom tilrettelagte fora, som veiledningsgrupper, der en kan diskutere og ta opp utfordringer, kan også ses på som en strategi for å sikre aksept for

endringsarbeidet (Dixon- Woods et al., 2012, s. 880). Det var ulikt hvilke erfaringer deltakerne hadde med generell opplæring. En av deltakerne ønsket seg mer generell opplæring på teori, mens en annen deltaker opplevde at kunnskapen raskt ble glemt ved generell opplæring. Det stemmer overens med tidligere forskning som viser at det bare overføres 10% av den kunnskapen en får i opplæring ut i praksis, men hvis helsearbeiderne i tillegg fikk personlig observasjon og veiledning, samt praksisnær opplæring, ble det sett store forbedringer på ferdighetene og bruken av ferdighetene i arbeidet (Fixsen et al., 2005, s. 30). Praksisnær opplæring handler om sosiale-kontekstuelle hendelser som tilbakemelding, kommunikasjon og belønning. Dette gir følelse av egenkompetanse, som igjen kan styrke motivasjonen (Ryan & Deci, 2000, s. 70). Funnene indikerer at en veksling mellom en individuell praksisnær opplæring og fellesveiledning er viktig i endringsarbeidet.

4.3.2 Inspirasjon i endringsarbeidet

Resultatene viser at mye av inspirasjonen i endringsarbeidet handler om tid til veiledning og refleksjon rundt praksis, samt muligheten til å utvikle seg kontinuerlig gjennom både kunnskap og erfaring. I tillegg blir personer med et stort engasjement for FIT viktige inspirasjonskilder for kollegaer. Det å få inspirasjon under implementeringen kom frem som en viktig faktor. Fagdag ble trukket frem som vitamin for motivasjonen, i tillegg ble praksisbesøk nevnt som en positiv erfaring. En annen positiv kilde til inspirasjon i endringsarbeidet er «ildsjeler» på avdelingen. «Ildsjelene» positivitet og oppmuntring smittet over på de andre helsearbeiderne, og spesielt på de som var motløse. En av deltakerne beskrev at «ildsjeler» er glade for å få tilført noe nytt og fungerer som interne ambassadører. Jamfør Sørli et al. (2010) som skriver at «ildsjeler» som driver prosessen framover er en fremmede faktor i implementeringsprosessen. «Ildsjeler» kan skape en mer åpen og positiv holdning mot adopsjonen og implementeringen (Boswell et al., 2013, s. 15). Fixsen et al. (2005) påpeker at utvelgelse av personer som kan fungere som prosessdrivere er viktig under den tidlige fasen av implementering. For å identifisere og rekruttere slike personer, bør man fokusere på kunnskapen de innehar om FIT, om de tidligere har vist vilje til å lære, har god dømmekraft og en vilje til å engasjere seg (Fixsen et al., 2005, s. 28). Det kom ikke frem i funnene om «ildsjelene» på avdelingen var strategisk utvalgte, eller om dette er helsearbeidere som gjennom sitt engasjement blir oppfattet som «ildsjeler» ved at de har en positiv smitteeffekt på kollegaer. Jeg tenker at resultatet er det samme. Både prosessdrivere og «ildsjelene» er personer som engasjerer og inspirerer andre i endringsarbeidet og som fungerer som viktige pådrivere under implementering. Samtidig tenker jeg at hele implementeringen ikke bør basere seg på engasjementet til «ildsjeler»,

det kan føre til sårbarhet og fare for at implementeringen stopper opp hvis blant annet personen slutter i avdelingen.

4.3.3 Bygge en feedbackkultur

Helsearbeiderne må jobbe for å kunne utvikle en kultur som oppmuntrer ærlig og konkret feedback fra brukerne (Lappan et al., 2018, s. 478). Til tross for hindringer og utfordringer, vil de fleste helsearbeidere være enige med idéen (FIT), gitt at det endelige målet er å redusere lidelse og forbedre brukernes livskvalitet (Boswell et al., 2013, s. 16). Samtidig kan veien til en integrert del av samtalene være lang og utfordrende, men resultatene er tydelige på at deltakerne har en stor vilje og tro på at systematisk feedback vil kunne forme en kultur og en tjeneste som bygger på brukerens tilbakemeldinger og en holdning om at det er brukeren som vet best hva han/hun trenger. FIT ble av deltakerne også sett på som et hjelpemiddel til å holde denne holdningen levende. En av deltakerne trakk frem at det å ha en holdning der en lur på om FIT utgjør en forskjell for helsearbeideren «What`s in it for me» er hemmende for endringsarbeidet, mens det å ha en holdning der en legger vekt på om en gir god nok hjelp og er en støttespiller for brukeren virker fremmende. Jeg tenker at en slik holdning også bidrar til å øke brukervedvirkning. Selv om FIT ikke er utviklet med det hovedformålet om å bidra til økt brukervedvirkning (Olkowska et al., 2018, s. 302), så skriver Larsen et al. (2006, s. 18). at KOR (FIT) er et eksempel på en terapiform hvor brukervedvirkning inngår som et av de mest sentrale elementene. Gjennom bruk av skalaene får brukeren mulighet til å gi feedback om hva som er en virksomt, eller om hjelpen ikke er virksomt, eller i verste fall fører til forverring. På individnivå tenker jeg at dette kan bidra til økt brukervedvirkning.

Brukermedvirkning – enten det er på system-, eller individnivå – innebærer at brukeren er med på å utforme tilbudet sammen med fagfolk (Larsen et al., 2006, s. 7). Samtidig kommer det frem i funnene at ønske på sikt er at helsetjenestene skal bli sydd på bakgrunn av brukernes feedback. Dette vil igjen føre til at FIT også kan bidra til å øke brukervedvirkningen på systemnivå. Det vil føre til mindre synsing på hva helsearbeideren tror brukerne trenger eller hvordan de tror tjenestene bør utformes, men heller gi en mulighet til å forbedre psykisk helsetjenester på bakgrunn av det brukerne erfarer er virksomt. Funnene viser at avdelingen er godt i gang med å bygge en feedbackkultur. Avdelingen bruker FIT i de fleste samtaler med brukere. Det kom ikke frem i funnene på hvilken måte helsearbeiderne hadde implementert FIT til brukerne, men det kom frem at det hadde blitt godt mottatt og at brukerne hadde skjønnet prinsippet. I funnene kommer det frem at skår av samtalevurdering (SRS) er krevende for flere av deltakerne. Det er ikke de lave skårene på samtalevurdering som blir trukket frem som en utfordring, men de høye skårene. En av deltakerne fortalte at for høye skår ble erfart som unyttige og at det var vanskelig å komme ut av «det sporet».

Er det slik at helsearbeideren ikke stoler på at brukeren er ærlig, eller handler dette om mangel på kunnskap rundt introduisering av SRS i samtalen? Studier viser at lave skår på SRS kan føre til ubehag for helsearbeideren (De Jong, 2014, s. 294; Lappan et al., 2018, s. 471), men i denne studien kommer det frem at også høye skår kan være utfordrende å jobbe med. En av deltakerne forteller at de har lært i veiledning at «topp ikke er bra». I tidligere forskning finner jeg at helsearbeidere som nylig har begynt å bruke FIT også har en større sannsynlighet for å motta bare høye skår på samtalevurdering (Miller et al., 2015, s. 13). Samtidig viser en annen studie at de fleste brukerne svarte oppriktig på skala for samtalevurdering, men at det finnes unntak. Det kom frem at noen opplevde at de ikke hadde fått god nok informasjon om SRS, som også peker på oppmerksomhet rundt informasjon og forståelse av skalaene (Sundet & Johansen, 2012, s. 26). Dermed kan mangel på opplæring rundt introduisering av SRS i samtalen føre til at helsearbeideren ikke klarer å formidle godt nok hva SRS innebærer og hvorfor feedback er viktig. Implementering til brukere handler blant annet om å introdusere ORS og SRS gjennomtenkt og grundig ved å være tydelig om de spørsmålene som blir stilt på skjemaene og hvorfor brukerens feedback er viktige (Bargman & Robinson, 2012, s. 8). Slik jeg ser det vil det å øve og å få veiledning på hvordan en best mulig kan introdusere SRS i samtaler også gi en bevissthet og kunnskap som kan trygge brukeren til å gi ærlige feedback. En bruker som er utrygg, kan være redd for at lave skår på SRS vil oppfattes som krenkende og ydmykende av helsearbeideren (Bargman & Robinson, 2012, s.14). Er bruker utrygg, har for lite kunnskap om SRS, eller er han/hun rett og slett fornøyd med samtalen og alliansen? Gjennom en felles utforskning av skårene i samtalevurderingen kan slike svar komme til overflaten. Sundet & Johansen (2012, s. 52) skriver at i bruken av SRS skal en ha tillit til brukernes svar, samtidig som en alltid utforsker svarene for å se om det ligger mer i dem som bør snakkes om. Sagt annerledes: Ha tillitt til, men utforsk alltid skårene. Slik jeg forstår det er måten FIT blir introdusert på viktig. Gjennom veiledning er det mulig å øve på det å introdusere ORS og SRS, samt reflektere rundt hvordan en best mulig kan trygge brukeren på at all feedback er viktig. Sundet (2009, s. 84) peker på at ved å se på FIT som et samtaleverktøy, kan ORS og SRS generere muligheter til å stille spørsmål som igjen gir åpninger for samtaler og prosesser som ellers ikke ville kommet til overflaten. Det kan dreie seg om utfordringer som bruker ikke selv tar opp i samtalene, men som kan bli synlige gjennom utforskning av skalaene. Blir ORS og SRS bare noen skalaer som skal fylles ut, uten noen tanker rundt hvorfor, blir FIT bare et tomt ritual (Ulvestad & Henriksen, 2007, s. 89).

5 Konklusjon

5.1 Studiens begrensninger

Jeg satt igjen med mange flere funn enn de jeg brukte i studien. Det kan selvsagt ha ført til at mange gode funn har blitt utelatt fra studien. På grunn av studiens størrelse måtte jeg forta valg og var bevisst på å bruke de funnene som kunne besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene best mulig. Mye av forskningen jeg brukte omhandler psykoterapeuters erfaring med implementering, men sannsynligvis vil disse erfaringene også skildre hvordan psykisk helsearbeidere kan erfare implementering av Feedback informerte tjenester. Gitt arbeidsprosessen med studien ser jeg i ettertid at det er andre spørsmål som kan stilles og andre områder som kan utforskes. Spesielt i forhold til implementeringsstrategier og implementeringsplaner og hva avdelingen utarbeidet i installasjonsfasen. Videre er det mange aspekter rundt implementering av FIT som jeg kunne studert bredere, men det oppdaget jeg sent i forløpet og på det tidspunktet var det ikke mulig å gå tilbake å undersøke det nærmere. Hadde jeg hatt muligheten ville jeg undersøkt hvordan deltakerne selv motiverte seg til endringsarbeidet, om tilliten og relasjonene mellom helsearbeiderne påvirket implementeringsprosessen og hvordan eventuelt det påvirket og hvilke erfaringer de hadde rundt implementering av FIT til brukerne.

5.2 Videre forskning

Funnene i denne studien er basert på et lite utvalg bestående av tre deltakere. Det kunne vært interessant å undersøke flere små avdelinger, men med et bredere og større utvalg. Til slutt kunne det vært spennende med videre forskning for å undersøke om det er forskjell på bruken av FIT i praksis etter 3- 4 år, ved å sammenligne de avdelingene som har hatt en strukturert implementeringsprosess med en støttende og engasjert organisasjon/ledelse, kontra de som har basert implementeringen på engasjementet til den enkelte og på «ildsjeler». Avslutningsvis peker også studiens begrensninger på viktige områder for utspørring og utforskning videre.

5.3 Avslutning

Hensikten med denne studien var å undersøke psykiske helsearbeideres erfaringer med implementering av Feedback informerte tjenester i kommunal psykisk helse og rus. Gjennom forskningsspørsmålene ønsket jeg å belyse problemstillingen tydeligere. Det er skrevet mye om

implementeringsprosesser og implementeringsteori. Implementering av FIT er det også en del internasjonal forskning på, men mye er koblet opp mot psykoterapi og psykoterapeuter. Samtidig kommer det frem at selv om det i flere år har pågått mye forskning og teori på dette området, så viser nyere studier at implementering fortsatt kan oppleves krevende for individ og organisasjon. Mange av funnene i denne studien blir støttet av den tidligere forskningen jeg har undersøkt. Samtidig har jeg prøvd å gi en bredere forståelse for hvilke faktorer som kan påvirke implementeringsprosessen av FIT i en liten norsk kommune.

Faktorer som viste seg å være fremmende for implementeringen var:

- Felles mål og felles holdninger
- Nok økonomiske ressurser
- Tid til å øve og tilegne seg kunnskap i eget tempo
- Alle i avdelingen var med fra start
- Praksisbesøk
- Fagdager
- Praksisnær veiledning
- Ekstern veiledning
- «Ildsjeler» på avdelingen
- Avdelingen ble ikke pålagt å implementere FIT

Faktorer som viste seg å være hemmende for implementeringen var:

- Lite planarbeid
- For lite teknisk utstyr
- Liten forankring og lite engasjement i kommunen
- Konkurransen om ressursene
- Liten tilgang på eksterne veiledere, fora og nettverk
- For liten utvikling i kollegaveiledningen
- Motstand

Implementering er kompleks og ulike faktorer er med på å påvirke denne prosessen. Studien viser at implementering av FIT krever en holdningsendring, en vilje til innsats over tid og et dypt ønske og tro på at praksis kan forbedres og utvikles gjennom brukernes feedback. Dette kan bidra til at FIT ikke bare blir midlertidig, men at det blir en integrert del av praksisen. Du kan liksom aldri slippe taket.

Litteraturliste

Aarons, G. A., Wells, R. S., Zagursky, K., Fettes, D. L., & Palinkas, L. A. (2009).

Implementing evidence-based practice in community mental health agencies: A multiple stakeholder analysis. American journal of public health, 99(11), 2087-2095.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.161711>

Annels, M. (1996). *Hermeneutic phenomenology: Philosophical perspectives and current use in nursing research.* Journal of advanced nursing, 23(4), 705-713.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb00041.x>

Bargmann, S., & Robinson, B. (2012). *Manual 2: Feedback-informed clinical work: The basics.* The ICCE Manuals on Feedback-Informed Treatment. International Center for Clinical Excellence.

Bertolino, B., Axsen R., Maeschalck, C., Miller, S. D., & Babbins- Wagner, R. (2012).

Manual 6: Implementing feedback-informed work in agencies and systems of care. The ICCE Manuals on Feedback-Informed Treatment. International Center for Clinical Excellence.

Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D., & Lambert, M. J. (2015). *Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions.* Psychotherapy research, 25(1), 6-19.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2013.817696>

Brattland, H., Koksvik, J. M., Burkeland, O., Gråwe, R. W., Klöckner, C., Linaker, O. M., ... & Iversen, V. C. (2018). *The effects of routine outcome monitoring (ROM) on therapy outcomes in the course of an implementation process: A randomized clinical trial.* Journal of Counseling Psychology, 65(5), 641-652.

<https://dx.doi.org/10.1037/cou0000286>

Carlfjord, S. (2010). Teorianvändning vid forskning som rör implementering inom hälso- och sjukvården. Nilsen, P. (Red.). *Implementering: teori och tillämpning inom hälso- & sjukvård* (s. 91- 105). Lund: Studentlitteratur AB.

Christensen, A. & Dalgaard, M. (2013). *Implementering af Feedback Informed Treatment i institutioner.* Fokus på familien, 41 (4), 321-341. Oslo: Univeristetsforlaget.no. Hentet fra

https://www.idunn.no/fokus/2013/04/implementering_af_feedback_informed_treatment_i_institution

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

- De Jong, K. (2014). *Deriving implementation strategies for outcome monitoring feedback from theory, research and practice*. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 43(3), 292-296.
<https://doi.org/10.1007/s10488-014-0589-6>
- Den Nasjonale forskningsetiske komiteen. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer. Hentet fra
<https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>
- Dixon-Woods, M., McNicol, S., & Martin, G. (2012). *Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature*. BMJ quality & safety, 21(10), 876-884.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2011000760>
- Dogherty, E. J., Harrison, M. B., & Graham, I. D. (2010). *Facilitation as a role and process in achieving evidence-based practice in nursing: A focused review of concept and meaning*. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 7(2), 76-89. Hentet fra
<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1741-6787.2010.00186.x>
- Duncan, B. L. (2012). *Bli en bedre terapeut*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Duncan, B. L., & Sparks, J. (2008). *I fellesskap for endring: en håndbok i klient-og Resultatstyrt praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eccles, M. P., & Mittman, B. S. (2006). *Welcome to implementation science*. Implementation science 1:1. BioMed Central.
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>
- Eide, B. S. (2013). Samtalen som arena for brukerens makt og innflytelse. Mesel, T. & Leer-Salvesen, P. (Red.), *Makt og avmakt: etiske perspektiver på feltet psykisk helse* (s. 110-125). Kristiansand: Portal forlag.
- Esmiol-Wilson, E., Partridge, R., Brandon, M., Kollar, S., & Benning-Cho, S. (2017). *From resistance to buy-in: Experiences of clinicians in training using feedback-informed treatment*. Journal of Couple & Relationship Therapy, 16(1), 20-41.
<https://doi.org/10.1080/15332691.2016.1178615>
- Fangen, K. (2015, 17. juni). *Kvalitativ metode*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet fra
<https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnæringer/Kvalitativ-metode/>
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Horner, R., & Sugai, G. (2009). *Readiness for Change. Scaling-Up Brief*. Number 3. FPG Child Development Institute. Hentet fra

<https://fpg.unc.edu/sites/fpg.unc.edu/files/resources/reports-and-policy-briefs/SISEP-Brief3-ReadinessForChange-02-2009.pdf>

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

Implementation research: a synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication# 231), 119. Hentet fra

<https://nirn.fpg.unc.edu/sites/nirn.fpg.unc.edu/files/resources/NIRN-MonographFull-01-2005.pdf>

Garpenby, P. (2010). Perspektiv på implementering. Nilsen, P. (Red.). *Implementering:*

teori och tillämpning inom hälso- & sjukvård (s. 27- 46). Lund: Studentlitteratur AB.

Gleacher, A. A., Olin, S. S., Nadeem, E., Pollock, M., Ringle, V., Bickman, L., Douglas, S., & Hoagwood, K. (2016). *Implementing a measurement feedback system in community mental health clinics: A case study of multilevel barriers and facilitators*. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(3), 426-440.

<https://doi.org/10.1007/s10488-015-0642-0>

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). *Qualitative content analysis in nursing research:*

Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Grol, R. (2013). Introduction. Grol, R., Wensing, M., Eccles, M. & Davis, D. (Red.).

Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care (2, xiii-xviii). John Wiley & Sons. Hentet fra

<https://ezproxy1.usn.no:2452/lib/ucsn-ebooks/detail.action?docID=1153537>

Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). *From best evidence to best practice: effective*

implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362(9391), 1225-1230.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1)

Grol, R. & Wensing, M. (2013). Characteristic of successful innovations. Grol, R., Wensing,

M., Eccles, M. & Davis, D. (Red.). *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care* (2, 79- 89). John Wiley & Sons. Hentet fra

<https://ezproxy1.usn.no:2452/lib/ucsn-ebooks/detail.action?docID=1153537>

Grol, R. & Wensing, M. (2013). Effective implementation of change in healthcare: a

systematic approach. Grol, R., Wensing, M., Eccles, M. & Davis, D. (Red.). *Improving*

Patient Care: The Implementation of Change in Health Care (2, 3-15). John Wiley & Sons.

Hentet fra

<https://ezproxy1.usn.no:2452/lib/ucsn-ebooks/detail.action?docID=1153537>

- Grol, R. & Wensing, M. (2013). Part 1 Principles of implementation of change, 1. Grol, R., Wensing, M., Eccles, M. & Davis, D. (Red.). *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care* (2, 40-60). John Wiley & Sons. Hentet fra <https://ezproxy1.usn.no:2452/lib/ucsn-ebooks/detail.action?docID=1153537>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. (Veileder IS-2076). Oslo: Direktoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn* (Meld. St. 19 (2018- 2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet- Regjeringens strategi for god psykisk helse* (2017-2022). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mestre-hele-livet/id2568354/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet*. (Meld. St. 26 (2014- 2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Henriksen, A. K. (2007). Klientens bidrag i kunnskapsbygging. Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth, A-G. (Red.), *Klienten- den glemte terapeut: brukerstyring i psykisk helsearbeid* (s. 267-289). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karp, T. (2019, 16. november). *Hvordan skjer vellykket endring i arbeidslivet?* Hentet fra <https://psykologisk.no/2015/03/hvordan-skjer-vellykket-endring-pa-arbeidsplasser/>
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, s. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Lambert, M. J., & Harmon, K. L. (2018). *The merits of implementing routine outcome monitoring in clinical practice*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(4), e121268. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12268>
- Lambert, M. J., Whipple, J. L. & Kleinstäuber, M. (2018). *Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring*. *Psychotherapy*, 55(4), 520-537.

<http://dx.doi.org/10.1037/pst0000167>

Lappan, S., Shamoon, Z. & Blow, A. (2018). *The importance of adoption of formal client feedback in therapy: A narrative review*. Journal of Family Therapy, 40, 466-488.

<https://doi.org/10.1111/1467-6427.12183>

Larsen, E., Aasheim, F. & Nordal, A. (2006). Brukermedvirkning: mål, anbefalinger og tiltak i opptrappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og helsedirektoratet Rapport 15:1315).

Hentet fra

<file:///C:/Users/ho->

[bebr/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Brukermedvirkning-psykisk%20helsefeltet-mal-anbefalinger%20i%20opptrappingsplan%20Helsedir%20\(1\).pdf](bebr/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Brukermedvirkning-psykisk%20helsefeltet-mal-anbefalinger%20i%20opptrappingsplan%20Helsedir%20(1).pdf)

Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). *A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience*. Scandinavian journal of caring sciences, 18(2), 145-153.

<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Mesel, T. & Elin (anonym medforfatter). (2013). «Han er ikke tung. Han er min bror.» Om ansvar, anerkjennelse og sårbarhet. Mesel, T. & Leer- Salvesen, P. (Red.), *Makt og avmakt: etiske perspektiver på feltet psykisk helse* (s. 30-50). Kristiansand: Portal forlag.

Nilsen, P. (2015). *Making sense of implementation theories, models and frameworks*.

Implementation science, 10(1), 53.

<https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>

Nilsen, P. & Roback, K. (2010). Implementering, kunnskap och lärande- en begrepsmässig plattform. Nilsen, P. (Red.). *Implementering: teori och tillämpning inom hälso- & sjukvård* (s. 51- 67). Lund: Studentlitteratur AB.

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). *Psychotherapy relationships that work III*.

Psychotherapy, 55(4), 303-315.

<http://dx.doi.org/10.1037/pst0000193>

NOU 2018:16 (2018). *Det viktigste først: prinsipper for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansiert tannhelsetjenester*. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/013aba8272d3412794ff7c78deb83e77/no/pdfs/nu201820180016000dddpdfs.pdf>

Olkowska, A., Sundet, R., & Karlsson, B. (2018). Kan klient-og resultatstyrt praksis (KOR)

bidra til økt brukermedvirkning og med dette til bedrings- og mestringsprosesser i terapi?
Fokus på familien, 4, 294-315.

<https://dx.doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2018-04-05>

Ose, O. S., Kaspersen, L. S., Åndnanes, M., Lassemo, E. & Kalseth, J. (2018). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018: årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (SINTEF Rapport 2018:01346). Hentet fra

https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/endelig_kommunalt-psykisk-helse-rusarbeid-2018.pdf

Pasient og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Pinner, D. H., & Kivlighan III, D. M. (2018). *The ethical implications and utility of routine outcome monitoring in determining boundaries of competence in practice*. Professional Psychology: Research and Practice, 49(4), 247-254. Hentet fra

<https://ezproxy2.usn.no:3227/fulltext/2018-44921-001.html>

Redaksjonen (2008). *Vi bærer psykisk helsearbeid videre*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 5(2), 98-103. Hentet fra

https://www.idunn.no/file/pdf/33204619/vi_berer_psykisk_helsearbeid_videre.pdf

Reinertsen, S. (2017, 07. september). *FIT-manual 6: Implementering*. Hentet fra

https://www.napha.no/fit_manual_6/

Roback, K. (2010). Innvandringsresistens vid implementering av medicinsk teknik. Nilsen, P. (Red.). *Implementering: teori och tillämpning inom hälso- & sjukvård* (s. 109-125). Lund: Studentlitteratur AB.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*. American psychologist, 55(1), 68.

<https://doi.org/10.1037110003-066X.55.1.68>

Sapyta, J., Riemer, M., & Bickman, L. (2005). *Feedback to clinicians: Theory, research, and practice*. Journal of clinical psychology, 61(2), 145-153.

Seffrin, B., Panzano, P. C., & Roth, D. (2009). *What gets noticed: how barrier and facilitator perceptions relate to the adoption and implementation of innovative mental health practices*. Community mental health journal, 45(4), 260-269.

<https://doi.org/10.1007/s10597-009-9222-7>

Skauli, Ø. G. (2007). Modell for klientrettet og resultatstyrt praksis. Ulvestad, A. K.,

- Henriksen, A. K., Tuseth, A-G. (Red.), *Klienten- den glemte terapeut: brukerstyring i psykisk helsearbeid* (s. 114- 144). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skauli, Ø. G. (2007). Å arbeide i tråd med klientens endringsteori. Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth, A-G. (Red.), *Klienten- den glemte terapeut: brukerstyring i psykisk helsearbeid* (s. 94- 112). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skriver, M., & Meier, L. G. (2020). *Kritik af Feedback Informed Treatment*. Fokus på familien, 48(01), 6-21.
<https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2020-01-02>
- Sundet, R. (2009). *Therapeutic collaboration and formalized feedback: Using perspectives from Vygotsky and Bakhtin to shed light on practices in a family therapy unit*. Clinical child psychology and psychiatry, 15(1), 81-95.
<https://doi.org/10.1177/1359104509341449>
- Sundet, R. (2017). Feedback as means to enhance client-therapist interaction in therapy. Tilden, T. & Wampold, B. E. (Red.), *Routine Outcome Monitoring in couple and family therapy. The Empirically informed therapist* (s. 121-142). Cham, Switzerland: Springer.
- Sundet, R., & Johansen, A. (2012). *Bruken av KOR-skjemaer i "Familiehjelpa i Stange"*. (Forskningsrapport nr. 3/2012). Fakultet for helsevitenskap innen psykisk helse og rus.
Hentet fra
<https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/142339/forskningsrapport-nr-32012-bruken-av-kor-skjema-i-familiehjelpa-i-stange-2011-sundet-og-johansen.pdf?sequence=1>
- Sørli, M. A., Ogden, T., Solholm, R., & Olseth, A. R. (2010). *Implementeringskvalitet—om å få tiltak til å virke: En oversikt*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 47(4), 315-321.
Hentet fra
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2010/04/implementeringskvalitet-om-fa-tiltak-til-virke-en-oversikt>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tilsen, J., & McNamee, S. (2015). *Feedback informed treatment: Evidence-based practice meets social construction*. Family process, 54(1), 124-137.
<https://doi.org/10.1111/famp.12111>
- Tuseth, A-G. (2007). Med 40 års klinisk forskning som veiviser. Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth, A-G. (Red.), *Klienten- den glemte terapeut: brukerstyring i psykisk helsearbeid* (s. 40-60). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Ulvestad, A. K. & Henriksen, A. K. (2007). I skyggen av elfenbenstårnet. Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth, A-G. (Red.), *Klienten- den glemte terapeut: brukerstyring i psykisk helsearbeid* (s. 20-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Valla, B. (2014). *Videre: Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wensing, M., Bosch, M. & Grol, R. (2013). Determinants of change. Grol, R., Wensing, M., Eccles, M. & Davis, D. (Red.). *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care* (2, 137- 148). John Wiley & Sons. Hentet fra <https://ezproxy1.usn.no:2452/lib/ucsn-ebooks/detail.action?docID=1153537>
- Wensing, M., & Grol, R. (2019). *Knowledge translation in health: how implementation science could contribute more*. BMC medicine, 17(1), 88, 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1322-9>
- Westmacott, R. (2011). *Reasons for terminating psychotherapy: Client and therapist perspectives* (Doctoral Dissertation). University of Ottawa, Canada. <http://dx.doi.org/10.20381/ruor-4823>
- Whelan-Berry, K. S., Gordon, J. R., & Hinings, C. R. (2003). *Strengthening organizational change processes: Recommendations and implications from a multilevel analysis*. The Journal of Applied Behavioral Science, 39 (2), 186-207. <https://doi.org/10.1177/0021886303256270>
- Yates, C. M., Holmes, C. M., Coe Smith, J. C., & Nielson, T. (2016). *The Benefits of Implementing a Feedback Informed Treatment System within Counselor Education Curriculum*. Professional Counselor, 6(1), 22-32. <https://doi.org/10.15241/cy.6.1.22>
- Øiestad, G. (2011). *Feedback*. Oslo: Gyldendal akademisk.