

MASTEROPPGAVE

MALKS5000

Vår 2017

Implementering av læringsbasert rusbehandling i barnevernsinstitusjoner
Implementation of Contingency Management in child welfare institutions

Artikkel 1

«Implementeringsteori»

«Implementation theory»

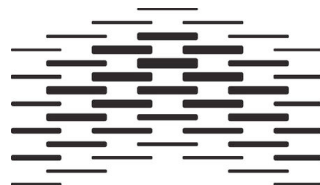
Artikkel 2

«Måling av implementeringsgrad av Læringsbasert rusbehandling»

«Measuring degree of implementation of contingency management»

Signi Kvamsø Andersen

Fakultet for helsefag
Institutt for atferdsvitenskap



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Forord

Det å kunne være med å ta del i Barne- ungdoms og familiedirektoratets prosjekt for kvalitetssikring av evidensbasert behandling har vært stor og spennende utfordring som jeg er takknemlig for å ha kunne tatt del i.

Jeg vil rette en spesiell takk til deltagerne i prosjektet som gjorde det mulig for meg å innhente data. En stor takk rettes også til min kunnskapsrike veileder Børge Strømgren som har bidratt med god veiledning, mangfoldige råd og en uunnværlig støtte.

Til slutt vil jeg vil takke min medstudent Ann for godt samarbeid og min kjære venn Tessa for mental støtte og hjelp. Jeg hadde ikke kommet i mål uten noen av dere!

Abstrakt

The purpose of implementation research is to reduce the gap between research and practice by developing and evaluating measures that can ensure that the treatment received by the patient is knowledge-based and of good quality.

Article 1 explains what implementation and implementation research is. The historical perspective will be highlighted as well as the diversity of the academic approaches and concepts used to apply research in practice.

Article 2 explains and presents the tools for measuring the degree of implementation and results of the implementation study carried out at nine child welfare institutions in the west and east region. The purpose of this study has been to measure the degree of implementation at institutions offering Contingency Management (Læringsbasert Rusbehandling in Norwegian). The goal has been to develop a cost-effective and simple tool so that the departments themselves can measure the degree of implementation afterwards.

Keywords: Implementation, Contingency management/Læringsbasert rusbehandling (LBR)

Artikkel 1

«Implementeringsteori»

for
Signi Kvamsø Andersen

Master i læring i komplekse systemer

Institutt for atferdsvitenskap Fakultet for
helsefag Høgskolen i Oslo og Akershus

Innholdsfortegnelse Artikkel 1

IMPLEMENTERING	1
IMPLEMENTERING DEFINERT	1
<i>Historisk perspektiv</i>	2
<i>Kvalitetssikring</i>	4
<i>Hemmende og fremmende faktorer</i>	7
<i>Før gjennomføring</i>	8
GJENNOMFØRINGSFASER	9
IMPLEMENTERINGSVERKTØY	10
<i>Teknisk Assistanse (TA)</i>	11
<i>Getting to Outcomes (GTO)</i>	11
<i>Quality Implementation Tool (QIT)</i>	12
<i>Quality Implementation Framework (QIF)</i>	13
EVIDENSBASERT RUSBEHANDLING	17
UNGDOM OG RISIKOFAKTORER	18
<i>Forskning på Contingency Management</i>	19
<i>Forskning på Contingency Management og Ungdommer</i>	21
<i>Læringsbasert Rusbehandling</i>	22
REFERANSER	24

Implementering

Implementering kan beskrives som den prosessen det er å få bestemte medlemmer i en organisasjon til å bruke et program hensiktsmessig og engasjert (Klein og Sorra, 1996). Det er en faglig kompleks virksomhet hvor målsettingen er å innføre og gjennomføre varige evidensbaserte endringer. I dette inngår overgangen fra effekt i forskningsklinikker til effektivitet i praksis og nyttevirkning sett opp mot kostnader i mer allmenne behandlingssituasjoner. Mange organisasjoner oppnår ikke å utnytte det fulle potensialet i innovasjoner de ønsker å innføre, fordi de ikke har tatt implementeringsutfordringene nok på alvor (Klein and Knight, 2005) Implementering dreier seg altså om hva som skal til for å få et behandlingsprogram som er empirisk støttet til også å virke i vanlige behandlingssammenhenger som skole, institusjoner med mer

Implementering definert

Meyers, Durlak og Wandersman (2012) definerer implementering som ”Our focus is on quality implementation which we define as putting an innovation into practice in such a way that it meets the necessary standards to achieve the innovation’s desired outcomes”. Denne definisjonen er i tråd med hvordan den internasjonale organisasjonen for standardisering (ISO) ser på kvalitet, nemlig som et sett av funksjoner og kjennetegn ved et produkt eller en tjeneste som støtter evnen til å tilfredsstillte uttalte eller underforståtte behov (Meyers, Durlak og Wandersman, 2012, s. 465).

Fixsen (2005) definerer implementering som: ”A specified set of activities designed to put into practice an activity or program of known dimensions” (Fixsen, 2005, s 5). Fixsen (2005) mener at både aktiviteten som settes ut i praksis og aktiviteten eller programmet som blir implementert, skal være så detaljert beskrevet at andre kan kjenne det igjen og på den måten se styrken av det som blir gjort.

I forlengelsen av å definere implementering trekker Ogden og Fixsen (2014) frem at arbeid som omhandler implementering hjelper de forskjellige instansene til å bli mer smidige, konsekvente og til å føle seg mer forpliktet i sin bruk av innovasjon (Klein og Sorra, 1996), at hjelpeorganisasjoner endrer seg mer i den retningen som støtter innovasjon og kunnskapsbaserte tjenester og bidrar til å sikre lederskap for å endre praksis og organisatorisk støtte (Klein, 2004). En feil som i stor grad må unngås er å se på implementeringsprosessen som en engangshendelse

– det må heller ses på som en pågående prosess fra den utforskende fasen til full implementering. Kitson, Harvey og McCormack (1998) sammenfatter det med å si at vellykket implementering i sin reneste form krever at evidensen er høy, at man er mottagelig for endring og at endringen er støttet av passende tilrettelegging.

Selve konseptet av implementeringsvitenskap kan defineres slik: “Implementation research is the scientific study of methods to promote the systematic uptake of research findings into routine clinical practice, and hence to reduce inappropriate care.” (Eccles et al. 2006, s. 1).

Implementeringsvitenskapen har vokst seg ut av proporsjoner, i den forstand at vi nå sitter med et gap mellom vitenskap og tjeneste. Implementeringstilhengere har vært opptatt av å se nærmere på den begrensede suksessen med å overføre forskningsbasert praksis til ordinære tjenestelevering. I løpet av de siste tiårene har slike diffusjonsprosesser og formidlingsstrategier resultert i en økning på 14% i bruk av evidensbaserte programmer. De dårlige resultatene fra disse nødvendige, men langt ifra tilstrekkelige tilnærmingene har fått enkelte forskere til å stoppe opp på videre forskning og utvikling av evidensbaserte behandlingsformer helt til vi faktisk lærer å utnytte de som allerede er utviklet (Ogden et al. 2014)

Goldman et al. (2001) kom med uttalelsen: “There is uncomfortable irony in moving forward to implement evidence-based practices in the absence of an evidence base to guide implementation practice” (Goldman et al. 2001, s. 1593).

Meyers, Katz, Chien, Wandersman, Scaccia og Wright (2012) skriver at det heldigvis er en økt bevissthet rundt gapet som er mellom evidens og implementering, og det har inspirert forskere til å sette et større fokus på den manglende kunnskapen på området.

Historisk perspektiv. Forskning som er gjort på implementering har økt betraktelig de siste tiårene, men allikevel ser vi at flere metaanalyser konkluderer med mangel på dokumentert implementering av programmer som retter seg mot helse og evidensbaserte intervensjoner. Dane og Schnider (1998) gjorde funn som tyder på at kun 39 av 162 publiseringer innen psykiske studier mellom 1980 og 1994 kunne dokumenteres med troskap til manual/kjernekomponenter i implementeringen av behandlingen. Behandlingstroskap er én av flere svært viktige faktorer som skal til for å medvirke til god implementering. Funnene fra de 39 studiene viser at de har tatt steg

i riktig retning for å kontrollere og verifisere programintegriteten, men kun 13 av disse forsøkene kan dokumentere med at de har med noen form for implementeringseffekt. Et slikt lavt nivå av dokumentasjon og programeffektivitet tyder på at mange intervensjoner står overfor risikoen med interne validitetstrusler (Dane og Schnider, 1998).

Durlak og DuPre, (2008) gjennomførte et søk blant alle forebyggingsstudier som ble publisert i tidsrommet mellom 1956 og 1995, og fant ut at 5% av 1200 studier inkluderte data om programimplementering. I 2000 utførte Domitrovich og Greenberg (2000) en metastudie på evidensbaserte intervensjoner og fant at svært få av programmene undersøkte implementering. Neste alle programmene inkluderte dimensjoner av implementering, men i varierende grad. Kun 21% av programmene hadde mer enn én dimensjon som de tok hensyn til, og dette var som regel fidelity (troskap) og dosering. En tredjedel av programmene linket variabiliteten i implementeringen til de forskjellige utfallene som programmet hadde. Disse resultatene antyder at de som utvikler de forskjellige intervensjonene er kjent med mulige implementeringseffekter, men at de enten kan for lite om å vurdere virkning, mangler kunnskap om viktigheten av å inkludere alle dimensjoner av en implementeringsfase, eller ikke tar det seriøst nok (Domitrovich og Greenberg, 2000).

Fixsen (2005) gjorde et lignende søk, der målet var å fremstille forskning på området for å finne ut hva som er kjent om de aktuelle komponentene og betingelsene for implementeringen. De endelige resultatene fra denne litteraturgjennomgangen viste nesten 2000 artikler hentet fra PsycINFO, Medline, Sociological Abstracts, CINAHL, Emerald, JSTOR, Project Muse, Current Contents og Web of Science databaser. For å opprette en gjentagende og mer standardisert søkeprosess, ble forskerne trent av en universitetsbibliotekar og skapte et kontrollert vokabular for å søke i tidligere nevnte databaser (Fixsen, 2005).

Blant de nærmere 2000 artiklene som ble inkludert, inneholdt de alle visse kriterier; de skulle vært publisert på engelsk tidligst i 1970, tittelen eller abstraktet måtte inneholde én eller flere av søkeordene, studien skulle enten være empirisk, en metaanalyse eller en litteraturgjennomgang. Forskerteamet undersøkte deretter artiklene, og målet var å identifisere (1) eksperimentelle evalueringer av implementeringsfaktorer, (2) gjennomgang av implementeringslitteratur, og (3) teoretisk diskusjon av de forskjellige implementeringsfaktorene (Fixsen, 2005). Hovedmålet med denne gjennomgangen var å identifisere artikler som inneholdt

informasjon som var relatert til en konkret gjennomføringsfaktor eller som hadde en oppsummering av implementeringsteori. Studien resulterte i at hele 946 artikler ble eliminert for videre analyse, noe som etterlot 1054 artikler som fikk en full gjennomgang. Videre ble det fjernet 311 artikler som kun hadde implementering som en del av hovedteksten eller inkluderte det i abstraktet, men som manglet en evaluering av implementeringsfaktorene i teksten. Halvparten av de gjenværende 743 artiklene viste seg å være artikler som tok med noen implementeringsaspekter, men som allikevel var mangelfulle, noe som etterlot 377 artikler. Forskerteamet til Fixsen (2005) ble til slutt sittende igjen med 22 artikler som hadde inkludert resultater av eksperimentell analyse (randomiserte gruppe eller N=1 design) eller metaanalyse av de forskjellige variablene av implementering.

Kvalitetssikring. Å måle implementering muliggjør det å se hva som faktisk skjer under en intervensjon. Dette inkluderer hva som skjer når, kvaliteten på programmet, og om det hjelper dem det faktisk skal (Domitrovich og Greenberg, 2000). En annen veldig god grunn for å gå implementeringen i sømmene er for å sikre indre validitet i tillegg til å gjøre programmet mer dynamisk i forhold til eventuelle endringer som må gjøres (Domitrovich & Greenberg, 2000; Durlak, 1997). Ved gjennomføring av en ny intervensjon er målet å være så sikker som mulig på at eventuelle endringer skyldes programmet. Det kan forekomme utfall som ikke er direkte knyttet til utformingen av programmet, men som kan være relatert til introdusering av et nytt program, og som derfor blir mistolket. Dette er et klassisk eksempel på type II feil, og oppstår når forskeren antar at effekten av intervensjonen er meningsfull, men at det i realiteten skyldes dårlig programlevering (Domitrovich og Greenberg, 2000).

Ved å studere implementering hjelper det forskeren å se svakheter og styrker med en intervensjon. Det å få et helhetsbilde over alle fasene i implementeringen og hvordan de involverte samhandler, og løser problemer, kan gi en god forståelse på å forstå konsekvenser av intervensjonen. Dette gjelder for både de som er forventet og de som ikke er det. En annen begrunnelse for å undersøke implementeringen er at de dataene som fremkommer vil være av verdi både for nåtiden og for fremtidige intervensjoner. Kunnskapen som blir frembrakt fra implementeringsforskningen vil bidra til å fremme hele feltet som omhandler forebyggingsarbeid og psykisk helse. Dette vil være viktig for fremtidige replikasjoner og en generell opprettholdelse (Domitrovich & Greenberg, 2000).

Hva forskningen på implementering har vist oss så langt. Kvalitetsimplementering er i følge Meyers, Katz, et al. (2012) mer enn å bare overvåke kjernekomponentene i en innovasjon slik som det ble rapportert at det tidligere ble gjort. Implementeringen var da ofte synonym med adherence (overholdelse av manual/prosedyre) og integrity (helhetlig/konsistens) med tanke på kjernekomponentene. Meyers, katz et al. (2012) er systematiske i sin fremstilling av hva de mener må til for å få en kvalitetsmessig implementering. Det er;

1. Programmene må være godt definert og må innbefatte godt forklarte eksempler for implementering slik som kjernekomponenter og aktive bestanddeler.
2. Prosessen som innebærer å iverksette programmer må inneholde overvåknings- og evalueringstiltak. Dette er helt nødvendig for å vite om det gjennomføres på en slik måte at målene kan nås og om man er i ferd med å nå målene. Vi må se på ”hva” eksempelvis om kjernekomponentene er levert og ”hvordan” som sier noe om de er levert på riktig måte, tid og sted.
3. Programmene må vanligvis tilpasses den organisasjonen de skal implementeres i. Samtidig må kjernekomponentene bevares for å unngå at konsistensen i programmet blir satt på spill. Andre komponenter kan og bør endres for å passe mottakeren så godt som mulig. I tillegg er det viktig å dokumentere tilpasningene.

Det ultimate utfallet av evidensbaserte programmer og implementering er selvsagt en signifikant forbedring i forbrukerens velferd. Det å kunne identifisere utfallet etter at implementering er gjort, er det Sullivan, Blevins og Kauth (2008) kaller ”the black box” av de forskjellige prosessene som gjør det mulig å definere de nødvendige elementene som er relatert til en suksessfull og bærekraftig bruk av evidensbaserte intervensjoner. De skjulte mekanismene kan også bli sett på som medierende eller som endringsmekanismer. Sullivan et al. (2008) har sett på to faktorer som er avgjørende for god implementering – det er tilrettelegging av opplæring og tilrettelegging av gjennomføring. I den første legges det vekt på utvelgelse av deltagere, opplæringsinnholdet og prosess, konsultasjon og coaching. I den andre faktoren legges det større vekt på å evaluere tilnærmingen, at det foreligger støtte fra administrasjonen og systemintervensjoner.

Berkel, Mauricio, Schoenfelder og Sandler (2011) har utviklet en teoretisk modell for å kunne studere implementering av evidensbaserte behandlingsprogrammer. Dette er Berkel et al.

(2011) sitt forsøk på å analysere medierende mekanismer, og de fremhever hvordan både utøvere og klienter bidrar til positive utfall. Gjennom bruken av behandlingsintegritet ser de i hvilken grad de forskjellige komponentene i behandlingen blir levert som forutsatt. Eksempelvis ser de på hvor mye av programmet som spres og hvor mye tid som brukes på hvert komponent.

Proctor, Landsverk, Aarons, Chambers, Glisson og Mittman, (2009) skriver at kvaliteten på leveringen er av stor betydning fordi den kan påvirke klientens engasjement og respons som for eksempel ved å delta aktivt i programmet ved å gjøre det som er beskrevet eller forventet, og å uttrykke tilfredshet med behandlingene. I tillegg påpeker Proctor et al. (2009) at en annen medierende mekanisme er tilpassing, som er et positivt bidrag til programmet og som kan inkludere særpreg uten at det bryter med den underliggende teorien og prinsippene i programmet.

Ogden og Fixsen (2014) skriver at vi fortsatt mangler informasjon om hvilke prosesser og endringsmekanismer som er nødvendige for å få en mer vellykket gjennomføring av evidensbaserte intervensjoner og andre nyvinninger, og at vi i dag har for lite empirisk bevis for evidensbasert gjennomføring.

Den økte interessen for hvordan implementering påvirker utfallet av en endringsprosess har siden 1980-årene vært av større interesse for forskere.

”...Many empirical studies began appearing that indicate how important quality implementation was to intended outcomes” (Meyers, Durlak og Wandersman, 2012).

Løsninger som ble iverksatt ga ikke den effekten som organisasjonen hadde predikert, noe som resulterte i at implementering ble et svært viktig tema. Den mangelen på måloppnåelse resulterte i at interessen blant forskere og organisasjonseksperter så til implementeringsfasen for svar på hvorfor den predikerte effekten uteble (Meyers, Durlak et al. 2012).

Meyers, Durlak et al. (2012) mener at noe av essensen i utfordringen ligger i å konstruere et troverdig teorigrunnlag basert på virkelige prosesser og legger til at det hele er en svært vanskelig øvelse.

”...Because implementation often involves studying innovations in real world contexts, rigorous experimental designs encompassing all of the possible influential variables are impossible to execute.” (Meyers, Durlak et al. 2012. S. 464).

Problematikken som forfatterne belyser er å konstruere et teorigrunnlag for god implementering som skal være basert på studier i virkelige kontekster. De tilføyer at den største utfordringen omhandler variabler som påvirker implementeringsprosessen. Det som i en kontekst

kan være en viktig variabel for fremdrift, kan i andre prosjekter være av liten signifikans eller direkte hemmende, og det er derfor viktig å tilpasse implementeringen til riktig kontekst og organisasjon.

Hemmende og fremmende faktorer. Store mengder av litteraturen vi har om implementering har så langt fokusert på tilrettelegging og hindring for endring. Dette har vært gjort ved å se på spørsmålene om hva som fremmer og hva som hemmer god gjennomføring når vi har både *adherence* og gode resultater. Disse egenskapene i tillegg til barrierer og insentiver for praktisk endring er knyttet til innovasjonen i seg selv, leverandøren, utøverens tilpassing, forbrukeren, og den indre samt ytre kontekst av tjenestelevering (Durlak & DuPre, 2008).

I Durlak og DuPre (2008) gjennomgang av effektiv implementering fant de at godt organisert tjenestelevering og leverandørens eksterne støtte gjennom opplæring og teknisk assistanse var av særlig stor betydning. Greenhalgh et al. (2004) forklarer at viktige egenskaper med en ny intervensjon bør inneholde relative fordeler, at den er i stand til å virke med organisasjonens eksisterende modeller og verdier, at den har lav kompleksitet, i tillegg til at den har observerbare fordeler og er fleksibel. Rogers (1995) presiserer at utøverens særegenheter kan inkludere toleranse for tvetydighet, frihet for endring, motivasjon, selvtillit, ferdigheter, sosiale verdier og læringsstil. Særegenheter ved innovative systemer kan omfatte desentraliserte beslutningsprosesser, spesialisert kunnskap, at det ikke er så formelt, god intern kommunikasjon og teknisk støtte for endring.

Kauth, Sullivan, Cully og Blevins (2011) tilføyer at administrasjon og ledelse er et viktig element da de kan ta tak i organisatoriske barrierer som hemmer utvikling, og som Durlak et al. (2008) påpeker, så tyder de fleste studier på at alt er av betydning og at implementeringsvariablene er en forutsetning for endring av praksis. Ogden et al. (2014) skriver at andre studier har forsøkt å bestemme den relative betydningen av spesifikke implementeringskomponenter i forhold til resultatene de viser. Ogden et al (2014) trekker frem et eksempel av Mihalic og Irwin (2003) som evaluerte implementeringen av programmene i "Blueprint-serien", som er et program for forebygging av vold. Regresjonsanalysen viste at kvaliteten på den tekniske støtten, overholdelse av de ideelle omkostningene for ansatte, og støtte fra lokalsamfunnet var noen av de viktigste faktorene for suksess.

Før gjennomføringen. Intervensjoner som omhandler helse kan sammenlignes med et hvilket som helst nytt forbrukerprodukt som skal inn på markedet. Durlak og DuPre (2008) benytter seg av et velkjent sitat fra næringslivet:

“Build a better mouse trap, and the world will beat a path to your door” (Durlak og DuPre, 2008. s.62)

Dette brukes for å signalisere at det nye produktet, i et visst omfang, må være bedre enn det vi allerede har. Sammenlignet med et forbrukerprodukt går også en intervensjon gjennom en prosess som kalles for diffusjon (Durlak & DuPre, 2008). Med diffusjon menes det at en rekke tiltak som går fra formidling og adopsjon til gjennomføring ender med et bærekraftig sluttprodukt, altså kan vi si at diffusjon er en u-planlagt spredning av en ny praksis (Durlak & DuPre, 2008).

Den evidensbaserte behandlingsformen må bli introdusert og vedtatt av målgruppen. Neste steg er å prøve ut og gjennomføre på riktig måte, så vel som det er behov for at den er effektiv for det formålet den skal ha. Den skal også være bærekraftig, det vil si at behandlingen blir opprettholdt over tid. Dessverre gir ytelsen av mange intervensjoner avtagende fortjeneste fordi én eller flere av spredningsfasene svikter. Et program kan være riktig vedtatt i et fellesskap, men hvis det ikke er tilstrekkelig implementert, vil det ikke være effektivt eller fungere som det skal, noe som gjør at det heller ikke vil opprettholdes. Det skal allikevel nevnes at selv en vellykket implementering ikke garanterer en bærekraftig og langvarig intervensjon (Durlak & DuPre, 2008).

Natvig & Aarø (2014) skriver at det kun er implementeringen i en spredningsprosess som grundig nok kan undersøkes. Durlak et al. (2008) følger opp med at det er vanskelig å predikere en intervensjons utfall uten å foreta seg noen former for oppfølgingsstudier, og sier at hvis intervensjonen skal være bærekraftig, avhenger den betydelig av de andre spredningsfasene, spesielt ved gjennomføringen. Det er de intervensjonene som grundig har blitt dokumentert i gjennomføringen som med størst sannsynlighet vil vare over tid (Durlac & DuPre, 2008).

Den generelle interessen for implementeringsforskning har økt de siste tiårene, men feltet er langt ifra nytt. I en praktisk betydning er de sentrale temaene i implementeringsforskningen

enkle spørsmål som ”hva”, ”hvordan” og ”hvem”. Altså *hva* som skal implementeres, *hvordan* skal vi gå frem, og *hvem* skal stå for gjennomføringen? Når vi ser nærmere på spørsmålet *hva*, er et viktig nøkkelord ”effektive intervensjoner”, som i stor grad refererer til evidensbaserte programmer og praksiser (Biglan og Ogden, 2008). For å skille de to sier vi at en praksis ofte kan anses som enkle prosedyrer som kan bli vedtatt for bruk i liten skala av private utøvere, og programmer er en samling av forskjellige praksiser som er standardisert og kan integreres som en intervensjon i større skala. Selv om vi legger vekt på kunnskapsbaserte programmer i denne innledningen, står de overfor en rekke felles utfordringer og krav når det gjelder implementering (Kessler og Glasgow, 2011). Spørsmålet *hvordan* kan være vanskeligere å besvare og gode ideer må deriveres fra selve rammeverket i implementeringsforskningen, og ut ifra det forskning sier om tilrettelegging og hindringer for effektiv overføring av kunnskap. Når det kommer til spørsmålet om *hvem*, refereres det til kompetente personer eller team. I et komplekst menneskelig miljø kreves det dyktige fagfolk som kan gjøre arbeidet med implementering så effektivt og praktisk som mulig (Ogden og Fixsen, 2014).

Gjennomføringsfaser

I begynnelsen av implementeringsfasen kreves det alltid støtte utenfra og Wandersman, A., Chien, V. H. og Katz, J., (2012) skriver at et støttesystem må kunne virke sammen med et leveringssystem. Dette eksemplifiseres med støtte fra høyere hold, slik som nasjonal, statlig og/eller lokale helsemyndigheter, samfunnsbaserte organisasjoner og skoleledelse. Et slikt samarbeid vil forbedre kapasiteten når det gjelder kvaliteten i gjennomføringen av innovasjoner. Wandersman et al. (2012) mener at litteraturen på området har blitt både underanalysert og underutviklet. De ønsker derfor å definere begrepene som er i teorien, forskningen og handlingene for evidensbasert system for innovasjonsstøtte (ESI). ESI blir brukt for å styrke forskning og praksis fordi den beskriver viktige prioriteringer, og dens hovedmål er å berike forskning, samt å få en praksis av støtte gjennom å opprette fagkunnskap i leveringssystemet. Dette er for å kunne gjennomføre intervensjoner med kvalitet, noe som vil bidra til at leveringssystemet oppnår ønskelige resultater. Wandersman et al. (2012) har som hovedmål at ESI skal berike forskningen og gi en høyere kvalitet på praktisk støtte, slik at det kan implementeres på et høyere og mer kvalitetssikret nivå, som i større grad gir ønskelige resultater.

Wandersman et al. (2012) forklarer videre at hvis vi skal oppnå bedre resultater innenfor områder som offentlig helse, utdanning og andre sosiale programmer, trenger vi å implementere

riktige og adekvate programmer slik som evidensbaserte behandlingsformer, riktige politiske retningslinjer og prosesser med kvalitet. Wandersman et al. (2012) tilfører at evidensbasert system for innovasjonsstøtte og ESI har en så logisk fremtoning at den kan brukes til å støtte mange type innovasjoner.

Det evidensbasert system for innovasjonsstøttemodellen begynner med å identifisere foretakets ønskede resultat og hvordan det skal oppnås, etterfulgt av en vurdering av nåværende kapasitet for å oppnå disse resultatene. Flaspohler, P., Duffy, J., Wandersman, A., Stillman, L. og Maras, M. A. (2008) trekker frem et poeng om at enheter varierer fra hverandre i nivåer og at dette vil påvirke evnen og kapasiteten til å kunne implementere en innovasjon. Wandersman et al. (2012) sier at det derfor er viktig å samle tilstrekkelig data om kapasitet fordi vi da kan se hvor mye support-systemet imøtekommer virksomhetens behov og ressurser.

Den logiske modellen har fire nøkkelkomponenter: verktøy, trening, teknisk assistanse og kvalitetssikring. Hver av komponentene har i tidligere forsøk vært brukt hver for seg, men forskning har vist viktigheten ved å linke disse leddene sammen (Fixsen D. L, Blase K. A, Naom S. F, Wallace F. 2009) slik at de kan brukes interaktivt helt frem til det ønskede resultatet er oppnådd, noe som gir et sterkere support-system.

Implementeringsverktøy

Verktøyene som brukes i implementeringssammenheng er i all hovedsak utviklet for å organisere, oppsummere og formidle budskap, altså er verktøyene knyttet til informasjonsinnhenting slik som bøker, journaler, manualer, guider og lignende. Kvaliteten på informasjonen vi innhenter påvirker alle aspekter fra ytelse til beslutningsprosesser og implementering. I tillegg kan kvaliteten knyttes til kostnadene og effektiviteten og i ytterste konsekvens kan dårlige verktøy resultere i uønsket effekt. For å få mer nøyaktige og ønskelige resultater må verktøyene være aktuelle, godt organiserte, forståelige og nøyaktige. Derfor er det viktig at designet er utviklet gjennom en nøyaktig fremgangsmåte som er både evidensbasert og brukersentrert (Wandersman et al. 2012).

Trening trenger å være planlagt, og instruksjoner skal ligge til rette for riktig tilegnelse av kunnskap, ferdigheter og holdninger for at det kan frembringe mest mulig støtte. Et viktig aspekt med treningen er å ikke kun fokusere på resultatet – kvaliteten av opplæringen er også et viktig steg å se nærmere på slik at vi kan fange opp viktige funksjoner i treningsprosessen (Wandersman et al. 2012).

Teknisk Assistanse (TA). TA kommer etter trening og er en nyttig tilnærming til kapasitetsbygging innenfor tiltaket, og det er gjerne tilpasset tiltaket som skal bruke det TA er ofte det som skal til for at et foretaks fagkunnskap skal bli bedret, dette er fordi TA støtter valget av den optimale innovasjonen, samt at den informerer om de tilpassinger som er nødvendige. I tillegg knytter den til seg påkrevd kompetanse for gjennomføring og evaluering av innovasjonen (Flaspohler et al. 2008). TA er ment for å skulle tilpasses enkeltpersoner, organisasjoner eller samfunn som har etablert bestemte typer endringer (innovasjon) som et mål. Innovasjon er definert som politikk, praksis, program, eller et prinsipp som er nytt for en organisasjon (Wandersman et al. 2012).

Den som står for leveransen av TA er alltid separert og adskilt fra ledelse og ansatte i organisasjonen eller samfunnet som gjennomfører nyskapningen. Et annet viktig poeng når det gjelder TA er at det kan støtte og utvikle en generell kapasitet og forbedring på det organisatoriske nivået i forbindelse med økonomi, lederutvikling og generell kompetanse, samt hva som er viktig for det videre arbeidet (Wandersman et al. 2012).

Forskerne er delt i sitt syn på hvorvidt mengde TA har noe å si på utfallet av forebyggingsprogrammet. Chinman et al. 2008 fant at jo flere timer som ble brukt på TA, jo bedre ble implementeringen. Derimot fant studier gjort av Mihalic og Irwin (2003) at dosen TA gjorde noen signifikante utslag for behandlingsprogrammet, men dette kan skyldes variabler som modererer forholdet mellom levert TA og de observerte resultatene, noe som vil gi variasjon i disse funnene (Wandersman et al. 2012).

Getting to Outcomes (GTO). Wandersman et al. (2012) har videreutviklet sine egne verktøy som ble publisert i 2008. Det er da spesielt sett på hvilke relasjon det er mellom leveringssystemet og støttesystemet, og oppgavene for de ulike aktørene. Wandersman et al. (2012) kaller det videreutviklede rammeverket for Getting to outcomes (GTO) (Illustrert i tabell 1). Her blir oppgavene eller tiltaket spesifisert for aktørene i de ulike fasene av implementeringen. GTO består av 10 strategier; 1. Kartlegging og behov/resurser, 2. Sette mål og ønskede utkom, 3. Vurdere beste forskningsstøttede program, 4. Vurdere tilpassing, 5. Identifisere områder for kapasitetsforbedring, 6. lag en plan, 7. Gjennomføre planen og evaluere prosessen, 8. Evaluere utkommet, 9. Kontinuerlig kvalitetsforbedring og 10. Planlegge for bærekraft. Sammenhengen mellom det konseptuelle rammeverket og tilhørende oppgaver kan ses i tabell 1 hvor de ulike GTO-oppgavene er fordelt på implementeringsfasene.

Quality Implementation Tool (QIT). GTO-oppgave nummer 7 som er gjennomføring og evaluering av prosessen er blitt ytterligere utviklet og nøyere spesifisert av Meyers, Katz et al. (2012) sine verktøy. Disse verktøyene kalles for Quality Implementation Tool (QIT) og består av seks oppgaver med undergrupper for støtte- og leveringssystem; 1. Oppnevne et implementeringsteam, 2. Fremme et støttende organiseringsklima, 3. Lage en implementeringsplan, 4. Skaffe trening og teknisk støtte, 5. Samarbeid mellom utvikler og praktiker og 6. Evaluere om implementeringen er effektiv.

GTO og QIT har som formål å avklare de ulike rollene og oppgavene som er utenfor organisasjonen, altså et eksternt støttesystem, og de interne arbeidskreftene. QIT kan ses på mer som en implementeringsstøtte for de forskjellige involverte partene og aktører på organisasjonsnivå. Det generelle Quality Implementation Framework (QIF) brukes for å finne de implementeringsfaktorene som er viktige, så vil GTO og QIT være verktøy som brukes til å få en oversikt over hvem som må samarbeide for å bygge implementeringskapasitet. Det vil være her være snakk om en konkretisering og fordypning av det generelle rammeverket fordi det vil følge med en beskrivelse av oppgaver og ansvar for alle rollene i og utenfor organisasjonen.

Quality Implementation Framework (QIF). Meyers, Durlak et al. (2012) har utviklet et rammeverk for implementering som heter Quality Implementatin Framework – QIF. Den inneholder fire faser, med seks strategier og totalt 14 implementeringselementer. Fase én kalles for initieringsfasen, den inneholder tre strategier og 8 elementer. Fase to kalles for Etableringsfasen og består av én strategi og to elementer. Fase tre kalles for Gjennomføringsfasen og har én strategi og tre elementer. Den siste fasen kalles for Utvikling og har én strategi og et element.

Tabell 1. Oversikt over viktige implementeringselementer og strategier i ulike faser (etter Meyers, Durlak, et al., 2012).

Fase	Strategi	Implementeringselement	Eksempler på innhold	
Initiering	Kartlegging (GTO 1-3)	(1) Gjennomføre en vurdering av organisasjonenes behov og ressurser	En gjennomgang om det er behov for endring: hva må endres og hvorfor?, Fins det løsninger?, Hvilke?	
		(2) Gjennomføre en vurdering av om programmet passer organisasjonen	Passer den foreslåtte løsningen vår organisasjon?, Er det samsvar mellom problem og løsningsforslag? Passer det med våre verdier og målsettinger?, Passer det kulturen vår?	
		(3) Gjennomføre en vurdering av kapasitet og forberedthet for forandring i organisasjonen	Er vi klare for dette?, Har vi evne og vilje til å starte med dette nå?, Har vi de ressursene som trengs?, Har vi tilstrekkelig beslutningsmyndighet til å drive dette?	
	Kapasitetsbygging (GTO 5) (KIF 1-8)	Beslutning (GTO 4)	(4) Mulighet for tilpasning av programmet	Bør foreslått løsning (program) tilpasses på noen måte for å passe her?, Hvordan, hva bør tilpasses?, Hvordan skal eventuell tilpassing dokumenteres og følges opp underveis?
			(5) Oppnå eksplisitt forpliktelse fra interessenter og sentrale aktører, og fremme et støttende klima i organisasjonen	Har vi eksplisitt forpliktelse fra: ledelse/eier (over institusjonsnivå)?, sentrale ansatte som skal stå for gjennomføring?, Lokalmiljøet (hvis det er viktig)? Har vi håndtert og avklart eventuelle viktige bekymringer/interesser, spørsmål, motstand? Hvilke barrierer må minskes eller ryddes unna? Kan vi finne og rekruttere ressurspersoner internt og eksternt som kan inspirere og bistå resten underveis? Hvordan kan organisasjonen støtte disse?
		Kapasitetsbygging (GTO 5) (KIF 1-8)	(6) Bygge kapasitet i organisasjonen	Hva trengs av rutiner, materiell, ferdigheter og motivasjon?
			(7) Rekruttering av ansatte, vedlikehold	Hvem skal gjennomføre hvilke deler?, Hva trengs av opplæring, trening og støtte?, Hvem skal stå for veiledning og støtte?, Må noen få nye arbeidsoppgaver eller ansvarsområder?
			(8) Effektiv opplæring av ansatte før gjennomføring	Kan vi gi tilstrekkelig opplæring? Hvordan kan vi sikre at den er tilstrekkelig?
Etablering	Skape Struktur (GTO 6-7) (QIT) (KIF 9-20))	(9) Sette sammen implementeringsteam	Hvem i organisasjonen har hovedansvar for implementeringen?, Kan vi lage et team som støtter de som står for gjennomføringen?, Kan vi avklare roller og prosesser, og ansvarsområder for teammedlemmene?	
		(10) Lage en implementeringsplan	Kan vi lage en oversiktlig plan som beskriver oppgaver og tidsfrister slik at vi sikrer ansvarlighet i gjennomføringen?, Hvilke utfordringer/hindringer kan vi forutse og planlegge for?	
Gjennomføring	Pågående støtte (GTO 8-9) (QIT) (KIF 21-35)	(11) Teknisk assistanse/veiledning/konsultasjon underveis	Kan vi skaffe tilstrekkelig teknisk assistanse og veiledning/konsultasjon?, Kan vi håndtere behov for ny kompetanse eller kompetansestykning?, Kan vi håndtere behov for programtilpassing?	
		(12) Prosessevaluering underveis	Har vi en plan for å evaluere styrker og svakheter ved programmet og implementeringen?, Kan vi innhente data på implementeringskvalitet?	
		(13) Støttende feedbackmekanismer underveis	Brukes prosessdata aktivt for å vedlikeholde eller forbedre implementeringen?, Hvem skal severses hvilken type data?, Brukes data positivt, som et verktøy for terapiforbedring og organisasjonsvekst?	
Utvikling	Forbedring av program (GTO 10) (KIF 36-42)	(14) Lære fra erfaring	Hva har vi lært som vi bør dele med andre?, Hvem bør vi dele det med?, Forskere? Andre som gjennomfører samme program?, Bør vi etablere fast samarbeid med noen?	

Noter: GTO = Getting to Outcomes (Wandersman et al., 2008, 2012), QIT = Quality Implementation Tool (Meyers et al. 2012), KIF = Kartlegging av Implementeringsfaser (Bradshaw et al. 2009).

Initiering

I denne fasen så beskrives arbeidet som gjøres i forkant av en implementeringsfase, hvor hovedpoenget er å vurdere om i hvor stor grad det er et behov for et nytt program og om det passer til organisasjonen. Strategiene som er beskrevet for fasen er;

1. **Kartlegging:** aktiviteter i kartleggingsstrategien er ulike former for vurdering av behov i organisasjonen (punkt 1). Her ser vi om det foreslåtte programmet passer organisasjonen og er i overensstemmelse med dens mål og verdier (punkt 2), i tillegg kan vi se om organisasjonen er klar for endring og har de nødvendige ressurser (punkt 3).
2. **Beslutning:** under dette punktet kan vi se nærmere på i hvor stor grad det må foretas endringer i enten organisasjonen programmet for å kunne foreta behandlingen på en mest mulig effektiv måte (punkt4). Det er om å gjøre å ta en beslutning som kan tilpasses behandlingsinstansen og behandlingsstedet. De individuelle tilpassinger som må gjøres bør skje i denne fasen fordi alle leddene i organisasjonen må inkluderes og vite innholdet før man går videre.

bør skje i denne fasen fordi alle leddene i organisasjonen må inkluderes og vite innholdet før man går videre.

3. Kapasitetsbygging: handler om å klargjøre miljøet for endring ved at det innføres nye behandlingsmåter. Det er et viktig punkt å sikre forståelsen fra lederen, både de formelle og uformelle, og å finne de ildsjeler som kan drive prosjektet fremover, i tillegg til personalmessige tiltak som er drivere for å gjennomføre programmet (punkt 5). Det må avklares hva som trengs av rutiner og materiell (punkt 6), og det må rekrutteres ansatte som får god veiledning og konsultasjon (punkt 7), i tillegg til opplæring av nyansatte (punkt 8).

Durlak og DuPre (2008) støtter opp med forskning for viktigheten av punktene 1. å kartlegge behovet for tiltak og hvilke ressurser som fins i organisasjonen, 2. å vurdere hvordan tiltaket passer i organisasjonen, 4. muligheten for tilpasning, 5. å sikre tilslutning fra interessenter og sentrale aktører, 6. å bygge kapasitet i organisasjonen for å kunne gjennomføre programmet, og 8. å sørge for opplæring av alle som skal gjennomføre programmet.

Eablering

Det å bygge en organisert struktur vil gi en oversikt over prosessen og er i all hovedsak det etableringsfasen handler om. Det må her etableres et team som kan stå for planleggingen og gjennomføringen (punkt 9), og det må utformes en plan som beskriver oppgavene og de ansvarlige må navngis (punkt 10)

Meyers, Durlak et al. (2012) formidler midlertidig at forskningsstøtten for punk 9 og 10 er noe svakere da de er basert på individuelle case-rapporter, men de hevder allikevel at punktene er viktige, noe Durlak og DuPre (2008) og Fixsen (2005) støtter. Meyers, Durlak et al. (2012) følger opp med at det rent forskningsmessig har vært vanskelig å gjennomføre eksperimentelle studier der noen har gjennomført disse punktene og andre ikke.

Gjennomføring

Her er strategien å sørge for optimal støtte til de som leverer programmet, noe som demonstreres gjennom punkt 11 som er å sørge for at terapeuten får nødvendig støtte underveis. Punkt 12 handler om at gjennomføringen blir fulgt opp og punkt 13 handler om å skape systemer for tilbakemelding som gir de ulike partene oversikt over hvordan gjennomføringen går.

Punkt 11 og 13 har i følge Durlak og DuPre (2008) og Fixsen et al. (2005) begge forskningsstøtte. Den tekniske støtten (punkt 11) dreier seg i all hovedsak om veiledning i bruken av de verktøyene som ligger i programmet, slik som en funksjonell kartlegging, tegnøkonomisystemer og rapportsystemer. Punkt 13 som er veiledning/konsultasjon henviser mer til terapeutferdigheter det kreves i programmet og til de som mottar behandlingen, som i dette tilfelle er ungdommer.

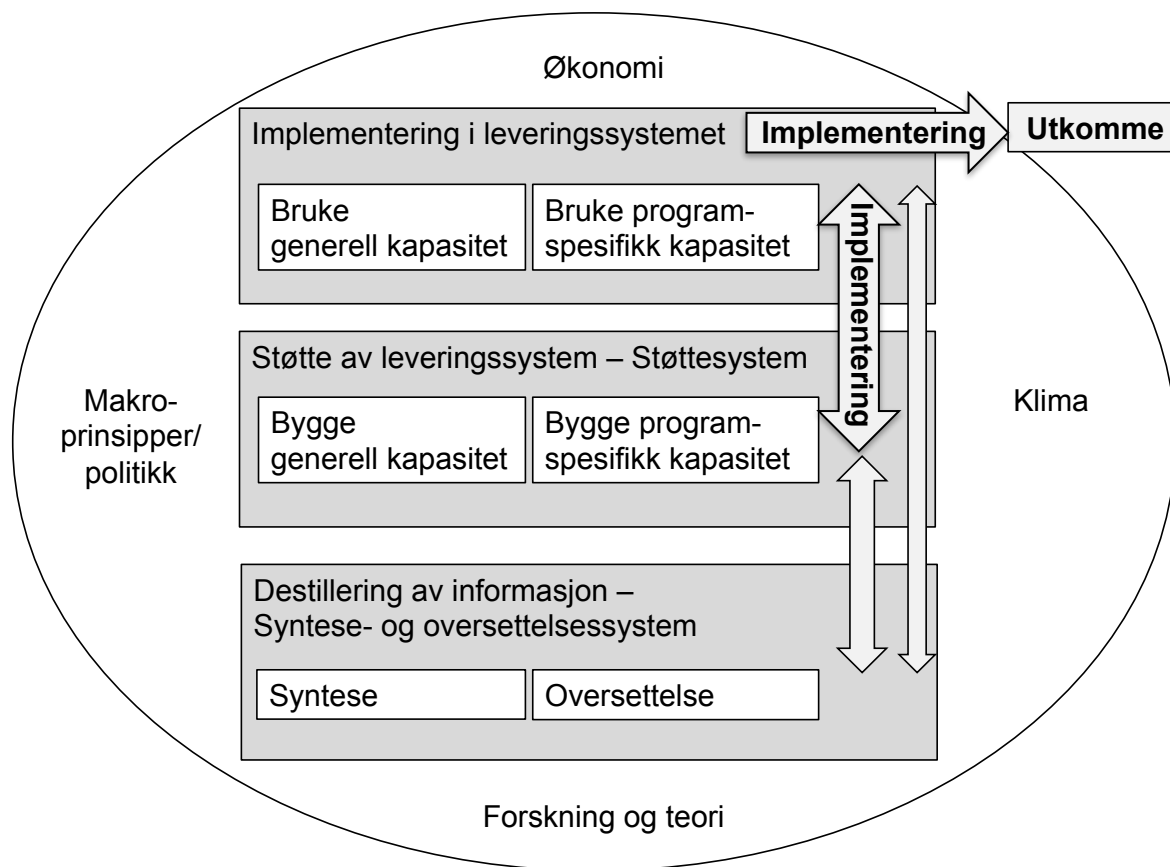
Utvikling

I denne fasen er strategiene å forbedre programmet og det gjelder å lære av erfaringen som har oppstått underveis, fordi de ulike partene erfarer forskjellige aspekter som er nyttig lærdom. Dette kan være visse elementer som passer dårlig med organisasjonen eller noen kjernekomponenter som virker annerledes enn først antatt. Disse erfaringene bør systematisk gjennomgås sammen med utviklerne av programmet og institusjons ledere, og nyere utvikling på forskningsfronten bør samtidig også tas hensyn til. Det er viktig å reflektere over suksess og nederlag da dette er et viktig for videre arbeid.

Å lære fra erfaring (punkt 14) har også til en viss grad forskningsstøtte (Meyers, Durlak et al. 2012; Durlak og DuPre. 2008).

Prosessen

Det interaktive rammeverket som Wandersman et al. (2008) beskriver er også blitt beskrevet av Durlak og DuPre (2008), men da som et økologisk rammeverk. Formålet er i følge Wandersman et al. (2008) å avklare roller og oppgaver med tanke på implementeringsstrategier, ytre rammeverk slik som eiere, eksterne administratorer og veiledere og interne, slik som behandlingsansvarlige, lokal administrasjon og behandlere. Det interaktive rammeverket er ment å være heuristisk og vektlegger aktiviteter slik som ”hva” og ”hvordan” fremfor det mer spesifikke ”hvem”. Det er tre interaktive systemer som opererer i rammeverket, det er; syntese- og oversettelsessystem (eksternt), støttesystem (eksternt og internt) og leveringssystem (internt). Dette er illustrert i Figur 1.



Figur 1. Oversikt over de tre interaktive implementeringssystemene (etter Wandersman et al., 2008; Meyers, Katz, et al., 2012).

Vesentlig informasjon som kommer fra forskning, teori og praktisk bruk av et program blir innhentet fra synteser og oversettelsessystemer. Informasjonen blir behandlet og oversatt til brukervennlige formater, slik so manualer, guider og arbeidsbeskrivelser. Et slikt arbeid er av viktig betydning, da det ikke bare er brukt for å lage brukbare manualer, men det fanger også opp og innarbeider nyere viten som man finner på området. Slik arbeid kan gjøres gjennom å revidere manualer, guider og arbeidsbeskrivelser og med oppdatert arbeid kan støtte- og leveringssystemet starte.

Det er interne krefter, administrativ og faglig ledelse, og delvis eksterne krefter tilknyttet organisasjonen som står for støttesystemet. Eksterne krefter som organisasjonen har knyttet til seg slik som eier eller de som har med det overordnede administrative nivået og faglig veiledning er også viktige deler i et støttesystem. Støttesystemet er av viktig betydning fordi dens oppgave er å bygge opp kapasiteter som trengs i leveringssystemet og vi kan dele det opp i to;

generell kapasitet og spesifikk kapasitet.

Generell kapasitet handler om infrastruktur og de tekniske hjelpemidlene som trengs, slik som planer, rutiner og hjelpemidler eller verktøy. Spesifikk kapasitet handler om kunnskap, ferdigheter og motivasjon blant terapeutene, det er da viktig med god opplæring og veiledning i programmet samt en innføring i hva tilhørende verktøy og rutiner er.

Leveringssystemet i en organisasjon er terapeutene og behandlerne fordi det er de som synliggjør og fremhever den delen av organisasjonen som bruker programmet daglig med klienter/pasienter. For å kunne være sikker på at programmet leveres og virker som det skal må leveringssystemet få hjelp av støttesystemet.

Når vi ser på figur 1 så ser vi at interaksjonen mellom støttesystemet og leveringssystemet er det første steget i implementeringen. Når støttesystemet og leveringssystemet virker sammen slik at leveringssystemet får utnyttet sin kapasitet på anbefalt måte, oppnår man den kvaliteten i implementeringen som gir et ønsket utkom.

Evidensbasert rusbehandling

Contingency management er det vi kan kalle en evidensbasert behandlingsform. Christensen og Mauseth (2007) skriver om hvilke krav det stilles for å kunne påstå at en metode er evidensbasert. I dette inngår empirisk definerte inntakskriterier, standardisert opplæring av utøvere, strukturert intervensjon, altså at intervensjonen er nøye beskrevet i en manual/håndbok, og pre-definerte kjernekomponenter/retningslinjer. I tillegg kreves det kontroll av behandlingsintegriteten, det vil si at praksis må overensstemme med kjernekomponentene i metoden.

Empirisk validert behandling refererer til spesifikke behandlinger som har vist seg å være effektive gjennom kontrollerte forsøk (Kazdin, 2008). Likevel så påpeker Kazdin (2011) at det ikke finnes én enkelt definisjon eller et sett med kriterier som kan avklare hvorvidt en behandling er validert. Christensen og Mauseth (2007) sier det samme og følger opp med at evidens bygger på minst to kontrollerte evalueringsstudier. Evalueringen skal være gjennomført av minst to forskjellige forskere, og resultatet skal måle gruppens funksjon og symptomer. Det skal foreligge en langsiktig evaluering av resultatene, samt at resultatenes praktiske eller kliniske signifikans skal testes ut ytterligere.

Det er altså et kriterium at det må foreligge minimum to gruppestudier med randomiserte kontrollerte forsøk eller et høyt antall N=1 studier for at en spesifikk behandling skal kunne få betegnelsen empirisk validert behandling (Kazdin, 2011).

Argumentene for å bruke evidensbasert praksis er mange, og et av dem er at det er viktig å unngå nytteløse eller skadelige intervensjoner på kort eller lang sikt. Et annet viktig poeng som Christensen og Mauseth (2007) trekker frem er at det er rent uetisk å utsette barn og deres familier for metoder som man ikke vet effekten av.

Carroll (2014) forklarer i sin artikkel "Lost in translation? Moving contingency management and cognitive behavioral therapy into clinical practice" at tross mengden evidensbaserte behandlinger som er tilgjengelig i dag, så er det få som kan påståes at er godt nok implementert av varierende grunner. Hun tilføyer at et mindretall av personer som har et rusproblem får behandling for det og at det kun er en liten del som mottar behandling som samsvarer med behandlingens retningslinjer, og gjeldende vitenskapelig kunnskap. Carroll (2014) sier at i motsetning til motiverende intervju som har blitt tatt godt imot og i mye større grad implementert så har Contingency Management (CM) gjort mindre fremgang i forhold til utbredelse i klinisk praksis, tross sine vitenskapelige bevis.

CM har vist seg effektiv hos unge rusmisbrukere, noe Krisnan-Sarin et al. (2013) fant ved bruk av CM intervensjon på en videregående skole, da hensikten var å redusere røyking. Effekten blir ytterligere demonstrert av Henggeler et al. (2008) som utførte tilsvarende arbeid med å implementere CM inn i større statlige prosjekter hvor ungdom mottok rusbehandling. De fant at tilstrekkelig støtte fra klinisk lederskap og tilgang til ressurser ga god CM implementering. Nasjonale studier av CM i USA har etablert en plattform av en rekke evidensbaserte programmer slik at klinikere og behandlere har blitt mer kjent med CM som prosedyren, noe som har gitt en positiv endring i holdninger til bruken og effekten av CM (Carroll, 2014).

Ungdom og Risikofaktorer

Spooner (1999) har identifisert flere faktorer som fører til rusmisbruk blant ungdom. Dette er alt i fra biologisk faktorer, manglende sosial kompetanse blant jevnaldrende, ingen tydelige foreldre som tar ansvar, dårlig kommunikasjon innad i familien, foreldre som er dårlige forbilder, misbruk eller forsømmelse. Det kan være lav sosioøkonomisk status, følelsesmessige eller psykiske problemer, betydelige stressfaktorer, manglende mestringsfølelse og avvising fra

prososiale jevnaldrende på grunn av dårlige sosiale ferdigheter er faktorer som er med på utviklingen av antisosial atferd som igjen kan føre til tidlig start på narkotikamisbruk.

Spooner (1999) er klar på at det er et komplekst og sammensatt tema og at enkle løsninger tvilsomt holder mål. Effektive helsetiltak har som formål å redusere risikofaktorer og/eller å fremme beskyttende faktorer for god helse. Narkotikaforebygging og behandlingen som tilbys på området er vanligvis basert på kjente risikofaktorer, men ikke nødvendigvis på evidens.

Forskning på Contingence Management. CM ble opprinnelig utviklet som en ny intervensjon for å håndtere kokainavhengighet hos polikliniske pasienter. Litteraturen på området fra 1991 til og med mars 2003 viser 55 rapporter av kontrollerte studier som har tatt i bruk verdisjekkbaserte CM-intervensjoner for å fremme atferdsendringer hos personer som misbruker rus. 85 % (47 av 55) av disse studiene viste en signifikant endring i minst én av målatferdene ved bruk av CM-intervensjoner (Higgins, Heil og Lussier (2004)). Disse studiene undersøkte effekten av forsterkningsintervensjoner som fremmet avholdenhet fra forskjellige typer misbruk av ulike substanser som kokain, opiater, blandingsbruk, sigarettøyking, alkoholkonsum og marihuanamisbruk (Silverman, 2004).

Silverman (2004) skriver i sin artikkel om effekten av bruk av verdisjekker som forsterkning for avholdenhet fra vedvarende kokainmisbruk hos en gruppe metadonpasienter i Baltiomre, USA. Effekten er tydelig: omtrentlig halvparten (9 av 19) av pasientene som mottok verdikupong kontingent på atferd utførte mellom 7 og 12 ukers avholdenhet fra kokain gjennom en 12 ukers periode. Pasientene i kontrollgruppe presterte toppen 6 ukers avholdenhet. Disse resultatene var av verdi fordi tidligere intervensjoner på personer med kokainmisbruk blant metadonpasienter har manglet god resultater.

Studien til Silverman (2004) inneholder dog visse svakheter og begrensninger, de resterende pasientene (10/19 pasienter) kunne ikke vise til mer enn maksimum 3 ukers avholdenhet fra kokain, men studien er allikevel viktig både av kliniske og konseptuelle (begrepsmessige) grunner.

Silverman (2004) skriver at videre studier ble satt i verk og at denne dreide seg om manipulering av forsterkningsskjemaene for å se på muligheten til å oppnå en enda større andel pasienter som avsto fra kokain. Denne studien bekreftet CM-effekten ytterligere, men den belyste også en indikasjon på vanskene en del pasienter hadde med å lykkes i å avstå fra kokain.

Det neste steget var å undersøke effekten av forsterkerstørrelsen på behandlingsresistente pasienter og kort oppsummert så viser denne studien at når pasientene ble eksponert for den høyeste verdisjekken som var på hele \$3480 så viste 45% av de mest hardnakkede kokainmisbrukene vedvarende rene urinprøver i 4 eller flere uker. Det dette forsøket er et bevis på er at selv de pasientene som er hardest rammet av rusmisbruk kan kontrolleres gjennom forsterkning og at selv de med vedvarende bruk gjennom flere år er sensitiv for slike konsekvenser.

Det Silverman (2004) også fant i forsøkene var at blant personer med langvarig bruk så kan shaping av avholdenhet gjennomføres ved forsterkning av gradvis reduksjon av ulike toksiske stoffkonsentrasjoner i urinprøven. Ved denne metoden viser det seg ganske så generelt at personene lettere kommer i kontakt med gjeldende forsterkningsbetingelser.

Resultatene fra Silvermans (2004) undersøkelse av verdisjekkforsterkning for avhold av narkotiske stoffer er i tråd med de resultatene som Higgins et al. (2004) fant når de hadde en gjennomgang av de 55 kontrollerte studiene med penge- og verdisjekksystem. Det de kan se er at forsterkningsintervensjonen har vært sterk og konsekvent effektiv. Dessverre så kunne de imidlertid også se at metoden ikke var like effektiv for alle deltakerne så metoden må derfor ta hensyn til individuelle forhold og anvendes forskjellig i forhold til forskjellige typer stoffmisbruk. Gjennom utstrakt og variert forskning har vi nok bevis for å kunne påstå at stoffmisbruk kan betraktes og effektivt behandles som operant atferd gjennom anvendelse av operant betinging (Silverman, 2004).

Rollen av temporale utsettelse er en viktig faktor å ta hensyn til fordi den kan belyse rusmisbruket. Higgins et al. (2004) belyser dette med at i naturlige situasjoner tar individet ofte valg om å bruke stoff som gir umiddelbare effekter her og nå fremfor å avstå fra å erfare positive konsekvenser i fremtiden. Denne impulsive ”smaller sooner, larger later” er noe Schnider (2012) trekker frem som et klassisk karakteristika ved personer som sliter med avhengighet. En kontekstuell faktor som ikke blir understreket i denne studiene, men som er nødvendig for å forstå rusmiddelproblemer er rollen som temporale forsinkelser spiller. Higgins et al. (2004) belyser dette med å forklare at i naturlige situasjoner tar individet ofte valg om å bruke stoff som gir umiddelbare effekter her og nå fremfor å avstå fra å erfare positive konsekvenser i fremtiden. De viser til et laboratoriestudie med sigaretttrøykere hvor det ble undersøkt hvordan temporale forsinkelser påvirke forholdet mellom narkotikapreferanse og

alternative forsterkere. Det grunnleggende poenget med denne studien er at temporale forsinkelser redusere muligheten for å velge rus som forsteker og konkurrer ut de umiddelbare forsterkende konsekvensene av narkotikabruk (Higgins et al. 2004).

McLellan, Lewis, O'Brian og Kleber (2000) gjorde funn som tyder på at de beste CM-resultatene blir oppnådd når behandlingen strekker seg over en lengere tidsperiode. Silverman (2004) fant i sin undersøkelse der de forlenget behandlingsperioden fra 10-12 uker opp mot et år. Deltakerne i den aktuelle studien var sprøytemisbrukere som hadde fortsatt bruken av rus når de mottok metadon i et behandlingsopplegg i opp mot 10 uker. Forsøket ble delt opp i tre forskjellige behandlingsprosedyrer og det var totalt 78 deltakere som ble tilfeldig fordelt i én av de tre gruppene. Alle tre gruppene fikk en konsultasjon hver uke og alle måtte levere tre urinprøver per uke. Gruppe én ble kalt kontrollgruppe og fikk ingen behandling, Gruppe to kunne etter avlevering av rene urinprøver tjene en dose metadon som de kunne ta med hjem for bruk dagen etter. I gruppe tre kunne deltakerne i tillegg til å tjene metadon ved rene urinprøver også tjene verdikuponger. Etter et år med slik behandling så fortsatte behandlingen i ytterlige ni uker, men betingelsene ble endret; gruppe to og tre kunne fortsatt tjene metadondoser som de kunne ta med seg hjem, men gruppe tre hadde ikke lenger mulighet til å tjene verdikuponger i tillegg (Holth, 2008). Resultatene viser at gruppe én (kontrollgruppen) brukte kokain under hele perioden og at andelen som leverte urinprøver var mindre enn 20%. I gruppe to var andelen som leverte negative urinprøver nesten 40% og i gruppe tre var andelen negative urinprøver på nesten 60%. Det forskerne fant interessant i denne studien var at det var en gradvis øking i andel deltakere som leverte negative urinprøver utover i behandlingsperioden, og de så at etter et halvt år så ble de høyeste andelene med rusfrihet nådd. De deltakerne som etter hvert levret rene urinprøver fortsatte i større grad med dette gjennom den resterende perioden (Holth, 2008).

Forskning på Contingency Management og Ungdommer. Selv om det ikke har kommet tydelig nok frem så synes CM strategier å være et medvirkende komponent i forannevnte, empiriske baserte familieintervensjonene. En rekke studier beskriver bruk av CM-lignende prosedyrer som en del av en intervensjon, slik som for eksempel å instruere foreldre i å gi belønning for avholdenhet og konsekvenser for rusinntak. Disse prosedyrene beskriver beklageligvis ikke tiltaket godt nok i detalj slik som måltferd, hvor hyppig belønning skal komme, omfang og hvilken registreringsmåte som ble brukt. I tillegg så er det ingen av disse

studiene som prøver å isolere og teste ut CM komponenter alene (Stanger, C. og Budney, A. J. 2010).

I følge Stanger og Budney. (2010) er det klare indikasjoner på at CM-intervensjoner trolig vil forsterke det positive utfallet det har på unge rusmisbrukere. For det første så gjelder de empiriske baserte prinsippene for atferd og atferdsendring som CM strategien er avledet fra for alle mennesker og ikke-menneskelige arter. Når vi ser de klare data-tallene som fremkommer av intervensjoner på voksne rusmisbrukere er det en sterk grunn til å kunne predikere lignende resultater hos ungdom. For det andre så søker ungdom sjeldent behandling av seg selv, hovedgrunnen til at de er i behandling er fordi foreldre, skole eller barnevernet krever det. De fleste unge viser lav motivasjon til å slutte eller forbli rusfri og de har ikke et realistisk bilde på sitt eget rusmisbruk. CM-intervensjoner kan tilby klare insentiver/motivasjonsfaktorer fordi det er utformet til å skape en innledende eller langsiktig motivasjon for å avstå fra narkotiske stoffer ved bruk av positivt forsterkningsprosedyre. For det tredje så er det mulig for familie, skoler og andre til å følge opp behandlingen, noe som kan styrke motivasjonen for avholdenhet og det kan opprettholde en behandlingsgevinst ved at behandlingen fortsetter etter at ungdommen har forlatt institusjonen (Stanger og Budney. 2010).

Læringsbasert Rusbehandling. Holth skrev i 2008 at LBR var forholdsvis lite utbredt i det ordinære behandlingsapparatet i USA, og at i Norge var slik behandling så å si ikke-eksisterende. Han tilføyde at vi trengte mer kunnskap om forhold som var av betydning for å få en effektiv implementering av forskningsbaserte behandlingsprogrammer, samtidig som vi også trengte å anvende den kunnskapen som allerede eksisterte. Holth (2008) viser til Rogers (1995) som sier at kompleksitet er ett trekk ved behandlingsmetoder som er påvist å korrelere negativt med sannsynligheten for at metoden tas i bruk. Derimot så er ”prøvbarhet”, det vil si muligheten for å teste ut en metode i et begrenset omfang og ”observerbarhet” som har med i hvilken grad resultatene er synlige for andre, positivt korrelert med sannsynligheten for at en metode tas i bruk. Sammenliknet med andre evidensbaserte programmer som f.eks. multisystemisk terapi (MST) er LBR mindre kompleks, enklere å prøve ut i mindre skala og resultatene er lett observerbare i form av grafer som viser andelen positive urinprøver.

Målet med MST er blant annet å øke kontakten med prososiale venner, få ungdommene med på ulike typer aktiviteter, samt å bygge nettverk rundt ungdommen ved å samle de ulike systemene som de er en del av. Videre er målet at dette nettverket skal øke sannsynligheten for at

ungdommen lykkes med å holde seg rusfri. MST er i seg selv ikke nok for å klare dette arbeidet, så derfor har det blitt utført noen studier der LBR har blitt implementert i multisystemisk terapi. Ved å integrere LBR samt kognitive atferdsmodifikasjonsteknikker (cognitive behavioral techniques - CBT) i MST har forskerne prøvd å fokusere mer på atferd som har med rusinntak å gjøre for å kunne forbedre behandlingsresultater blant ungdommer som bruker stoff. Det ser ut til at LBR/CBT kombinert med MST av flere ulike grunner kan være en god behandlingsform for stoffmisbrukende ungdommer (Holth, Torsheim, Sheidow, Ogden og Henggeler. 2011).

Atferdssenteret utførte en norsk studie i samarbeid med Family Services Research Center (FSRC), Medical University of South Carolina. Studien var en replikasjon av studien til Henggeler et al. (2008) og er den første studien i Norge når det gjelder iverksetting av evidensbasert behandling på ungdommer med rusproblemer som også gir familie- og nærmiljøbaserte tilbud. Studien til Atferdssenteret viste at jo høyere behandlingsintegriteten i LBR- komponenten var, jo større var sannsynligheten for at ungdommene holdt seg rusfrie. Dette antyder at forsterkning på en ønsket, definert atferd er essensielt for å gjøre et behandlingsopplegg effektivt. I tillegg fant de at implementeringen av LBR prinsipper muligens avhenger mer av interaksjonen mellom terapeut og ungdom. Det vil si at terapeuten trenger mer ”real-world” trening i teknikker for å bli bedre på å implementere dem og for å lære å overvinne barrierer som hindrer fremsteg. De hentyder at enkle opplæringsøkter i seg selv ikke er nok og foreslår at terapeutene mottar ukentlig støtte i å praktisere teknikkene (Holth et al. 2011).

Referanser

- Berkel, C., Mauricio, A. M., Schoenfelder, E., & Sandler, I. N. (2011). Putting the pieces together: an integrated model of program implementation. *Prev Sci, 12*(1), 23-33. doi:10.1007/s11121-010-0186-1
- Biglan, A., & Ogden, T. (2008). The Evolution of Evidence-based Practices. *European journal of behavior analysis, 9*(1), 81-95.
- Carroll, K. M. (2014). Lost in translation? Moving contingency management and cognitive behavioral therapy into clinical practice. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1327*(1), 94-111. doi:10.1111/nyas.12501
- Chinman, M., Hunter, S., Ebener, P., Paddock, S., Stillman, L., Imm, P., & Wandersman, A. (2008). The Getting To Outcomes Demonstration and Evaluation: An Illustration of the Prevention Support System. *American Journal of Community Psychology, 41*(3), 206-224. doi:10.1007/s10464-008-9163-2
- Christensen, B., & Mauseth, T. (2007). Multisystemisk terapi ; familie- og nærmiljøbasert behandling av ungdom med alvorlige atferdsvansker. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 44*(9), 1095-1106.
- Dane, A. V., & Schneider, B. H. (1998). PROGRAM INTEGRITY IN PRIMARY AND EARLY SECONDARY PREVENTION: ARE IMPLEMENTATION EFFECTS OUT OF CONTROL? *Clinical Psychology Review, 18*(1), 23-45. doi:10.1016/S0272-7358(97)00043-3
- Domitrovich, C. E., & Greenberg, M. T. (2000). The Study of Implementation: Current Findings From Effective Programs that Prevent Mental Disorders in School-Aged Children. *Journal of Educational and Psychological Consultation, 11*(2), 193-221. doi:10.1207/S1532768XJEPC1102_04
- Durlak, J. A. (1997). *Successful Prevention Programmes for Children and Adolescents*. New York: Plenum Press.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol, 41*(3-4), 327-350. doi:10.1007/s10464-008-9165-0
- Eccles, M. P., Johnston, M., Hrisos, S., Francis, J., Grimshaw, J., Steen, N., & Kaner, E. F. (2007). Translating clinicians' beliefs into implementation interventions (TRACII): A protocol for an intervention modeling experiment to change clinicians' intentions to implement evidence-based practice. *Implementation science : IS, 2*, 27-27.

doi:10.1186/1748-5908-2-27

Flaspohler, P., Duffy, J., Wandersman, A., Stillman, L., & Maras, M. (2008). Unpacking Prevention Capacity: An Intersection of Research-to-practice Models and Community-centered Models. *American Journal of Community Psychology, 41*(3), 182-196.

doi:10.1007/s10464-008-9162-3

Fixsen, D. L. (2005). *Implementation research : a synthesis of the literature* Louis de la Parte Florida Mental Health Institute Publication, Vol. 231.

Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice, 19*(5), 531-540.

doi:10.1177/1049731509335549

Henggeler, S. W., Sheidow, A. J., Cunningham, P. B., Donohue, B. C., & Ford, J. D. (2008). Promoting the Implementation of an Evidence-Based Intervention for Adolescent Marijuana Abuse in Community Settings: Testing the Use of Intensive Quality Assurance. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(3), 682-689.

doi:10.1080/15374410802148087

Higgins, S. T., Heil, S. H., & Lussier, J. P. (2004). CLINICAL IMPLICATIONS OF REINFORCEMENT AS A DETERMINANT OF SUBSTANCE USE DISORDERS. *Annual Review of Psychology, 55*(1), 431-461.

doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.142033

Holth, P. (2008). Læringsbasert Rusbehandling. *psykologtidsskrift.no, 45*(10), 1276-1284.

doi:http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=60759&a=2

Holth, P., Torsheim, T., Sheidow, A. J., Ogden, T., & Henggeler, S. W. (2011). Intensive Quality Assurance of Therapist Adherence to Behavioral Interventions for Adolescent Substance Use Problems. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 20*(4), 289-313.

doi:10.1080/1067828X.2011.581974

Kauth, M. R., Sullivan, G., Cully, J., Blevins, D., & Deleon, P. H. (2011). Facilitating Practice Changes in Mental Health Clinics: A Guide for Implementation Development in Health Care Systems. *Psychological Services, 8*(1), 36-47. doi:10.1037/a0022250

Kazdin, A. E. (2008). Evidence-Based Treatment and Practice: New Opportunities to Bridge Clinical Research and Practice, Enhance the Knowledge Base, and Improve Patient Care. *American Psychologist, 63*(3), 146-159. doi:10.1037/0003-066X.63.3.146

Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs : methods for clinical and applied settings* (2nd ed. ed.). New York: Oxford University Press.

Kessler, R., & Glasgow, R. E. (2011). A Proposal to Speed Translation of Healthcare Research

- Into Practice: Dramatic Change Is Needed. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(6), 637-644. doi:10.1016/j.amepre.2011.02.023
- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7(3), 149-158. doi:10.1136/qshc.7.3.149
- Klein, J. A. (2004). *True change: How outsiders on the inside get things done in organizations*: John Wiley & Sons.
- Klein, K. J. & J. S. Sorra (1996). "The challenge of innovation implementation.(Special Topic Forum on the Management of Innovation)." *Academy of Management Review* 21(4): 1055.
- Klein, K. J., & Knight, A. P. (2005). Innovation Implementation: Overcoming the Challenge. *Current Directions in Psychological Science*, 14(5), 243-246.
- Krishnan-Sarin, S., Cavallo, D. A., Cooney, J. L., Schepis, T. S., Kong, G., Liss, T. B., & Carroll, K. M. (2013). An exploratory randomized controlled trial of a novel high-school-based smoking cessation intervention for adolescent smokers using abstinence–contingent incentives and cognitive behavioral therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(1-2), 346-351. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.03.002
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug Dependence, a Chronic Medical Illness: Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689-1695. doi:10.1001/jama.284.13.1689
- Meyers, D., Durlak, J., & Wandersman, A. (2012). The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. *American Journal of Community Psychology*, 50(3), 462-480. doi:10.1007/s10464-012-9522-x
- Meyers, D., Katz, J., Chien, V., Wandersman, A., Scaccia, J., & Wright, A. (2012). Practical Implementation Science: Developing and Piloting the Quality Implementation Tool. *American Journal of Community Psychology*, 50(3), 481-496. doi:10.1007/s10464-012-9521-y
- Mihalic, S. F., & Irwin, K. (2003). Blueprints for Violence Prevention: From Research to Real-World Settings—Factors Influencing the Successful Replication of Model Programs. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 1(4), 307-329. doi:10.1177/1541204003255841
- Natvig, H., & Aarø, L. E. (2014). Effects of induced compliance on alcohol use: Evaluation of a school-based intervention among Norwegian 8th graders. *Nordic Psychology*, 66(1), 2-19. doi:10.1080/19012276.2014.885763
- Goldman, H. H., Ganju, V., Drake, R. E., Gorman, P., Hogan, M., Hyde, P. S., & Morgan, O. (2001). Policy implications for implementing evidence-based practices. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 52(12), 1591.

- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629. doi:10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x
- Ogden, T., & Fixsen, D. L. (2014). Implementation Science: A Brief Overview and a Look Ahead. *Zeitschrift für Psychologie*, 222(1), 4-11. doi:10.1027/2151-2604/a000160
- Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009). Implementation Research in Mental Health Services: an Emerging Science with Conceptual, Methodological, and Training challenges. *Administration and policy in mental health*, 36(1), 10.1007/s10488-10008-10197-10484. doi:10.1007/s10488-008-0197-4
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusjon of innovations*. New York: Free Press.
- Schneider, S. M. (2012). *The Science of consequences: how they affect genes, change the brain, and impact our world*. Amherst, N.Y: Prometheus Books.
- Silverman, K. (2004). Exploring the Limits and Utility of Operant Conditioning in the Treatment of Drug Addiction. *Behavior Analyst*, 27(2), 209-230.
- Spooner, C. (1999). Causes and correlates of adolescent drug abuse and implications for treatment. *Drug and Alcohol Review*, 18(4), 453-475. doi:10.1080/09595239996329
- Stanger, C., & Budney, A. J. (2010). Contingency Management Approaches for Adolescent Substance Use Disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 19(3), 547-562. doi: 10.1016/j.chc.2010.03.007
- Sullivan, G., Blevins, D., & Kauth, M. R. (2008). Translating clinical training into practice in complex mental health systems: toward opening the 'black box' of implementation. *Implement Sci*, 3, 33. doi:10.1186/1748-5908-3-33
- Wandersman, A., Chien, V. H., & Katz, J. (2012). Toward an evidence-based system for innovation support for implementing innovations with quality: tools, training, technical assistance, and quality assurance/quality improvement. *Am J Community Psychol*, 50(3-4), 445-459. doi:10.1007/s10464-012-9509-7

Artikkel 2

«Måling av implementeringsgrad av Læringsbasert Rusbehandling»

for
Signi Kvamsø Andersen

Master i læring i komplekse systemer

Institutt for atferdsvitenskap Fakultet for
helsefag Høgskolen i Oslo og Akershus

Innholdsfortegnelse Artikkel 2

INNLEDNING	1
NØKKELKOMPONENTER I LBR	1
KONKRET AVGRENSET OG DEFINERT MÅLATFERD	1
TILRETTELEGGING AV INDIVIDUELLE, POSITIVE KONSEKVENSER AV RUSFRIHET	2
TRENING I Å TAKLE SITUASJONER SOM TRIGGER RUSMIDDELBRUK	2
UTARBEIDING OG BRUK AV EN SPESIFIKK ATFERDSAVTALE	2
ET RAMMEVERK FOR IMPLEMENTERING	2
Å MÅLE GRAD AV IMPLEMENTERING	4
METODE	4
DELTAGERE	4
<i>Samtykke</i>	5
KARTLEGGINGSVERKTØY – SPØRRESKJEMA	5
IPI – GENERELL BESKRIVELSE	5
<i>Utvikling av KIF (kartlegging av implementeringsfaktorer)</i>	6
<i>Gjennomføring av kartlegging</i>	7
<i>Skåring og oppsummering</i>	7
<i>Reliabilitet</i>	8
<i>Kartleggingsverktøy – observasjons- og spørreskjema</i>	8
<i>SET – Generell beskrivelse</i>	8
<i>Utvikling av programevaluerings-intervju (PEI)</i>	9
<i>Samsvar med KIF</i>	11
RESULTATER	11
BJØRGVIN	12
JONG	14
DISKUSJON	15
REFERANSER	22
VEDLEGG 1	24
VEDLEGG 2	29
VEDLEGG 3	33
VEDLEGG 4	34

Innledning

Contingency Management (CM) er en meget grundig undersøkt behandlingsprosedyre som tilnærming og har vist seg effektiv som behandling da den fremmer avholdenhet fra rusmidler hos rusmisbrukere. Metoden bygger på operante læringsprinsipper, er empirisk støttet og har vist seg å være en metode med gode resultater når det gjelder atferden til mennesker som er avhengig av rusmidler. Metoden kan også kombineres og eller integreres i andre effektive psykososiale behandlingsmetoder (Kamon, Budney, & Stanger, 2005). Sammenhenger mellom forutgående stimulus, selve atferden og konsekvenser som er av betydning for om atferden gjentas eller ikke, kalles for atferdskontingenser.

Vi ser i dagens rusbehandling at det til en viss grad blir brukt læringsprinsipper for rusfrihet, dette skjer for eksempel gjennom belønninger som permisjon fra behandlingsinstitusjoner eller at pasienter får lov til å ta med metadondoser hjem når pasienten har frastått fra rusmidler. Det vi mangler er en gjennomført prosedyre som innebærer en mer systematisk bruk av læringsprinsipper, slik som vi ser i CM. Atferdsanalytisk behandling av rusmisbruk inneholder umiddelbare konsekvenser kontingent på målatferd. For eksempel som ved CM så får individet umiddelbart en verdikupong når han/hun har avlagt en ren/negativ urinprøve, et moment som er helt sentralt for at læringsprosessen skal fungere (Cooper et al. 2007).

Holth (2008) har oversatt contingency management til norsk og kaller det for læringsbasert rusbehandling (LBR). Betydningen av selve ordet management i begrepet "contingency management" viser til en målrettet og resultatorientert håndtering av atferdskontingensene (Holth, 2008).

Nøkkelpunkter i LBR

Holth (2008) beskriver fire nøkkelpunkter ved LBR, disse er: (1) konkret avgrenset og definert målatferd, (2) tilrettelegging av individuelle, positive konsekvenser av rusfrihet, (3) trening i å takle situasjoner som trigger rusmiddelbruk, og (4) utarbeiding og bruk av en spesifikk atferdsavtale. Hver nøkkelpunkt beskrives kort.

Konkret avgrenset og definert målatferd

Det grunnleggende målet når en rusmisbruker skal behandles er å redusere selvadministrering av rusmidler da dette er den mest sentrale målatferden og noe som kjennetegner alle typer rusmisbruk. Andre typer problemer som følger med rusmisbruk kan det også jobbes med og ved å redusere disse problemene kan i en ringvirkning være at bruken av rusmidler reduseres. Det er ofte omfanget rusinntaket som måles når resultatene av behandlingen skal vurderes, noe som oftest blir gjort ved å se på nivået av rus som finnes i

urinen. Uansett hvilken type målatferd som skal reduseres så må det foreligge konkrete avgrensinger med den målatferden som skal måles slik at det er mulig å registrere forekomst av atferden. Holth (2008) trekker dette frem som et viktig poeng fordi at for vi skal være så sikre som mulig at det er nøyaktig den atferden som det ønskes en hyppigere forekomst av som det faktisk formidles forsterkere på, i tillegg til å kunne se om behandlingen gir de ønskelige resultatene.

Tilrettelegging av individuelle, positive konsekvenser av rusfrihet

Det er rene urinprøver som gir den mest positive konsekvensen innenfor LBR, en ren urinprøve gir deg umiddelbart tilgang på en verdikupongsom som kan veksles inn i forskjellige goder slik som for eksempel kinobilletter, klær og penger. Urene prøver vil derimot ikke føre til noe som helst, altså at forsterkningen opphører og det blir ikke levert noen verdikupong på atferden (Holth, 2008).

Trening i å takle situasjoner som trigger rusmiddelbruk

LBR inneholder mange tiltak som er ment til å hjelpe en person i å takle eller unngå situasjoner som gjør det mer sannsynlig at personen inntar rusmidler. Disse situasjonene kalles for trigger og dette kan trenes på blant annet ved å identifisere de triggerne som ofte årsaker misbruket. Det å planlegge en atferd som man alternativt kan gjøre, altså å trene inn en alternativ atferd til rusinntak kan være nyttig. I tillegg har det vist seg nyttig å etablere vennskap med venner som ikke driver med rus og samtidig trene på å si nei til rusmidler (Holth, 2008).

Utarbeiding og bruk av en spesifikk atferdsavtale

I dette så ligger det at det skal bli skrevet en spesifikk avtale som inneholder en konkret beskrivelse av målatferden, hvilke registreringsmåter som skal brukes, et belønningsskjema og trinnene som inngår i behandlingen. Denne skal være enkelt forklart slik at alle de involverte partene forstår den. I tillegg skal den signeres av pasient og behandler (Holth, 2008).

Et rammeverk for implementering

I tillegg til å ta høyde for kjernekomponentene i behandlingen så er det også andre ting som er viktig for å få en vellykket kvalitetsimplementering, Meyers, Katz, Chien, Wandersman, Scaccia og Wright (2012) trekker frem at programmene må være godt definert og må innbefatte godt forklarte eksempler for implementering slik som kjernekomponenter og aktive bestanddeler. Prosessen som innebærer å iverksette programmer må inneholde overvåknings- og evalueringstiltak. Dette er helt nødvendig for å vite om det gjennomføres på

en slik måte at målene kan nås og om man er i ferd med å nå målene. Vi må se på ”hva” eksempelvis om kjernekomponentene er levert og ”hvordan” som sier noe om de er levert på riktig måte, tid og sted.

Programmene må vanligvis tilpasses den organisasjonen de skal implementeres i. Samtidig må kjernekomponentene bevares for å unngå at konsistensen i programmet blir satt på spill. Andre komponenter kan og bør endres for å passe mottakeren så godt som mulig. I tillegg er det viktig å dokumentere tilpasningene. Det ultimate utfallet av evidensbaserte programmer og implementering er selvsagt en signifikant forbedring i forbrukerens velferd.

Det er en økende etterspørsel innen fagfeltet om en mer helhetlig modell for implementering, kvalitetssikrede retningslinjer og rutiner. Implementeringsarbeid er et faglig komplekst felt hvor formålet er å få innført og gjennomført et empirisk støttet program i en organisasjon. For å lykkes med slikt arbeid og å få gode resultater av programmet forutsetter det høy implementerings- og programkvalitet hvor vi går fra effekt og virkeevne i forskningen til effektivitet i praksis og nyttevirkning sett opp mot kostnader i en mer allmenn behandlingssituasjon (Hem, Gjersvik, & Bretthauer, 2014). Det dreier seg om hva som skal til for å få et virkningsfullt behandlingsprogram til å virke i vanlig praksis.

Meyers, Katz, Chien, Wandersman, Scaccia og Wright (2012) har utviklet et rammeverk for implementering som heter ”Quality Implementation Framework” – (QIF) og ”Quality Implementation Tool” (QIT). Wandersman et al. (2012) har utviklet et rammeverk som heter ”getting to Outcomes” (GTO). GTO og QIT har som formål å avklare de ulike rollene og oppgavene som er utenfor organisasjonen, altså et eksternt støttesystem, og de interne arbeidskreftene, eller leveringssystemet. QIT kan mer ses på som implementeringsstøtte for de forskjellige involverte parter og aktører på organisasjonsnivå. Durlak og DuPre (2008) er tydelige på at en god organisert tjenestelevering og leverandørens eksterne støtte gjennom opplæring og teknisk assistanse var av særlig stor betydning.

I tillegg kan det være lurt å etablere kontakt med andre fagmiljøer hvor målet er å øke kontakten med prososiale venner, få ungdommene med på ulike typer aktiviteter, samt å bygge nettverk rundt ungdommen ved å samle de ulike systemene som de er en del av. Et eksempel på dette er Multisystemisk Terapi (MST), da det ser ut til at LBR kombinert med MST av flere ulike grunner kan være en god behandlingsform for stoffmisbrukende ungdommer. Samtidig blir det hentydet at enkle opplæringsøkter i seg selv ikke er nok, men at terapeutene mottar ukentlig støtte i å praktisere teknikkene (Holth, Torsheim, Sheidow, Ogden og Henggeler. 2011).

Å måle grad av implementering

Med utgangspunkt i det beskrevne rammeverket for implementering Quality Implementatin Framework (QIF) og de tilhørende verktøyene Getting to outcomes (GTO) og Quality Implementation Tool (QIT) er formålet å utvikle et verktøy for å måle grad av implementering når det gjelder både generell og programspesifikk kapasitet (kjernekomponenter) i støtte- og leveringssystemet. Målingene vil gi en indikasjon på hvor omfattende implementeringen er i de ulike fasene av QIF verktøyet til Meyers, Katz et al. (2012); Fasene kalles for (1) *initieringsfasen*, den inneholder tre strategier og 8 elementer, (2) *etableringsfasen* som består av én strategi og to elementer, (3) *gjennomføringsfasen* som har én strategi og tre elementer og (4) *utvikling* som har én strategi og et element. QIF gir også en skåre for implementeringsgrad, og hvilken implementeringsfase som anses oppfylt; forberedelsesfase, initieringsfase, implementeringsfase, eller vedlikeholdsfasen.

I støttesystemet er det relevant å se på komponenter som opplæring, konsultasjon, veiledning og evaluering av medarbeideres kjernekompetanse, og om de er ivarett/iverksatt med nødvendig hyppighet, og etter faste rutiner/planer. Dette er en måte å vurdere behandlingstroskap (adherence) på (Schoenwald et al., 2011). Det gir en mulighet til å vurdere om institusjonen har ønsket progresjon, eller om det er enkelte områder det må jobbes videre med. Det vil også gi en indikasjon på om ledere og medarbeider oppfatter implementeringsgraden likt. Igjen er hensikten at instrumentet skal hjelpe institusjonene til å vurdere seg selv; om sentrale praksiser opprettholdes, eller om de må gjenetableres/styrkes. Formålet med denne undersøkelsen er å kartlegge samsvar mellom sentral dokumentasjon og ledelsens oversikt over denne. Målet er bedret kunnskap om implementering av LBR og dermed bedre rusbehandlingen. Spesifikt vil samsvaret mellom ledelsens beskrivelse av planer og rutiner, og medarbeidernes opplevelse av dette bli undersøkt. Videre vil samsvar mellom medarbeidernes beskrivelse av behandlingstroskap og ungdommenes opplevelse av dette også bli undersøkt. En skåre for implementeringsgrad vil utledes for hver implementeringskomponent i tillegg til en samlet skår. Spørsmålet er om skårene vil gi oversikt over implementeringsområder institusjonen bør ha særlig oppmerksomhet på.

Metode

Deltagere

Deltagere i denne studien var enhetsledere, avdelingsledere, veiledere, psykologer, miljøterapeuter og ungdommer og det er innhentet intervjudata fra totalt 11 institusjoner hvorav 2 er aktuelle for denne studien. På disse to institusjonene intervjuet vi to enhetsledere,

to avdelingsledere, to psykologer, en faglig rådgiver og fem miljøterapeuter. Ingen ungdommer deltok på undersøkelsen.

Jong er en institusjon for ungdom mellom 13 og 18 år med rus og atferdsvansker. Institusjonen har 5 plasser og behandlingsvarigheten er mellom seks til åtte måneder, men en oppfølgingsperiode etter utflytting på inntil fire måneder. Institusjonen har beliggenhet i Sandvika i Bærum, ca. 20 minutter sør for Oslo.

Bjørgvin har tilbud til den samme gruppen ungdom, men har totalt åtte plasser fordelt på to hus. Behandlingen på Bjørgvin er fra seks til ni måneder og har en beliggenhet ca. 25 minutter fra Bergen sentrum.

Noen av intervjuene ble gjennomført via telefon og vi fikk da låne et kontor på Høgskolen i Akershus og Oslo og telefonliste fikk vi fra ledelsen på institusjonene.

Samtykke. Intervjuene baserte seg på informert skriftlig samtykke og sensitive opplysninger ville ikke bli innhentet. De som ble forespurt om å delta på intervjuet fikk informasjon om hensikten med prosjektet og om hvordan innhentet data ville bli nedtegnet og brukt. De som ble intervjuet ville ikke bli gjenkjent i rådata eller de samlede dataskårer.

Kartleggingsverktøy – Spørreskjema

Utviklingen av verktøyene har blitt gjort med tanke på at de skal være enkle å tolke, for å kunne gi en oversikt over hvor god implementeringen er, hvor det kan være nyttig å ta en ekstra vurdering og at de er kostnadseffektive. Verktøyene tar sikte på å kunne være selvevaluerende og selvvruderende, og retter seg mot bruk av sentrale aktører i støtte- og leveringssystemet. Det er Bradshaw et al. (2009) sitt verktøy ”implementation Phase Inventory (IPI) som verktøyet og kartleggingen av implementeringsfasen (KIF) er inspirert av, og verktøyet er opprinnelig utviklet for å være en kostnadseffektiv selvevaluering. KIF er siktet til å måle dybden av implementeringsgrad og programevalueringsintervju (PEI) er utviklet for å kunne vurdere noen sentrale kapasiteter. PEI er inspirert av Horner et al. (2004) sitt verktøy kalt ”School Evaluation Tool” (SET) og PEI brukes for å måle støttesystemet, leveringssystemet og mottakernivå gjennom intervjuer, og verktøyet kan brukes til å måle samsvar med KIF på de spørsmålene som begge dekker.

IPI – Generell beskrivelse

Det å måle implementeringsgrad av universelle skolebaserte programmer som kunne øke sosial kompetanse og å redusere atferdsvansker var det som inspirerte Bradshaw et al. (2009) til å utvikling av verktøyet IPI. Det anbefales at målingene gjennomføres to ganger i året og i den originale versjonen inkluderer IPI aktiviteter som er knyttet til generelle og

programspesifikke kapasiteter i ulike faser av implementeringen. Disse fasene blir kalt Forberedelse (10 aktiviteter), initiering (13 aktiviteter), gjennomføring (11 aktiviteter), og vedlikehold (10 aktiviteter). Aktivitetene vurderes hver for seg i hver fase og skåres som enten ”ikke oppfylt” (0), ”delvis oppfylt” (1) eller ”fullt ut oppfylt” (2). Vurdering av aktiviteter og utfylling av skårer gjøres av ekstern veileder for organisasjonens implementering, leder for organisasjonen, lagleder for implementeringen og eventuelt andre i sentrale lederposisjoner – altså av både støtte- og leveringssystem. Slik kan vi få en samlet gjennomsnittsskåre for hver fase for alle som har vurdert, eller en samlet skåre for hver fase for hver enkelt som har vurdert.

Skåren for hver fase deles på antall totalt oppnåelige poeng for fasen (For eksempel: I Forberedelse, der det er ti aktiviteter som vurderes med maks 2 poeng per aktivitet, er den mulige totalskåren 20). Oppnådd skåre for hver fase deles på mulig totalskåre for fasen og ganges med 100, slik at man får uttrykt implementeringsgraden i prosent. En tommelfingerregel er at man må nå en implementeringsgrad på 80 % eller mer for å kunne si at fasen er tilstrekkelig oppfylt. Hvis man da for eksempel skårer 90 % i Forberedelse, 85 % i Initiering, 72 % i Gjennomføring og 50 % Vedlikehold (heretter kun Vedlikehold), vil man si at organisasjonen er i gjennomføringsfasen, i og med at de foregående anses oppfylt mens gjennomføring ennå ikke har nådd 80 % eller mer (Strømgren, 2016).

Bradshaw et al. (2009) utførte en test med veiledere og lagledere hvor de så nærmere på IPI i en serie små studier og kan konkludere med god intern konsistens for hele settet med aktiviteter/alle spørsmål (.94), Marginal for forberedelse (.65), men god for initiering (.80), gjennomføringen (.90) og vedlikehold (.91). Test-retest-reliabilitet (Perasons r) oppgis for å være generelt god for hele settet (.80), men dårlig for forberedelse (.53), akseptabel for initiering (.73), god for gjennomføring (.81) og akseptabel for vedlikehold (.79). For mellom-skårer-enighet rapporteres det om moderat reliabilitet (Pearsons r) for hele settet (.61), svak for forberedelse (.43), og moderat for initiering (.65), gjennomføring (.55), og vedlikehold (.52). Avslutningsvis oppgis det moderat assosiasjon (Pearsons r) med SET (.51-.60), noe som er å vente da IPI ble laget for å dekke aktiviteter som ikke omfattes av SET (Strømgren, 2016).

Utvikling av KIF (kartlegging av implementeringsfaktorer). KIF er blitt inspirert av IPI og utviklet deretter når kommer til inndeling av implementeringsfasene forberedelse, initiering, gjennomføring og vedlikehold. KIF gir mulighet til å måle grad av oppfyllelse og ser på viktigheten av generelle og programspesifikke punkter for alle de fire fasene, for både støttesystem og leveringssystem.

Det ble foretatt en evaluering av KIF-skjemaet som ble brukt i spørreundersøkelsen og en revidert versjon av KIF er brukt i oppsummeringen i denne rapporten; originalt punkt 8 er flyttet til fasen initiering, og de originale punktene 12 og 13 er flyttet til fasen forberedelse.

Videre er det verdt å merke seg at KIF dekker de strategiene i forberedelsen som i Tabell 1-initieringen betegnes som kapasitetsbygging, strategiene kartlegging og beslutning er ikke tatt med. Revidert KIF er vist i vedlegg 1. Konstruksjon av KIF vil beskrives kort (Strømgren, 2016).

Det er 9 punkter/aktiviteter i fasen forberedelse av LBR. Det første punktet handler om det eksterne støttesystemet som i denne sammenheng er Bufdir/regionkontoret og er programspesifikt. Punktene 2 til 7 omhandler det interne støttesystemet og er programspesifikke, mens de punktene som er av mer generell karakter for støttesystemet er 8 og 9. Det er totalt 11 punkter i fasen Initiering og alle er programspesifikke, og omhandler det interne støttesystemet i tillegg til at det her legges det til rette for leveringssystemet.

Det er 15 punkter i fasen Gjennomføring og alle omhandler leveringssystemet og med unntak av punkt 21 som er at hver ungdoms problemområder er kartlagt før ankomst og er av en mer generell karakter, er de alle programspesifikke. Det er kjernekomponentene i LBR som punktene er hentet fra og det ble vurdert som viktig at både spesifikke og overlappende punkter var med i et felles skjema. Dette var for å kunne se forskjeller og likheter i tillegg til å kunne vurdere om ”nye” punkter kunne være viktig for egen praksis. Det er 7 punkter i fasen Vedlikehold og alle omhandler støttesystemet og generelle (36-38) og programspesifikke (39-42) kapasiteter.

Gjennomføring av Kartlegging Det var totalt tre aktører som var med på å vurdere implementeringsgrad på hver institusjon/avdeling. De ulike aktørene var ekstern veileder som fungerer som støttesystem, enhetsleder og avdelingsleder, de to sistnevnte fungerer begge som støttesystem og leveringssystem. Eventuelle interne behandlingsansvarlige kan også være relevante aktører for utfylling av KIF.

Skåring og Oppsummering Hvert av spørsmålene/punktene vurderes hver for seg på en skal fra 0-2, og skåres for oppfyllingsgrad som enten ikke oppfylt (0), delvis oppfylt (1) eller fullt oppfylt (2). De vurderes også ut i fra viktighetsgrad (hvor viktig) og skåres ut i fra spørsmål/punkt som ikke viktig (0), viktig (1), eller svært viktig (2). Hver fase summeres til en sumskåre og deles på maks oppnåelige poeng for hver fase (18 for Forberedelse, 22 for Initiering, 30 for Gjennomføring, og 14 for Vedlikehold/Utvikling), noe som vil gi en skåre

på mellom 0 og 1, eller ganget med 100 en prosentskåre fra 0-100 for hver fase.

Skåringsveiledning er angitt i Vedlegg 1.

Reliabilitet. For mellom-skår-enighet/-reliabilitet er dette beregnet for hver institusjon ved hjelp av Intra Class Correlation (Two-way Mixed, Consistency) (ICC [3, k]) og (Field, 2013; Hallgren, 2012). ICC er beregnet for hele skalaen, altså alle spørsmål/punkter, og det er grad av samsvar (korrelasjon) mellom skårene (ekstern veileder, enhetsleder og avdelingsleder) som er beregnet. Dette angis ved første tall i parentes (3, k), og antall skårere som er med i beregningen er angitt som k. Bjørgvin skårer samlet rundt 80 % på KIF i oppfyllelse og 66% i viktighet, mens Jong skårer under og er på 46% i oppfyllelse og 36% i viktighet.

En høy ICC-skåre betyr at de som har svart oppfatter tingene nokså likt. Man kan være enige om at et punkt er oppfylt eller at det ikke er oppfylt og slik få en høy ICC-skåre. Likedan kan man være enige om at et punkt er viktig, alternativt ikke viktig, og få en høy ICC-skåre. Det sier noe om at instrumentet fungerer ganske likt sett fra ulike aktører, noe som gir en viss sikkerhet for at skåringen er såpass pålitelig at den kan brukes i videre utviklingsarbeid (Strømgren, 2016).

Kartleggingsverktøy – Observasjons- og Spørreskjema. SET er utviklet av Horner et al. (2004) og er basert på metoderegulering da det inneholder gjennomgang av dokumentasjon, intervjuer med ledelse, medarbeidere og ungdommer, i tillegg til observasjon av tegn på implementering av sentrale praksiser, slik som for eksempel om ungdommen faktisk har en behandlingsplan.

SET – Generell Beskrivelse. SET (Todd et al., April 2005) er utviklet for å måle implementering av hovedsakelig kjernekomponenter/programspesifikke kapasiteter i en universell skolebaserte modell. Dette er for å øke prososial atferd samt å forebygge antisosial atferd. (Noen programspesifikke kapasiteter i SET, for eksempel et team for implementering og sammensetning av teamet, er betegnet som generelle kapasiteter i for eksempel IPI). Verktøyet har også gode psykometriske egenskaper, og det består av både observasjon og intervju, noe som reduserer risikoen for metodeskjevhet. Utformingen av SET er ment for å være både et forskningsverktøy med hensyn på implementering og for en pågående evaluering av implementering. Det er totalt 28 punkter/aktiviteter i SET og de er organisert i sju subskalaer. Datainnhenting er delvis basert på observasjon av permanente produkter slik som opplæringsplaner, og skåres som enten ikke oppfylt (0), delvis oppfylt (1) eller fullt ut oppfylt (2).

Datainnhentingene baserer seg også på å intervju de ulike aktørene i organisasjonen. I skolesammenheng vil aktørene være rektor, lagleder for implementering (støttesystem og leveringsystem), og lagmedlemmer, lærere og andre ansatte (leveringssystemet) i tillegg til elever (mottagere). Intervjudata skåres som ikke samsvar (0), delvis samsvar (1) eller fullt samsvar (2). Slik vil man få samlet en skår for hver subskala og skåren deles på antall totalt oppnåelige poeng for subskalaen, eksempelvis for subskala B der det er fem aktiviteter som vurderes med maks 2 poeng per aktivitet vil gi en mulig totalskår på 10. Den oppnådde skåren for subskal deles på totalt mulige oppnåelige poeng og ganges med 100, slik vil man få uttrykt implementeringsgrad i prosent.

Horner et al. (2004) testet SET på 45 skoler, og de oppgir svært god intern konsistens (Cronbach's alfa) for hele settet med punkter/aktiviteter (.96), og fra dårlig til svært god for subskalaene (.56 - .92). Test-retest-reliabilitet (prosent observatørenighet fra T1 til T2) er oppgitt å være 97.3 % for hele settet, og fra 89.8 % - 100 % for subskalaene. For mellom-observatør-reliabilitet rapporteres prosent enighet mellom to observatører/intervjuere som skåret uavhengig av hverandre. Mellom-observatør-enighet er oppgitt å være 99 % for hele settet, og fra 98.4 % - 100 % for subskalaene. Horner et al. (2004) oppgir en moderat assosiasjon (Pearsons r) med et annet verktøy som måler implementering (.75), noe som er å vente da IPI ble laget for å dekke aktiviteter som ikke omfattes av SET. Videre korrelerte subskalaene sånn passe med hverandre ($r = .40 - .50$) slik at ingen av dem er å anse som overflødige (eksempelvis hvis man hadde en $r > .80$). Avslutningsvis mener Horner et al. (2004) at SET statistisk sett er sensitiv nok til å avdekke reelle endringer i implementeringsgrad (Strømgren, 2016).

Utvikling av programevaluerings-intervju (PEI). Programevaluerings-intervju (PEI) inspireres av SET når det gjelder metodikk, observasjon på stedet og intervju av flere aktører etterfulgt av å vurdere samsvar mellom intervjurunder og eventuelt mellom intervjusvar og observasjoner. På denne måten er PEI bygget opp på noe av de samme spørsmålene som blir brukt i KIF og spørsmålene stilles til flere gjennom intervju.

I PEI stilles spørsmål som henger sammen med KIF-spørsmål fra alle fasene; ett fra Forberedelse (ett spørsmål i PEI), tre fra Initiating (12 delspørsmål i PEI), seks fra Gjennomføring (åtte delspørsmål i PEI), og fire fra Vedlikehold (ni delspørsmål i PEI)

Spørsmålene er valgt på grunnlag av svar fra to institusjoner (én LBR og én MM) på KIF. De punktene som aktørene ekstern veileder og enhetsleder var enige om var viktige eller svært viktige for å lykkes ble tatt inn i PEI. PEI Intervjuguide er vist i Vedlegg 2. Slik kan man for noen spørsmål undersøke sammenhengen mellom svar på spørreskjema og ved

intervju, hvis de er like for de tre aktørene som svarte på KIF, kan PEI være et alternativ som kan gi en rask oversikt over implementeringsgrad. PEI kan også brukes som en ekstra innhenting av data, og videre som et mål på “implementeringsdybde” ved at man ser om for eksempel gjennomføring av behandlingsmøter bekreftes likt av flere aktører i institusjonen (Strømgren, 2016).

Tabell 1. Oversikt over KIF-spørsmål som går igjen i PEI.

Fase	KIF-spørsmål nr.	Spørsmålsformulering KIF (Oppfylleelsesgrad)	KIF – Ekstern veileder	KIF – Enhetsleder	KIF – Avdelingsleder	PEI – Ekstern veileder	PEI – Enhetsleder	PEI – Avdelingsleder	PEI – Miljøterapeut	PEI – Ungdom	PEI-spørsmål nr.
1	6	Det er utviklet en manual for gjennomføring av LBR/MM	X	X		X	X				6
2	11	Veileder/avv. psykolog/beh. har jevnlig kontakt med institusjonen	X	X		X	X				11a+b
2	14	Det er fastsatt behandlingsmøter (fag-/rapportmøte) der ansatte deltar (uten ungdom)	X	X	X	X	X	X	X		14
2	16	Det er fastsatt behandlingsmøter der ungdommen deltar	X	X	X	X	X	X	X	X	16
3	22	Hver ungdom kartlegges ved ankomst, eks:			X			X	X		22
3	23	Det stilles konkrete krav og forventninger til ungdommen, eks:			X			X		X	23a+b+c
3	24	Det er utarbeidet et system som sikrer fremgang mot mål, eks:			X			X	X	X	24a+b+c
3	25	Hver ungdom har spesifikke hoved-/langsiktige mål			X			X	X		25
3	26	Hver ungdoms hoved-/langsiktige mål er formulert i delmål			X			X	X		26
3	28	Hver ungdom deltar i utforming av egen behandling			X			X	X	X	28
3	30	Måloppnåelse vurderes jevnlig med hver ungdom, eks:			X			X	X	X	30a+b
4	36	Det gjennomføres ukentlig fagutvikling, eks:	X	X		X	X		X		36
4	37	Det gjennomføres månedlig fagutvikling, eks:									37
4	39	Hver ansatts overholdelse av manual/behandlingsprinsipper måles jevnlig, eks:			X			X	X		39a+b+c+d
4	41	Det gjennomføres jevnlig programmåling ved institusjonen, eks:	X	X	X	X	X	X			41 (evt a-d)

Note: Tabell gjengir spørsmålene i KIF, PEI-spørsmål varierer noen med hvilken funksjon som intervues, se PEI Intervjuguide.

I tabell 1 vises en oversikt over KIF-spørsmålene og for hvilke aktører de får igjen i PEI. Der kan man se for hvilke KIF-spørsmål som gjelder oppfylleelsesgrad som de ulike støttesystemaktører (ekstern veileder, enhetsleder og avdelingsleder) også får spørsmål om ved intervjuet. På denne måten kan de sammenlignes med seg selv og det kan for eksempel være mulighet for å utdype spørsmålsstillingen i et intervju, noe som kan endre oppfatning av spørsmålet.

Aktørene i leveringsystemet vil også (avdelingsleder og miljøterapeut) få noen av de samme spørsmålene som aktørene i støttesystemet. Det vil da være mulighet for å sammenligne for eksempel avdelingsleders, miljøterapeut og ungdommens oppfatning av de samme temaene slik som for eksempel spørsmålene 14 og 16 som spør om behandlingsmøter. Dette kan i tillegg være nyttig ved en evaluering fordi man da kan se på egen bruk av verktøyene på et senere tidspunkt. Eksempelvis om aktørene oppfatter ulike deler av praksisen likt eller om praksisen faktisk er ulik.

Det beregnes og presenteres en gjennomsnittskåre for miljøterapeuter og ungdommer. Miljøterapeutene bør bli informert om at de intervues spesifikt om den/de ungdommene som de har kontaktansvar for, eller alternativt kjenner best. Før intervjuet med avdelingsleder bør

de informeres om at de intervjues om den/de ungdommene de har ansvar for, altså de som er tilknyttet avdelingen. For enhetsleder gjelder tilsvarende alle ungdommer på institusjonen, og for ekstern veileder gjelder det alle de ungdommene vedkommende veileder om (Strømgren, 2016).

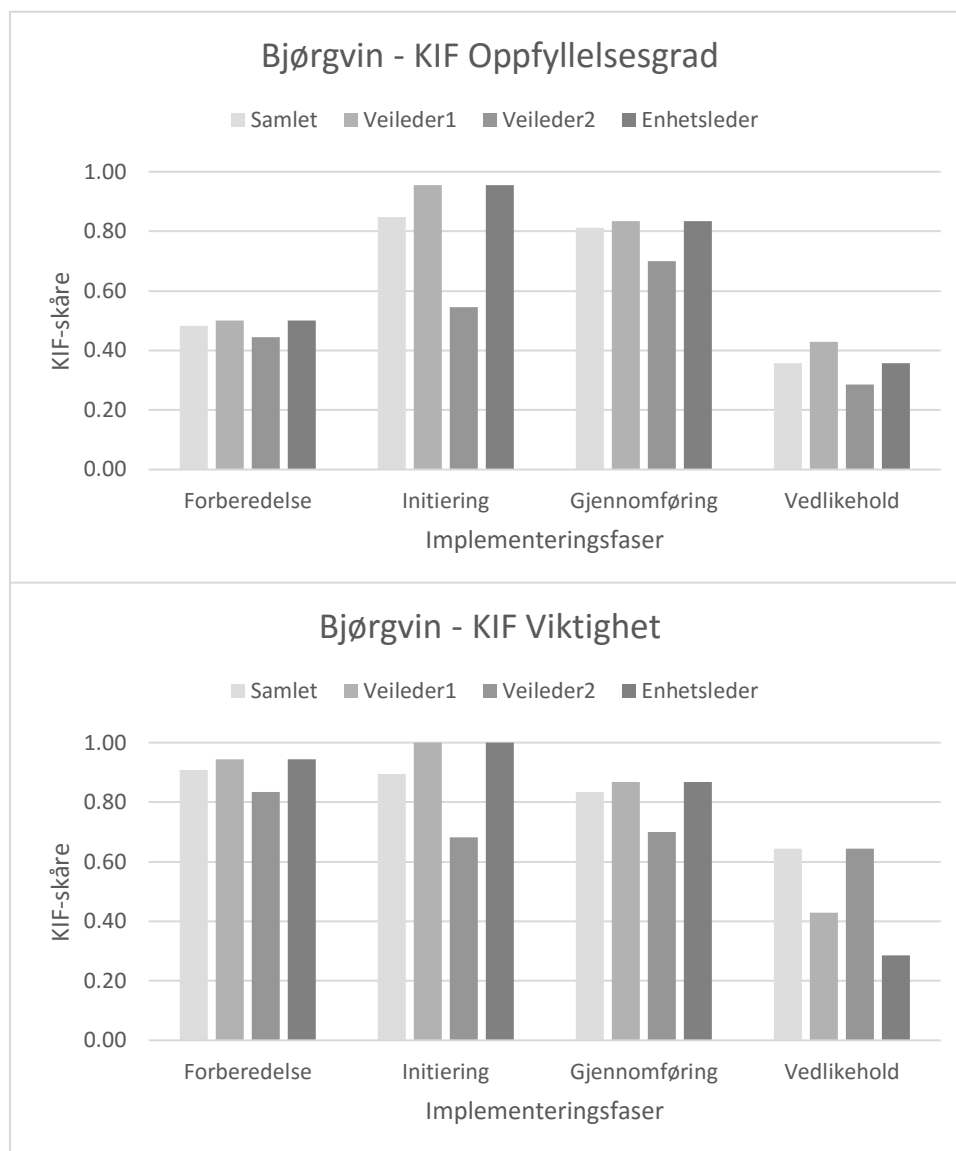
Samsvar med KIF. Vi kan i den foreliggende versjonen se på samsvar mellom de som har svart på samme spørsmål på PEI og på om totalskåren for PEI samsvarer med totalskåren for tilsvarende SET-spørsmål fase for fase. Ved å gjøre en slik sammenligning kan man si noe om ”dybden” av implementeringen på stedet, det vil si om punktene som anses oppfylt av ledelse også oppfattes som oppfylt av øvrige medarbeidere, samt å vurdere gjennom spørreskjema og intervju om ledelsen er enig med seg selv.

Ved å se på det foreliggende datamaterialet, KIF-svar og PEI-svar fra de ulike institusjonene, er det et samsvar mellom de besvarte KIF-spørsmålene som inngår i PEI (KIF-PEI samlet, se tabell 1) og svaret som ble gitt ved intervju (PEI-samlet) vurdert gjennom korrelasjon (Pearsons r). Resultatet for Bjørgvin er 69% som er en moderat korrelasjon. Det foreligger ingen data fra avdelingsleder i fase 2 og ingen data fra ungdommer. Jong har en skår på 36% som er en svak korrelasjon. Det foreligger ingen data fra ungdommer.

Resultater

Det presenteres KIF samledata for grad av oppfyllelse (implementeringsgrad) og viktighet for hver aktør i hver fase. Aktører for LBR-institusjonene er intern veileder/ psykolog, enhetsleder og avdelingsleder. Videre presenteres samleskår for implementering for de KIF-spørsmålene som inngår i PEI for hver fase (KIF-PEI Samlet), PEI samleskår (PEI Samlet), og de enkelte intervjuedes skårer (veileder, enhetsleder, avdelingsleder, miljøterapeut, ungdom). Råskårer på KIF for hver fase for hver aktør (ekstern veileder, enhetsleder, avdelingsleder) presenteres institusjonsvis i vedlegg 4.

Bjørgvin



Figur 1. KIF-skårer for Bjørgvin for oppfyllelsesgrad (øvre panel) og viktighet (nedre panel).

Figur 1, øvre panel, viser skåring av oppfyllelses- /implementeringsgrad samlet sett og for intern veileder 1 og 2 og enhetsleder. En ser skårer på rett over 40 % i Forberedelse, med stor enighet. I Initiering er skåren over 80 % samlet og for 2 av tre som har svart. I Gjennomføring skåres også 80 % samlet og for to av tre, mens i Vedlikehold skåres det lavt for alle med en viss enighet (Strømgren, 2016).

Teoretisk sett skulle dette tilsi at Bjørgvin er i implementeringsfase *Vedlikehold*, da de foregående med unntak av *Forberedelse* skårer over 80 % samlet. Hvilken betydning skårene i *Forberedelse* har å si for “plassering” i implementeringsfase er imidlertid usikkert, men det

ser ut til at implementeringen er i gjenge for *Initiering* og *Gjennomføring*, og at det kan være nyttig å se på de øvrige fasene.

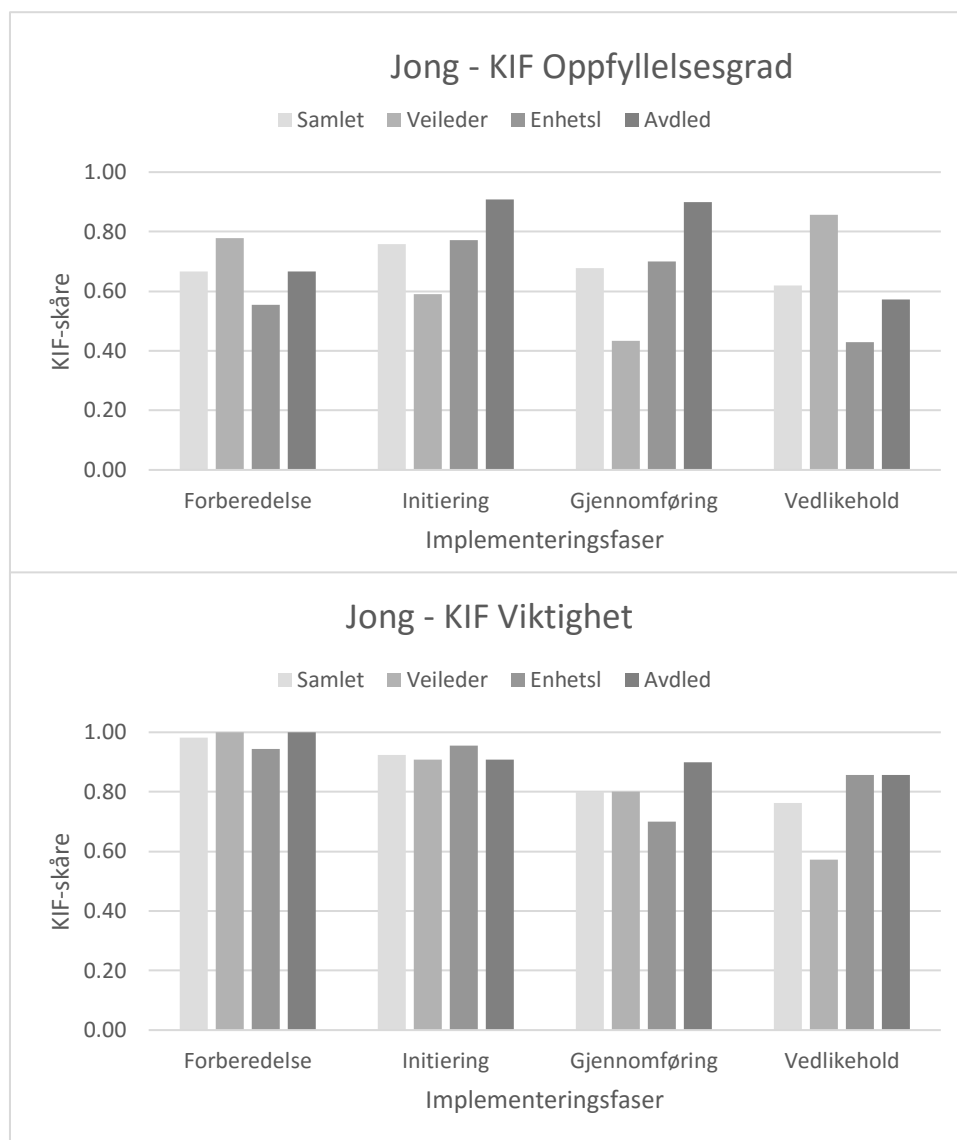
Figur 1, nedre panel viser skåringen av viktigheten samlet sett, for veileder 1, veileder 2 og for enhetsleder. I *Forberedelse* skåres det over 80% samlet og for alle. I *Initieringsfasen* skåres det over 80% samlet og for to av tre, det er tilsvarende i *Gjennomføring*. I *Vedlikehold* skåres over 60% samlet og for veileder 2 mens veileder 1 og enhetsleder skårer fra 40-30%. Bildet er nokså likt for øvre og nedre panel med unntak av *Forberedelse*.

I Tabell 2 kan vi se skårene for de KIF-spørsmålene som går igjen i PEI i de ulike implementeringsfasene. Det kommer frem at alle fasene skårer ulikt for KIF-PEI samlet og PEI samlet. Videre så svarer både veileder og enhetsleder ulikt på spørreskjema (KIF-PEI samlet) og på intervju (PEI veileder og PEI enhetsleder) med unntak av *Vedlikehold*. Avdelingsleder har en skåre på under 80% i *Initiering*, men mangler data for *Gjennomføring* og skårer 0 i *Vedlikehold*. I *Initieringsfasen* så skårer miljøterapeutene full pott og er på over 80% i *Gjennomføringen*, men de skårer svært lavt i *Vedlikehold*. Data fra ungdommer mangler. Det ser ut til at implementeringsdybde eller samsvar mellom støttesystem-støttesystem (veileder, enhetsleder, avdelingsleder) og støttesystem-leveringssystem (avdelingsleder og miljøterapeut) er noe ujevnt over fasene.

Tabell 2. Bjørgvins KIF-skårer som inngår i PEI, PEI-skårer og skåre for intervjuede

	KIF-PEI Samlet	PEI Samlet	PEI Veil	PEI Enhl	PEI Avdl	PEI Miljøt	PEI Ungdom
Forberedelse	0.50	0.00	0.00	0.00			
Initiering	0.94	0.86	0.33	1.00	0.75	1.00	–
Gjennomføring	0.90	0.73			–	0.85	–
Vedlikehold	0.33	0.17	0.33	0.33	0.00	0.17	

Jong



Figur 2. KIF-skårer for Jong for oppfyllelsesgrad (øvre panel) og viktighet (nedre panel).

På Figur 2 i øvre panel ser vi skåringen av oppfyllelses-/implementeringsgrad samlet sett og for veileder, enhetsleder og avdelingsleder. Det er en samlet skåre på rett over 60% i *Forberedelse*, med en viss variasjon. I *Initieringen* ligger skåren på rett under 80% samlet for enhetsleder, mens veileder skårer under 60% og avdelingsleder over 80%. *Samleskåren* er på rett under 70% i *Gjennomføringen* og videre ser vi at skåren varierer fra 40% til over 80%. I *Vedlikeholdsfasen* skåres det samlet rett over 60%, veileder skårer over 80%, enhetsleder og avdelingsleder skårer begge under 60%.

Formelt sett skulle dette tilsi at Jong i fasene *forberedelse-* eller *initieringsfasen* da de begge ligger under 80% samlet sett. Det er imidlertid usikkert i hvilken grad skårene faktisk

kan angi hvilken ”plassering” i implementeringsfasen. Oppfatningen av implementeringsgrad mellom de ulike aktørene ser ut til å være ganske så ulik jevnt over.

I figur 2, nedre panel ser vi skåringen av viktighet samlet sett og for veileder 1, enhetsleder og avdelingsleder. I *forberedelse* og *initiering* skåres det over 80% samlet sett og for alle. I *gjennomføringen* skåres det 80% samlet sett og av veileder, enhetsleder skåres under 80% men avdelingsleder skåres over 80%. For *vedlikehold* skåres det rett under 80% samlet sett og under 60% av veileder 1, enhetsleder og avdelingsleder skåres begge fra over 80%. Bildet er noe forskjellig for øvre og nedre panel.

Tabell 3. Jongs KIF-skårer som inngår i PEI, PEI-skårer og skåre for intervjuede

	KIF-PEI Samlet	PEI Samlet	PEI Veil	PEI Enhl	PEI Avdl	PEI Miljøt	PEI Ungdom
Forberedelse	0.67	0.00	0.00	0.00			
Initiering	1.00	0.60	0.67	0.67	1.00	1.00	–
Gjennomføring	0.74	0.62			0.74	0.82	–
Vedlikehold	0.58	0.26	0.17	0.33	0.25	0.34	

I tabell 3 ser vi skårene for de KIF-spørsmålene som igjen i PEI i de ulike implementeringsfasene. Det kommer frem at det er ulike skårer over alle faser for både KIF-PEI samlet og for PEI samlet. Videre kommer det frem at både veileder og enhetsleder svarer gjennomgående ulikt på spørreskjema (KIF-PEI samlet) og på intervju (PEI veileder og PEI enhetsleder). Avdelingsleder skåres fullt på fasen *initiering*, over 80% i *gjennomføring* og svært lavt i *vedlikehold*. Miljøterapeutene (2 stk.) gir begge en full skåre i *initiering*, begge er over 80% i *gjennomføringen*, men er svært lave i *vedlikehold*. Data fra ungdommene mangler. Det ser ut til at implementeringsdybde eller samsvar mellom støttesystem-støttesystem (veileder, enhetsleder, avdelingsleder) og støttesystem-leveringssystem (avdelingsleder og miljøterapeut) er ujevnt over fasene.

Diskusjon

Målet er å oppnå en bedret kunnskap om implementering av evidensbasert behandling og dermed bedre rusbehandlingen, noe som er en sentral utfordring og et mål. Det har igjennom kurs, opplæring og manualer fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (bufdir) blitt formidlet anbefalinger om hvordan programmet skal implementeres til de ansatte på institusjonene, og ut fra det materialet som var tilgjengelig før undersøkelsen begynte så det ut til at implementeringsfasene 1 og 2 var gjennomført for LBR, og at det var ønskelig med en evaluering av fasene 3 og 4. Det var da relevant å se på både implementeringsdrivere/

kjernekomponenter på alle tre nivåer, men med et hovedblikk på programnivå og systemnivå. Dette var for å gjøre systemnivå i stand til å evaluere programnivå og behandlernivå.

Spørsmålet om de riktige punktene er med i verktøyet eller om noen andre kunne vært tilført og andre valgt bort vil alltid oppstå, men det er spørsmål som retter seg mot institusjonene, fordi det er der eventuelle nytte må vurderes nå og i fremtiden. I den foreliggende runden av gjennomført av KIF ble derfor de som svarte invitert til å kommentere følgende; (1) “Har noen spørsmål/momenter vært unødvendige, i så fall hvilke:”, og (2) “Savnes noen spørsmål/momenter, i så fall hvilke?”. De kommentarene som kom inn gjengis under.

Noen skårere fra LBR-institusjoner ga følgende kommentarer:

Har noen spørsmål/momenter vært unødvendige, i så fall hvilke:

- Hva menes med veileder ... uklart om det menes ekstern veiledning eller intern veiledning. Kan derfor påvirke svarene ...
- Spørsmål 39, 40, 41-her brukes måleverktøy vi ikke kjenner til.
- Noen spørsmål var vanskelige å svare på. For eksempel hvilken veiledning er det snakk om? Vi har intern veiledning med fagkonsulent og psykolog til miljøterapeutene, men vi har ikke ekstern veiledning som ser hvordan vi følger programmet fra et overordnet synspunkt. Svarene her er noe inkonsistente fra min side i og med at jeg var usikker på ut fra hvilke veilederroller spørsmålene skulle besvares ut fra.

Savnes noen spørsmål/momenter, i så fall hvilke?:

- Kan være utfordrende å svare på noen av spørsmålene da både økonomisk støtte, planer, oppfølging fra regionalt nivå og Bufdir er svært varierende.
- Videre har en oppfølging av ansatte som ikke tilsvare programmene som nevnt her – opplæring og oppfølging eksisterer, men verktøy for å sikre dette mangler.
- Vedrørende enhetsleders tilrettelegging i form av tid og penger er den fullt ut med tanke på tilgjengelig opplæring/veiledning per i dag, men må utvides i takt med utvikling av metoden.

KIF tar ikke med de psykometriske egenskapene i sin vurdering slik som Bradshaw et al. (2009) gjorde. Resultatene fra den originale versjonen kan derimot gi en indikasjon på at sammensetningen av generelle og programspesifikke aktiviteter som er inndelt i faser allikevel kan gi nyttige og til en viss grad pålitelige data når det gjelder intern konsistens, test-retest og assosiasjon (concurrent validitet) med andre verktøy. Dette er med utgangspunkt i formålet til verktøyet; å være praktisk og brukervennlig, og å gi data som kan være nyttige for

å vurdere hvilken kapasitet en bør se nærmere på i tillegg til teknisk støtte trengs hvor og til hvem. Forhold angitt i kolonnen ”Kommentarer angående mangler i PEI data” kan være en av årsakene til den varierende korrelasjonen fra svak til sterk for Bjørgvin og Jong.

Horner et al. (2004) rapporterer også om de psykometriske egenskapene, men den foreliggende versjonen av SET og PEI er naturlig nok ikke vurdert med hensyn av disse egenskapene. Detter er fordi det kun er brukt elementer av SET som en fordypning og samsvarsjekk opp mot KIF, men resultatene fra den originale versjonen kan allikevel indikere at sammensetningen av observasjoner og intervju av ulike aktører kan gi nyttige og til en viss grad pålitelige data. Vurderingene er gjort ut i fra formålet til verktøyet; Å frembringe data som kan være nyttig for å vurdere hvilke kapasiteter en bør se nærmere på og hvilke teknisk støtte som kan behøves hvor og til hvem.

Jevnt over så kan det se ut til at det er en ulik oppfatning av implementeringsgrad mellom de ulike aktørene, noe som gjelder for både KIF-skårer og for PEI-skårer. Av den grunn kan det være nyttig å se på de forskjellige ulikhetene hvorfor det er slik. En grunn kan være at spørsmålene har blitt oppfattet ulikt og det kan tenkes at det er merkbart ulike oppfatninger, eller noe annet. En avklaring av hva de ulike skåringene skyldes vil uansett være nødvendig og nyttig, fordi det vil kunne sikre at implementeringen fortsetter med god kvalitet og at den kan videreutvikles. Dette er noe som for eksempel kan gjøres ved at nye intervjuer gjennomføres, men da med flere ansatte samt at spørsmålene gjøres mer forståelige. Dette kan testes ut gjennom en pilotundersøkelse.

Fase 1 som er *Forberedelse* bør være av særlig interesse, fordi skåren kan forstås som et historisk tilbakeblikk som ser på hvordan man i sin tid kom i gang med programmet, jfr. muntlig informasjon fra utenom kartlegging. Selv om programmet kom raskt i gang så er ikke dette en barriere for å ikke kunne lykkes, men hvis ikke oppstarten var godt forankret kan det imidlertid være en risiko for å få en uønsket utvikling eller et generelt dårlig vedlikehold av programmet. Eksempelvis så kan det være ulike oppfatninger av om det fins en manual, da noe har svart delvis på KIF, ulik oppfatning om det er planer for opplæring/veiledning eller midler til opplæring/ veiledning, tid til møter og opplevd støtte fra bufdir mm.

De laveste KIF-skårene for Bjørgvin er i *Forberedelse* på spørsmålene 1, 4 og 5 henholdsvis “1) bufdir/regionskontor støtter opp om og investerer i LBR/MM,” “4) Det er etablert et internt team som arbeider med oppdateringer og justeringer i LBR/MM,” og “5) Det er (navngitt) ekstern veileder for LBR/MM.” De laveste KIF-skårene for Jong er i *Forberedelse* på spørsmålene 4, 7 og 9, henholdsvis “4) Det er etablert et internt team som

arbeider med oppdateringer og justeringer i LBR/MM,” “7) Det er utviklet planer for opplæring og veiledning i LBR/MM,” og “9) Det er satt av tid til møter og planlegging”.

Når det gjøres en vurdering av fasen *Forberedelse* så er det av interesse å bemerke seg at både Bjørgvin og Jong mangler en ekstern veileder. Dette ble også påpekt i KIF-kommentarer og gjennom muntlig kartlegging. Interne veiledere/ behandlingsansvarlige/ psykologer har besvart KIF og PEI, og svarene tilsier at interne behandlere kan, eller vil, ofte ha andre oppgaver overfor ungdommene enn LBR spesifikt. Dette kan være med på å vanskeliggjøre oppfølging av LBR på fulltid. Er det noe som implementeringslitteraturen er tydelig på så er det å fremheve viktigheten av et eksternt støttesystem – ekstern veileder, i tillegg til et internt støttesystem. Det bør derfor vurderes om det skal etableres slik støtte til kapasitetsbygging, både generell og programspesifikk.

Gjennom en fast og jevnlig kontakt med en ekstern veileder vil det også være lettere å etablere og vedlikeholde et internt team som kan bistå i implementeringen av LBR.

Når det gjelder planer for opplæring og veiledning og tid til møter og planlegging henger dette sammen med poenget ovenfor, det vil være lettere med ekstern veileder. Det henger imidlertid også sammen med kontakt med syntese- og oversettelsesystemet. Dagens LBR-manual antyder ikke faste møtepunkter med fast innhold på samme måte som for eksempel MM-håndboken. Det er viktig for implementering at Syntese/Oversettelse (Manual), Støttesystem og Leveringssystem fungerer godt sammen. Det kan være nyttig å kontakte fungerende LBR-miljøer som kan bistå med dette. LBR er for eksempel en inkorporert del av Multisystemisk Terapi, noe som gir god anledning til å holde seg oppdatert på nyere forskning om LBR og eventuelle manualendringer mm. For behandlingsinstitusjoner synes nytten av slik kontakt åpenbar. En slik kontakt kan legge til rette for at manual kan tilpasses situasjonen “på bakken” og at kjerneprinsippene samtidig kan ivaretas.

Bjørgvin skårer samlet rundt 80 % på KIF i *Gjennomføring*, mens Jong skårer under. De spørsmålene som skårer lavest på Bjørgvin er “27) Hver ungdom har fastsatt tid for måloppnåelse,” “30) Måloppnåelse vurderes jevnlig med hver ungdom, eks: Ukemøter eller tilsvarende,” og “31) Måloppnåelse vurderes jevnlig med hver ungdom, eks: Ukemøte, kvartalsrapport/-møter eller tilsvarende.” For Jong er det tilsvarende lave KIF-skåre på spørsmål 27. Disse punktene kan være ulikt presisert eller omtalt i LBR-manualen, noe som kan forklare foreliggende KIF-skårer på Bjørgvin.

Begge institusjonen skårer jevnt lavt i *Vedlikehold*. Det kan være at fasen ikke oppfattes som viktig. Det kan også være at det er andre momenter i vedlikehold enn det ble

spurt om i KIF som oppfattes å være viktige; det ble ikke anført på skjemaet under muligheten til å angi om noen spørsmål er overflødige eller mangler. Det er også mulig at enkelte spørsmål var formulert slik at de ga en lavere skåre enn de kunne fått med annen formulering. Ett eksempel kan være spørsmål 39 "Hver ansattes overholdelse av manual/ behandlingsprinsipper måles jevnlig, eks: TAM eller tilsvarende" som er skåret 0 på oppfylleelsesgrad (én har skåret 2), og enten 1 eller 2 for viktighet (se også Vedlegg 4, detaljerte skåringer). Spørsmål 41 "Det gjennomføres jevnlig programmåling ved institusjonen, eks: TAM; SAM, ..." har også gjennomgående lav skåre.

Det kan være at TAM (Therapist Adherence Measure) og SAM (Supervisor Adherence Measure) (forkortelsene er beskrevet i KIF-skjemaet) er ukjente eller ikke brukes, og at det forklare den lave skåren i og med at de ble nevnt som eksempel. Det kan være nyttig, og nødvendig, for å sikre vedlikehold og utvikling av LBR at en eller annen form for måling av overholdelse av behandlingsprinsipper/manual måles som grunnlag for kvalitetssjekk og veiledning/opplæring. At det forekommer svingninger av kompliserte behandlings- og miljøterapeuttiltak er helt naturlig, og det er vanligvis ikke et stort problem dersom situasjonen overvåkes og justeres ved behov. I Multisystemisk Terapi er det lagt stor vekt på jevnlig måling av overholdelse av behandlingsprinsipper, og dette anses som essensielt for å få god effekt. Derfor er det rimelig å anta at LBR kan ha nytte av å se på de erfaringene MST har med slik måling.

Det har vært ulikt antall miljøterapeuter, men ingen ungdommer som har blitt intervjuet, se Tabell 4. Dette betyr at data fra PEI må tolkes med forsiktighet, snittet for terapeutskåren kan endre avhengig av om to eller tre har svart. Videre er det mulig at veileder og enhetsleder har svart at fagutvikling gjennomføres ukentlig, mens miljøterapeut har svart at det gjennomføres sjeldnere fordi de selv deltar sjeldnere på grunn av turnus eller annet. Intensjonen har vært at miljøterapeut svar skulle være basert på om det foregår fagutvikling fast hver uke, uavhengig av om de deltar hver gang selv eller ikke. Altså om det er et fast punkt på institusjonen. Det kan tenkes at det har vært uklarhet om dette i intervjusituasjonen. Og det kan tenkes at det er et spørsmål om forskjellig begrepsbruk og misforståelser i den forbindelse.

Det kan også tenkes at miljøterapeuter som ikke har kontaktansvar har deltatt i intervjuet, og slik sett ikke har oversikt over gjennomføring av MM. Manglende oversikt er mindre sannsynlig fordi miljøterapeutskårene jevnt over ligger høyt i Gjennomføring og på de stedene ungdom er intervjuet ligger også deres skåre noen steder høyt i samme fase.

Mangler i PEI-data kan igjen ha flere årsaker, først og fremst praktiske. Dato for besøk på institusjonene/avdelinger og intervjuer ble avtalt i forkant og eksterne personer gjennomførte intervjuene. Ved fastsatt dato for besøk og intervju fikk man sikret at noen aktører var tilstede, veileder, enhetsleder og avdelingsleder. Det ble mer usikkert om miljøterapeuter–tre stykker–kunne være tilstede, og/eller om miljøterapeuter med kontaktansvar kunne være tilstede. Det er slik sett et element av tilfeldighet ved datainnhenting her. Dette gjelder også for ungdommer. I tillegg kommer at noen kanskje ikke vil la seg intervju.

Tilstedeværelse av miljøterapeuter med kontaktansvar når PEI gjennomføres på en spesifikk dag kan også påvirkes av ulike turnusordninger, for eksempel langturnus med mer og mindre faste lag av miljøterapeuter. Det kan bety flere runder med PEI for å dekke alle aktørene i leveringssystemet. Ved intern bruk av PEI (og KIF) vil det være enklere å tilpasse dette på den enkelte institusjon.

Det kan også tenkes at aktørene som intervjues finner at enkelte spørsmål er vanskelige å besvare på “stående fot.” Det er ikke sikkert at alle går og tenker på implementerings-spørsmål hele tiden–det kan være enklere å få “områdd seg” ved å besvare et spørreskjema på papir/skjerm. Videre kan det være usikkerhet med hensyn på begrepsbruk, noen slike usikkerheter er angitt i kommentarene for KIF, og en kan ikke se bort fra at det også har vært tilfelle for PEI. Ved intern bruk av PEI (og KIF) vil det være enklere å tilpasse begrepsbruken til det som ellers gjelder på den enkelte institusjon.

Uansett variasjon i korrelasjon har hensikten vært å vise at det kan oppnås tilstrekkelig samsvar til at PEI kan være nyttig i å anslå implementeringsdybde på noen sentrale punkter.

Det er viktig å være klar over at skårene gir et øyeblikksbilde av situasjonen den gang spørreskjemaet ble besvart og intervjuet ble gjennomført. Særlig kan PEI-intervjuet være utsatt for tilfeldige skårer ut fra situasjonen på institusjonen den dagen det ble gjennomført, det kan for eksempel hende at ansatte var opptatt av andre ting en implementering akkurat da, eksempelvis uforutsette hendelser større planlagte endringer, at noen ansatte og ungdommer ikke var tilgjengelige for intervju med mer (se også Tabell 4, og beskrivelse av PEI).

Det nevnes at de skjemaene som er brukt, KIF og PEI, dekker de fleste kjernepunktene i LBR-manualen, samt noen flere som er tatt fra MM-håndboken. MM-håndboken har også punkter for implementering–støttesystem og leveringssystem–samt programevaluering med mer som legger til rette for en høy skåre på denne kartleggingen. Det kan være nyttig å vurdere om noen elementer kan inkorporeres inn LBR-manualen.

Poenget har ikke vært å lage et system for å gi en karakter eller lignende, men å ta temperaturen på en grei og enkel måte og slik se om det er områder i implementeringen det kan være verdt å se nærmere på. En lav skåre på ett eller flere områder kan bety at man bør se på det, men kan også bety at det er som forventet på grunn av spesifikke omstendigheter på det tidspunktet kartlegging/intervju ble gjort. Det er sånn sett når man blir overrasket over en skåre for en implementeringsfase (eller et enkeltpunkt) at det er grunn til å se nærmere på det.

Implementeringsverktøyene som er utviklet er nøye hentet ut i fra eksisterende verktøy og litteraturen som er på området. Forfatterne som har vært referert til har studert implementering nøye og har publisert mangfoldig litteratur, artikler og studier hvor forskjellige teknikker har blitt prøvd ut, eliminert og spesialtilpasset. Vi har i denne studien tatt hensyn hva litteraturen sier og til hva oppdragsgiver har ønsket og har etter beste evne utviklet et nyttig og tilpasset verktøy som kan brukes for å sikre best mulig implementering av evidensbaserte praksis.

Avslutningsvis så oppfordres det til at det gjennomføres en evaluering av verktøyene på et senere tidspunkt for å se om de bør endres, slik kan det også bli en likere oppfatning av skriftlige og muntlige spørsmål. Samtidig anbefales det at man for hver institusjon/avdeling i tillegg til å intervju enhetsleder og avdelingsleder tar sikter på å intervju opp til tre miljøterapeuter og opp til tre ungdommer, helst flere om mulig (Strømgren, 2016).

Moderat samsvar kan være et uttrykk for at spørsmålene er forstått forskjellig, at grad av oppfyllelse er vurdert forskjellig, eller at noen ikke er besvart (særlig i fasen Vedlikehold) (jfr kommentarer til KIF som er gjengitt over). Derfor må resultatet tolkes forsiktig med hensyn på de som har skåre moderat, poenget er at de øvrige skårene viser at verktøyet kan ha god eller meget god pålitelighet. Variasjonen i samsvar er større når det gjelder vurderingen av punktenes viktighet for å lykkes med LBR. Uansett gir en høy ICC-skåre kun indikasjon på graden av enighet, eller likhet i skåring.

Referanser

- Bradshaw, C. P., Debnam, K., Koth, C. W., & Leaf, P. (2009). Preliminary Validation of the Implementation Phases Inventory for Assessing Fidelity of Schoolwide Positive Behavior Supports. *Journal of Positive Behavior Interventions, 11*(3), 145-160. doi:10.1177/1098300708319126
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). *Applied behavior analysis* (2nd ed. ed.). Upper Saddle River, N.J: Pearson/Merrill Prentice Hall.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol, 41*(3-4), 327-350. doi:10.1007/s10464-008-9165-0
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics: and sex and drugs and rock 'n' roll* (4th ed. ed.). Los Angeles: SAGE.
- Hallgren, K. A. (2012). Computing Inter-Rater Reliability for Observational Data: An Overview and Tutorial. *Tutor Quant Methods Psychol, 8*(1), 23-34.
- Hem, E., Gjersvik, P., & Bretthauer, M. (2014). Sammenliknende effektforskning. *Tidsskrift for Den norske legeförening, 134*(14), 1374-1374.
- Holth, P. (2008). Læringsbasert Rusbehandling. *psykologtidsskrift.no, 45*(10), 1276-1284. doi: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=60759&a=2
- Holth, P., Torsheim, T., Sheidow, A. J., Ogden, T., & Henggeler, S. W. (2011). Intensive Quality Assurance of Therapist Adherence to Behavioral Interventions for Adolescent Substance Use Problems. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 20*(4), 289-313. doi:10.1080/1067828X.2011.581974
- Horner, R. H., Todd, A. W., Lewis-Palmer, T., Irvin, L. K., Sugai, G., & Boland, J. B. (2004). The school-wide evaluation tool (SET): A research instrument for assessing school-wide positive behavior support. *Journal of Positive Behavior Interventions, 6*, 3-12. doi: 10.1177/10983007040060010201
- Kamon, J., Budney, A., & Stanger, C. (2005). A Contingency Management Intervention for Adolescent Marijuana Abuse and Conduct Problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*(6), 513.
- Meyers, D., Katz, J., Chien, V., Wandersman, A., Scaccia, J., & Wright, A. (2012). Practical Implementation Science: Developing and Piloting the Quality Implementation Tool. *American Journal of Community Psychology, 50*(3), 481-496. doi:10.1007/s10464-012-9521-y
- Schoenwald, S. K., Garland, A. F., Chapman, J. E., Frazier, S. L., Sheidow, A. J., & Southam-Gerow, M. A. (2011). Toward the Effective and Efficient Measurement of Implementation Fidelity. (Report). *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 38*(1), 32.

- Strømgren, B. (2016). Evaluering av institusjoner som tilbyr Læringsbasert rusbehandling og målstyrt miljøterapi. Implementeringsvurdering. *Upublisert rapport*. Oslo: Bufdir
- Todd, A. W., Lewis-Palmer, T., Horner, R. H., Sugai, G., Sampson, N. K., & Phillips, D. (April 2005). *School-wide Evaluation Tool Implementation Manual*. (University of Oregon. Oregon).
- Wandersman, A., Chien, V. H., & Katz, J. (2012). Toward an evidence-based system for innovation support for implementing innovations with quality: tools, training, technical assistance, and quality assurance/quality improvement. *Am J Community Psychol*, 50(3-4), 445-459. doi:10.1007/s10464-012-9509-7

Vedlegg 1

Vedlegg 1: Spørreskjema KIF, manual med koding

Kartlegging av implementeringsfaser

Institusjon: _____ Dato utfylt: _____

Funksjon: ___ Enhetsleder ___ Avd. Leder ___ Veileder/ansv. psykolog/beh. (ekstern)

Formål med kartleggingen

Kartlegging av implementeringsfaser (KIF) brukes for å vurdere graden av implementering av Læringsbasert Rusbehandling (LBR)/ Målstyrt Miljøterapi (MM) ved den enkelte institusjonen. Spørsmålene er gruppert i 4 suksessive stadier av implementering: Forberedelse, Initiating, Gjennomføring og Vedlikehold.

Det tar vanligvis omtrent 10 minutter å fylle ut KIF.

Veiledning

Oppfyllelesesgrad: Ut fra ditt kjennskap til institusjonen, marker i riktig kolonne for å indikere i **hvor stor grad hvert punkt er oppfylt**. Valgalternativene er: **Ikke**, **Delvis**, og **Fullt**. Velg det du mener passer best med situasjonen siste tre måneder. NB!

Hvor viktig: Marker også **hvor viktig** du mener **hvert punkt er for å lykkes** med LBR/MM.

(Du kan fylle ut med datamaskin og markere x i hver kolonne, eller du kan skrive ut, markere manuelt, scanne og sende tilbake)

N	O	Forberedelse av LBR/MM	Oppfyllelesesgrad			Hvor viktig		
			Ikke (0)	Delvis (1)	Fullt (2)	Ikke Viktig (0)	Viktig (1)	Svært viktig (2)
		Disse spørsmålene omhandler i stor grad historikk fra starten av LBR/MM., men også dagens situasjon						
1	1	Bufdir/regionskontor støtter opp om og investerer i LBR/MM						
2	4	Enhetsleder støtter opp om og investerer i LBR/MM, eks: <i>Enhetsleder bidrar til å sette av tid/frikjøp</i>						
3	5	De ansatte støtter opp om og investerer i LBR/MM						
4	6	Det er etablert et internt team som arbeider med oppdateringer og justeringer i LBR/MM						
5	7	Det er navngitt (ekstern) veileder i LBR/MM						
6	13	Det er utviklet en manual for gjennomføring av LBR/MM						
7	12	Det er utviklet planer for opplæring og veiledning i LBR/MM						
8	2	Det er satt av tid og penger til trening og veiledning						
9	3	Det er satt av tid til møter og planlegging						

N	O	Forberedelse av LBR/MM	Oppfylleelsesgrad			Hvor viktig		
			Ikke (0)	Delvis (1)	Fullt (2)	Ikke Viktig (0)	Viktig (1)	Svært viktig (2)
		Disse spørsmålene omhandler i stor grad historikk fra starten av LBR/MM., men også dagens situasjon						
1	1	Bufdir/regionskontor støtter opp om og investerer i LBR/MM						
2	4	Enhetsleder støtter opp om og investerer i LBR/MM, eks: <i>Enhetsleder bidrar til å sette av tid/frikjøp</i>						
3	5	De ansatte støtter opp om og investerer i LBR/MM						
4	6	Det er etablert et internt team som arbeider med oppdateringer og justeringer i LBR/MM						
5	7	Det er navngitt (ekstern) veileder i LBR/MM						
6	13	Det er utviklet en manual for gjennomføring av LBR/MM						
7	12	Det er utviklet planer for opplæring og veiledning i LBR/MM						
8	2	Det er satt av tid og penger til trening og veiledning						
9	3	Det er satt av tid til møter og planlegging						

N	Gjennomføring av LBR/MM	Oppfylleelsesgrad			Hvor viktig		
		Ikke (0)	Delvis (1)	Fullt (2)	Ikke Viktig (0)	Viktig (1)	Svært viktig (2)
	Disse spørsmålene vurderes ut fra situasjonen de siste tre månedene						
21	Hver ungdoms problemområder kartlegges før ankomst						
22	Hver ungdom kartlegges ved ankomst, eks: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Grunnleggende kartlegging, familiekartlegging, eller annen kartlegging</i> • Tidligere og nåværende problemer kartlegges ved ankomst: • <i>Hvis rusproblemer:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Hvilke stoffer, hvor store doser og hyppighet.</i> • <i>Sosialøkonomisk; hvilke anledninger og hvordan bruken har utviklet seg over tid</i> 						
23	Det stilles konkrete krav og forventninger til ungdommen, eks: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Regler er positivt formulert, fokus på atferd og ikke person, rask tilbakemelding</i> 						
24	Det er utarbeidet et system som sikrer fremgang mot mål, eks: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Positiv tilbakemelding, belønning underveis</i> 						
25	Hver ungdom har spesifikke hoved-/langsiktige mål						
26	Hver ungdoms hoved-/langsiktige mål er formulert i delmål						
27	Hver ungdom har fastsatt tid for måloppnåelse						
28	Hver ungdom deltar i utforming av egen behandling						
29	Hver ungdom er forpliktet til mål ved involvering av andre <ul style="list-style-type: none"> • <i>venner, familie, terapeuter, støttespillere</i> 						
30	Måloppnåelse vurderes jevnlig med hver ungdom, eks: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ukemøter eller tilsvarende</i> 						
31	Måloppnåelse vurderes jevnlig med hver ungdoms familie, eks: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ukemøter, kvartalsrapport/-møter eller tilsvarende</i> 						
32	Måloppnåelse vurderes jevnlig med hver ungdoms miljøterapeut, eks: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ukerapportmøter, kvartalsrapport/-møter eller tilsvarende</i> 						
33	Måloppnåelse vurderes jevnlig med hver ungdoms avdelingsleder, eks: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Konsultasjon på institusjon eller telefon</i> 						
34	Måloppnåelse vurderes jevnlig for hver ungdom med (ekstern) veileder, eks: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Konsultasjon på institusjon eller telefon</i> 						
35	Tilbakemelding gis til ungdom og barnevernstjenesten						

N	Vedlikehold/Utvikling av LBR/MM	Oppfylleelsesgrad			Hvor viktig		
		Ikke (0)	Delvis (1)	Fullt (2)	Ikke Viktig (0)	Viktig (1)	Svært viktig (2)
	Disse spørsmålene omhandler dagens situasjon og planer fremover						
36	Det gjennomføres ukentlig fagutvikling, eks: • <i>Konsultasjon og faste rapportmøter</i>						
37	Det gjennomføres månedlig fagopplæring, eks: • <i>Case-diskusjoner</i>						
38	Det gjennomføres halvårlig fagopplæring, eks: • <i>Fagdager for miljøarbeidere, samlinger for enhetsledere og veiledere</i>						
39	Hver ansatts overholdelse av manual/behandlingsprinsipper måles jevnlig, eks: • <i>TAM eller tilsvarende</i>						
40	Hver ansatts individuelle utviklingsplaner oppdateres jevnlig, eks: • <i>Årlig gjennomgang av TAM eller tilsvarende</i>						
41	Det gjennomføres jevnlig programmåling ved institusjonen, eks: • <i>TAM, SAM, <u>A</u>AM, <u>E</u>AM</i>						
42	Nyansatte får opplæring i LBR/MM etter en fastsatt plan						

Note:

TAM = Therapist Adherence Measure

SAM = Supervisor Adherence Measure

AAM og EAM er det samme for Avdelingsleder og Enhetsleder, må muligens lages

Skåringsguide for oppfyllings-/implementeringsgrad

Fase-/subskala	Beregning av skalaskåre →	del med →	... og få →	Evt. X 100 for å få % skåre
Forberedelse	Sum av alle 9 spørsmål: _____	18 =	_____	_____ % implementering
Initiering	Sum av alle 11 spørsmål: _____	22 =	_____	_____ % implementering
Gjennomføring	Sum av alle 15 spørsmål: _____	30 =	_____	_____ % implementering
Vedlikehold	Sum av alle 7 spørsmål: _____	14 =	_____	_____ % implementering
SAMLET KIF	Sum av alle 84 spørsmål: _____	168 =	_____	_____ % implementering

Skåringsguide for viktighetsgrad

Fase-/subskala	Beregning av skalaskåre →	del med →	... og få →	Evt. X 100 for å få % skåre
Forberedelse	Sum av alle 9 spørsmål: _____	18 =	_____	_____ % implementering
Initiering	Sum av alle 11 spørsmål: _____	22 =	_____	_____ % implementering
Gjennomføring	Sum av alle 15 spørsmål: _____	30 =	_____	_____ % implementering
Vedlikehold	Sum av alle 7 spørsmål: _____	14 =	_____	_____ % implementering
SAMLET KIF	Sum av alle 84 spørsmål: _____	168 =	_____	_____ % implementering

Vedlegg 2

Vedlegg 2: Intervjuskjema PEI, manual med koding PEI Intervjuguide 1.0

KIF Spm	Fase	Evalueringsspørsmål til veileder (ekstern) og enhetsleder	Merknad/skåre
6 (12)	1	Er det utviklet planer for opplæring og veiledning av ansatte? <i>0 = nei; 1 = delvis/av og til; 2 = ja</i>	
11a	2	Gjennomføres det jevnlig kontakt mellom ledelse og ekstern veileder/ konsulent angående hver ungdom? <i>0 = nei, ikke fastsatt; 1 = ja, delvis, ved behov; 2 = ja, faste tidspunkter</i>	Bruk snittskåre
11b	2	Hvor ofte gjennomføres konsultasjon mellom ledelse og ekstern veileder/ konsulent angående hver ungdom? <i>0 = sjeldnere enn hver måned, 1 = månedlig, 2 = oftere enn hver måned</i>	
14	2	Gjennomføres det jevnlig fag-/rapportmøter om hver ungdom (uten ungdom)? <i>0 = nei, ikke fastsatte; 1 = ja, sjeldnere enn hver uke/ukentlig kun for noen; 2 = ja, fast ukentlig for alle</i>	
16	2	Gjennomføres det jevnlig behandlingsmøter med vurdering av måloppnåelse for den enkelte ungdom (med ungdom)? <i>0 = nei, ikke fastsatte; 1 = ja, sjeldnere enn hver uke/ukentlig kun for noen; 2 = ja, fast ukentlig for alle</i>	
36	4	Når/hvor ofte gjennomføres fagutvikling ved veiledning <i>0 = sjeldnere enn hver måned; 1 = minst månedlig; 2 = fast ukentlig</i>	
37	4	Når/hvor ofte gjennomføres fagopplæring <i>0 = sjeldnere enn hver måned; 1 = minst månedlig; 2 = fast ukentlig</i>	
41	4	Gjennomføres det jevnlig programmåling ved institusjonen? <i>0 = nei; 1 = hvert år; 2 = hvert halvår</i>	
41 a-d	4	TAM, SAM, ANNET (eks AAM*, EAM* -beskriv el.-beskriv), <i>0 = nei, ingen av de nevnte; 1 = minst to av de nevnte; 2 = alle de nevnte</i>	

*AAM og EAM er TAM/SAM for Avdelingsleder og Enhetsleder, må muligens lages

KIF Spm	Fase	Spørsmål til avdelingsleder (spørsmål om ungdommer gjelder de du har ansvar for)	Merknad/ skåre
14	2	Gjennomføres det jevnlig fag-/rapportmøter om hver ungdom (uten ungdom)? <i>0 = nei, ikke fastsatte; 1 = ja, sjeldnere enn hver uke/ukentlig kun for noen; 2 = ja, fast ukentlig for alle</i>	
16	2	Gjennomføres det jevnlig behandlingsmøter med vurdering av måloppnåelse for den enkelte ungdom (med ungdom)? <i>0 = nei, ikke fastsatte; 1 = ja, sjeldnere enn hver uke/ukentlig kun for noen; 2 = ja, fast ukentlig for alle</i>	
22	3	Gjennomføres det kartlegging (eks grunnleggende, rus) av hver ungdom ved ankomst? <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, for noen; 2 = ja, fast for alle</i>	
23a	3	Angående konkrete krav og forventninger i behandlingsmøter, er det fokus på: Positivt formulerte regler? <i>0 = nei; 1 = delvis/av og til; 2 = ja</i>	Bruk snittskåre
23b	3	Angående konkrete krav og forventninger i behandlingsmøter, er det fokus på: Atferd og ikke på person? <i>0 = nei; 1 = delvis/av og til; 2 = ja</i>	
23c	3	Angående konkrete krav og forventninger i behandlingsmøter, er det fokus på: Rask tilbakemelding? <i>0 = nei; 1 = delvis/av og til; 2 = ja</i>	
24a	3	Er det utarbeidet et system for å sikre framgang mot mål? <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, for noen; 2 = ja, fast for alle</i>	Bruk snittskåre
24b	3	For å sikre framgang mot mål, brukes: Positiv tilbakemelding? <i>0 = nei; 1 = delvis/av og til; 2 = ja</i>	
24c	3	For å sikre framgang mot mål, brukes: Belønning underveis? <i>0 = nei; 1 = delvis/av og til; 2 = ja</i>	
25	3	Har hver ungdom Hovedmål/langsiktige mål? <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, for noen; 2 = ja, fast for alle</i>	
26	3	Har hver ungdom Delmål? <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, for noen; 2 = ja, fast for alle</i>	
28	3	Har ungdommen mulighet til å delta i utforming av egen behandling? <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, noen; 2 = ja, fast for alle</i>	
30a	3	På fastsatte behandlingsmøter med ungdommen, gjennomføres vurdering av måloppnåelse? <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, for noen; 2 = ja, fast for alle</i>	Bruk snittskåre
30b	3	På fastsatte behandlingsmøter med ungdommen, gjennomføres vurdering av hindringer <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, for noen; 2 = ja, fast for alle</i>	
39a	4	Bli du vurdert med hensyn på gjennomføring av LBR/MM av veileder/ konsulent? <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, innimellom; 2 = ja, fast etter en plan</i>	Bruk snittskåre
39b	4	Bli du vurdert med hensyn på gjennomføring av LBR/MM av enhetsleder? <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, innimellom; 2 = ja, fast etter en plan</i>	
39c	4	Bli du vurdert med hensyn på gjennomføring av LBR/MM av ungdommene? <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, innimellom; 2 = ja, fast etter en plan</i>	
39d	4	Bli du vurdert med hensyn på gjennomføring av LBR/MM av ungdommenes familie? <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, innimellom; 2 = ja, fast etter en plan</i>	
41	4	Gjennomføres det jevnlig programmåling ved institusjonen? <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, årlig; 2 = ja, halvårlig</i>	
41 a-d	4	TAM, SAM, ANNET (eks AAM*, EAM* -beskriv el.-beskriv), <i>0 = nei, ingen av de nevnte; 1 = minst to av de nevnte; 2 = alle de nevnte</i>	

KIF Spm	Fase	Spørsmål til miljøterapeuten (spørsmål om ungdommer gjelder de du har ansvar for)	Merknad/ skåre
14	2	Gjennomføres det jevnlig fag-/rapportmøter om hver ungdom (uten ungdom)? <i>0 = nei, ikke fastsatte; 1 = ja, sjeldnere enn hver uke/ukentlig kun for noen; 2 = ja, fast ukentlig for alle</i>	
16	2	Gjennomføres det jevnlig behandlingsmøter med vurdering av måloppnåelse for den enkelte ungdom (med ungdom)? <i>0 = nei, ikke fastsatte; 1 = ja, sjeldnere enn hver uke/ukentlig kun for noen; 2 = ja, fast ukentlig for alle</i>	
22	3	Gjennomføres det kartlegging (eks grunnleggende, rus) av hver ungdom ved ankomst? <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, for noen; 2 = ja, fast for alle</i>	
23a	3	Angående konkrete krav og forventninger i behandlingsmøter, er det fokus på: Positivt formulerte regler? <i>0 = nei; 1 = delvis/av og til; 2 = ja</i>	Bruk snittskåre
23b	3	Angående konkrete krav og forventninger i behandlingsmøter, er det fokus på: Atferd og ikke på person? <i>0 = nei; 1 = delvis/av og til; 2 = ja</i>	
23c	3	Angående konkrete krav og forventninger i behandlingsmøter, er det fokus på: Rask tilbakemelding? <i>0 = nei; 1 = delvis/av og til; 2 = ja</i>	
24a	3	Er det utarbeidet et system for å sikre framgang mot mål? <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, for noen; 2 = ja, fast for alle</i>	Bruk snittskåre
24b	3	For å sikre framgang mot mål, brukes: Positiv tilbakemelding? <i>0 = nei; 1 = delvis/av og til; 2 = ja</i>	
24c	3	For å sikre framgang mot mål, brukes: Belønning underveis? <i>0 = nei; 1 = delvis/av og til; 2 = ja</i>	
25	3	Har hver ungdom Hovedmål/langsiktige mål? <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, for noen; 2 = ja, fast for alle</i>	
26	3	Har hver ungdom Delmål? <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, for noen; 2 = ja, fast for alle</i>	
28	3	Har ungdommen mulighet til å delta i utforming av egen behandling? <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, noen; 2 = ja, fast for alle</i>	
30a	3	På fastsatte behandlingsmøter med ungdommen, gjennomføres vurdering av måloppnåelse? <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, for noen; 2 = ja, fast for alle</i>	Bruk snittskåre
30b	3	På fastsatte behandlingsmøter med ungdommen, gjennomføres vurdering av hindringer <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, for noen; 2 = ja, fast for alle</i>	
36	4	Får du deltatt på jevnlig strukturert fagutvikling ved veiledning/konsultasjon? <i>0 = sjeldnere enn hver måned; 1 = minst månedlig; 2 = fast ukentlig</i>	Bruk snittskåre
37	4	Får du deltatt på jevnlig strukturert fagopplæring? <i>0 = sjeldnere enn hver måned; 1 = minst månedlig; 2 = fast ukentlig</i>	
39a	4	Bli du vurdert med hensyn på gjennomføring av LBR/MM av veileder/ konsulent? <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, innimellom; 2 = ja, fast etter en plan</i>	
39d	4	Bli du vurdert med hensyn på gjennomføring av LBR/MM av avdelingsleder? <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, innimellom; 2 = ja, fast etter en plan</i>	
39c	4	Bli du vurdert med hensyn på gjennomføring av LBR/MM av ungdommene? <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, innimellom; 2 = ja, fast etter en plan</i>	
39d	4	Bli du vurdert med hensyn på gjennomføring av LBR/MM av ungdommenes familie? <i>0 = nei, ikke systematisk; 1 = ja, innimellom; 2 = ja, fast etter en plan</i>	

KIF Spm	Fase	Spørsmål til ungdommen	Merknad/skåre
16	2	Har du fastsatte behandlingsmøter med ansatte/miljøterapeut? <i>0 = nei, ikke fastsatte; 1 = ja, sjeldnere enn hver uke; 2 = ja, fast ukentlig</i>	
23	3	På fastsatte behandlingsmøter, blir det stilt konkrete krav til deg? <i>0 = nei; 1 = delvis/av og til; 2 = ja, alltid</i>	Bruk snitt-skåre
23a	3	Angående konkrete krav og forventninger i behandlingsmøter, er ansatte opptatt av : Positivt formulerte regler? <i>0 = nei; 1 = delvis/av og til; 2 = ja, alltid</i>	
23b	3	Angående konkrete krav og forventninger i behandlingsmøter, er ansatte opptatt av: Atferd og ikke på person? <i>0 = nei; 1 = delvis/av og til; 2 = ja, alltid</i>	
23c	3	Angående konkrete krav og forventninger i behandlingsmøter, gir de ansatte: Rask tilbakemelding? <i>0 = nei; 1 = delvis/av og til; 2 = ja, alltid</i>	
24a	3	4. Har du et system (behandlingsplan) for å sikre framgang mot mål? <i>0 = nei; 1 = delvis/av og til; 2 = ja, alltid</i>	Bruk snitt-skåre
24b	3	For å sikre framgang mot mål, brukes: Positiv tilbakemelding? <i>0 = nei; 1 = delvis/av og til; 2 = ja, alltid</i>	
24b	3	For å sikre framgang mot mål, brukes: Belønning underveis? <i>0 = nei; 1 = delvis/av og til; 2 = ja, alltid</i>	
28	3	Får du mulighet til å delta i utforming av egen behandling? <i>0 = nei; 1 = delvis/av og til; 2 = ja, alltid</i>	
30a	3	På fastsatte behandlingsmøter, blir din måloppnåelse gjennomgått? <i>0 = nei; 1 = delvis/av og til; 2 = ja, alltid</i>	Bruk snitt-skåre
30b	3	På fastsatte behandlingsmøter, blir hindringer for din måloppnåelse gjennomgått? <i>0 = nei; 1 = delvis/av og til; 2 = ja, alltid</i>	

Vedlegg 4

KIF råskårer for hver som fylte ut for hver institusjon.

Bjørgvin – KIF-råskårer for hver som fylte ut.

