



Ann-Heidi Nebb, Rose-Marie Lejon og Silje Wangberg:

# Klient- og resultatstyrt praksis

Erfaringer fra  
Ruspoliklinikken, UNN



**KoRus-Nord**

Kompetansesenter rus, Nord-Norge  
Rus og spesialpsykiatrisk klinikk, UNN



Illustrasjonene er basert på fotografier tatt i ishotellet i Jukkasjärvi i 2008 og 2009.

Foto: Marit Andreassen.

Omslag: Typisk Bjørseth AS / Kristoffersens Trykkeri AS, Narvik.

Trykk: Kristoffersens Trykkeri AS, Narvik.

ISBN 978-82-8085-047-8

ISSN 1891-2311

# Forord

Nødvendigheten av å inkludere og styrke klientens stemmer står sentralt når det fokuseres på forbedring av behandlingsresultater, brukermedvirkning og brukerrettigheter. Både politiske myndigheter, brukere og fagfolk er opptatt av at brukermedvirkning skal få en naturlig plass i behandling av rusmiddelavhengige. De gode intensjonene synes likevel vanskelig å omsette i praksis. Klient – og resultatstyrt praksis (KOR) har vist seg å være en slik intervensjon som kan bidra til å ivareta brukerrettigheter, og gjøre oss i stand til å yte mer brukerstyrt behandling. KOR er en tilnærming der formålet er å gi brukerne en sentral plass som aktive deltakere i utforming og vurdering av egen behandling.

Formålet med denne studien er å beskrive kliniske erfaringer ved bruk av KOR i Ruspoliklinikken (Rus og spesialpsykiatrisk klinikk, UNN), samt undersøke hvilke faktorer som påvirker implementeringen av KOR.

Dette pilotprosjektet er et spennende samarbeid mellom Ruspoliklinikken og KoRus-Nord, som kom i stand på bakgrunn av et forslag fremmet ved Rus og spesialpsykiatrisk klinikk/UNN, om å innføre KOR i deler av klinikken i nær fremtid. Gjennom prosjektets beskrivelser av utviklings- og endringsprosessen, ønsker vi å synliggjøre aktuelle tema og problemstillinger, til nytte for andre avdelinger som ønsker å implementere KOR.

Vi vil takke de som har bidratt til at studien har blitt en realitet. Først og fremst de ansatte ved Ruspoliklinikken, som med stor velvilje har delt raust av sine erfaringer gjennom hele prosjektperioden. En stor takk rettes videre til våre kolleger og prosjektmedarbeidere ved KoRus-Nord, konstituert virksomhetsleder Marit Andreassen og seniorrådgiver/forskningsleder Trond Nergaard Bjerke, for verdifulle innspill i arbeidet med rapporten.

*Bergen/Tromsø/Narvik, juli 2010*

*Ann-Heidi Nebb, prosjektleder / psykologspesialist, KoRus-Nord*

*Rose-Marie Lejon, seksjonsleder Ruspoliklinikken, UNN*

*Silje Camilla Wangberg, Seniorrådgiver/phd, KoRus-Nord*



# Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	5
<b>1. Innledning</b> .....	13
1.1. Bakgrunn for prosjektet .....	13
1.1.1. Politiske føringer - opptrappingsplanen for rusfeltet .....	13
1.1.2. Pasientfokuset forskning .....	15
1.2. Formål og problemstillinger .....	16
1.2.1. Formål .....	16
1.2.2. Problemstillinger .....	16
1.3. Begrepsbruk i rapporten .....	17
1.4. Oppbygging av rapporten .....	17
<b>2. Klient- og resultatstyrt praksis (KOR)</b> .....	19
2.1. Innledning .....	19
2.2. Inspirasjonskilder til KOR .....	19
2.2.1. Behandlingsallianse .....	20
2.2.2. Tidlig bedring .....	21
2.2.3. Fortløpende tilbakemelding .....	22
2.3. KOR i Norge .....	23
2.4. Endringsfaktorer i rusbehandling .....	24
2.5. Oppsummering KOR .....	25
<b>3. Implementering</b> .....	27
3.1. Innledning .....	27
3.2. Forhold som påvirker implementeringen .....	28
3.3. Hemmere og fremmere .....	30
3.3.1. Individuelle faktorer: .....	31
3.3.2. Faktorer relatert til den sosiale settingen .....	33
3.3.3. Systemfaktorer .....	35
3.4. Oppsummering – implementering .....	36
<b>4. Metode</b> .....	39
4.1. Klinisk bruk av KOR .....	39
4.1.1. Prosedyre .....	39
4.1.2. Deltakere .....	41
4.1.3. Etske refleksjoner .....	42
4.1.4. Instrumenter .....	42
4.1.5. Statistiske analyser .....	44
4.1.6. Metodiske refleksjoner .....	44
4.2. Implementeringsstudien .....	45
4.2.1. Prosedyre .....	45
4.2.2. Informanter .....	46
4.2.3. Datainnsamling .....	46
4.2.4. Analyse .....	49
4.2.5. Metodiske refleksjoner .....	49

<b>5. Resultater fra klinisk bruk av KOR</b> .....	51
5.1. Pasientenes opplevde endring i behandling, målt ved ORS .....	51
5.2. Pasientenes vurdering av den terapeutiske alliansen, målt ved SRS.....	53
5.3. Sammenheng mellom ORS og SRS.....	55
<b>6. Resultater fra implementeringen av KOR</b> .....	57
6.1. Individuelle faktorer.....	57
6.1.1. Innledning .....	57
6.1.2. Kompetanse .....	57
6.1.3. Holdninger.....	62
6.1.4. Motivasjon .....	76
6.1.5. Hvilke individuelle faktorer hemmer og fremmer implementeringen? .....	81
6.2. Faktorer relatert til den sosiale konteksten .....	85
6.2.1. Innledning .....	85
6.2.2. Behandlernes vurdering av klientenes oppfatning av KOR.....	85
6.2.3. Sosial kontekst – kollega, teamkultur og leder .....	90
6.2.4. Hvilke sosial kontekst faktorer hemmer og fremmer implementeringen? .....	96
6.3. Systemfaktorer .....	99
6.3.1. Innledning .....	99
6.3.2. Organisasjon og struktur .....	100
6.3.3. Økonomi, personell - og tidsmessige ressurser .....	107
6.3.4. Hvilke systemfaktorer hemmer og fremmer implementeringen ....	110
<b>7. Oppsummering og mulige implikasjoner for videre implementering av KOR</b> .....	115
7.1 Innledning.....	115
7.2 Oppsummering av viktige funn.....	116
7.2.1. Klinisk bruk av KOR.....	116
7.2.2. Føringer i implementeringen av KOR .....	117
7.2.3. Barrierer i implementeringen av KOR .....	119
7.3. Implikasjoner for videre implementering av KOR.....	120
7.3.1. En systematisk tilnærming til implementering .....	120
7.3.2. Forpliktelse, forankring og engasjement .....	121
7.3.3. Starte i det små.....	123
7.3.4. Ressursgruppe eller implementeringsteam .....	124
7.3.5. Opplæring, konsultasjon og veiledning .....	125
7.3.6. Flexibilitet .....	126
7.3.7. Noen utfordringer .....	127
7.3.8. Videre forskning .....	128
7.4. Avslutning .....	129
<b>Referanser</b> .....	131
<b>Vedlegg:</b> .....	141

# ***Sammendrag***

I denne rapporten presenterer vi en eksplorerende studie som har som formål å beskrive kliniske erfaringer ved bruk av Klient – og resultatstyrt praksis (KOR) i Ruspoliklinikken (Rus og spesialpsykiatrisk klinikk, UNN), samt undersøke hvilke faktorer som påvirker implementeringen av KOR. Gjennom beskrivelser av utviklings- og endringsprosessen, ønsker vi å synliggjøre aktuelle tema og problemstillinger, til nytte for andre avdelinger som ønsker å implementere KOR. Ved å knytte våre funn ved Ruspoliklinikken til andre relevante studier, vil vi gjennom pilotprosjektet også kunne generere gode og relevante forskningsspørsmål for videre studier om bruk av KOR i rusfeltet.

Viktigheten av å inkludere og styrke klientens stemmer står sentralt når det fokuseres på forbedring av behandlingsresultater, brukermedvirkning og brukerrettigheter. Både politiske myndigheter, brukere og fagfolk er opp-tatt av at brukermedvirkning skal få en naturlig plass også i behandling av rusmiddelavhengige. De gode intensjonene synes likevel vanskelig å omsette i praksis. Klient – og resultatstyrt praksis har vist seg å være en slik intervensjon som kan bidra til å ivareta brukerrettigheter, og gjøre oss i stand til å yte mer brukerstyrt behandling.

Klient og resultatstyrt praksis (KOR), som er utviklet av Scott Miller og Barry Duncan, er en fremgangsmåte for å sikre seg systematisk tilbakemelding fra klienten om den terapeutiske prosessen og nytte av behandlingen. Det sentrale i denne tilnærmingen er å verdsette klientens kunnskap og gjøre den retningsgivende for behandlingen. KOR systemets økende utbredelse og tilgjengelighet i klinisk praksis handler blant annet om at det er et kort og enkelt instrument, bestående av to skalaer, som er både brukervennlig og lett lar seg tilpasse til bruk i en hektisk behandlingshverdag. Fremgangsmåten kan brukes på tvers av teoretisk forståelse og behandlingsmetode. KOR er blant annet inspirert av forskning som viser at systematisk innhenting av klientens vurdering av utbytte av terapien, og kvaliteter ved den terapeutiske allianse, bedrer behandlingsresultatene. Samtidig kan tilbakemeldingene fra klienten bidra til å kvalitetssikre terapeutens arbeid.

Men for at tilbakemeldingsverktøyene skal fungere etter intensjonen må de integreres i de terapeutiske samtaler, og være et supplement til faglige vurderinger underveis. Det kan derfor være hensiktsmessig å se på hvilke faktorer som hemmer og / eller fremmer implementeringen av KOR i en klinisk setting. De prosessene som karakteriserer selve gjennomføringen av tiltak, forut for om noe blir godt eller dårlig, kalles implementeringsprosesser. I denne undersøkelsen sorteres påvirkningsfaktorene i tre hovedkategorier: Individuelle (aktør) faktorer, faktorer knyttet til den sosiale kontekst, samt strukturelle faktorer.

Mer spesifikt vil vi i denne pilotstudien først sammenstille KOR-data om klientenes opplevde endring i løpet av behandlingsforløpet, og om hvordan klientene vurderer samtaler ved Ruspoliklinikken. KOR ble tatt i bruk for alle klienter som startet behandling i prosjektperioden (01.01.09-30.06.09), og for å innhente empiri omkring deres tilbakemeldinger (på KOR-skalaene) valgte vi en kvantitativ tilnærming. For det andre vil vi gjennom intervju-data finne ut hva som hemmer og fremmer implementeringen av KOR, og å trekke veksler på disse funnene i forhold til å komme med anbefalinger for andre som ønsker å ta i bruk KOR. Empirien som presenteres i denne delen av rapporten er innhentet kvalitativt i form av intervjuer og observasjoner av alle de seks behandlerne ved Ruspoliklinikken.

### ***Klientenes tilbakemeldinger ved hjelp av KOR-skalaene***

KOR ble brukt på 41 av de 50 klientene som startet sin behandling i prosjektperioden. Studien viser at 20 klienter hadde gjennomført minst seks samtaler innen datainnsamlingen ble avsluttet, og analysen av repeterte data (erfaringer over tid) ble begrenset til disse 6 første terapeutiske samtaler. Etter den sjette samtalen rapporterer 8 av 20 (40 %) at de opplever en signifikant endring i sin livssituasjon i positiv retning. Gjennomsnittlig opplever de en forverring fra første til andre samtale. Resultatene tolkes i retning av at klientene er mer åpne og ærlige i sin feedback ved den andre timen. Klientenes gjennomsnittlige opplevde forbedring fra time to til time seks utgjør en statistisk signifikant forskjell, og illustrerer slik at resultatene må tolkes med forsiktighet på grunn av et begrenset datagrunnlag. Den kliniske relevansen av disse funnene er at ved hjelp av tilbakemeldinger fra klientene

vet behandlerne hvilke klienter (40 %) som opplever å få god og nyttig behandling, som virket positivt på deres opplevelse av egen livssituasjon. Samtidig gis det informasjon om hvilke klienter behandlerne må være særlig årvåken overfor, der det å finne ut av hva de trengte for å muliggjøre positiv forandring må være i fokus.

Når det gjelder hvordan klientene vurderer samtalerne underveis i behandlingsforløpet, viser data fra denne studien at klientene samlet sett er mer fornøyd med samtalen/ arbeidsalliansen ved samtale seks enn de var ved den første samtalen. Denne endringen er statistisk signifikant. Alle samtalerne (for hele gruppen) blir vurdert som nokså gode, unntatt den andre samtalen som blir beskrevet som dårlig (under grenseverdien på 36). Det disse resultatene forteller behandlerne er at skårer som indikerer at klientene ikke er fornøyd med samtalen, krever at de inviterer klienten til å gi en tilbakemelding på hva han/hun ikke er fornøyd med, og hva som kunne vært bedre. Lave skårer (under 36), kan indikere frafall fra behandling (drop-out), og er slik et viktig varselssignal til behandleren.

### ***Implementeringserfaringer***

Studien viser at blant enkeltfaktorer som fremmer implementeringen er det spesielt behandlernes lojalitet til beslutningen om å implementere KOR som fremstår som viktig.

Det betyr at behandlerne følger de krav som blir satt i henhold til prosjektplanen, og de anser KOR som en nyttig innfallsvinkel for å åpne mer opp for klientens perspektiver. Samtidig mener behandlerne at fremgangsmåten passer godt med eksisterende praksis – deres faglige holdninger og verdier om hva som er god behandling. Videre virker det fremmende for implementeringen at behandlerteamet har to "ildsjeler" / pådrivere med høy grad av legitimitet og troverdighet som driver prosessen fremover fra planlegging til gjennomføring. At den ene av dem er seksjonslederen, som deltar aktivt og støttende, samt formidler at KOR-prosjektet er viktig gjennom å gi det praktisk - og faglig prioritet, er selvsagt en gode for iverksettingen. Et annet sentralt funn i studien er at det tar litt tid før andre påvirkningsfaktorer i fremmende retning slår inn, blant annet gjelder dette

for betydningen av veiledning/opplæring. Når veiledningen etter hvert kommer i gang virker den samlende på kollegagruppen, fungerer som opplæringsarena og bidrar til at mål og hensikt med KOR blir tydeliggjort. Iverksettingen av KOR viser seg også etter hvert å ha ringvirkninger for kollegagruppen, i form av bedre samhandling, økt åpenhet – og et felles språk knyttet til relasjonelle tema- og problemstillinger. Kvaliteter ved intervensjonen (KOR) har også betydning for implementeringen, noe som blir tydeligere for behandlerne gjennom praktisk erfaring med KOR. Behandlerne mener at verktøyets anvendelighet ligger i at skjemaene er korte og enkle – og at det fremmer systematisk bruk av tilnærmingen i en ellers hektisk og krevende klinisk hverdag. Videre oppleves det som en fordel at verktøyet er lett å tilpasse og forankre i eksisterende praksis.

Data fra studien viser at den største barrieren i implementeringen av KOR ved Ruspoliklinikken er at flertallet av behandlerne har mangelfull kompetanse på KOR når prosjektet starter. Kursing og opplæringen i forkant av – og underveis i prosjektet er preget av lite struktur og systematikk. Dette synliggjøres blant annet ved at målsettingen med KOR blir oppfattet tildels ulikt. Vesentlige poeng ved anvendelsen av KOR, som for eksempel integrering av skårer i samtalene blir ikke oppfattet av alle. KOR-prosjektet er heller ikke tilstrekkelig forankret i hele personalgruppen fra starten av.

Videre viser studien at mangelfull informasjon og opplæring kan ha påvirket behandlernes holdning til "vurderingsdimensjonen" i klientens feedback. Behandlerne formidler at det kan være vanskelig å innhente tilbakemeldinger fra klientene om samtalen/alliansen, noe som igjen gjør det vanskelig å få rede på forbedringsmulighetene i relasjonen. Dette er informasjon som kan bidra til å forklare at behandlerne ikke kommer opp på nivå for gode samtaler på KOR-skalaen (se kliniske funn). Diskusjonen knyttet til disse funnene antyder viktigheten av å skape trygge og klare rammer/vilkår når KOR skal implementeres i klinisk praksis. Tydelige målsettinger, og åpenhet omkring hva KOR er og skal brukes til, fremstår som viktige forutsetninger for å oppnå gode feedback-betingelser både for klientene og for behandlerne. Studien viser med all tydelighet at behandlerne ved Ruspoliklinikken hadde en læringsprosess som i stor grad bar preg av at veien blir til mens man går.

## ***Implikasjoner for videre implementering av KOR***

Resultatene fra denne studien er i samsvar med funn fra sammenlignbare studier der implementeringen av KOR har vært fokusert, og med kunnskapsoppsummeringer av implementeringsprosesser mer generelt. På bakgrunn av dette fremstår blant annet følgende faktorer som viktige:

### ***En systematisk tilnærming til implementeringen***

Vi finner støtte for at implementering av KOR krever en systematisk tilnærming, der blant annet gode forberedelser og planlegging er en viktig forutsetning for å lykkes. I denne studien oppsummeres det med at mangel på en systematisk tilnærming fremstår som en hemmer for iverksettingen.

### ***Forpliktelse, forankring og engasjement***

Implementeringen av KOR bør være vel gjennomtenkt, og sikre at det er et samsvar mellom det tilnærmingen kan tilføre faglig, og avdelingens problemforståelse, mål og behov. En slik avklaring vil kunne bidra til å skape engasjement, forankring og forpliktelse til prosjektet. Studien ved Ruspoliklinikken viser at disse faktorene også kan fungere som "buffer" for det som ikke fungerte like optimalt i implementeringsprosessen.

### ***Starte i det små***

Denne aktuelle studien er et eksempel på anbefalinger om å starte i det små. Det handler i hovedsak om å bruke resultatene som fremkommer her til å sikre forpliktelse oppover i systemet, samt bygge videre på de faglige erfaringene fra pilotprosjektet. En annen gevinst ved å starte i det små er at de nye arbeidsoppgavene knyttet til KOR, synes å la seg integrere i eksisterende praksis uten for mye motstand.

### ***Ressursgruppe / implementeringsteam***

Etablering av en ressursgruppe kan være gunstig for å få igangsatt og følge opp implementeringen av KOR. Gruppen kan fungere som en kompetansebase for KOR-relaterte problemstillinger, et forankringspunkt

for KOR-tilnærmingen, men også som en "buffer" i forhold til motstridende interesser mellom administrasjon / ledelse og de som skal gjennomføre endringen. Ved Rus og spesialpsykiatrisk klinikk/UNN, er det etablert en ressursgruppe. Fremover er det viktig at gruppens mandat og rolle blir avklart, gjøres kjent og forankres i organisasjonen.

### ***Opplæring, konsultasjon og veiledning***

Analyse av våre data viser at mangelfull og ustrukturert opplæring er en kritisk faktor for implementeringen av KOR. Det stilles i utgangspunktet ikke noen formelle krav i form av kursdeltakelse eller sertifisering for å bruke KOR. Likevel er det forhold som kan tyde på at for å arbeide klientstyrt, og ta klientens medvirkning på alvor, så må det læres av den enkelte terapeut. Veiledning synes å være en av nøklene til suksess, der veiledningsfokuset nødvendigvis er rettet mot endring og behandlingsrelasjon.

### ***Fleksibilitet***

Behovet for fleksibilitet melder seg når en skal finne ut hva neste steg skal være når tilbakemelding fra klienten er innhentet. Det kan være at terapeuten har behov for veiledning, at klienten har behov for endring i tilnærming, bytte av terapeut, eller å finne seg et annet behandlingsprogram/ selvhjelpsgruppe. Det foreligger ikke gode nok data i denne undersøkelsen for å besvare hvordan behandlerne retter seg etter klientens tilbakemeldinger. Annen empiri vektlegger terapeutens – og systemets fleksibilitet for å bidra til reell brukermedvirkning.

### ***Noen utfordringer***

Med bakgrunn i implementeringsforskning og erfaringer fra Ruspoliklinikken, fremmes det noen mulige utfordringer i det videre arbeidet med å implementere KOR. Det gjelder å være spesielt oppmerksom på – og ha strategier for å håndtere at konkurrerende gjøremål, prioriteringer og krav vil utfordre vedlikeholde av KOR over tid. Videre vil innføringen av KOR også kunne avstedkomme diskusjoner omkring behandlere eller behandlingsprogram som ikke fungerer optimalt. Det å organisere tjenestetilbud

rundt klientens preferanse og progresjon vil også kunne utfordre konvensjonell visdom om hvordan vi skal drive god behandling. Informasjon, åpenhet og invitasjon til debatt er anbefalte strategier.



# **1. Innledning**

## **1.1. Bakgrunn for prosjektet**

Kompetansesenter rus - Nord-Norge (heretter KoRus-Nord) mottok høsten 2008 en søknad om økonomisk støtte fra Ruspoliklinikken i Tromsø til et pilotprosjekt. Søknaden hadde sitt utspring i et forslag fremmet i enhetsledermøte i april samme år, om å innføre "Klient – og resultatstyrt praksis" (KOR) i Ruspoliklinikken (Rus og spesialpsykiatrisk klinikk, UNN) innen et tidsperspektiv på ett til to år. I tilknytning til denne satsningen ønsket Ruspoliklinikken å gjennomføre et seks måneders pilotprosjekt med systematisk utprøving av tilbakemeldingssystemet KOR, og de to skalaene som dette omfatter.

KOR er en tilnærming der formålet er å gi brukerne en sentral plass som aktive deltakere i utforming og vurdering av egen behandling. Forespørselen til KoRus-Nord var i utgangspunktet begrenset til økonomisk bistand til innkjøp av kartleggingsverktøy, samt til å dekke utgifter til prosessveiledning i prosjektperioden. Parallelt var KoRus-Nord også engasjert i planlegging og gjennomføring av et kompetansehevingstiltak som innbefattet et seminar med Scott Miller, en av utviklerne av KOR.

Ved KoRus-Nord fattet vi umiddelbart interesse for disse initiativene, også i et bredere perspektiv, sett i lys av vårt oppdrag om å fremme forskning og utviklingsarbeid (FOU) i praksisnære miljøer. I nær dialog med Ruspoliklinikken i Tromsø valgte vi derfor å gjennomføre en pilotstudie sammen, med fokus på å beskrive de kliniske funnene ved utprøving av KOR, og samtidig undersøke de forholdene som påvirker (hemmet og fremmet) implementeringen. Dette vil være viktig kunnskap dersom KOR skal innføres i andre enheter i Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk, eller på andre behandlingsarenaer.

### **1.1.1 Politiske føringer - opptrappingsplanen for rusfeltet**

Økt brukermedvirkning innen rusfeltet er i dag en helsepolitisk fordring og er nedfelt som et av fem hovedmål i opptrappingsplanen for rusfeltet

(Helse – og omsorgsdepartementet, 2007). Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har også brukermedvirkning som et av sine overordnede mål og strategier.

Målsettingen i opptrappingsplanen innbefatter både å styrke brukernes medvirkning, blant annet gjennom å ta i bruk verktøy for brukermedvirkning, men også å anvende brukererfaringer mer systematisk i kvalitetsarbeidet for å utvikle gode, nyttige og effektive tjenester. Systematisk utprøving av godt beskrevne metoder bidrar til ny og viktig kunnskap, og kan bidra til overføring av kunnskap fra forskning til klinisk praksis. Metoder som er godt beskrevet og utprøvd gir et godt grunnlag for opplæring.

Dette fører oss over til et annet sentralt innsatsområde i opptrappingsplanen som er å styrke rusmiddelforskningen – og arbeide for å bedre dokumentasjon og kvalitetssikring på fagfeltet. Helse Nord RHF, ved fagsjef Jan Norum (notat, 2010) har formulert sitt oppdragsforskningsprosjekt på følgende måte: *“Tverrfaglig Spesialisert Behandling (TSB) - Gir vi et likeverdig tilbud av god kvalitet og nytte?”* og for inneværende år er det avsatt ca. 3 millioner kroner til dette formålet.

Tradisjonelt har ikke utviklingen av rusbehandlingstiltak hatt basis i empiriske forskningsresultater (Melberg, Lauritzen & Ravndal, 2003). Statens forvaltningstjeneste (2003) konkluderer i en offentlig utredning med at de norske bidragene til internasjonal forskning på blant annet effekter av behandlingstiltak er mangelfulle. Det kan synes som om det er et sprik mellom rusforskningen og behandlingspraksis, og at det må settes inn en innsats for å minske dette gapet.

De seneste årene har brukermedvirkning på systemnivå blitt institusjonalsert blant annet gjennom representasjon i styrer, utvalg og brukerundersøkelser. Dersom vi skal dokumentere brukernes egne perspektiver på individnivå krever det at vi innhenter systematisk informasjon fra brukeren om vi er på rett vei i behandlingen, og om det er noen justeringer vi kan gjøre for at for eksempel relasjonen kan bli bedre. Til tross for gode intensjoner så langt kan det synes som om at brukermedvirkning er vanskelig å omsette til praksis. Kartlegging av brukernes erfaringer med det psykiske

helseapparatet viser at langt fra alle brukere opplever at deres erfaringer og kunnskap blir verdsatt og tatt hensyn til, og at tilbudet som ytes ofte er usammenhengende og oppstykket (Sverdrup, Kristofersen & Myrvold, 2005; Rådet for psykisk helse, 2008). Brukerne av tjenestene rapporterer sjelden spontant sin misnøye før de har bestemt seg for å avslutte behandlingen. Ravndal og Vaglums studie fra 1994, som viste at bare 14 % av et utvalg på 200 klienter med rusrelatert problematikk fullførte et halvannet års behandlingsforløp, illustrerer det som fortsatt er en alvorlig problemstilling innefor rusfeltet – det at svært mange klienter avslutter behandlingen før den er fullført.

### **1.1.2 Pasientfokusert forskning**

Et relativt nytt forskningsparadigme kalt pasientfokusert forskning (Howard, Moras, Brill, Martinovich, & Lutz, 1996) adresserer noen av de ovenfor nevnte problemstillingene. Det argumenteres for at vi må bygge kunnskap om klientens opplevde utbytte av behandlingen gjennom systematisk evaluering av behandlingsforløpet - og sørge for at informasjonen brukes aktivt for å tilpasse og justere behandlingstilnærmingene og i vurderinger av behov for videre behandling (Howard et al., 1996). Gjennom pasientfokusert forskning vet vi at dersom klienten deltar mer aktivt i egen behandling, stimuleres klientens ressurser og sannsynligheten øker for et bedre behandlingsresultat (Duncan, Miller & Sparks, 2004; Lambert, 2003). Forskning viser altså at det er nødvendig å ta klientens stemme på alvor i det terapeutiske arbeidet.

I siste utgave av *"Handbook of Psychotherapy and Behavior Change"* (Lambert, Garfield & Bergin, 2004) oppfordrer redaktørene nettopp til forskning på systematisk bruk av klientens direkte tilbakemeldinger i klinisk praksis og til deltakelse i pasient - og resultatfokusert forskning som en prioritert oppgave de neste 10 årene. Det presiseres at denne forskningen ikke står i noe motsetningsforhold til forskning som søker å finne tilnærminger og terapeutiske strategier som kan ha spesielt god effekt på spesifikke problemområder.

## **1.2. Formål og problemstillinger**

### **1.2.1 Formål**

Formålet med dette pilotprosjektet er todelt. Det første er å innføre KOR-skalaene ORS (Outcome Rating Scale) og SRS (Session Rating Scale) i Ruspoliklinikken i Tromsø, for å dokumentere og sammenstille de kliniske erfaringene ved bruk av KOR. Det andre formålet er å studere implementeringsprosessen, og bruke dette erfaringsgrunnlaget til å synliggjøre implikasjoner for en eventuell videre innføring av KOR i andre deler av Rus og spesialpsykiatrisk klinikk ved UNN, eller på andre behandlingsarenaer. Ved å knytte våre funn ved Ruspoliklinikken til andre relevante studier, vil pilotstudien også generere gode og relevante forskningsspørsmål for videre studier om bruk av KOR i rusfeltet.

### **1.2.2 Problemstillinger**

Med utgangspunkt i ovenfor nevnte er følgende problemstillinger formulert til de to ulike formålene:

#### ***Dokumentere og sammenstille resultater av kartleggingen:***

- Opplever pasientene ved Ruspoliklinikken en endring i hvordan de har det personlig, mellommenneskelig, sosialt og generelt – målt ved skala for endringsvurdering (ORS), gjennom sitt behandlingsforløp?
- Hvordan vurderer pasientene samtaleene ved Ruspoliklinikken, målt ved skala for samtalevurdering / allianse (SRS)?

#### ***Hva hemmer og fremmer iverksettingen og gjennomføringen av KOR ved Ruspoliklinikken?***

- Hvordan blir KOR mottatt, gjennomført og vurdert av behandlerne ved Ruspoliklinikken?
- Hvilke implikasjoner kan disse erfaringene ha for implementering av KOR i andre kliniske enheter?

### **1.3. Begrepsbruk i rapporten**

I en terapeutisk sammenheng omtales personer som får behandling eller hjelp for sine livsutfordringer gjerne som pasient, klient eller bruker. Begrepene dekker delvis det samme, og har det til felles at de viser til ett "kjennetegn", én identitet eller én sosial status ved personen som omtales. I rapporten veksler vi i all hovedsak mellom å bruke begrepet klient, siden det er dette begrepet som brukes i tilnærmingen som omtales (klient – og resultatstyrt praksis), men også pasient siden det er den korrekte benevnelsen i henhold til lovverket som regulerer deres rettigheter i den behandlingssettingen de inngår i. De ansatte ved Ruspoliklinikken omtales oftest som behandler, kliniker eller terapeuter (henviser til yrkesrolle), men også som ansatt, deltakere eller aktører (rolle i prosjektet).

### **1.4. Oppbygging av rapporten**

I kapittel 2 og 3 gis en beskrivelse av det teoretiske og empiriske grunnlaget for henholdsvis klient – og resultatstyrt praksis og implementering av endringer i klinisk praksis. Det er valgt ulike metodikk for de to problemstillingene, noe som gjenspeiles i beskrivelsene av metodevalg, datagrunnlag og metodiske refleksjoner i kapittel 4.

I kapittel 5 presenteres beskrivelser og sammenstillinger av erfaringene med bruk av KOR-skalaene i Ruspoliklinikken. Funnene vil bli drøftet fortløpende gjennom kapittelet.

Resultater fra implementeringsstudien vil bli presentert i kapittel 6, der vi følger KOR-pilotprosjektet fra ide til handling. Videre struktureres dette kapittelet i tre deler som gjenspeiler de hovedkategoriene av faktorer som påvirker implementeringen; aktører, sosial kontekst og system. Drøftinger gjøres fortløpende.

Siste kapittel inneholder en oppsummering av viktige funn i undersøkelsen, samt peke på mulige implikasjoner for videre implementering av KOR.



## **2. Klient- og resultatstyrt praksis (KOR)**

### **2.1. Innledning**

Måleinstrumenter for tilbakemelding i terapi har tradisjonelt vært utarbeidet for bruk i forskningssammenheng, og således vært lite anvendbare i klinisk praksis. Client-Directed, Outcome-Informed (CDOI) practice, eller Klient – og resultatstyrt praksis (KOR) på norsk, er et slikt hjelpemiddel til å gi klienter økt innflytelse over egen behandling. KOR, som er utviklet av Scott Miller og Barry Duncan, er et system bestående av to enkle skalaer (Miller, Duncan, Sorell & Brown, 2005) som gir terapeuten systematisk tilbakemelding på klientens vurdering av oppnådd endring (*Outcome Rating Scale - ORS*) og klientens vurdering av behandlingsalliansen (*Session Rating Scale – SRS*). KOR-skalaens tilgjengelighet (eller popularitet / appeal) ligger blant annet i at det er et kort og enkelt instrument, det er anvendelig og lett lar seg tilpasse til bruk i en hektisk behandlingshverdag.

Brown, Dreis & Nace (1999) har i sin forskning funnet at ethvert kartleggingsinstrument som tar mer enn fem minutter å gjennomføre fører til lavere gjennomføringsrate blant behandlere i klinisk praksis. KOR er en arbeidsform som kan brukes på tvers av behandlers teoretiske forståelse og behandlingsmetoder, men der kjernen er å verdsette klientens kunnskap og gjøre den retningsgivende for behandlingen. Et kommersielt Web-basert system (MyOutcomes) er tilgjengelig for å administrere, samle inn data, gjøre normative sammenligninger, samt få meldinger som er basert på empiri om feedback. I tillegg gir systemet mulighet til å hente ut aggregert statistikk.

### **2.2. Inspirasjonskilder til KOR**

Miller og Duncan bygger sin tilnærming og sitt system på nyere behandlingforskning omkring hva som skaper endring i terapi og hva som øker effekten av terapi. De er talsmenn for den kontekstuelle forskningsmodellen, som innebærer at man i stedet for å lete etter generell evidens i en spesifikk metode til behandling av en spesifikk diagnose heller skal se etter hva som virker i forhold til den enkelte klient, og hvordan vi som klinikere kan bli bedre til å tilpasse vår behandling til den enkelte klient (Wampold,

2001). Bargmann, Vinther & Holme (2009) nevner tre inspirasjonskilder til Miller og Duncans arbeider. Disse er behandlingsallianse, tidlig bedring og fortløpende tilbakemeldinger.

### **2.2.1 Behandlingsallianse**

Bakgrunnen for den første inspirasjonskilden er forskning på den betydningen fellesfaktorene har for utfallet av terapi. Allerede i 1936 presenterte Rosenzweig oss for Dodo-fuglens dom, etter en fugl i eventyret Alice i drømmeland som sa at "*alle har vunnet og alle fortjener premie*" (Bargmann et al., 2009). Med det mente han å peke på at forskjellige behandlingsmetoder virker like effektivt. Vi vet i dag at psykoterapi virker, blant annet refereres ofte at en gjennomsnittlig behandlet person har det bedre enn om lag 80 % av et ubehandlet utvalg personer (Lambert & Ogles, 2004; Wampold, 2001).

I og med at vi vet at det ikke er noen uovertruffen terapimodell som virker for alt og alle har psykoterapiforskningen har de siste 50 årene vært opptatt av å finne frem til hva som er de virksomme faktorene i terapi. En av de faktorene som bidrar mest til å skape terapeutisk forandring er *alliansen* mellom klient og behandler. Det er på bakgrunn av denne forskningen Miller og Duncan har utviklet den enkle allianseskalaen -'Session rating scale' (SRS). Den fylles ut mot slutten av hver time, og sikrer klienten en mulighet til å gi behandleren umiddelbar tilbakemelding på hvordan han/hun vurderer alliansen. Det gir på sin side behandleren anledning til å rette opp alliansen, dersom den ikke er tilfredsstillende for klienten.

SRS-skalaen er basert på Bodins (1994) sin definisjon av den terapeutiske allianse. Han definerte tre komponenter som er med på å skape alliansen; enighet om terapiens mål, enighet om terapiens arbeidsoppgaver og det emosjonelle båndet mellom klient og terapeut. I tillegg har SRS en fjerde komponent for klientens tro på eller tillit til det terapeutiske arbeidet. Forskning har vist at dette er en betydelig faktor for behandlingsalliansen. SRS fungerer i rimelig overensstemmelse med lengre og mer veletablerte instrumenter (Duncan et al., 2003)

### **2.2.2 Tidlig bedring**

Videre bygger KOR på kunnskap om at tidlig bedring i klientens tilstand er en tydelig indikator for et godt terapieresultat ved avslutning av behandlingen (Howard et al., 1996; Brown et al., 1999). Howard (1986) omtalte sine funn som "The dose effect in psychotherapy", og refererer til at den største del av den forandring som skjer i terapi skjer tidlig i prosessen. Duncan og Sparks (2008, side 122) oppsummerer betydningen av tidlig bedring slik:

- 1. Majoriteten av klientene (60-65 prosent) opplever en forandring i løpet av en til syv samtaler*
- 2. De klienter som ikke rapporterer om forandring tidlig, vil vanligvis heller ikke oppnå bedring i løpet av det totale terapiforløpet*
- 3. Klienter som opplever en forverring tidlig i terapien, løper en betydelig risiko for å droppe ut eller å ende med negativt resultat."*

'Outcome rating scale' (ORS) – skala for endringsvurdering gir således terapeuten en mulighet til å følge utviklingen i klientens egenopplevde belastninger eller lidelsestrykk fra gang til gang. Skjemaet, som tar noen minutter å administrere, blir gitt i begynnelsen av hver time. Dersom terapien viser seg å ikke ha effekt på klientens funksjonsnivå, er målet at terapeuten skal gripe inn og endre behandlingsstrategi eller gjøre andre nødvendige forandringer.

ORS er basert på Lambert et al.'s (2004) Outcome Questionnaire 45, som er et annet godt etablert instrument for å måle utfall av terapi. ORS er et betydelig kortere instrument, men korrelerer likevel tilfredsstillende med OQ-45 (Miller & Duncan, 2004). I tillegg til de tre viktige dimensjonene assosiert med psykisk helse og psykiske lidelser, personlig opplevelse av velvære /ubehag, fungering i nære relasjoner, og sosial fungering (dimensjoner i OQ-45, som Miller og Duncan har adoptert), består SRS av en generell dimensjon.

### **2.2.3 Fortløpende tilbakemelding**

Flere studier har vist at det er lite samsvar mellom klienten og terapeutens vurdering av alliansen (Wampold, 2001) og terapeutens vurdering av bedring i behandlingen er heller ikke pålitelig fordi den stemmer dårlig overens med klientens (Sapyta, Riemer & Bickman, 2005; Hannan et al., 2005).

I studien til Hannan et al. (2005) klarte ikke terapeutene å identifisere 39 av 40 klienter som ikke profitterte (det vil i denne sammenhengen si at de ikke selv opplevde bedring) på sin behandling. Dersom klientens vurdering av behandlingsforløpet ikke blir ivaretatt, kan dette ofte føre til forlenget og ineffektiv behandling. En rekke studier viser nettopp at dersom terapeuten får fortløpende tilbakemeldinger fra klienten om de opplever bedring av behandlingen og deres vurdering av alliansen, gir dette signifikant økning av effektiviteten av terapi (Lambert et al., 2001; Hawkins et al., 2004; Whipple et al., 2003). Spesielt i tilfeller der det forventes liten endring, forverring eller drop-out, har slike tilbakemeldinger vist seg særlig nyttig. I 2005 utførte Miller et al. en lignende studie, og fant at feedback ved bruk av ORS og SRS øker effekten av terapi med 65 %.

Nylig ble det gjort en stor norsk studie av 461 par, hvor resultatene peker i samme retning, nemlig at det er større effekt av parterapi der systematisk feedback integreres i behandlingen enn der denne betingelsen ikke er tilstede (Anker, Duncan & Sparks, 2009). Feedback-gruppen oppnådde tre ganger større effekt av behandlingen og antall drop-out ble halvert. Videre var prosentandelen av skilsmisser i denne gruppen 18 %, sammenlignet med 34 % i gruppen som fikk behandling uten feedback.

Dersom klienter blir identifisert i henhold til at de ikke nyttiggjør seg den behandlingen de får, har studier utført av Whipple et al. (2003) og Harmon et al. (2007) foreslått at man i tillegg til mål på effekt og allianse også bør tilføre mål for endringsmotivasjon og opplevd sosial støtte. Forskning viser at dette kan øke effektiviteten av behandlingen ytterligere.

I sum viser disse resultater betydningen av mer formalisert og systematisk tilbakemelding til terapeuten om deres klienter.

### **2.3. KOR i Norge**

KOR har etter hvert en stor utbredelse også utenfor opphavslandet USA. Barry Duncan (2007) har uttalt at åpenheten for denne tenkemåten har vært særlig tydelig i Norge. Her har mange enheter – både innefor psykisk helsevern (barn, ungdom og voksne), familierådgivning og innenfor rusmiddelfeltet – enten innført KOR eller vurderer å gjøre det. Blant annet er Bufetat nå i ferd med å implementere KOR i familievernet. Det er gjort flere studier i norsk klinisk praksis der en ser på betydningen av tilbakemeldinger fra klienter – og også deres pårørende (Sundet i Skauli, 2009; Anker, Duncan & Sparks, 2009), både innenfor psykisk helsevern for barn – og unge og familievern. Flere studier pågår.

I 2006 ble det gjennomført en kartleggingsundersøkelse ved RBUP Øst og Sør, i samarbeid med Sintef Helse, med formål å kartlegge erfaringer med bruk av KOR i det norske fagfeltet (Tuseth, Sverdrup, Hjort & Friestad, 2006). I rapporten konkluderes det blant annet med at:

*“...KOR ser ut til å være en tilnærming som kan bidra til økt brukerstyring i den enkelte klients behandlingsprosess og også i utforming av behandlingstilbud”.*

Andre funn er at KOR går godt sammen med terapeutens egen faglige forståelse og tilnærming, uavhengig av faglig ståsted. Systematisk bruk av skalaene har vist økt fokus på klientens vurdering av den terapeutiske alliansen og terapieresultat, og bidrar slik til at en jobber i samsvar med klientens forståelse. Videre viste resultatene at KOR virker inn på terapeutens faglige forståelse og kan føre til endringer både i terapiprosessen og hvilke typer behandlingsformer som tilbys.

Avslutningsvis i denne rapporten (Tuseth et al., 2006) reises sentrale spørsmål som det ønskes svar på i fremtidige studier. Ett av spørsmålene er hvorvidt bruk av skalaene er hensiktsmessig for alle klientgrupper og problemområder. Det fremkommer ikke i undersøkelsen hvilken utbredelse KOR har innenfor rusfeltet spesifikt. Det henvises imidlertid til betydningen av å tilpasse bruken av skalaene til den sammenheng de benyttes i. Gjermo, Lømo og Lundegaard (2007), som har erfaring med bruk av

skalaene ved Ullvin behandlingssenter, besvarer spørsmålet om brukermedvirkning i rusbehandling er mulig, ved å hevde at det ikke bare er mulig - men nødvendig for at god behandling skal finne sted.

## **2.4. Endringsfaktorer i rusbehandling**

Det foreligger ikke en like omfattende forskning internasjonalt omkring endringsfaktorene i behandling av rusmiddelavhengighet som det vi finner innen psykoterapiforskningen på mental helse. Likevel indikerer funn fra tilgjengelige studier at det er de samme faktorene som bidrar til endring innenfor begge de to feltene. Den aller viktigste faktoren for at resultatet av behandlingen skal være vellykket er klienten selv, med de ressursene som han/hun bringer med seg, og det som påvirker deres liv utenfor behandlingen. Disse klientrelaterte faktorene kan for eksempel være temperament, åpenhet, optimisme eller kulturelle normer, sosial støtte eller til og med uforutsette hendelser. Innenfor behandlingssettingen er det den terapeutiske allianse, samt terapeutens og klientens engasjement for behandlingen som er de viktigste endringsskapende faktorene. Det er også av betydning for behandlingsresultatet at terapeuten har tillit til og tro på sine behandlingsmetoder - eller tilnærminger, uansett hvilke de er (Mee-Lee, McLellan & Miller, 2010).

Terapeutens faglige tilnærming skaper et rammeverk i terapien for å forstå hva det er vi skal gjøre sammen. Dersom det i tillegg anvendes direkte feedback i timene knyttet til hvorvidt behandlingen fører til endringer i klientens funksjon på viktige og prioriterte områder i livet, og hvorvidt behandlingen passer godt for pasienten, vil terapeuten raskt kunne finne ut om det er nødvendig å gjøre noe annerledes (for eksempel målsetting, strategi, teknikker eller metoder) slik at ønsket resultat oppnås.

Det største og mest prestisjetunge kliniske forsøket innenfor rusmiddelfeltet er Project MATCH (Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity), der en blant annet så på effektiviteten til tre ulike behandlingstilnærminger og muligheten for å "koble" klienter til den mest hensiktsmessige behandlingsformen (Project MATCH Research Group, 1997). Hovedfunnet i studien var at tross for at deltakerne i prosjektet viste betydelig og vedvarende bedring, var det ingen forskjell i effektivitet for noen av de

tre tilnærmingene. Funnene ga heller ingen støtte til at behandlere klarte å matche klienter til behandlingstilnærminger på en suksessfull måte.

Andre studier har kommet frem til lignende resultat (Berglund, Thelander, & Jonsson, 2003; Imel, Wampold, & Miller, 2008), og levner liten tvil om at det ikke er noen forskjell i effektivitet mellom de ulike konkurrerende behandlingstilnærminger innenfor rusfeltet. I en oppfølgingsstudie av datamaterialet fra Project MATCH, så man på terapeuteffektene i behandling av rusmiddelavhengighet (Project MATCH Research Group, 1998). En av konklusjonene var at tross for bruk av, og troskap til, behandlingsmanualer (for hver av de tre tilnærmingene) var det en betydelig forskjell i effektivitet mellom klinikerne. Slike funn gir klare indikasjoner på at behandler er en viktig faktor når utfall av terapi skal forklares og forstås. Bruk av systematisk klientfeedback vil i så måte også kunne synliggjøre behovet for opplæring og veiledning for behandlere.

## **2.5. Oppsummering KOR**

KOR er altså brukermedvirkning i direkte klinisk praksis, der hensikten er å øke vår kunnskap og bevissthet om klientens egne perspektiv på eget liv og deres endringsforståelse. Opphavsmennene postulerer videre at KOR kan bidra til å tydeligere målsettinger for terapien, samt indikere hva som skal til for å oppnå endring. For at denne intervensjonen skal være hensiktsmessig må den integreres i de terapeutiske samtalene og bli synlig i praksis (Skauli, 2010). Systematisk bruk av kartleggingsverktøyet er ment å registrere kvalitative endringer i et behandlingsforløp, og således supplere de faglige vurderingene underveis. Det er måten behandlerne forholder seg til tilbakemeldingene på som avgjør om reell brukermedvirkning oppnås.

KOR-skalaene, ORS og SRS, er utarbeidet med utgangspunkt i veletablerte og mer omfattende måleinstrumenter med høy grad av validitet og reliabilitet. I tillegg er det lagt avgjørende vekt på metodens anvendbarhet i klinisk praksis. KOR skalaene har dokumentert reliabilitet og validitet i klinisk sammenheng (Miller et al., 2003; Duncan et al., 2003). Med dette menes at endringer i skårene har sammenheng med faktiske endringer i klientens liv, og ikke skyldes tilfeldige variasjoner.



# 3. Implementering

## 3.1. Innledning

Et av de mest konsistente funnene innen helsetjenesteforskning i dag er det eksiterende gapet mellom det som betegnes som "den beste praksis" på den ene siden og faktisk klinisk praksis på den andre (Grol & Wensing, 2004). For å identifisere hva som ligger til grunn for denne diskrepansen og hva som eventuelt kan gjøres for å minske avstanden kreves en dypere forståelse av hvilke barrierer, men også hvilke muligheter som foreligger og som påvirker hvordan endring skjer i praksis.

Rogers (2003) brukte begrepet implementering for å beskrive hvordan nyheter eller forandringer formidles og fanges opp av praksisfeltet. Han påpeker blant annet at det er stor grad av forskjellighet mellom praktikere både når det gjelder interesse for, og holdning (negativ / avventende / positiv) til, å ta nyvinninger i bruk.

Implementering eller iverksetting betegnes gjerne som bindeleddet mellom forskning og praksis, og handler om hvordan forskningsfunn eller empiri kan anvendes for å forbedre praksis (Sørli, Ogden, Solholm & Olseth, 2010). De prosessene som karakteriserer selve gjennomføringen av tiltak, forut for om noe blir godt eller dårlig, kalles implementeringsprosesser.

Allerede i 1975 postulerte Van Meter og Van Horn (i Baklien, 2008) betydningen av å stille noen sentrale spørsmål når ulike tiltak skal iverksettes. Spørsmålene rettes mot målsettingen (tydeliggjøring) for tiltaket som skal iverksettes, tilgjengelige ressurser, hvordan ressursene omsettes i virkemidler og handling, og den konteksten som iverksettingen skjer innenfor. Disse spørsmålene er i høy grad relevant også for implementeringsprosesser i dag (Baklien, 2008). Implementering foregår gjerne i spenningsfeltet mellom rammebetingelser, som tid og ressurser, på den ene siden og målsettinger (om endring) på den andre. Det er ikke alltid samsvar mellom disse. Erfaringen er ofte at for ambisiøse mål er uforenlige med begrensninger i de rammebetingelser en jobber under. Gjennom nyere

implementeringsforskning har en identifisert forhold som har vist seg viktige for at intervensjoner skal gi positive resultater når de tas i bruk i ordinær praksis.

### **3.2. Forhold som påvirker implementeringen**

Når vi er opptatt av implementering, er det fordi vi vil identifisere de faktorene som fører til virkning eller eventuelt mangel på virkning i endringsprosesser. En rekke forhold hemmer og fremmer god implementering, men det er foreløpig begrenset evidens knyttet til hvilke faktorer som er de kritiske eller viktigste i implementeringsprosessen (Durlak & DuPre, 2008).

Barrierene og insentivene/føringene utgjør rammebetingelsene i slike prosesser, og er således med på å definere det handlingsrommet individene har til å skape endring. Kunnskap om disse faktorene er viktig for å kunne skreddersy intervensjoner for å få til ønsket endring (Grol og Wensing, 2004). De ulike implementeringsfasene krever ulike mål og strategier, om det dreier seg om informasjonsspredning (oppdatere og engasjere), selve implementeringen, integrering (det nye blir en del av det eksisterende) eller evaluering av prosess og resultat.

Det er videre knyttet usikkerhet til om enkeltfaktorens betydning varierer med hvor individet befinner seg i implementeringsprosessen. Utgangspunktet er stadiemodellen for endring / transteoretiske modell (DiClemente & Prochaska, 1985) mest brukt for å vurdere grad av motivasjon for endring hos pasienter, men nå også anvendt i forhold til implementeringsstrategier. Grol og Wensing (2005) angir i denne sammenheng følgende stadier: Orientering, innsikt, akseptering, handling og vedlikehold. Tabell 1 ( neste side) viser et eksempel på hvordan individuelle barrierer kan gis forskjellig uttrykk avhengig av hvor i endringsprosessen aktøren befinner seg.

Dette perspektivet handler altså om å være oppmerksom på og anerkjenne at behandlerne er på ulike stadier i sin endringsprosess og derved har forskjellig innstilling til å ta i bruk det nye tiltaket. Det må derfor tas høyde for at deres behov for oppfølging i implementeringsprosessen er forskjellig. I henhold til denne modellen vil det være viktig å gjøre undersøkelser blant

**Tabell 1. Stadiespesifikke barrierer i implementeringsprosessen.**  
(tilpasset etter Grol & Wensing, 2004)

<b>Stadier</b>	<b>Eksempler på mulige barrierer</b>
<b>ORIENTERING</b> Har kjennskap til metoden Interessert	Innhenter ikke informasjon / kunnskap / opplæring Ikke aktiv i faglig miljø/kollegiet Nye metode er ikke relevant Ingen innsikt i egne kompetansemangler
<b>INNSIKT</b> Forstår metoden Innsikt i egne rutiner	Manglende spesifikk kunnskap Får ikke med seg detaljene i informasjon Glemmer hva som blir sagt Avviser egne kompetansemangler Defensiv holdning
<b>AKSEPTERING</b> Positiv holdning Intensjon om, eller beslutning om endring	Ser ulempene som større enn fordelene Ambivalent til det forskningsmessige grunnlaget Tviler på troverdigheten til utviklerne (av metoden) Liten involvering i utviklingsprosessen Forventer problemer med implementeringen Liten tillit til egne implementeringsferdigheter.
<b>HANDLING</b> Tar til seg metoden i praksis Bekreftelse av verdi	Praktiske barrierer (tid, penger) Mangler litt mht ferdigheter/utøvelse Ingen muligheter til å eksperimentere i det små Første erfaring er ikke positiv Pasienter eller kollegaer samarbeider ikke, og responderer negativt
<b>VEDLIKEHOLD</b> Integres i rutine Integres i organisasjonen	Tilbakefall til gamle rutiner Glemmer ny innsikt/ kunnskap Ressursmangel Ingen støtte fra ledelsen

behandlerne i forkant av og underveis i implementeringsprosessen, for å individualisere oppfølgingen og øke sannsynligheten for å lykkes med implementeringen. Involvering i utvikling og tilpasning av innovasjonen (her; KOR) og hvordan denne skal implementeres er et annet tiltak for å øke engasjement og innstilling (Grol & Wensing, 2005).

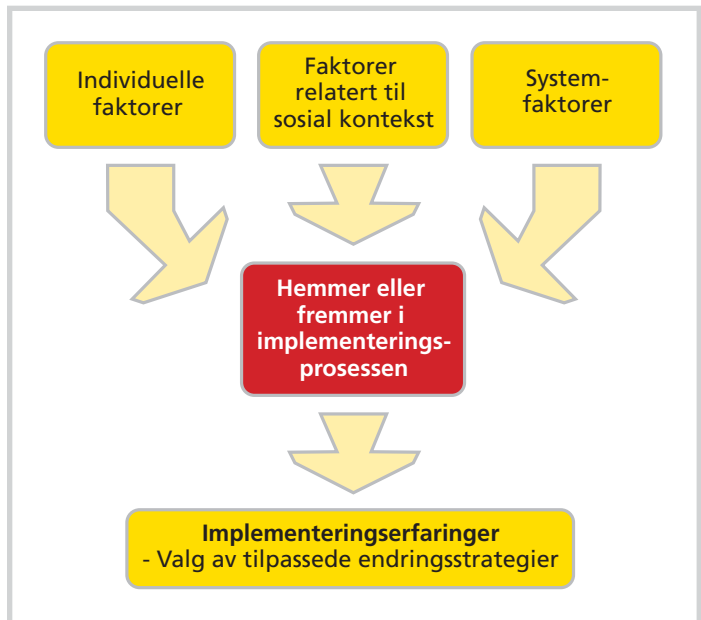
Det er dokumentert at ulike implementeringsfaktorer til en viss grad kan kompensere for hverandre (Fixsen et al., 2005). Det betyr at om det svikter på ett punkt, så kan dette oppveies gjennom styrking av andre faktorer. For eksempel kan dårlig opplæringskvalitet i noen grad oppveies av god veiledning.

### 3.3. Hemmere og fremmere

Sørli et al. (2010) henviser til flere kunnskapsoversikter som tar for seg hvilke faktorer som påvirker implementering. Blant 23 identifiserte enkeltfaktorer er det noen som går igjen, blant annet; positivt arbeidsklima, felles beslutning om å iverksette et bestemt tiltak, koordinert innsats og samarbeid, oppgavespesifisering, ledelse og ildsjeler, administrativ støtte, langsiktig finansiering og prioritert ressursbruk, opplæring og veiledning.

I implementeringslitteraturen har det vært vanlig å sortere disse faktorene i noen hovedkategorier. I det følgende blir Wensing & Grol (2005) sin tredeling anvendt, blant annet fordi deres teori- og forskningsreferanser er relatert til endringer i klinisk praksis i helsetjenester. Disse er: individuelle faktorer (eller aktørbetingelser), faktorer knyttet til den sosiale kontekst, samt strukturelle faktorer. I tillegg til disse tre kategoriene er det flere forfattere som er opptatt av kvaliteter ved innovasjonen (her: KOR) og dens betydning for kvaliteten for implementeringen. Det ligger utenfor rammene til denne fremstillingen å gi en

*Påvirkningsfaktorer i implementeringsprosessen*



objektiv vurdering eller evaluering av KOR, men vi vil presentere og drøfte hvordan KOR oppfattes og erfares av behandlerne som er med i denne studien – i lys av hva som fremmer og hemmer implementeringen.

### **3.3.1. Individuelle faktorer**

Det er individene eller i vår sammenheng behandlerne / terapeuter som er iverksetterne, de eier utfordringene i denne prosessen og de skal bidra til å skape den endring som er planlagt. Ulike karakteristika ved dem vil være helt avgjørende for utfallet av implementeringen.

*Kompetanse* i form av kunnskap og ferdigheter er en sentral faktor. Er det slik at behandlerne opplever at de har den kompetanse som skal til for å bruke KOR? Tilstrekkelig opplæring og veiledning er viktig for kompetent praktisering av tiltaket. Kompetansefaktoren er viktig også på en indirekte måte, fordi det gir legitimitet og troverdighet både internt og eksternt. Evne og tilnæringsmåte for å tilegne seg ny kunnskap vil variere blant ansatte i en avdeling. Ikke alle nåes gjennom kurs og konferanser, og det er heller ikke sikkert at de som deltar opplever å motta nyttig informasjon – ei heller endre sin praksis på bakgrunn av en slik tilnærming. (Wensing & Grol, 2005).

Når behandlerne eller klinikerne skal vurdere ulike sider ved et tiltak vil de se på forhold som kompleksitet (hvor vanskelig er det å gjøre dette), om tiltaket har klare fordeler sammenlignet med andre intervensjoner og eksisterende praksis, om tiltaket stemmer overens med egne – og avdelingens holdninger og verdigrunnlag, samt om mulighetene for å kunne prøve tiltaket ut i mindre skala. Disse faktorene, som vi har valgt å benevne *holdninger og meninger*, vil kunne harmonere godt eller dårlig med det tiltaket som er tenkt iverksatt. Selv om de fleste klinikerne har en generell positiv holdning til kliniske retningslinjer (Wensing & Grol, 2005), vil det være noen som er bekymret for at tiltaket vil kunne redusert deres kliniske frihet eller en stiller spørsmål ved kvaliteten eller nødvendigheten av nyvinningen.

Teorier knyttet til atferdsendring og relatert forskning viser at sammenheng mellom holdninger /meninger og faktisk utøvelse av god helse-

omsorg også påvirkes av faktorer som sosiale normer, mestringstillit og praktiske hindringer.

Flere *motivasjonelle* faktorer er relevante for å oppnå endring (Scott, 1997). Det kan være forhold knyttet til lønn, arbeidstid versus fritid, arbeidsbelastning, etiske forhold, variasjon i arbeidsoppgaver, anerkjennelse / status, intellektuell tilfredsstillelse eller autonomi. For å øke kvaliteten av implementeringen tenker en seg at disse faktorene bør undersøkes og adresseres når en skal utforme en implementeringsplan og gjennom den videre prosessen.

Misnøye med egen innsats / praksis vil påvirke endringsprosessen. En slik misnøye vil kunne oppstå dersom det er en differanse mellom egne forventninger og krav på den ene siden og det en faktisk presterer på den andre, men det kan også skyldes negative kommentarer fra andre. Det er store individuelle variasjoner i hvordan vi håndterer og tolererer slike differanser. Ofte øker motivasjonen gradvis i takt med praktisk erfaring eller ved at informasjon omkring tiltaket / endringen repeteres.

Motstand hos behandlerne har vist seg å være den største utfordringen når en skal implementere systemer som måler utfall av terapi, for eksempel KOR (Lambert, 2010). Dette henger blant annet sammen med at terapeuter opplever ekstern evaluering av terapieresultater som en trussel mot deres vurderingsevne av egen kompetanse (Walfish, McAllister, O'Donnell, & Lambert, 2009).

Det er etter hvert mye forskning som viser at terapeuter har stor tiltro til at de yter god hjelp til de fleste, om ikke alle sine klienter. De tror også at de er bedre behandlere enn majoriteten av sine kolleger. En konsekvens av at terapeuter har et slikt syn på seg selv, er at de er mindre interessert i å hente støtte til egne vurderinger via tester/kartlegging eller gjennom aktiv bruk av forskning.

Behandlere er også skeptisk til bruk av databasert informasjonsteknologi, funn viser at bare 10 % var interessert i å ta dette i bruk (Lambert, 2010).

Det å gjøre klienten mer ansvarlig i behandlingen er en prosess som også vil kreve en endring i terapeutens profesjonelle identitet. Implementerings-erfaringer med KOR fra USA (Bohanske & Franczak, 2010) viser at det er vanskelig å forberede seg tilstrekkelig til en slik utfordring. Terapeutenes skepsis var knyttet til det å bli vurdert i seg selv, skepsis til om skårene fra klienter med ulik psykopatologi kunne være gyldig, samt antydninger om at klienter kunne være for sårbare til å bli gitt et slikt ansvar.

Flaskehalsen i forbindelse med implementering kan altså oppstå både fordi klinikerne har lav bevissthet om problemfeltet, er umotiverte eller dårlig forberedt til å ta fatt på nye oppgaver. Videre kan etablerte holdninger, verdier og arbeidsform harmonere dårlig med det nye tiltaket eller den nye prosedyren.

### **3.3.2. Faktorer relatert til den sosiale settingen**

Implementering foregår alltid i en sosial sammenheng, en kontekst, og det er viktig at iverksettingen tilpasses denne. Konteksten omfatter både faktorer relatert til pasientene, for eksempel hvordan deres holdninger, kunnskap, tilpasning og samarbeid påvirker endringsarbeidet – men også kollegaers oppfatninger, klima i avdelingen, lederskap og samarbeid.

Hvilken effekt *pasientens mening* om helsetjenesten og / eller endringen har for implementeringen blir delvis mediert gjennom at det ofte er helsepersonells tolkning av hva pasientene mener som blir vektlagt. Veldhuis, Wigersma & Okkes (1998) henviser til funn fra sin forskning, som viser at klinikere noen ganger endrer sin atferd (gå imot egne meninger, holdninger og verdier) på bakgrunn av sine ideer / tanker om hva pasienter mener, eller på grunn av personlige karakteristika ved pasientene. Blant annet kunne leger avvike fra sin mening om hva som var god praksis på bakgrunn av: ønske om å være hyggelig, unngå konflikt med pasienten eller manglende gjensidig tillit.

Mange helsearbeidere påvirkes i stor grad av hva deres *kolleger* mener og gjør. Bred enighet i en personalgruppe om behov for praksisendring, oppslutning om å implementere et tiltak og vilje til forpliktende innsats over

tid er viktig og gjør endringsarbeidet mye enklere. (Mihalic et al., 2004). Det foregår vanligvis mange faglige diskusjoner og observasjoner internt i ulike avdelinger, og forskning viser at i mange av disse vil endring i praksis helst skje dersom det er lokal enighet om at den nye rutinen eller tiltaket er hensiktsmessig. Klinikere hviler sin beslutning i større grad på kollegaers mening enn på empiriske fakta, rapporter og lignende (Greer, 1988; Nelsen et al., 1994).

Den viktigste faktoren for god implementering har vist seg å være den interne kommunikasjon om fordeler og ulemper ved nye prosedyrer/tiltak, mulighetene for intern opplæring og veiledning og positive forventninger, eller uttalelser fra sentrale fagpersoner. Slike opinionsledere har stor påvirkningskraft og gjennomslagskraft for sitt syn, og er ofte meningsbærere i sine miljø. Det vil virke fremmede dersom en lykkes med å forankre intervensjonen på alle nivåer i organisasjonen og at det finnes "ildsjeler" som driver prosessen fremover (Fixsen et al., 2005). Arnesen, Ogden og Sørлие (2006) definerer ildsjeler som personer med en formell eller uformell lederposisjon og som har tilstrekkelig legitimitet til å engasjere sine kolleger.

Beslutninger om å implementere systematiske målinger av klientens endring i terapi har ofte kommet ovenfra eller utenfra (fra dem som ikke har direkte klientkontakt), og kan av den grunn bli en alvorlig hindring for at god implementering. Dette kan blant annet skyldes mistenksomhet eller skepsis til at hensikten med målingene/kartleggingen skal tjene andre formål enn det som er til det beste for klienten eller den terapeutiske relasjonen. Det er derfor viktig å avklare hva formålet med kartleggingen/målingen skal være, bestemme hvordan ønsket informasjon skal samles inn, samt drøfte hvordan feedback fra klientene (individuelle skårer) skal brukes og ikke minst hva en ønsker å bruke tilgjengelig gruppedata om behandlingsnytte til (eksempelvis månedlige eller kvartalsvise oppsummeringer).

Hvorvidt *klima i avdelingen* eller i organisasjonen er endringsorientert eller ikke, vil også påvirke iverksetting av nye tiltak. En ny orientering i form av klientens tilbakemelding om nytteverdi og allianse vil involvere mange aspekter ved tjenesteytingen, samhandlingsprosessene (internt og eksternt), inntaksarbeidet, klinisk dokumentasjon, behandlingsplaner og det kliniske

språket for å nevne noen. Et språk som fokuserer på ressurser og det friske, erstatter det tradisjonelle mangel- og sykdomsbaserte språket.

En helt sentral komponent for et godt resultat, er en kompetent *ledelse* med høy grad av kollektiv kompetanse og et godt samarbeidsklima, som nærmest er en forutsetning for å oppnå god kvalitet på implementeringen. Organisasjonsendringer krever lederskap og praktisk klinisk endring krever både kliniske lederskap, visjon og forpliktelse.

### **3.3.3. Systemfaktorer**

Organisasjonens rammebetingelser er av vesentlig betydning for implementeringen. Konkret handler dette om hvorvidt det er tilstrekkelig med ressurser (tid, penger, utstyr, ansatte), det handler om god fysisk tilrettelegging og om praktisk-teknisk støtte. En god infrastruktur (påminnelser, lister, kollega- og ledelsesfeedback) er viktig, for å støtte opp om endringene og sørge for en kontinuerlig årvåkenhet for ikke å falle tilbake til gamle vaner. Slike strukturelle faktorer er som tidligere nevnt med på å gi individene handlingsrom.

Det er selvsagt en viktig forutsetning for å lykkes med en implementering at nødvendig utstyr / materiell er tilgjengelig. Strukturelle barrierer i forbindelse med implementering handler først og fremst om manglende tid og konkurrerende gjøremål, eller mangel på klare prioriteringer mellom oppgaver. Tidspress og andre forpliktelser kan føre til at det er vanskelig å frigjøre kapasitet til implementeringen. Amerikanske forskere på helsefeltet (Bohanske & Franczak, 2010) refererer til at innføring av tilnærminger som ivaretar brukermedvirkningen på en bedre måte, antas å ta opp til 10 år før de nødvendige endringene er implementert i alle deler av helsetjenesten.

Det er videre en rimelig antakelse at negative og positive økonomiske konsekvenser av implementeringen enten hemmer eller fremmer endringsprosessen. En god økonomisk situasjon vil gjerne stimulere kreativitet og letter iverksettingen av nye tiltak, men det er også eksempler på at rause økonomiske betingelser kan skape negative holdninger internt og eksternt (Baklien, 2008).

Når kartlegging eller måling av utfall av terapi gjøres til en rutine, og informasjonsteknologien er på plass for administrering og skåring, bidrar dette i fremmede retning for prosessen. Vi har tidligere referert til forskningsfunn som viser at kartleggingsinstrumenter må være korte og lite tidkrevende for at de skal anvendes i klinisk praksis. Dersom feedback systemer ikke brukes systematisk (for eksempel hver time), vil det ikke kunne gi oss sikker informasjon omkring blant annet drop-outs, fordi andre og ukjente faktorer kan spille inn. Dette vanskeliggjør også terapeutens vurdering av når terapien skal avsluttes. Erfaring med implementering har vist at det sikreste og mest effektive er å gjøre administrering av disse verktøyene til en rutine. Felles rutiner på administrering vil også hindre stadige diskusjoner og vurderinger om hvem som skal kartlegges, av hvem osv. De samlede resultatene på en avdeling vil etter slike rutiner også være en bedre prediktor for endring.

På strukturnivået vil god organisering og etablerte samarbeidsstrukturer representere en pushfaktor som kan drive implementeringen i riktig retning. Baklien (2008) hevder at ved større implementeringsprosesser vil det være hensiktsmessig å ha en prosjektorganisering som kommer på utsiden av den etablerte linjeorganisasjonen. En tungrodd organisasjon som er lite tilpasset oppgaven, kan vanskeliggjøre implementeringen.

Oppsummert kan en si at det er lettere å implementere nye tiltak hvis de er enkle, praktiske, tiltalende, troverdige, bekreftende for klinikerne og lønnsomme for organisasjonen. Konkurransen om de ansattes tid og energi er utfordrende.

### **3.4. Oppsummering – implementering**

Endringer innen fagfeltet vårt mot en mer klientstyrt praksis vil trolig kreve mer enn deltakelse på konferanser eller i opplæringsprogram. Andres erfaring med implementering av KOR er at det handler om en langsiktig forpliktelse til å endre verdiene i forhold til behandling. Økt grad av brukermedvirkning vil innebære både kulturendringer og strukturelle endringer, fra topp til bunn. Miller, Duncan og deres kolleger (Duncan, et al., 2004; Duncan & Sparks, 2002; Miller & Duncan, 2004) presenterer en instruks-

sjon som viser hvordan man steg for steg kan skape og opprettholde en feedback-kultur som innbefatter flere aktører (klienter, terapeuter, ledere og administrasjon). De hevder at en grunnleggende forutsetning for å lykkes med en formell og systematisk kartlegging av allianse og utfall av terapi, er at alle de involverte parter er enige i at den som skal vinne noe på denne tilnærmingen er klienten. Verdien av tilbakemeldinger fra klienten øker ytterligere når den blir integrert i behandlingsmøter, i fremlegg av saker og i veiledning, og når alle behandlerne ser verdien i at klientens stemme høres i behandlingen.



## **4. Metode**

Problemstillingene i denne undersøkelsen knytter seg både til dokumentasjon og sammenstilling av kliniske erfaringer ved bruk av KOR, samt til en undersøkelse av implementeringsprosessen. I dette kapitlet beskrives datagrunnlaget for begge disse innfallsvinklene.

Det er brukt ulike metodikk for å belyse de to problemstillingene. For å beskrive klientenes opplevde endring (ORS) og deres vurdering av alliansen gjennom behandlingsforløpet (SRS), har vi valgt en kvantitativ tilnærming. For å fange opp hvilke faktorer som har hemmet og fremmet implementeringsprosessen av KOR har vi valgt en kvalitativ tilnærming, gjennom bruk av intervjuer og observasjoner underveis i prosessen.

### **4.1. Klinisk bruk av KOR**

#### **4.1.1. Prosedyre**

Prosjektperioden var i utgangspunktet definert til å skulle vare fra 1. januar 2009 til og med 30. juni samme år. Datainnsamlingen har imidlertid pågått frem til og med 30. oktober 2009. Dette innebærer at noe av materialet er produsert etter prosjektiden, men det har ikke blitt inkludert nye pasienter etter 30. juni. At Ruspoliklinikken valgte å utvide perioden med datainnsamling utover den på forhånd fastsatte prosjektiden, henger sammen med at det var få pasienter som hadde 5 eller flere avtaler. Ruspoliklinikken ser at for hver dag som går får de et større og mer interessant materiale å jobbe med, så det har vært en utfordring å si stopp, noe som altså ble gjort i oktober 2009.

I arbeidshverdagen har den enkelte pasient ved oppstart av den polikliniske samtalen fylt ut ORS (se vedlegg) og i slutten av samtalen har de fylt ut SRS (se vedlegg). I tilfeller der pasienten ikke har fylt ut ORS og SRS skjemaene har det blitt markert som *skipt session* i MyOutcomes ([www.MyOutcomes.com](http://www.MyOutcomes.com)). MyOutcomes er et webbasert program for behandling og lagring av ORS og SRS data. Bruken av ORS og SRS har i utgangspunktet ikke forutsatt noen forandring i forhold til terapeutens prefererte behandlingsmodell.

Før skjemaene ble tatt i bruk ble pasientene informert om målsetningen med å bruke skjemaene av sine behandlere. Det ble påpekt at formålet med verktøyet var å kvalitetssikre behandlingen. En systematisk tilbakemelding fra pasientene om hvordan de hadde det (ORS) og hvordan de oppfattet samarbeidet med behandlerne (SRS), ville kunne bidra til det. Bruken av ORS og SRS og de 8 ulike skalaene disse består av, skulle sikre at den terapeutiske relasjonen var god og om pasienten opplevde progresjon i behandlingen.

Som nevnt tidligere har alliansefaktoren vist seg å være avgjørende i forhold til om behandlingen kan forventes å gi effekt. Pasientene ble også informert om at dersom de ikke opplevde forbedring, eller at det var noe i den terapeutiske relasjonen som de ikke var fornøyd med, så hadde behandler ansvar for sammen med pasient å se på hva som måtte forandres.

Målsettingen i prosjektet var ikke å evaluere selve verktøyet. Ruspoliklinikken valgte å ikke ha en skriftlig eller felles introduksjon til pasientene om KOR, da den enkelte behandler ikke ønsket å gjennomføre det på den måten. De ønsket frihet til å kunne presentere verktøyet på sin egen måte. Underveis hadde behandlerne flere felles diskusjoner om hva og hvordan de skulle informere pasientene på en god måte.

Etter hver enkelt behandler-pasient samtale ble informasjonen fra skjemaene registrert i pasientens journal samt i MyOutcomes. Behandler fikk så en tilbakemelding om behandlingen og relasjonen var god, eller om det var noe som man burde drøfte med pasienten. Det fremstilles også en enkel graf som kunne brukes direkte i samtale med pasient. I prosjektet var det en målsetting om at behandler hver 5. gang skulle diskutere resultatene fra ORS og SRS mer inngående med pasienten. Behandlingen ble evaluert og sammen drøftet de hvorvidt behandlingen skulle forandres, forlenges eller avsluttes.

Innen Ruspoliklinikken startet med å bruke KOR, hadde de en tanke om at dette kunne være et hjelpemiddel til å evaluere behandlingen, og at det skulle være et supplement til den kliniske vurderingen den enkelte behandler gjør. Ruspoliklinikken hadde også tanker om at det polikliniske behand-

lingstilbudet mange ganger hadde et for langt forløp, og mente at KOR kunne hjelpe til å avslutte behandlingen til rett tidspunkt. Kanskje kunne KOR også hjelpe dem til å forebygge drop-outs, det vil si pasienter som påbegynner behandlingen men ikke fullfører den som planlagt.

#### **4.1.2. Deltakere**

Ruspoliklinikken er et spesialisthelsetjenestetilbud som er en del av Rus og spesialpsykiatrisk klinikk ved UNN HF. Ruspoliklinikken gir et poliklinisk behandlingstilbud til voksne personer som risikerer, har eller har hatt en rusavhengighet, samt pårørende og spilleavhengige. Majoriteten av pasientene blir henvist av sin fastlege eller sosialtjenesten.

Prosjektet innebar at ORS og SRS skjemaene skulle brukes på alle de pasienter som påbegynte behandling ved Ruspoliklinikken fra og med 1. januar 2009 til 30. juni 2009.

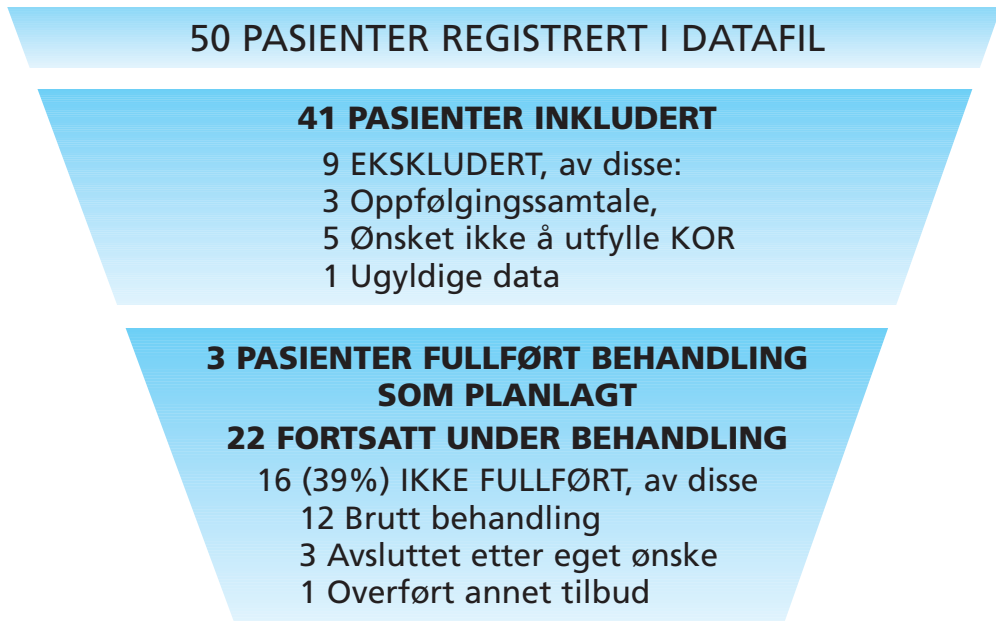
Ruspoliklinikken hadde i utgangspunktet en hypotese om at verktøyet skulle hjelpe pasienten og behandleren i å kunne vurdere behandlingsresultater og den terapeutiske relasjonen. KOR ble likestilt med andre verktøy som ble brukt aktivt i kartlegging og behandling.

Det ble ikke tatt hensyn til at Ruspoliklinikken praktiserer oppfølgingsamtaler. Disse samtalene innebærer at pasienten kommer til en samtale 3 og 6 måneder etter avsluttet behandling. I Rusdata (et elektronisk journalsystem) registreres oppfølgingssamtalen som en ny behandling. Gjennom prosjektperioden gjaldt dette 3 pasienter. Ruspoliklinikken oppfattet det ikke som hensiktsmessig å bruke KOR på disse pasienter da de ikke hadde noe skåring fra tidligere.

5 pasienter brukte ikke KOR i prosjektperioden. I noen tilfeller ønsket ikke pasienten selv det, mens i andre tilfeller mente behandler at det ikke var hensiktsmessig da det senere viste seg at pasienten var feilhenvist.

I Figur 1 kan vi se flyten av deltagere i prosjektet. 41 deltagere er inkludert i analysene som rapporteres her.

**Figur 1. Pasientflyt.**



#### **4.1.3. Etiske refleksjoner**

Klientdata, samt formuleringer som kan knyttes til identitet, er endret for å sikre den enkeltes anonymitet. Personvernombudet har gitt anbefaling til pilotprosjektet, og betegner det som en kvalitets-studie der behandlingsansvarlig er UNN. Behandlingen av personvernopplysningene reguleres således av gjeldende lovverk for den kliniske aktiviteten. Det er benyttet pseudonym når KOR-skårene er lagt inn i databasen MyOutcomes.

#### **4.1.4. Instrumenter**

I prosjektet valgte vi å ikke bruke demografiske data som for eksempel alder, kjønn, henvisningsgrunnlag (rusavhenging, spill eller pårørendebehandling) eller variabler fra KKS<sup>1</sup> (Klientkartleggings skjema)

---

1) Formålet med KKS er (Iversen m.fl. 2005):

1. Standardisert pasient/klientregistrering ved alle behandlings- og omsorgstiltak for rusmiddelmissbrukere.
2. Standardiserte tilbakemeldinger / årsrapporter for tiltak for rusmiddelmissbrukere.
3. Bedre kjennskap til pasient-/ klientgrupper.
4. Grunnlag for nasjonale og regionale pasient-/ klientoversikter.
5. Grunnlag for rapportering til det europeiske overvåkingssettret for narkotika og narkotikamisbruk, EMCDDA.

#### 4.1.4.1. Outcome Rating Scale (ORS)

På de fire spørsmålene<sup>2</sup> ber man pasienten å krysse av på en 10 cm lang linje hvordan pasienten mener at han/hun har hatt det siste uken (eller etter siste samtale, inkludert dagen i dag) i forhold til *personlig* (hvordan pasienten har det med seg selv), *mellommenneskelig* (partner, familie, og nære relasjoner), *sosialt* (arbeid, skole, venner) og *generelt* (pasientens generelle opplevelse av hvordan han/hun har det). Behandler instruerer pasienten om hvordan skalaen skal forstås, det vil si at til venstre på linjen betyr "dårlig" og til høyre betyr "bra". Dette innebærer at behandler i utgangspunktet ikke har noen nærmere definisjon av de ulike begrepene eller hva pasienten legger i sin markering. Dette kan man bare få kunnskap om ved å spørre pasienten om hva han eller hun legger i sin markering.

Klinisk cutoff er 25, dvs. personer som oppsøker terapi, skårer oftest 24 eller mindre. Den reliable endringsindeksen (Reliable Change Index) er 5. En endring på 5 punkter indikerer at endingen sannsynligvis vil vedvare over tid. (Duncan & Sparks, 2008).

De fire spørsmålene rates på en visuell analog skala fra 0-10, og en kan dermed få en total sumskåre på mellom 0 og 40, der 40 tilsvarer best fungering.<sup>3</sup> I denne rapporten benytter vi sumskåren fra de fire spørsmålene i ORS.

#### 4.1.4.2. Session Rating Scale (SRS)

På de fire spørsmålene<sup>4</sup> ber man pasienten å krysse av på en linje som er 10 cm om hvordan pasienten vurderer den behandlingstid han eller hun har deltatt i. Man ber pasienten om å vurdere *forholdet mellom seg selv og terapeuten, mål og tema, tilnærming eller metode og generelt*. SRS har en noe nærmere angivelse av hva man skal spørre etter (se vedlegg).

Duncan og Miller (2008) skriver i sin artikkel at dersom sumskåren på SRS

---

2) Se vedlegg nr. 1.

3) De fire ORS-spørsmålene hadde i vår studie en akseptable indre konsistens målt ved Cronbachs alfa både ved første (ORS1:  $\alpha = 0,79$ ) og tredje samtale (ORS3:  $\alpha = 0,87$ ). Vi vil derfor videre bruke sumskårer av disse fire spørsmål per samtale.

4) Se vedlegg nr. 2.

er mellom 0 – 34 vurderes alliansen å være dårlig (bad). En score mellom 34 – 38 indikerer at alliansen oppleves som nokså god (fair), og mellom 39 – 40 som god (good). Dette innebærer at behandler må få en rimelig høy skåre for at det ikke skal være *nødvendig* å iverksette tiltak. Ifølge Duncan og Miller (2008) at cutoff på SRS er 36. Alt under 36 bør resultere i at vi inviterer pasientene til å snakke om hva som kan forbedres.

Også de 4 spørsmålene i SRS rates på en visuell analog skala fra 0-10. Man kan dermed få en total sumskåre på mellom 0 og 40, der 40 tilsvarer høyest tilfredshet med terapisaamtalen.<sup>5</sup> I rapporten bruker vi sumskåren fra de fire spørsmålene i SRS.

#### **4.1.5. Statistiske analyser**

I løpet av prosjektperioden var det registrert mellom 1 og 20 samtaler på de ulike pasientene. 21 deltager hadde rukket å gjennomføre 6 samtaler, så vi har begrenset vår analyse av repeterte data til disse 6 første terapeutiske samtalene i studien<sup>6</sup>.

For å se på sammenhengen mellom SRS og ORS pr. samtale, har vi benyttet Pearsons korrelasjonsanalyse. For å se på endringer i SRS og ORS over tid, har vi benyttet repeterte målingers kovariansanalyse.<sup>7</sup>

#### **4.1.6. Metodiske refleksjoner**

Studien er som vi har vært inne på, ikke designet for å si noe om effekten av KOR. Snarere var vi interessert i å skaffe oss – og systematisere erfaringer knyttet til implementering av metoden i Ruspoliklinikken. Den høye graden av utfylling taler for gjennomførbarheten av dette.

---

5) De fire SRS-spørsmålene hadde i vår studie en god indre konsistens målt ved Cronbachs alfa både ved første (SRS1:  $\alpha = 0,88$ ) og tredje samtale (SRS3:  $\alpha = 0,88$ ). Vi vil derfor videre bruke sumskårer av disse fire spørsmål per samtale.

6) Én deltager som kun hadde data for én av samtalene ble ekskludert fra analysene. Manglende data for de resterende (fire deltagere manglet data på SRS eller ORS for én eller to samtaler) på de 6 første samtalene ble imputert ved hjelp av EM algoritmen i SPSS.

7) Effektstørrelse er angitt som partiell eta kvadrert ( $\eta^2$ ). Denne gir verdier som er noe lavere enn for eksempel Cohens D, slik at en kan si at en  $\eta^2$  på over 0,50 i psykoterapiforskningsammenheng, angir en god effekt.

Denne studien kan også betraktes som en eksplorerende studie, der vi genererer noen hypoteser som kan følges opp i videre forskning. Kan man for eksempel predikere hvem og når noen dropper ut? Er det noen sammenheng mellom hvordan en klient vurderer relasjonen til terapeuten i en sesjon (SRS) og kvaliteten på livet for øvrig den dagen (ORS), eller mellom fornøydhetsmåling på terapien (SRS) og utfall på sikt (ORS)? Eller hvordan ser et typisk rusbehandlingsforløp ut gjennom øynene på de to KOR-skalaene? Alle disse spørsmålene vil det være mulig å besvare i det nåværende designet. Det ligger en stor styrke i at alle målinger (ORS/SRS) gjentas hver gang klienten er til samtale, og det er forholdsvis lite manglende data. Men på det tidspunktet analysene for denne rapporten ble gjort, var det for få pasienter i forhold til variasjonen mellom dem, slik at disse spørsmålene vil bli bedre besvart på et senere tidspunkt der data-mengden har blitt større.

En annen styrke for et fremtidig oppfølgingsprosjekt er potensialet for kobling med andre data. En vil da kunne si noe om hvorvidt henholdsvis SRS og ORS henger sammen med behandlingsutfall (effekt) og for hvilke pasienter KOR passer best, for eksempel i forhold til diagnoser, komorbiditet, type rusmiddelbruk, alder, utdanningsnivå, eller kjønn.

## **4.2. Implementeringsstudien**

### **4.2.1. Prosedyre**

Hensikten med denne delen av undersøkelsen av pilotprosjektet var å følge behandlerne ved Ruspoliklinikken når de skulle implementere KOR i daglig, klinisk praksis. Vi var spesielt interessert i behandlernes subjektive erfaringer gjennom implementeringsprosessen; i planleggingsfasen, under iverksettingen og etter at den seks måneders lange prosjektperioden var over. Undersøkelsens fokus på implementering ble valgt for å forsøke å identifisere faktorer som førte til virkning (fremmet) av intervensjonen (KOR) og eventuelt mangel (hemmet) på virkning. Denne innfallsvinkelen mente vi kunne bidra til å gi viktig informasjon også for tolkningen av resultatene fra de kliniske erfaringene med KOR-skalaene. Formålet var økt innsikt, læring og forståelse for KoRus – Nord, noe som i neste omgang vil

være nyttig i forhold til vårt videre arbeid med å bidra til implementering av KOR i andre kliniske enheter.

I henhold til aktuell teori og empiri omkring implementering, ble de hemmende og fremmende faktorene kategorisert på følgende måte; *individuelle, den sosiale konteksten, samt strukturelle faktorer*. Disse kategoriene ble brukt til å organisere spørsmål for intervjuene og i presentasjon av funn.

For å innhente empiri omkring implementeringsprosessen valgte vi en kvalitativ tilnærming i form av observasjoner og intervjuer.

#### **4.2.2. Informanter**

Informantene i implementeringsstudien var alle behandlerne ved Ruspoliklinikken ved UNN, totalt seks personer. Det var fem behandlere da prosjektet startet, den sjettede behandleren startet i jobben en måned ut i prosjektperioden. Den sist ankomne behandleren var til stede under alle observasjonene og intervjuene, men svarte ikke på spørsmål knyttet til erfaringer forut for implementeringen av KOR. Behandlerstaben besto av fire kvinner og to menn. Seksjonsleder ved Poliklinikken hadde anslagsvis halvparten av sin fulle stilling avsatt til klinisk arbeid, den andre halvparten til administrasjon og ledelse. To av behandlere hadde psykologfaglig bakgrunn, hvorav den ene hadde det formelle behandlingsansvar for alle pasientene, i henhold til spesialisthelsetjenesteloven. De andre behandlerne hadde forskjellig fagbakgrunn, hovedsakelig 3-årig helse- og sosialfaglig utdanning, der samtlige hadde en eller annen form for klinisk videreutdanning. De fleste behandlerne hadde mange års arbeiderfaring, også fra rusfeltet. En av behandlerne var nyutdannet.

#### **4.2.3. Datainnsamling**

Datamaterialet består av individuelle intervjuer samt gruppeintervjuer med behandlerne ved ruspoliklinikken. I tillegg har vi gjennomført deltakende observasjoner av prosessveiledning.

Intervjuene ble gjennomført ved to ulike tidspunkt, hvor det første også

dekker prospektive data for erfaringer gjort under planleggingen av prosjektet og av implementeringen av KOR.

Observasjonene ble også gjort på tre ulike tidspunkt, henholdsvis tidlig, midtveis og etter avslutning av prosjektperioden. Hensikten med å følge utviklingen hos de samme personene og organisasjonen gjennom tidsrammen som var satt på pilotprosjektet var å få tilgang til prosessaspektet ved implementeringen.

#### **4.2.3.1. Intervjuer**

Det ble utarbeidet tre semi-strukturerte intervjuguider (se vedlegg); en for å få informasjon om erfaringer knyttet til planleggingsfasen, en under iverksettingen, en som var rettet mot behandlernes erfaringer når prosjektet var avsluttet, og en for fokusgruppeintervjuet.

Med semi-strukturerte intervjuer menes i denne sammenheng at det benyttes en intervjuguide som inneholder en grov skisse over temaer som skal dekkes i intervjuet. Spørsmålene er åpne og det foreligger ikke noen på forhånd definerte svaralternativer (Kvale, 2001). Intervjuet foregår også mer som en *samtale* enn en spørsmål-svar sekvens. Hensikten er i størst mulig grad å få intervjuobjektene til å prate fritt for å kunne gi sitt bilde og sine erfaringer knyttet til intervjutemaet.

En del spørsmål gikk igjen i alle tre fasene for å kunne angi eventuelle endringer i holdninger, motivasjon etc. I tillegg ble det lagt opp til at informantene kunne fordype seg mer i det som til enhver tid opplevdes som viktig og relevant i arbeidshverdagen og organisasjonen. Hensikten med å gjennomføre datainnsamlingen på en slik måte var å kunne se en eventuell utvikling i forhold til hva, hvor og hvordan implementeringspross påvirker både enkeltarbeidstakere, men også organisasjonen. Et annet viktig element for å gjennomføre datainnsamlingen gjennom flere faser var, som tidligere nevnt, muligheten for å synliggjøre endringer. Vi har vært opptatt av å få fram hvilke endringer som eventuelt har skjedd, og hvordan disse eventuelt har påvirket organisasjonen.

De fleste intervjuene ble tatt opp på bånd etter samtykke fra deltagerne, før de ble transkribert til tekst. Ved noen intervjuer ble det tatt notater, som raskt ble renskrevet. Intervjuene hadde en lengde fra 55 minutter til 75 minutter. Det ble totalt gjennomført 12 individuelle intervjuer, 8 ansikt til ansikt og 6 pr. telefon. Alle intervjuene ble gjennomført av prosjektleder. Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført i evalueringsfasen.

#### **4.2.3.2. Observasjon**

De seks behandlerne ved Ruspoliklinikken ble observert under klinisk prosessveiledning med ekstern veileder ved tre ulike tidspunkt. Observasjonene ble foretatt på alle veiledningsdagene (ca. 6 timer hver gang) behandlerne hadde gjennom prosjektperioden. På grunn av ferieavvikling ble den siste veiledningen gjennomført etter at den planlagte prosjekttiden var utløpt (6 måneder), men data fra denne observasjonen er tatt med i datagrunnlaget. De øvrige veiledningene ble avholdt etter henholdsvis tre og fem måneder. Observasjonene ble foretatt av prosjektleder, som har inn tatt rollen som tilstedeværende observatør. Det innebærer at observatøren i minst mulig grad deltar i den ordinære samhandlingen mellom deltakerne i settingen som studeres. Johannessen et al. (2006) beskriver denne rollen slik: *"Han eller hun er en interessert og engasjert utenforstående"* (s.127).

Observasjonene har i hovedsak hatt fokus på samhandlingen mellom deltakerne. Det vil si at vi har lagt vekt på hva de sier, hvordan de sier det, samt hvordan de svarer og reagerer på hverandres utsagn. I motsetning til i intervjuene der deltakerne svarer på våre spørsmål, har vi gjennom i observasjonen fått tak i hvordan de ordlegger seg, kommuniserer med hverandre og hvordan stemningen i behandlergruppen er.

Vi har ikke observert behandlerne bruke KOR sammen med klientene, heller ikke i behandlingsmøter. Begge deler ville vært interessant, og kunne ha gitt utfyllende informasjon og komplettert våre data på en fin måte. Observasjon i terapisisituasjoner har imidlertid flere etiske og praktiske utfordringer som vi innenfor rammen av dette pilotprosjektet ikke hadde anledning til å løse. Observasjon i behandlingsmøter ble valgt bort da det ville ha krevd en større tids- og arbeidsressurs enn det vi hadde tilgjengelig i prosjektet.

#### **4.2.4. Analyse**

Den *mening* som ligger til grunn for informantenes erfaringer er sentrale i drøftingen knyttet til problemstillingene om implementering. Å tolke resultatene av en undersøkelse innebærer å reflektere over dataenes meningsinnhold (Thagaard, 2002). Analyse av data inneholder med andre ord alltid et element av fortolkning, i denne forbindelse vår fortolkning av det som er sagt eller gjort i intervjuer eller observasjon. I denne undersøkelsen har vi kontinuerlig tolket og reflektert over data som har vært tilgjengelige. Fem prosjektdeltagere har sammen og hver for seg gjennomgått datasettet med det for øye å identifisere mønstre i form av relevante og gjentakende tema som kan knyttes til prosjektets problemstillinger. Til slutt har vi laget et rammeverk for å formidle innholdet. I kapittel 6 presenterer og diskuterer vi resultatene under tre hovedoverskrifter: individuelle-, sosiale- og systemfaktorer.

I drøftingen av materialet bruker vi også sitater for å illustrere tendensen i behandlernes svar, noe som også kan tjene til å illustrere og understreke våre tolkninger. Antall sitater som representerer ulike erfaringer står derfor ikke i forhold til det relative antallet tilsvarende uttalelser. Hensikten er å gi en viss oversikt over erfaringer blant alle behandlerne.

Troverdigheten til de bearbejdede dataene kan styrkes ved å tilbakeføre resultatene til informantene for å få bekreftet resultatene (Lincoln & Guba, 1985). Dette ble gjort i etterkant av de individuelle intervjuene med behandlerne. Bruk av personlig pronomen han eller hun, er vilkårlig brukt i teksten, for å fremme anonymitet.

#### **4.2.5. Metodiske refleksjoner**

Dette pilotprosjektets eksplorerende formål gir oss ikke grunnlag for å generalisere, noe som heller ikke har vært et mål med denne studien. Det er flere grunner til at vi har valgt en utforskende tilnærming til temaene i dette prosjektet. For det første eksisterer det lite kunnskap om hva som skjer, hvilke viktige aspekter som oppstår, hvilke variasjoner vi vil finne og sist men ikke minst hvilke meningsdimensjoner som vil oppstå i pasienters og behandleres erfaringer når KOR implementeres i en ruspoliklinikk. En

utforskende tilnærming som har som formål å identifisere potensielt viktige aspekter, beskrive hva som skjer og generere fortolkende forklaringer er derfor den mest egnede metodiske tilnærmingen (Crabtree & Miller, 1999). Det kan også bidra til og danne et godt grunnlag for å generere gode forskningsspørsmål og hypoteser for senere studier (Blaikie, 2000).

I stedet for å snakke om generaliserbarhet er det mer vanlig å vurdere kvalitativ forskning ved hjelp av andre kriterier. I følge Malterud (2002) er det særlig tre kriterier som er viktige, nemlig *relevans*, *validitet* og *refleksivitet*. Detaljerte beskrivelser av feltet og prosessen kan bidra til å styrke relevansen og validiteten. Dette har vi forsøkt å oppnå gjennom gode beskrivelser av konteksten og hvordan datainnsamlingen har foregått. Validiteten har vi forsøkt å styrke gjennom å prøve ut våre fortolkninger mot behandlerne for å sjekke ut at det er samsvar mellom våre tolkninger og deres opplevelse. Når det gjelder refleksivitet så har det vært fem prosjektdeltagere som hver for seg og sammen har gått grundig gjennom datasettet og gjennom hele prosjekt- og skriveperioden blant annet diskutert mulige faktorer som kunne tenkes å påvirke analyseprosessen.

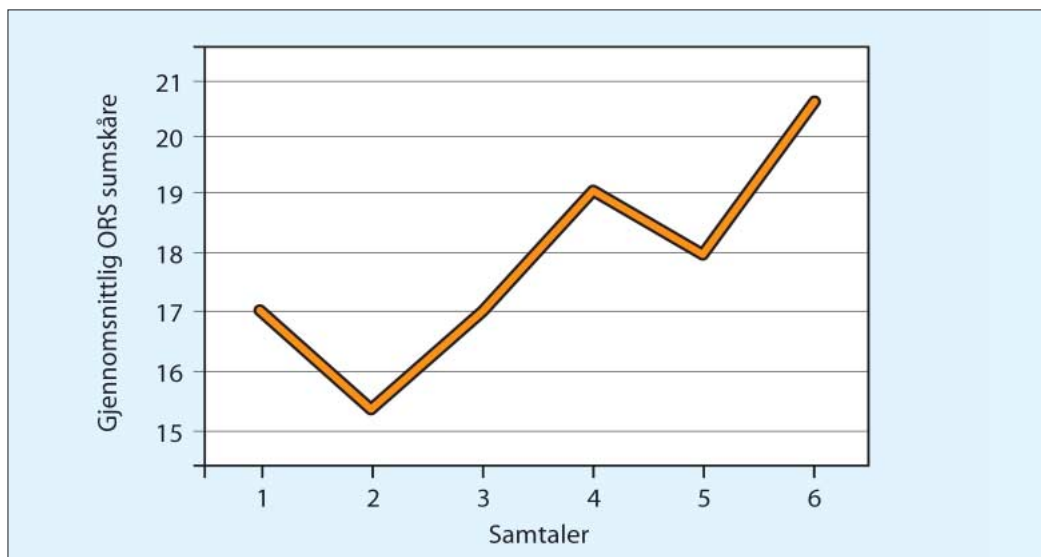
Ved å knytte våre funn ved Ruspoliklinikken til andre relevante studier, er målet med dette prosjektet å generere gode og relevante forskningsspørsmål for videre studier om bruk av KOR i rusfeltet. Ved at vi har valgt å fokusere på å beskrive en utviklings- og endringsprosess antar vi også at vi har kunnet synliggjøre noen tema og problemstillinger som andre behandlingsinstitusjoner / enheter vil kunne møte ved innføring av nye metoder/verktøy.

## 5. Resultater fra klinisk bruk av KOR

### 5.1. Pasientenes opplevde endring i behandling, målt ved ORS

Den gjennomsnittlige ORS sumskåre per samtale (med 95% konfidensintervall<sup>8</sup>) kan sees i tabell 2 (se vedlegg), og endring i disse sumskårene over tid kan sees i Figur 1.

**Figur 1. Gjennomsnittlig ORS sumskåre per samtale (N=20).**



Figuren viser at økningen i gjennomsnittlig ORS sumskåre over de 6 første samtalene var ikke statistisk signifikant<sup>9</sup>. For at endringen for en enkelt pasient skal være klinisk signifikant må det være en økning på 5 punkter eller mer. Dette var tilfellet for 8 (40 %) av de 20 pasientene som hadde ORS skåre både ved første og sjette samtale. Samtidig var det kun én pasient som hadde en reduksjon i skåre på over fem punkter (-12). Her er det imidlertid viktig å ha i mente at vi ikke vet noe om den halvdelen av pasientene som ikke har komplette data og dermed ikke er med i analysen. Hypotetisk sett kunne alle disse ha hatt en reduksjon eller ingen endring. Det er en naturlig sammenheng mellom å oppleve at ting går bedre og å fortsette å komme tilbake til nye samtaler.<sup>10</sup>

8) Konfidensintervallet er spennet av skårer som den gjennomsnittlige populasjonsskåren med 95% sannsynlighet ligger innenfor.

9) ( $F_{(5,95)} = 1,51$ ;  $P = 0,193$ ;  $\eta^2 = 0,074$ ).

10) ( $F_{(5,95)} = 1,51$ ;  $P = 0,193$ ;  $\eta^2 = 0,074$ ).

Den gjennomsnittlige sumskåre på ORS ved første samtale var på 17 hvilket indikerer at gjennomsnittspasienten hadde et lidelsestrykk som tilsier behov for behandling. Ved første samtale skåret pasientene under cutoff (25 punkter) og ved den sjette samtalen var gjennomsnittlig ORS sumskåre 20.4. Dette viser at pasientgruppen hadde en gjennomsnittlig forbedring på 3 punkter på 6 samtaler. Om dette skal tolkes som urovekkende eller ikke er vanskelig å avgjøre siden disse pasientene på dette tidspunktet fortsatt ikke har avsluttet sin behandling. Vi vet derfor ikke om de kommer opp til 5 punkter innen behandlingsslutt eller ikke. Samtidig vises ofte gode behandlingsutfall tidlig i forløpet. (Duncan & Miller, 2000; Howard et al., 1996)

Figur 1 viser også at det blir en nedgang i skåren til samtale nummer 2. Det pasienter i blant sier i denne andre samtalen, er at de skåret høyere første gangen fordi de ikke klarte å fortelle hvor ille de egentlig hadde det ved første samtale. Dette kan man tolke som at samtale nummer to, der gjennomsnittlige ORS var på 15.2, representerer en mer reell beskrivelse av hvordan pasientene opplever sin hverdag ved behandlingsstart. Dersom man sammenligner samtale nummer to med et gjennomsnitt på 15.2 og samtale nummer seks med et gjennomsnitt på 20.4, så har vi en økning på 5 punkter, noe som skulle indikere at gjennomsnittspasienten har opplevd en reell forbedring som man i forskningen mener er signifikant og som skulle holde over tid (Miller et al., 2003).

I en kartleggingsundersøkelse ved RBUP Øst og Sør (Tuseth et al., 2006) refereres det til bruk av KOR i institusjon med rusavhengige og her sies det:

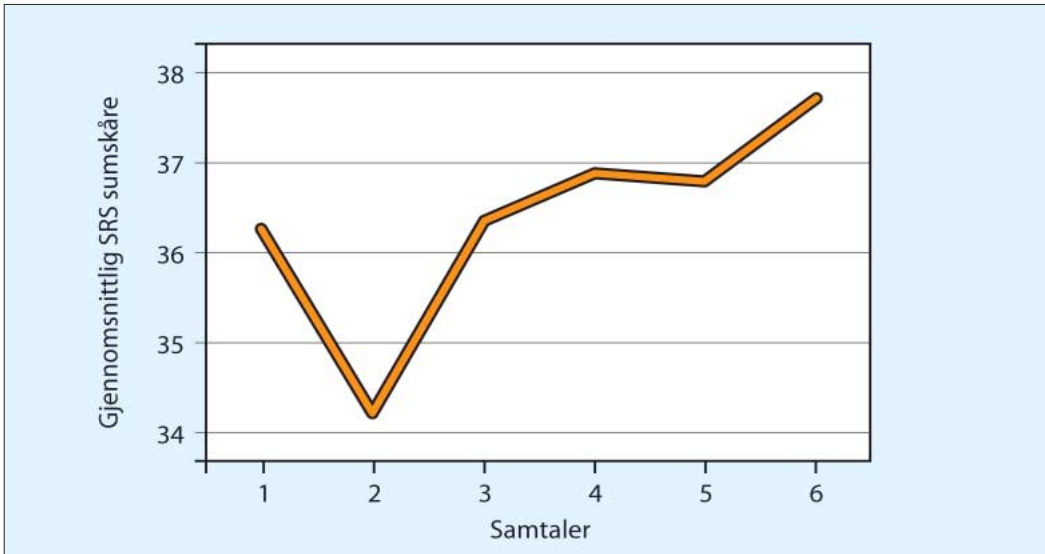
*“Det er ikke laget egne versjoner, men det er forsøkt å lage en egen kurve for hvordan et gjennomsnittlig behandlingsforløp ved institusjonen ser ut. Denne kurven ser helt annerledes ut enn den som Duncan presenterer – vår går mye brattere opp i starten for deretter å gå litt nedover, for så stige igjen. Hvis den ikke går nedover, men holder seg jevnt oppe, tenker vi det betyr at det ikke skjer noen robust endring... Vi bruker skalaene for å vurdere hvor stor grad av utfordring pasientene utsetter seg for mens de er i behandling – spør dem hva de tror de ville skåre hvis de hadde vært et annet sted uten institusjonens rammer rundt seg.”*

Også ved Ruspoliklinikken kan vi se en nedgang fra samtale fire til samtale fem, og en kraftig stigning fra samtale fem til seks. Et interessant spørsmål er om dette er samme type nedgang som det refereres til i ovenfor nevnte rapport. Det hadde vært en spennende oppgave å se på resultatene med et større pasientgrunnlag for å se om dette er gjennomgående også i poliklinisk behandling for rusavhengige. Er det sann at man skulle kunne se en forskjell mellom pasienter som får behandling for rusavhengighet / spilleavhengighet eller pårørende til rusavhengige? Kan man regne med at det er ulike behandlingsforløp som også viser seg i resultatene i ORS?

## **5.2. Pasientenes vurdering av den terapeutiske alliansen, målt ved SRS**

Den gjennomsnittlige SRS sumskåre per samtale (med 95% konfidensintervall) kan sees i tabell 2 (se vedlegg), og endring i sumskårer over tid kan sees i figur 2.

**Figur 2. Gjennomsnittlig SRS sumskåre per samtale (N=20).**



Figur 2 viser at fornøydhet med terapien var høy ved alle samtalene. Det fant sted en statistisk signifikant økning i SRS over de 6 første samtalene. SRS er over cutoff for en nokså god terapirelasjon som ligger på 36 punkter

i alle samtaler, unntatt ved samtale nummer to. Figur 2 viser at SRS viser at relasjonen i samtale to kan beskrives som dårlig, og de øvrige samtaler som nokså god. Vi kan se på resultatene at man ikke kommer opp til cutoff for en "god" terapirelasjon, som ligger mellom 39 – 40. Dette kan bety at det er et forbedringspotensial i det relasjonelle arbeidet. Her blir det viktig for den enkelte behandler å bli ennå mer undrende sammen med pasienten. Hva og hvordan kan jeg som behandler bli bedre? Hvilken forandring trengs for at pasienten skal oppleve samtalen ennå bedre, gi pasienten rom og aksept på at de tanker og vurderinger han eller hun sitter med er verdifull for den behandling som tilbys, og skape rom for feedback? Kan en av årsakene til at man ikke kommer opp til 39-40 handle om at personalet skal lære seg bruken av KOR samtidig som man bruker det aktivt i behandlingen? Dersom dette handler om opplæring bør man kunne forvente at SRS generelt øker i det videre arbeidet med KOR ved Ruspoliklinikken.

Duncan og Miller (2008) mener at SRS resultater som er dårlige og forblir dårlige, indikerer negative resultater. SRS resultater som er gode og forblir gode indikerer positivt resultat, mens SRS som er dårlige eller nokså god og forbedres indikerer ennå bedre resultater, og til slutt; gode SRS resultater som blir dårligere indikerer et dårlig resultat.

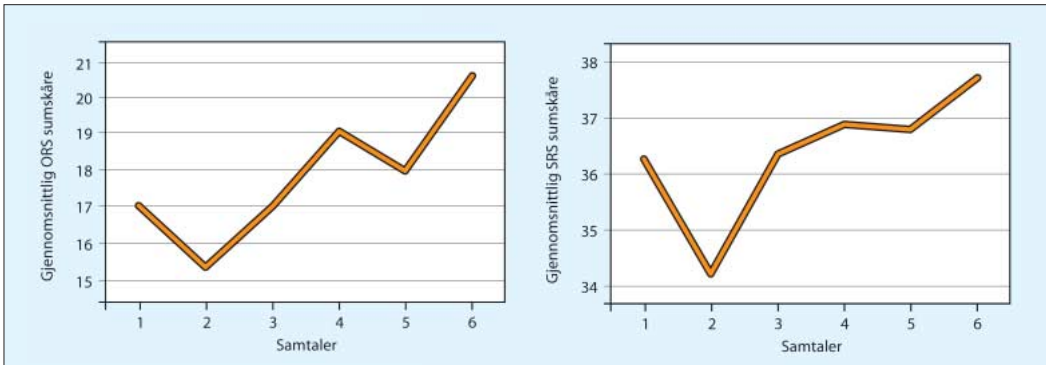
Dette kan bety at den kraftige nedgangen fra samtale én til samtale to bør vekke terapeutens oppmerksomhet. Denne nedgangen kan være en indikasjon på snarlig drop out, det vil si at pasienten slutter i behandling. Vi kan også tenke oss at i samtale to skjer det en positiv forandring da SRS stiger fra 34,3 til 36,3 i samtale tre. Antakelig har pasient og behandler snakket om hva pasienten ønsker av forandring slik at pasienten kan ha bedre utnyttelse av terapien. Duncan & Miller (2008) konkluderer med at dersom behandler lytter til og tar hensyn til pasientens behov og ønsker i forhold til behandlingen så øker SRS, og dersom behandler starter med lave SRS og under behandlingens gang får en økning på SRS, er dette en indikasjon på et godt behandlingsresultat.

I samtale nummer 5 er det en liten nedgang på SRS. Dette kan ha sammenheng med at i samtale 5 legger behandler inn et nytt moment, nemlig evaluering og vurdering av behandlingen. Er det slik at pasienten

ikke har det samme behov for dette momentet som behandler har, og at dette kommer til uttrykk i skåringen på SRS? Vi har ikke grunnlag for å si at dette er årsaken. Evaluering og vurdering av behandlingen i samtale 5 er imidlertid det eneste vi med sikkerhet kan si er felles for de ulike behandlerne og pasientene i samtale fem ved Ruspoliklinikken.

### 5.3. Sammenheng mellom ORS og SRS

**Figur 3. Sammenheng mellom ORS og SRS.**



Man kan forvente en sammenheng mellom den opplevde kvaliteten på den terapeutiske relasjonen (SRS) og utfallet (ORS), og når man ser på de to grafene er det nærliggende å anta at det også i vår studie finnes en sammenheng mellom dem, i og med at det er nedgang i gjennomsnittsskåre ved samtale to og fem i begge grafene. Pr. i dag så er materialet for lite til at vi kan finne noen statistisk signifikant sammenheng mellom ORS og SRS<sup>11</sup>. Ved et større materiale kan det imidlertid muligens finnes en statistisk signifikant sammenheng mellom en lavt ORS og en lav vurdering av terapien (SRS). På samme måte er det heller ikke grunnlag i våre data for å si at en forbedret ORS skåre hang sammen med en god SRS skåre ved forrige samtale.

11) Som vi kan se i Tabell 3, så var ikke SRS og ORS nevneverdig korrelert, verken per samtale, eller for etterfølgende.



## **6. Resultater fra implementeringen av KOR**

### **6.1. Individuelle faktorer**

#### **6.1.1. Innledning**

En god forståelse av implementeringsprosessen krever et bevisst forhold til de individuelle faktorene, det vil si aktørbetingelsene. Det er behandlerne ved Ruspoliklinikken som initierer og skaper endringsprosessen ved å ta i bruk en ny tilnærming i møtet med klientene som kommer til behandling. For at behandlerne skal kunne integrere KOR i sitt daglige arbeid trenger de blant annet informasjon, opplæring, motivasjon og tillit til seg selv og til det tiltaket de skal iverksette. Presentasjon av resultater og drøftinger omkring de individuelle faktorene i undersøkelsen sorteres i følgende kategorier; kompetanse, holdning/mening og motivasjon.

#### **6.1.2 Kompetanse**

For å ta i bruk nye metoder eller prosedyrer kreves ofte spesifikk kunnskap og ferdigheter. Tilstedeværelse eller fravær av kompetansefaktoren vil i mange tilfeller være avgjørende for implementeringen. Forskning viser at klinikers selvrappotering av egen kompetanse, og/eller utøvelse av nye ferdigheter, ofte er svært unøyaktige (Allan & Rashid, 1998).

En viktig forutsetning for å implementere KOR i Ruspoliklinikken er at behandlerne evner å finne frem til og forstå det som er nytt, og samtidig reflektere rundt arbeidet slik at det bidrar til læring og organisasjonsutvikling. En av behandlerne oppsummerer viktigheten av kompetansefaktoren på denne måten:

*“Økt kunnskap og ferdigheter – gir bedre evne til å se mulighetene som ligger i KOR tilnærmingen”*

### 6.1.2.1. Kunnskap og ferdigheter

De seks behandlerne ved Ruspoliklinikken har i forkant av prosjektet ulik kunnskap om KOR. Felles for dem er at ingen har deltatt på kurs eller fått noen formell, intern eller ekstern, opplæring i KOR. De to pådriverne for KOR-prosjektet har hørt om tilnærmingen av kolleger utenfor poliklinikken. En av de andre behandlerne har hørt Scott Miller på en fagkonferanse noen år tilbake. Behandlernes subjektive opplevelse av egne ferdigheter til å anvende KOR varierer også betydelig internt i behandlergruppen. Halvparten sier at de aldri har brukt KOR. En har brukt skalaene noen ganger sammen med en kollega, og to har erfaring med usystematisk bruk i løpet av det siste året. Når prosjektet starter er følgende utsagn eksempler på hvordan behandlerne opplever sin kompetanse på KOR:

*"Tilstrekkelig"*

*"Jeg har nok kunnskap"*

*"Jeg har nok litt å gå på"*

*"Jeg har ikke tilstrekkelig kompetanse"*

På samme tid uttrykkes en viss usikkerhet blant alle informantene omkring hva som kreves av kompetanse for å gå i gang med KOR. Sitatet under illustrerer dette på en god måte:

*"Jeg vet ikke om jeg har tilstrekkelig kunnskap, men er heller ikke helt sikker på hva jeg skulle hatt mer av..."*

Det viser seg at ulik kunnskap og ulike ferdigheter helt fra starten gir seg utslag i forskjellige måter å bruke klientens feedback på. For noen av behandlerne blir det et mål i seg selv å få klientene til å sette de åtte krysene på skjemaene (ORS og SRS), mens andre har en mer dynamisk forståelse av informasjonen, og bruker denne aktivt fra aller første samtale i prosjektperioden. Behandlerne som har brukt KOR tidligere gir i startfasen også en tydeligere fremstilling av hvordan de oppfatter målsetting med KOR. Disse forskjellene utjevnes gradvis utover i prosjektforløpet. For behandlere uten KOR erfaring fra tidligere, rapporteres at gjennom å bruke KOR økes deres kunnskap og ferdigheter, hvilket igjen påvirker dem til å bruke KOR mer aktivt. En av dem sier:

*“Jeg er fortsatt på nybegynnerstadiet – det er store muligheter for å utvide den kliniske bruken av de tilbakemeldingene klientene gir. Jeg er ydmyk i forhold til denne prosessen!”*

Når pilotprosjektet avsluttes etter seks måneder, opplever alle behandlerne at deres kunnskap om KOR er bra eller blitt betydelig bedre. Informantene understreker at det kan synes enkelt å bruke skalaene, men at det kreves både kunnskap og ferdigheter for å kunne anvende dem på best mulig måte. De peker også på at klientens angivelser på skalaene må brukes systematisk og aktivt i terapiprosessen for at man skal kunne hente ut gevinsten ved slike instrumenter, det vil si informasjon om hva som fungerer for hver enkelt klient.

### **6.1.2.2 Opplæring**

Før prosjektstart ble KOR presentert på fellesmøter i Ruspoliklinikken. Hensikten var å gi informasjon om tilnærmingen. Opplæring for den enkelte ble ikke vektlagt i møtene. Alle behandlerne ble bedt om å lese noen bokkapitler om KOR som forberedelse til møtene. Informasjon om KOR-prosjektet ble sendt på e-post fra leder. Det er uklart hvor mye tid som ble brukt til informasjon. Seksjonsleder anslår at det ble brukt 5-6 timer totalt. Mye kan tyde på at det var en del uformelt snakk omkring KOR, og etter hvert også om pilotprosjektet. De fleste i behandlerteamet beskriver at de hadde svært lite eller ingen kunnskap og/eller opplæring i KOR før de tok verktøyet i bruk. Med unntak av én behandler gjorde ingen aktive søk etter informasjon eller ytterligere kunnskap før prosjektet startet. Ingen av behandlerne problematiserte eller uttrykte misnøye med kunnskapstilfanget eller ferdighetsnivået når de ble spurt om dette i de første intervjurundene. De formidler at det er greit å begynne å bruke KOR og lære underveis, noe som også fremkommer gjennom følgende utsagn:

*“Hva mer kunne vi gjort, eller lært før vi startet? Det var viktig for meg å komme i gang. Jeg var utålmodig”*

To behandlere deltok på et eksternt dagsseminar om KOR i begynnelsen av prosjektperioden. Begge opplevde det som svært positivt, som et *“faglig vendepunkt”*, sier den ene, og som et positivt løft for prosjektet mener de begge.

Midtveis i prosjektperioden synes alle behandlerne at de har lært mye om KOR, først og fremst gjennom erfaring med praktisk bruk, men også gjennom diskusjoner og refleksjoner sammen med kollegaer (uformelt og i behandlingsmøter), og ikke minst gjennom veiledningen. Samtlige mener at veiledningen har bidratt til faglig utvikling, spesifikk kunnskap om hvordan KOR kan brukes, og også at veiledningen har bidratt til å øke kvaliteten på det arbeidet som har blitt utført. Gjennom veiledningen opplevde flere at de fikk justert sin KOR-praksis og økt sin mestringfølelse. Én sier at spesielt den første veiledningen gjorde det tydelige hvor lite de kunne og visste om KOR før de gikk i gang med implementeringen.

I både de individuelle - og i gruppeintervjuene etter at pilotprosjektet var avsluttet, fremkommer det klare meninger om at bedre opplæring, økt kunnskap og høyere egenaktivitet (for eksempel lese eller øve) ville bidratt til enda høyere motivasjon og mer aktiv og integrert bruk av KOR fra starten av. Deltakelse på kurs eller seminar om KOR før eller i starten av prosjektet er et av de konkrete forslagene som blir nevnt som forbedringsområder. Større vektlegging på opplæring ville nok også ha avhjulpet et annet behov det tas til orde for, nemlig ønske om et bredere fokus på hensikt og målsetting med KOR.

Flere behandlere opplevde blant annet hvordan skårene på KOR skalaene fungerer som spørsmålsgenererer i samtalen med klienten, og synes dette kom noe i skyggen av for mye fokus på KOR som et instrument som skulle måle dyktigheten til terapeuten. Den naturlige skepsisen til å bli vurdert og målt tok bort noe av fokuset på det som var mer relevant, mener andre. Betydningen av prosesslæringen av KOR, altså det å lære gjennom å øve og erfare sammen med klientene, var også et perspektiv noen savnet innledningsvis i prosjektet.

*“Det jeg tenker at vi kunne ha hatt mer av – er fokus på læringsprosessen. Det å lære gjennom å gjøre – lære gjennom å praktisere KOR. Jeg tror nok vi kunne ha vært mer forberedt på at det var slik det skulle være! Når jeg var uforberedt på denne prosessen, ble jeg litt usikker, forsiktig og litt bakpå til å begynne med”*

### 6.1.2.3. *Faglig orientering*

Ingen av informantene mener at KOR er i konflikt med deres faglige terapeutiske ståsted og praksis. Informantene representerer flere forskjellige utdanninger og erfaringsbakgrunner. De fleste bruker en kognitiv – atferds-terapeutisk tilnærming, men også med innslag av andre tilnærminger, som blant annet en systemisk tilnærming og psykodrama. Alle oppgir at KOR er et fint supplement, og kan brukes i den konkrete behandlingssituasjonen. Grunnen til dette er at alliansen med klientene skal styrkes og klientens tanker om hva som må skje for å løse den situasjonen som har gjort at de kommer til behandling skal respekteres.

Responser fra behandlerne her er i tråd med den rådende oppfatning om KOR blant dem som praktiserer KOR andre steder. Det viser seg at KOR er appellerende uavhengig av behandlerens terapeutiske orientering, blant annet fordi den er så sterkt forankret i fellesfaktorene. Tema som allianse, motivasjon og sosial støtte går på tvers av ulike tilnærminger. Det foreligger liten grad av uenighet omkring betydningen av slike faktorer i klinisk praksis.

Likevel reflekteres det over noen forhold. En behandler er opptatt av at man lett kan dvele for lenge ved tallene, og ikke kommer i gang med samtalen med tema og tilnærming som man antar er passende til klientens situasjon og til rammene for behandlingen. I slike tilfeller vil KOR-skårene ha stor innvirkning i eksisterende praksis. Dette betyr at om klientens feedback skal integreres, og samtalen skal orienteres rundt klientens behov, vil dette måtte føre til endret praksis. En annen sier at det kan være et dilemma å vektlegge klientens ønsker og behov for endring og hvordan de ønsker å få til endringene på den ene siden, og den struktur og målrettethet som kognitiv atferdsterapi på den annen side er tuftet på. Denne strukturen kommer blant annet til syne ved at terapeuten inntar rollen som "læremester" i relasjon til klienten.

Spørsmålene som reises av behandlerstaben ved Ruspoliklinikken er viktige, og berører forholdet mellom ekspertrollen og brukermedvirkning. Dette er en debatt som er høyst aktuell innen ulike profesjoner og fagmiljøer i disse dager.

KOR gir oss ingen årsaksforklaring i forhold til hva som bringer mennesker i behandling, og representerer heller ingen enhetlig teknikk. Ei heller representerer KOR et ufravikelig mønster for den terapeutiske prosess, eller gir oppskriften på hvordan vi skal produsere et godt behandlingsresultat (Miller, Mee-Lee, Plum & Hubble, 2005). KOR er ment å være et system, en tenkning eller holdning der intensjonen er å øke klientens engasjement i behandlingen, gjøre klienten til en integrert part i behandlingen, samt å individualisere behandlingen blant annet på bakgrunn av klientens feedback. Det hevdes flere steder der det reflekteres over KOR-praksis at vi må benytte oss av både vår kunnskap fra forskningen (den som er kjent og felles) i kombinasjon med å åpne oss for det som er ukjent og spesielt for det enkelte individ (Skauli, 2010). I en reportasje i Tidsskrift for Nors Psykologforening, (Strand, 2010), formulerer Karl Jacobsen (professor klinisk psykologi og utviklingspsykologi) seg slik i forhold til psykologisk behandling og brukervedvirkning:

*“Jo mer terapeuten fremstår som ekspert, desto høyere er sannsynligheten for at terapeuten ikke driver brukervedvirkning, ...- på den annen side: Jo mer terapeuten inngår i rollen som refleksjonspartner og bruker tid for å forstå, desto høyere sannsynlighet er det for at terapeuten praktiserer brukervedvirkning” (s.435).*

### **6.1.3 Holdninger**

Aktørenes holdninger, verdigrunnlag og sosiale normer er utvilsomt viktige faktorer for iverksettingen, og må sees i sammenheng med behandlernes opplevelse av de kvalitetene KOR-tilnærmingen bidrar med i deres praktiske, kliniske hverdag. I dette kapitlet vil betydningen av behandlernes initiativ og engasjement bli belyst. Også hvordan instrumentenes kliniske anvendelse og kompleksitet blir vurdert av behandlerne vil bli drøftet.

#### **6.1.3.1 Initiativ**

*“I begynnelsen var jeg nysgjerrig – jeg leitet etter et verktøy som kunne åpne opp terapirommet! Jeg fikk mer enn jeg så etter!”*

Dette sitatet er ganske betegnende for den rådende holdningen blant behandlerne ved Ruspoliklinikken forut for igangsettingen av prosjektet, der alle rapporterer at de er åpne for å prøve ut KOR i klinisk praksis. Det er ingen uttalt eller åpen motstand mot å bruke ORS og SRS i alle nye klientsamtaler ved seksjonen, heller ikke i forhold til at arbeidet skal følges opp som et prosjekt. Ord som *nysgjerrig, interessert, åpen, nytte, delaktig* og *positiv* brukes for å beskrive egne holdninger til KOR før oppstart. Initiativet og engasjementet er knyttet til deres forventninger om at KOR blant annet vil bidra til å kvalitetssikre behandlingen de tilbyr, gjennom den direkte feedbacken de vil få fra klientene om hvordan de opplever nytten av samtalene. Det å finne frem til hva som er god rusbehandling for den enkelte klient utgjør en felles grunnleggende verdi for informantene i studien. I tillegg påvirkes deres holdning til KOR på en positiv måte ved at skjemaene er korte og tar liten tid å administrere. Likevel er tidsaspektet, det at mer tid skal gå bort til utfylling av skjema, det eneste ankepunktet mot KOR som fremkommer innledningsvis.

Tuftet på blant annet den åpenhet og interesse for KOR som ligger til grunn på aktørnivået økes forpliktelsen i henhold til å arbeide systematisk og strukturert med KOR gjennom dette prosjektet. I denne prosessen er det seksjonsleder og en av psykologene som er initiativtakere og pådrivere. Kollegiet benevner hverandres holdninger til den forestående endringen med begreper som *nøytrale, ambivalent* og *lojale*. Midtveis i prosjektperioden formidler alle informantene at de har et eiendomsforhold til KOR-prosjektet. Flere av dem formidler sine synspunkt og sin kunnskap om KOR til andre kollegaer utenfor poliklinikken. En kaller seg en god ambassadør for prosjektet. En annen kommenterer:

*“Det er gøy at nettopp vi i rusfeltet gjør dette, det er ikke mye tradisjon for denne typen arbeid. Jeg kjenner meg stolt over dette.”*

Tiltross for den generelle positive innstillingen til KOR er det flere funn i undersøkelsen (intervjuer og observasjon) som peker på at det også er en viss skepsis til å implementere et system som kan bidra til å bli vurdert og målt på sine resultater. Dette dreier seg både om å bli vurdert av sine klienter, men også indirekte av sin leder og sine kollegaer. Noen vil også

kunne oppleve at KOR bidrar til å redusere deres kliniske frihet. Få behandlere tilkjennegir slike bekymringer på egne vegne, men mener at det eksisterer i kollegiet for øvrig. Når vi også vet at en slik skepsis eller motstand er svært vanlig når systemer der en måler utfall av terapi skal implementeres (Lambert, 2010), kan dette være holdninger og meninger som det er viktig å øke åpenheten omkring for å forhindre at det blir en alvorlig hemmer for implementeringen.

Både i midt- og sluttevalueringen av prosjektet oppfattes de fleste deltakere å ha en svært positiv holdning til KOR. Terapeutene som var svært positive i utgangspunktet har beholdt sitt engasjement, en sier til og med at vedkommende er mer positiv, fordi instrumentene viste seg å være så godt å bruke i den praktiske kliniske sammenhengen. For de som oppfattet seg selv som nøytrale, ambivalente og lojale i forhold til innføringen av KOR, sier flere at endring i holdning og innstilling i stor grad kan relateres til den positive opplevelsen de hadde gjennom den første veiledningen. For en av behandlerne er det vanskeligere å si noe om sin holdning til KOR, fordi erfaringsgrunnlaget har vært noe begrenset. Holdningsendringen synliggjøres blant annet gjennom at flere av behandlerne er mer spesifikke, konkret og samtidig mer nyansert når de omtaler KOR og dens betydning for egen praksis. Det kan synes som om økt kompetanse gjennom erfaring har hatt en positiv innvirkning på holdningen til KOR. Samtidig viser våre funn at denne sammenhengen ikke var like innlysende for behandlerne i planlegging og oppstartsfasen av prosjektet. En av behandlerne oppsummerer dette poenget slik:

*”Økt kunnskap fra starten – ville hatt betydning for min holdning til å bruke KOR, og til prosjektet. Det ville også ha økt mine forventninger, spesielt viktig hadde det vært å få frem det betydelige endringsperspektivet”.*

#### **6.1.3.2 KOR - klinisk relevans**

Noen av de faktorene som rapporteres å ligge til grunn for den positive holdningen er: tilnærmingens praktiske relevans, fokus på behandlingsprosessen, nytteverdien av systematiske tilbakemeldinger for både behandler og klient (gir grunnlag for økt refleksjon omkring kliniske tema sammen med klienten

og i kollegiet), gir struktur til det kliniske arbeidet og bidrar til å se eget forbedringspotensial. Nedenfor vil vi se nærmere på noen av disse faktorene.

### **Allianse**

Samtlige behandlere i denne undersøkelsen legger mer og mer vekt ut over i pilotprosjektet på skalaenes betydning for å sette fokus på behandlingsalliansen, og på viktigheten av å bestrebe seg på å ha en dialog omkring hva som skal til for at alliansen skal oppleves som trygg og god for klienten. Det blir fremhevet at den direkte feedbacken som blir gitt i hver time gir terapeuten trygghet, økt oppmerksomhet på egen rolleutøvelse, samt at det virker skjerpene for det arbeidet man gjør. Tidlig i implementeringsprosessen var det som nevnt uttrykt en del usikkerhet knyttet til nettopp det at klientene ansikt til ansikt skulle vurdere behandlingsalliansen. Eller som noen av behandlerne fryktet, en vurdering av dem som person eller som behandlere. Et beslektet usikkerhetsmoment var om klientene svarer det de tror at behandlerne ønsker å høre, av høflighet, sosial aksept og/eller som en konsekvens av ulikhet i maktforhold i relasjonen.

Behandlerne ved Ruspoliklinikken får økt tiltro til at klientene er ærlige i sine tilbakemeldinger til dem etter hvert som de får mer erfaring med å bruke skalaene. En mulig tolkning av våre funn er at behandlerne i større grad evner skille mellom sak (behandlingen) og person (bli likt / ikke likt som person), og at de formidler en genuin nysgjerrighet og et ønske om reelle tilbakemeldinger. Problematisering av hvor åpen og ærlige klientene våget å være i relasjon til sin behandler var gjennomgående blant personalet forut for, og i oppstarten av prosjektet. Etter hvert blir de mer opp-tatt av sine muligheter for å tilrettelegge for klientens åpenhet. For noen av behandlerne var det fortsatt et viktig tema, som disse sitatene illustrerer;

*”Jeg sier at hvis de er ærlige kan vi gjøre noe med det som er vanskelig, og at det er viktig at de ikke tenker at jeg blir fornærmet dersom de skårer lavt på relasjonen. Det er ikke sånn det er, jeg forholder meg profesjonelt til det. I begynnelsen var jeg ikke så tydelig”.*

*”Jeg er fortsatt usikker på om pasientene er helt ærlige i sine responser.*

*Jeg sliter nok litt med å stole helt på resultatene. Er de riktige – svarer pasientene det de egentlig mener?”*

Terapiforskning dokumenterer at klientens vurdering av den terapeutiske alliansen er en sterk prediktor for behandlingsresultatet, og det å be om tilbakemeldinger på allianse og fremgang i behandling i seg selv er allianse-skapende (Norcross, 2002; Lambert, 2004). For å få tak i denne informasjonen kan det være hensiktsmessig for terapeuten tone ned sine egne tanker om hva som er god behandling, og hva som vil hjelpe klienten. Relasjonelle ferdigheter vil være bestemmende for hva man får av informasjon fra sine informanter, og for hva man får ut av behandlingen. Behandlers oppmerksomhet må i større grad rettes mot forforståelser som vil kunne påvirke kliniske vurderinger og den terapeutiske relasjon med klienten (Henriksen, 2007). Dette harmonerer godt med perspektivet om at dersom en skal utforske og følge tilbakemeldinger fra klienter, så innebærer det en dreining av terapeutens profesjonalitet i retning av å se mangel på endring og bedring primært som et problem knyttet til hvordan terapeuter arbeider og til kvaliteter i relasjonen. Skauli (2009) hevder det er et felles problem for alle slike alliansemålinger at mange klienter i utgangspunktet vegrer seg mot å kritisere terapeuten, og at det er en terapeutisk utfordring å skape en trygghet i relasjonen slik at de kan komme frem med misnøye eller ønsker. Miller og Duncan (2008) hevder at dersom behandlerne evner å være tydelig på at de også ønsker kritikk, så er deres erfaring at de fleste klienter er villige til å gi sådan. Videre at målet i relasjonen er å skape trygghet for at åpenhet og ærlighet kan vises begge veier, og få til samtaler som åpner for forbedringer.

### ***Aktør i eget liv***

*“Etter at jeg startet med KOR synes jeg å merke at klientene har blitt mer aktive og deltakende. Når de skårer lavt på alliansemålet SRS kan de gjerne si at det er fordi de ikke har snakket om det som de mener er viktig...”*

En annen fordel som fremheves er at bruk av skalaene styrker klientens opplevelse av å være aktør i eget liv. Klienten blir mer ansvarliggjort i terapi-prosessen og blir mer aktive og engasjert i behandlingen.

*“Den største fordel ved å bruke KOR er at klientene får beskrive sin situasjon, og vekke meg som samtalepartner i forhold til sine egne virkelighetsbeskrivelser. Og på bakgrunn av denne må vi lage mål som de har lyst til å jobbe for. Det bidrar til å gjøre meg mer aktiv og konkret, slik at vi kan jobbe med de konkrete og spesifikke målene. Det blir en opplevelse av at vi kjemper sammen for å komme dit. Det gir mer tenning i det terapeutiske arbeidet”*

Når behandlerne ved Ruspoliklinikken blir bedt om å beskrive fordelene ved KOR, sammenlignet med sin tidligere praksis, er klientens medvirkning i behandlingen det svaret som fremkommer hyppigst og som oftest blir nevnt først. Sitatet over belyser hvordan denne behandleren opplever medvirkningen i praksis som et samarbeid mellom klienten og henne, der klienten har avgjørende innflytelse på behandlingsvalget. Gjennom vektlegging av klienten tanker og ideer om hva som er til det beste for han/henne vil begge parter trekke i samme retning og mobilisere håp og forventning om bedring. Når klientens perspektiv får være i sentrum, vil det også kunne bli mer fokus på klientens ressurser og opplevelse av å mestre. Dette er en vesentlig del av gevinsten ved å anvende KOR, hevdes det av en nesten samlet kollegagruppe ved Ruspoliklinikken. Noen av informantene i denne undersøkelsen nevner også den parallelle prosessen som skjer gjennom å praktisere medbestemmelse og innflytelse over egen behandling gjennom KOR, og den overføringsverdien denne erfaringen har til “det virkelige liv”. Slike prosesser mener flere har stor betydning for klientens selvrespekt.

Ovenfor nevnte funn samsvarer med det Skauli (2007) beskriver som å arbeide i henhold til klientens endringsteori; det kartet klienten benytter for å orientere seg. Skauli postulerer videre at det er viktigere for ham som terapeut å bidra til at klienten orienterer seg i sitt eget kart og i sitt eget terreng, enn at han plasserer dem i sitt kart.

### ***Arbeid i samsvar med klientens forståelse***

Flere av informantene nevner at KOR-tilnærmingen hjelper dem til å være der klienten er, og at det gjør det enklere å jobbe mer målrettet med oppgavene / tema som klientene bringer frem. Videre nevner de at det er viktig

å få klientene til å føle at de blir tatt på alvor, gjennom å formidle at deres fortellinger, spørsmål og svar er av interesse for terapeutene. Feedback på hvordan klienten opplever samarbeidet og metodene oppfattes av flere behandlere som et bidrag til å gjøre dem tryggere i sitt arbeid og sin rolle:

*"... så får jeg informasjon om hvordan timen har vært for klienten, også her differensiert på de fire forskjellige områdene. Da kan jeg mer konkret gå inn å se på hva som kan endres. Jeg blir tryggere på hvor jeg har klienten og tryggere på meg selv - og hva pasienten trenger mer av. Det blir lettere å være behandler".*

Følgende sitat gir enda et eksempel på hvordan en behandler beskriver det å arbeide i samsvar med klientens forståelse;

*"Ved å bruke KOR, føler jeg meg tryggere. Jeg er mer online, og tettere på klientene, på en praktisk og løsningsorientert måte. Jeg er mer til stede for klientene"*

Gjennomgående svarer alle behandlerne at KOR-skalaene er et godt redskap for å få informasjon om en arbeider i samsvar med klientens forståelse, og om nødvendig få en pekepinn på om en bør endre på noe i terapien for å gjøre den hensiktsmessig for klientene. En av behandlerne benevner KOR som et godt kommunikasjonsmiddel, som igjen underbygger den muligheten som feedback fra klienten gir knyttet til å være der klienten er. Dersom en følger klientens tilbakemelding om opplevd bedring eller forverring systematisk, bedrer det behandlernes forutsetninger til å endre retning i terapien tidlig i behandlingsforløpet. Dette vil igjen kunne øke sannsynligheten for klientens nytte av behandlingen. Vi har tidligere nevnt at tidlig endring predikerer bedring (Howard et al., 1996; Brown et al., 1999).

Psykologiske tjenester gir vanligvis best resultater når de rettes mot klientens opplevde problem og erkjente mestringskompetanse (Henriksen, 2007). Henriksen hevder videre, hvilket også er i samsvar med betydningen av klientfaktorer i behandling, at iverksatte tiltak må relateres til klientens personlighet, sosiokulturelle kontekst og personlige preferanser. Samskapende prosesser i klinisk arbeid er avgjørende for om klienten vil nyttiggjøre seg behandling.

Det er nettopp en slik praksis der klienten stiller spørsmål om innhold og utforming av aktuell behandling, opphavsmennene bak KOR tilnærmingen er talsmenn for (Duncan, Miller og Sparks, 2004). Gjennom aktiv medinnflytelse utfordres behandlingsmål, arbeidsoppgaver og resultat av terapien. Enighet om mål og arbeidsoppgaver i behandling er viktig for å skape en god allianse.

### ***Systematisk kunnskap om klientens nytte av behandlingen***

Behandleren beskriver dette som en behandlingsmessig "kompassretning" – ved rett og slett å spørre klienten vil en kunne vite om en er på rett vei i behandlingen eller ikke. Andre forteller om at klientens tilbakemelding kan oppfattes som et korrektiv til det såkalte kliniske skjønn, og muliggjør det å stille gode spørsmål – eller iverksetting av mer tilpassede tiltak.

Tilbakemelding fra klienten om opplevde endring, og hvordan de opplever relasjonen nevnes av de aller fleste behandlerne som en svært viktig og potent tilnærming for å sikre seg at klienten kommer tilbake til neste time. Dette er i samsvar med forventninger til tilnærmingen i forkant av prosjektet om at aktiv bruk av skalaene kunne ha effekt i forhold til å identifisere de klientene som er i fare for å droppe ut fra behandlingen. Dette perspektivet blir spesielt nevnt av initiativtakerne til prosjektet.

Flere behandlere mener at skårene på KOR-skalaene lett kan misforstås som et objektivt mål for god behandling, eller at en terapeut er god eller dårlig. I den forbindelse poengterer de at skårene må sees på som mål på klientens subjektive opplevelse her og nå på de ulike parameterne som måles. Det betyr også at skalaene brukes individuelt, det vil si at hver klient har sin helt egen måte å forstå og fylle ut skjema på.

*"Jeg kan filosofere sammen med klienten om endringene – det er kjempe spennende! Diskutere med dem hva som er deres individuelle målestokk når de setter sine kryss på ORS-skjemaet. Hvilken skåre er bra og dårlig for deg? – hva representerer de ulike delene av målestokken 0 – 10? Hvordan ser livet ut når du kommer helt opp på skalaen? Hva er realistisk, og hva er fantasier? Er livet slik, er det mulig å komme dit, Det er nyttig å få perspektiver på disse målene!"*

KOR-litteraturen fremhever tilnærmingens vektlegging av å samle systematisk kunnskap om klientens nytte av den praksis som bedrives og slik sett bidra til kvalitetsutvikling for terapeutene, men også for virksomheten som helhet. Nettopp behandlingens nytteverdi og dens virkning for klienten er et annet viktig poeng som nevnes av de fleste behandlerne ved poliklinikken. Fokus kan være på endringen i seg selv – og betydningen av denne, eller på behandlingsprosessen:

*“Fordelen med å bruke KOR har for meg først og fremst vært det å ha et verktøy for å hjelpe meg og pasienten i forhold til å vite noe om hvor vi er i behandlingsprosessen. Er vi i begynnelsen, i midten eller er det slik at vi skal begynne å tenke på avslutning?”*

### **6.1.3.3 Kompleksitet og anvendelighet**

#### **Introduksjon og administrasjon av skalaene**

I artikkelen “When I’m good, I’m very good” (2008) postulerer Miller og Duncan sitt syn på administrering av KOR- skalaene:

*“Det er ikke noen protokoll som skal, eller må, følges når man administrerer skalaene. De spesifikke ordene er ikke det viktigste. Det kan være lurt å unngå en for teknisk sjargong, og heller på en naturlig og vanlig måte forklare formålet med målingene og hvilken bakgrunn de har. Dette er kliniske verktøy” (s. 66, min oversettelse).*

Ved Ruspoliklinikken brukes det ikke en standardisert eller felles introduksjon til KOR-skalaene, verken for å forklare hensikten med – eller utfylling av skalaene. Flere behandlere forteller at de tar utgangspunkt i et forslag til introduksjon som beskrives i en av artiklene som de hadde lest forut for prosjektet. Behandlerne oppfatter selv at de er rimelig konsistent i sin introduksjon fra klient til klient. Når klientene har brukt skjema noen ganger blir introduksjonen kortere. Denne tilpasningen nevnes av flere. Formuleringene som brukes er folkelige, og behandlerne rapporterer at de fleste klientene umiddelbart forstår instruksjonene. En behandler sier dette om å introdusere KOR-skalaene;

*“Det er spesielt i den første timen med pasientene at jeg forklarer hensikten sånn helt eksplisitt. Da sier jeg: “... at dette er et verktøy som jeg bruker for å få vite hvordan du har det, og for å få vite noe om hvordan vi sammen skal jobbe for at du skal få det bedre. Det kan vi gjøre blant annet ved å sammenligne skårene fra gang til gang. Skårene kan fortelle oss hva det er viktig at vi jobber med, samtidig som de også kan hjelpe meg til å bli en best mulig terapeut. Vi bruker disse skalaene både for din del – og for min del”. Jeg har ikke noen nedskrevet introduksjon, men samtidig tror jeg at denne etter hvert er blitt ganske standardisert”.*

Felles for alle introduksjonene er at behandlerne formidler at det er viktig at klientens stemme blir hørt gjennom behandlingsforløpet, og for å få til dette vil det hjelpe at klientene fyller ut skjemaene. Noen bruker analogier, som at klienten er kunden, og at poliklinikken er opptatt av å ha fornøyde kunder. Videre fremhever alle behandlerne betydningen av å følge med på endringer i klientens skåre fra time til time.

Kryssene som settes på linjen for hver av skalaene gir en visuell representasjon av hvordan klienten har det, og blir et tillegg til de ordene og den fortellingen klienten gir. Slik sett forutsettes en samtale omkring skårene, for å få tak i klientens opplevelser.

Endringsmålet (ORS) administreres av alle behandlerne i begynnelsen av timen, og alliansemålet (SRS) i slutten. Denne fremgangsmåten gjør det lettere å rette oppmerksomheten på endringer og på relasjonen mellom terapeut og klient.

Noen variasjoner forekommer. I hovedsak handler det om hvorvidt terapeuten interagerer med klienten samtidig som de fyller ut skjema (dialog omkring begrunnelser/forklaringer for hvorfor krysset settes akkurat der), eller venter med dette til klienten er ferdig med utfyllingen. Første gang klientene kommer til time velger flere behandlere å vente litt med å ta frem skjemaet. De fleste har rutine på å sammenligne skårer fra gang til gang, og å snakke om endringene.

Alliansemålet (SRS) blir av flere oppfattet som mer utfordrende å bruke

enn resultatmålet. Fem av seks behandlere forteller at de fortsatt midtveis i prosjektperioden leverer ut SRS så seint i timen at det ikke blir tid til å kommentere eller bruke feedbacken på en konstruktiv måte. Oftest forblir skårene ukommentert, som uttalelsen under illustrerer;

*“SRS tas helt til slutt i timen. I begynnelsen kommenterte jeg ikke noe på skårene som ble gitt - de første gangene jeg brukte skjema, altså! Det ble litt sånn...fyll ut skjema .., og når skal vi sette opp ny time?...”*

Underveis i implementeringsprosessen sier samtlige behandlere at en bedre klinisk bruk av SRS er et konkret forbedringsområde for dem. Det er videre et gjennomgående trekk at behandlerne blir tydeligere i presentasjon og at de bruker KOR mer aktivt utover i prosjektperioden. Denne utviklingen må sees i sammenheng med at de gjør seg kjent med tilnærmingen underveis, og ser hvilke muligheter den bringer med seg i det terapeutiske arbeidet. Denne prosessen blir beskrevet slik av en av informantene:

*“Jeg har et stort potensial til å forbedre meg på dette punktet – på det språklige. Jeg spør ganske enkelt om hvordan de har hatt det med seg selv, med familien og så videre. Så forklarer jeg at det er viktig å vite hvordan det har vært å være her i dag. Da jeg begynte å bruke skjemaene i januar, tenkte jeg at dette ikke skulle ta så stor plass. Jeg skulle bare be pasientene fylle ut, altså sette noen kryss – så ferdig med det! Jeg kjenner nå at tilnærmingen kommer nærmere og nærmere meg - jeg ser at det er nyttig og viktig”.*

I likhet med andre systemer for tilbakemelding av klientens utvikling er det også for KOR utviklet datasystem for feedback til terapeutene som er basert på resultatene i en akkumulert amerikansk database. I prosjektperioden valgte Ruspoliklinikken å bruke to ulike skåringsverktøy, basert på normative data. Det ene, MyOutcomes, er et internettbasert verktøy, mens det andre, ASIST, er et Excelprogram. Halvparten av behandlerne bruker begge verktøyene gjennom hele prosjektperioden, mens de andre bruker i det alt vesentligste MyOutcomes med den begrunnelse at det blir for tidkrevende å bruke begge programmene.

Den vanligste prosedyren, som også er i henhold til prosjektplanen, er å skåre ORS og SRS etter hver time, punche skåren i valgte dataprogram og få ut feedback basert på dagens skåre og utvikling i skårene over tid. Videre blir graf og feedback limt inn i klientens journal. Noen behandlere velger eksplisitt å kommentere skåringene i journalnotatet. To behandlere skårer og legger inn data mer usystematisk. En slik praksis gjør det mer utfordrende å bruke resultatene eksplisitt og integrert i timene, mener de begge. De ønsker å endre egen praksis på dette området.

### ***Integrere tilbakemeldinger***

KOR gir en god ramme for innledning og avslutning av timene, mener flere av informantene i denne undersøkelsen. De oppfatter verktøyet som klinisk relevant, både i forhold til å få rask tilgang på viktig informasjon om tilstand, endring og relasjon, men også som inngangsport til vanskelige tema. Tilbakemeldinger fra klientene genererer flere spørsmål, øker bevisstgjøring og kan bidra til økt refleksjon både hos klient og behandler.

*“Bruk av KOR-skjemaene er en rask og enkel måte å fange opp effekten av behandling – hvordan klienten opplever behandlingen, og hvordan utviklingen er for pasienten, og for relasjonen. Slik at en kan stilles spørsmål omkring forhold som bidrar til at det ikke skjer endring eller at behandlingen ikke har effekt - eller der relasjonen ikke er bra. Det gir økt mulighet til iverksetting av tiltak”.*

Siden klienter som opplever tidlig bedring har større sjanse for en vellykket behandling (Howard et al., 1996; Brown et al., 1999), anbefaler Miller et al. (2004) at det legges spesielt vekt på skårene etter tredje og sjette samtale, og at disse benyttes som sjekkpunkter for å vurdere om det skjer fremgang i behandlingen. I prosjektperioden valgte Ruspoliklinikken å gjøre hver femte time til “sjekkpunkt-timer”, der hensikten var å vurdere fremgang, gjøre nødvendige justeringer, endre tilnærming, vurdere skifte av terapeut eller henvisning til annen type behandling. Resultater fra intervjuene viser at alle behandlerne drøftet klientens utvikling, blant annet i henhold til deres skåre på ORS og SRS, i behandlingsmøter etter den oppsatte planen hver femte time. To behandlere har imidlertid ikke denne

eksplisitte gjennomgangen av status sammen med sine klienter. Begge ønsker å endre egen praksis med hensyn til å bruke resultatene mer aktivt i timene sammen med klientene, slik majoriteten av kollegaene gjør. Flere behandlere rapporterer at de ikke er så konsekvent med å evaluere behandlingen ved den tiende og femtende samtalen, for de klientene som har lengre behandlingsforløp. KOR-skårene kan integreres i behandlingen på forskjellige måter, og det hevdes av flere av informantene at tilnærmingens dynamikk nettopp handler om å utnytte disse mulighetene.

*“Det individuelle ståstedet til pasientene er egentlig ganske greit der og da i timen, hvor en kan se endring på enkeltskalaene fra forrige time. Jeg sammenligner alltid skårene fra gang til gang. Da kan vi snakke om hva de tror er grunnen til endringene. Det er veldig greit med den type feedback. I forhold til det mer prosessmessige er det også veldig nyttig å ta dette med ut av terapirommet for å drøfte med de andre - reflektere og undres... før jeg tar det tilbake til pasientene for å drøfte det med dem. Det er store forskjeller i hvordan kurvene og endringene ser ut for ulike klienter – og det gir også utslag i forskjellige måter å drøfte resultatene på”.*

Behandlerne rapporterer at de er opptatt av om behandlingen ledsages av bedring hos klienten, og at dersom det ikke skjer vil de sørge for endring i behandlingsprosessen. Et perspektiv som presenteres av de fleste er å bruke skalaene som et utgangspunkt for samtale og refleksjon, og samtidig bidra med egen kompetanse i form av klinisk skjønn, teoretisk og praktisk kunnskap. Noen ganger vil det være mer utfordrende å få til samtaler om samtalen og om behandlingen. En av behandlerne gir oss følgende eksempel;

*“Noen av våre pasienter har liten tro på dette med skjema og at det skal være så nyttig. De kan mene at skjemaene ikke har noe med deres virkelighet å gjøre!... Det er da jeg synes det blir vanskelig å gi tilbakemelding og bruke resultatene sammen med pasientene”.*

Basert på seks måneders erfaring konkluderer alle behandlere ved Ruspoliklinikken med at skjemaene er enkle å administrere, lett å forstå, og enkle å fylle ut for klientene. Noen mener at de kunne ha lagt mer vekt på

å forklare hensikten med skjemaene overfor klientene, men at det har vært en betydelig endring i egen praksis gjennom prosjektperioden. Alle nevner at erfaring gjennom prøving og feiling, teoretisk kunnskap, samt veiledning har vært viktig for at de har kunnet se og utnytte det potensial som ligger i anvendelsen av skalaene. Videre nevnes det som et kontinuerlig mål å forsikre seg om at behandler og klient har en felles forståelse av formålet med KOR, blant annet gjennom å repetere instruksjonen. Det reises også spørsmål omkring det ville ha vært hensiktsmessig å sikre seg en mer felles instruksjon.

Når vi sammenholder informasjon omkring behandlernes forskjellige kunnskapsgrunnlag og erfaring fra starten av og ulikheter i administrering av KOR og integrering av klientens feedback i samtalene, vil det være naturlig å anta at disse to faktorene påvirker hverandre. Med bakgrunn i våre data har vi holdepunkt for å mene at økt kunnskap og erfaring gir et annet og antakelig bedre utgangspunkt for å formidle meningsinnholdet i KOR til klientene som skal bruke skalaene, samt motivere dem til å bruke skalaene til beste for seg selv og sin behandling ved å skape en kultur for feedback. De behandlerne som ikke innehar kompetanse på KOR, synes å bruke lenger tid på å innpasse KOR i sin eksisterende praksis. Når det gjelder "passiv" bruk av SRS, det vil si at man unnlater å drøfte skårene sammen med klienten, rapporteres dette imidlertid også fra behandlere med tidligere KOR-erfaring.

*"Jeg tror ikke at det er tilfeldig at jeg leverer ut SRS så seint i timen som jeg gjør – det handler nok om at jeg blant annet synes fokuset på meg som terapeut kan bli ubehagelig. Ikke nødvendigvis dersom skåren er lav – kanskje mest dersom jeg skal finne på noe å si om en høy skåre"*

Senere i rapporten vil vi drøfte funn som viser at behandlerne dels har en noe uklar - men også delvis ulik oppfatning av målsettingen med KOR, hvilket vil kunne ha påvirket ulikheter i administrering og integrering av KOR. For fremtidig implementering av KOR peker våre funn blant annet på betydningen av opplæring og en felles forståelsesplattform for hvordan instrumentene skal brukes.

Våre data forteller oss lite om hvordan behandlerne vurderer klientens endring i behandling, og om hvilke indikasjoner som må ligge til grunn for at de foretar endringer eller justeringer i praksis. Vi vet også lite om hvilke endringer terapeuten faktisk gjør på bakgrunn av klientens feedback. Hva, når og hvordan forandrer de på eksisterende praksis? Delvis kan vi forklare de manglende data med at vi ikke har spurt behandlerne spesifikt nok om dette, og dels kan det bero på at behandlerne ikke selv har hatt så stor bevissthet omkring tema til å bringe det frem i intervju - eller observasjonssituasjonene.

Under Scott Millers foredrag i Tromsø (2010), og i hans tidligere publikasjoner, reflekterer han over, og kommer med konkrete råd, med hensyn til hvordan behandlere bør forholde seg til klienters ulike "endringsprofiler". Han hevder at når klientene er i endring, kan det være gunstig å møte dem ofte slik at det kan bygges opp under positive endringer. Og når endringskurven begynner å flate ut, kan det være aktuelt å spre samtale mer. Spesielt når skåren på endringsmålet (ORS) er over det kliniske cutoff på 25 poeng (se metodekapittel), kan en drøfte med klienten om det vil være hensiktsmessig med noe lengre tid mellom samtalen. Miller refererer videre til at det ikke er noen forskning som indikerer at klienten må bli dårligere for å bli bedre, eller at terapeutene må holde ut lenge nok til å bryte gjennom klientens antatte motstand mot endring. Dersom positiv endring ikke finner sted innen et gitt tidsrom (for eksempel 6 – 10 samtale), bør en vurdere skifte av terapeut eller vurdere andre behandlingstiltak, mener Miller. Når klienter ikke nyttiggjør seg behandlingen ved Ruspoliklinikken har nye tiltak blitt vurdert på bakgrunn av klientens feedback. Manglende fremgang, samtidig som klientene sier at de er fornøyd med samtalen kan være utgangspunkt for en dialog omkring hva som skal til for at ønsket endring skal skje.

## **6.1.4 Motivasjon**

### **6.1.4.1 Motivasjon for endring**

Enkeltaktørens motivasjon spiller en sentral rolle som drivkraft i endringsprosesser. I det engelske språk bruker man uttrykket "ready, willing, and able" for å kommunisere om noen er motivert for endring. I faglitteraturen

om endringsprosesser har man (Miller & Rollnick, 2002) grepet fatt i utsagnet, og hevder at motivasjon består av minst disse tre kritiske komponenter; prioritering, å tillegge noe viktighet/betydning - og å være i stand til. Dersom en opplever å være motivert for en ny oppgave eller prosedyre vil prosessen oppleves bedre for en selv. I tillegg vil den enkelte aktørs motivasjon påvirke de en samarbeider med, i vår sammenheng både klienter og kollegaer.

I planleggingsfasen av prosjektet antas det å være en todeling i behandlergruppen vedrørende implementering av KOR - de motiverte og de nøytrale og lojale. Betegnelsene blir også brukt i veiledningssammenheng, uten at det er noen åpen uenighet om karakteristikken. Dersom vi skal bruke terminologien over, indikerer våre funn at alle behandlerne vurderer viktigheten ved KOR-tilnærmingen som høy, men for flere skorter det dels på å prioritere implementeringen og aller mest på å se seg i stand til å bruke KOR. Dette dreier seg på den ene siden blant annet om en forventning om ekstra arbeidsbyrde ved at det skal innføres nye skjema i samtalene med alle nye klienter, og om manglende kunnskap, ferdighet og erfaring med å bruke KOR på den andre siden. I forhold til sistnevnte vil kompetanseheving også kreve tid og ressurser i en ellers travel arbeidshverdag. Det er imidlertid viktig å presisere at alle behandlerne ved Ruspoliklinikken er lojale overfor beslutningen om å innføre KOR helt fra starten av. Foruten informasjon om KOR, henvisning til mulige litteraturkilder og møter der KOR drøftes, iverksettes det ikke spesifikke tiltak for å kartlegging eller følge opp den enkeltes motivasjon.

Implementeringsforskning (Scott, 1997) viser til at aktørens motivasjon gradvis vil øke i takt med praktisk erfaring og ved at informasjon omkring tiltaket eller endringen gjentas. Det er i tråd med informasjon fra både individuelle- og gruppeintervju. Også observasjon av veiledningen viser at motivasjonen for å bruke KOR er økende i løpet av prosjektperioden.

*“Min motivasjon har bare blitt større og større etter hvert. Nå er det blitt en integrert del av det terapeutiske arbeidet jeg gjør. Det er meningsfullt å fortsette og bruke KOR”.*

Allerede etter 3 måneder rapporterer alle at de er lojale overfor prosjektkravet i forhold til hvordan de bruker KOR. Samtlige ønsker fortsatt å bruke skjemaene etter at prosjektet er avsluttet, selv om det ikke stilles noe krav om det. De fleste behandlerne begynner i løpet av prosjektperioden også å bruke KOR i samtaler med klienter som ikke omfattes av prosjektet. Under den siste veiledningen blir behandlerne bedt om å skåre hvor motivert de er for å fortsette å bruke KOR fremover, på en analog visuell skala fra 0 til 10 – der 0 representerer ”jeg ser ingen grunn til å fortsette med å bruke KOR” og 10 ”jeg kommer alltid til å bruke KOR”. Tre behandlere plasserer seg på 8, en på 7,5 og en på 7 (en behandler hadde forfall ved denne veiledningen). Flere tar til ordet for at erfaring viser at ikke alle klienter vil kunne ha nytte av KOR, derfor vil de ikke kunne skåre 10 på skalaen. En oppfølgende refleksjon i veiledningen handler om hvilken type behandlere de ønsker å være, hvilket avstedkommer et interessant fokus på behandlerrollen og hvordan KOR påvirker ens tenkning om deres egen profesjonelle utøvelse. Argumenter for betydningen og viktigheten (willing) av å anvende KOR i egen praksis blir fremført med stor tyngde av majoriteten av behandlerne.

Behandlerne har som tidligere nevnt ikke hatt noen formell kursing eller opplæring i KOR forut for eller underveis i prosjektperioden. De har hatt tre veiledningsdager med ekstern veileder med solid KOR erfaring, noe de uttrykker å være svært fornøyd med. Det er dokumentert at implementeringskomponenter kan kompensere for hverandre, om det svikter på et punkt, kan dette oppveies gjennom styrking av andre komponenter (Fixsen et al., 2005). Dårlig opplæringskvalitet kan for eksempel oppveies av god veiledning (Sørli, 2010). Behandlerne i denne undersøkelsen opplever at de har fått god veiledning. En antakelse er at dette har påvirket deres ferdigheter (*være i stand til*), og hvordan de har integrert (*prioritert*) KOR tilnærmingen i sin praksis.

*”KOR blir en vane som man gjør hver time. Uten skjema har det nok lett for å gå i glemmeboka, selv om feedback er noe vi tenker er viktig og vil søke uansett. Skjemaene gjør det lettere å få til i praksis”.*

Dette sitatet er illustrerende for hvordan flere behandlere beskriver for-

skjellen mellom tidligere praksis (ustrukturert feedback) og det å få tilbakemeldinger fra klienten på en strukturert og direkte måte gjennom KOR skalaene. Responsene kan tyde på at behandlerne opplever denne forskjellen i positiv favør av systematisk og strukturert innhenting av informasjon og at det gir økt motivasjon til fortsatt bruk av KOR. Flere svarer at de tidligere baserte seg mer på antakelser om hvordan klienten oppfattet timene og hvordan bedringen ble vurdert.

Andre faktorer som kan ha medvirket til økt motivasjon for å bruke KOR, er at behandlerne erfarer at skalaene gir bedre struktur i timene, og bedre retning på det terapeutiske arbeidet. Fordi det er et eksplisitt fokus på klientens opplevde nytteverdi av behandlingen. Det er mulig å følge utviklingen fordi disse enkle målingene gjøres i hver samtale. Videre bidrar skårene til å generere flere spørsmål, noe som ikke var like enkelt når tilbakemeldingene var mer ustrukturert. Et annet viktig insitament er større grad av åpenhet i kommunikasjonen, at klientenes perspektiver blir tatt mer på alvor, blir rapportert av flere. Noen sier at de ikke ba om tilbakemeldinger på allianse / relasjon før de begynte å bruke KOR, mens andre mener at deres tidligere praksis ivaretok tilbakemelding fra klientene på en god måte, og at KOR gir utfyllende informasjon. Behandlerne bearbeider klientens skårer på KOR-skalaen fra krysset blir satt, drøftet i samtalen og lagt inn dataprogrammet og kommentert i journalnotatet. Eierskap til denne prosessen vil kunne tenkes å ha betydning for aktørenes motivasjon.

#### ***6.1.4.2. Motivasjon og arbeidsbelastning***

Det er ingen av behandlerne som opplever at arbeidsbelastningen knyttet til å innføre KOR har hatt noen vesentlig betydning for deres motivasjon til å bruke tilnærmingen. Det ble etter hvert bestemt at to ulike dataprogram skulle prøves ut. Flere opplevde dette for tidkrevende, og halvparten av behandlerne valgte bort det ene. Derimot ønsket flere å kunne bruke mer tid til å reflektere over KOR-resultater for enkeltklienter i behandlingsmøter og lignende. Dette ville ha gitt økt motivasjon for videre integrering og utvikling av KOR-bruk.

### 6.1.4.3. *Motivasjon – etikk og faglig autonomi*

KOR-skalaene er kliniske instrumenter hvor hensikten er å sikre blant annet at klientene er mer aktiv og involvert i egen behandling. Nettopp dette perspektivet ligger til grunn for at flere av behandlerne ved Ruspoliklinikken mener at KOR bidrar til god fagetikk og passer godt med behandlernes faglige autonomi, som igjen påvirker deres motivasjon for videre bruk. En av dem sier:

*”Jeg er motivert for å bruke KOR fordi det er viktig for meg at klienten er i fokus. Vi er ansatt for å betjene folk som har problemer, og da må vi gi deres opplevelse av sine problemer fokus – det er det vi skal jobbe med. Jeg må blant annet jobbe med meg selv for å bli mer tilgjengelig for dem. Det ligger et hav av muligheter i å bruke tilbakemeldinger fra klientene på en systematisk måte”.*

Det blir også nevnt at tilnærmingen hjelper den enkelte terapeut med å ivareta sin etiske forpliktelse overfor klienten ved å sikre at hjelpen som tilbys er forsvarlig og til nytte.

I teamsammenheng har behandlernes felles fokus på endring og relasjon, bidratt til økt åpenhet om faglige dilemma. Større åpenhet har hatt betydning for behandlernes motivasjon til å fortsette å bruke KOR. Samtidig kan mer åpenhet gi bedre kvalitetssikring til den behandlingen som gis ved Ruspoliklinikken.

Noen nevner som et dilemma at gjennomgangen av skårene kan bli for inngående og detaljert, og slik sett gå på bekostning av den ”ordinære rusbehandlingen”. Vektlegging av de ulike faglige momenter i rusbehandling må balanseres, hevdes det videre.

Det er ikke noen enhetlig oppfatning blant behandlerne ved seksjonen i forhold til at det å arbeide klientorientert ved bruk av KOR gir økt anerkjennelse i fagmiljøet rundt dem. For de fleste behandlerne fremstår ikke faktorer som prestisje og anerkjennelse som veldig viktige for å forstå behandlerne sin motivasjon for endring.

### **6.1.5. Hvilke individuelle faktorer hemmer og fremmer implementeringen?**

Ved å fokusere på bremseklossene og drivkreftene eller det som hemmer eller fremmer implementeringen av KOR, henter vi ut informasjon om hvorvidt KOR har blitt praktisert på en best mulig måte gjennom denne forsøksperioden ved Ruspoliklinikken. I dette kapittelet vil vi forsøke å oppsummere hvilke individuelle faktorer som har bidratt til å fremme innføringen av KOR i henhold til målsettingen, og hvilke hindringer som kan ha hemmet implementeringen av KOR. Det er viktig å presisere at det i praksis vil være et samspill mellom individuelle, kontekstuelle og systemfaktorer, og hvordan disse hemmer og fremmer implementeringen av KOR. For å gjøre fremstillingen mer oversiktlig vil vi i det videre forsøke å formidle karakteristika ved hver av dem adskilt.

#### **6.1.5.1 Individuelle faktorer som fremmer implementeringen**

De seks behandlerne ved Ruspoliklinikken har gjennom hele implementeringsprosessen hatt en åpen og positiv innstilling til KOR. De har vært lojale til beslutningen om å innføre KOR og de har fulgt de forpliktelsene som ble krevd av dem i henhold til prosjektplanen. Dette er push-faktorer som har vært viktige for å få iverksettingen i riktig retning. Lojalitet ble ganske raskt erstattet med engasjement og en voksende positiv innstilling til det kliniske supplementet som KOR representerer. Behandlernes nysgjerrighet til hva innføringen av KOR ville medføre av endringer i det kliniske arbeidet, nevnes av flere som en viktig drivkraft når de skulle kaste seg ut i dette prosjektet.

*”Selv om jeg var interessert i - og opptatt av at feedback er viktig, så ble det litt skummelt i starten. Jeg gjorde jo akkurat det jeg fikk beskjed om. Jeg merket at læringskurven ble veldig bratt”*

Faglig fleksibilitet synes å være en fremmer for implementeringen av KOR, spesielt i den forstand at behandlerne er åpne for ulike innfallsvinkler og innretninger i behandlingen. Fleksibilitet blir vurdert å være viktig dersom klientens forståelse og aktive medvirkning gjennom den direkte feedbacken

i timene skal gjøres reell. De fleste behandlerne i denne undersøkelsen oppgir at de har en eklektisk terapeutisk holdning, der KOR naturlig passer inn.

De ansatte ved poliklinikken gir uttrykk for faglige holdninger, verdier og en arbeidsform som harmonerer godt med de grunnleggende ideene som KOR er tuftet på. Spesielt kommer dette til uttrykk gjennom at de vektlegger betydningen av at KOR-skalaene bidrar til økt fokus på klientens medinnflytelse og mestringskompetanse. Når en skal gjøre endringer i klinisk praksis, og kanskje også tilføre noe nytt, er det en klar fordel at endringene oppfattes som meningsfullt for aktørene som skal ta nyvinningene i bruk. I det avsluttende gruppeintervjuet er det flere behandlere som ikke overraskende sier at det er utfordrende å bryte terapeutiske barrierer eller å endre på gamle vaner. Likevel er den bevisstgjøringen omkring egen terapeutiske kompetanse og klientens behov/ønsker som synliggjøres og konkretiseres gjennom feedback (KOR – skårene), et steg i riktig retning. Det påpekes at den spesifikke kompetanse på å anvende KOR kommer i tillegg til behandlernes generelle fagkompetanse på blant annet rus og psykisk helse. Det kommenteres at betydningen av allianse og klientens opplevelse av endring må sees i sammenheng med det behandlerne har med seg av faglig kompetanse og erfaring fra tidligere. En måte å ivareta både det generelle og det spesifikke kompetansemomentet i prosjektperioden var gjennom veiledning. Samtlige behandlere vurderer veiledningen over tid, med fokus på integrering av KOR i sin egen kliniske virksomhet, som svært betydningsfull for den positive utviklingen både med hensyn til egen interesse og engasjement, men også sett i forhold til deres behov for å få høynet sin kompetanse. Veiledningen har som tidligere nevnt vært den opplæringsfaktoren som har hatt størst positiv betydning for iverksettingen av KOR i vårt utvalg.

Et annet forhold som har hatt betydning for aktørenes holdning og motivasjon til KOR er omfanget av, og innretningen på prosjektet, som igjen virket førende på iverksettingen. Med det menes at det i prosjektperioden ble bestemt at implementeringen av KOR skulle gjelde alle nye klienter som startet sin behandling i det gitte tidsrommet. Det ble ikke lagt vekt på andre inklusjon - eller eksklusjonskriterier. Fokus ble satt på at innhenting av klientfeedback skulle gjøres systematisk og strukturert.

Det avstedkom lite diskusjoner omkring hvem som skulle fylle ut skjema og ikke. Hensiktsmessigheten av å bruke KOR-skjemaene ble vurdert der og da i dialog med klienten, som også kan sies å være i god "KOR-ånd". Dette betyr videre at alle behandlerne fikk styrket sin erfaring med KOR etter hvert som det kom nye klienter til poliklinikken. Alle behandlerne brukte også systematisk grafen for registrering av endringsskårene og allianseskårene i det nettbaserte dataprogrammet MyOutcomes, og fikk dermed et visuelt bilde av endringer i løpet av terapiprosessen. Når erfaringsbakgrunnen for alle aktørene er noenlunde lik, kan dette gi gevinster i form av et felles forankringspunkt for dialog omkring KOR, og de kliniske resultatene som fremkommer. Når behandlerne, som på Ruspoliklinikken, selv administrerer og skårer (har egen tilgang til MyOutcomes) KOR-data, vil dette i tillegg kunne ha positiv betydning for deres eierforhold til prosessen gjennom den kontinuerlige oppfølgingen og monitoreringen de har av klientens skårer.

#### ***6.1.5.2 Individuelle faktorer som hemmer implementeringen***

Implementeringsprosesser foregår sjelden knirkefritt og uten hindringer eller motstand. Dersom nye tilnærminger eller metoder ikke gir forventede resultater, kan det selvsagt skyldes at intervensjonene ikke er så virksomme som antatt, men det kan også handle om hvordan det implementeres.

Den store variasjonen i kunnskapsgrunnlag og opplevd ferdighetsnivå, samt en ustrukturert opplæring/kursing i bruk av skjemaene fremstår som en hemmer for implementering av KOR ved Ruspoliklinikken. Dette gir seg videre utslag i ulikt engasjement og interesse i oppstarten av prosjektperioden. Flere av behandlerne strevde innledningsvis med å bruke skjemaene etter intensjonen eller i tråd med hensikten om å integrere klientens feedback i de terapeutiske samtalerne og således bli synlige i praksis. I noen tilfeller ble KOR-skjemaene avkrysset og til en viss grad lagt bort.

I starten av prosjektperioden var det spesielt vanskelig å bruke feedbacken fra alliansemålet (SRS). Majoriteten av behandlere sa at de var skeptisk til å bli vurdert av klientene. Når det i tillegg var en forventning om at disse skårene skulle legges frem i behandlingsmøtene, forsterket dette skepsisen

hos flere. Behandlerne som problematiserer temaet, mener skepsisen delvis har med behandlingskulturen å gjøre, med manglende åpenhet og trygghet. Men også at individuelle faktorer som usikkerhet, lav mestringsopplevelse, manglende kunnskap og erfaring kan være en forklaring. Når vi samtidig vet at ansvaret for å skape en god kultur for feedback i samtalen i hovedsak er lagt til terapeuten, kan vi stille spørsmål ved kvaliteten på de responsene som blir gitt av klienten når ikke disse forutsetningene ligger til grunn. Et tilhørende dilemma knytter seg til klientens åpenhet overfor behandler i sin vurdering av terapien, og i hvilken grad deres endrings-skåre er uttrykk for en reell endring. En god behandlingsrelasjon vil antakelig være en forutsetning for å få til en god og åpen dialog.

Det er store ulikheter i instruksjon av KOR skalaene og spesielt i integrasjon av feedbacken fra klientene i oppstartsfasen. Korreksjoner i behandlernes praksis kommer etter hvert, og spesielt etter den første veiledningen, noen måneder ut i implementeringsprosessen. For noen behandlere tar det en del tid før de får nye klienter til behandling, og det er også stor variasjon i hvor mange nye klienter hver behandler har i løpet av prosjektperioden. I og med at læringsprosessen i så stor grad er preget av at veien ble til underveis, blir ovenfor stående en hemmer for implementeringen. Et alternativ ville ha vært å bruke KOR på flere av sine aktive pasienter for å få mer praksis eller eventuelt en tettere intern oppfølging, spesielt for dem som har liten erfaring med bruk av KOR fra tidligere. Majoriteten av behandlere ved poliklinikken mener da også underveis i iverksettingen av KOR at det er klare forbedringsmuligheter i deres egen praksis knyttet til å bruke skalaene på en dynamisk og integrert måte i sine samtaler med klientene.

I planleggingsfasen var noen av behandlerne opptatt av at det å innføre et nytt verktøy kunne være ugunstig med hensyn til å bruke mer tid til skjema, fordi det allerede var mange skjema for klientene å fylle ut. Utover i prosjektperioden er det imidlertid i liten grad fokus på tidsfaktoren. De fleste vedkjenner at de det tar tid å administrere og anvende KOR, men mener likevel at nytteverdien overstiger den økte arbeidsbelastningen. Det er likevel slik at flere behandlere underveis mener at det er en utfordring å ha tid til egen og kollegabasert refleksjon og diskusjon omkring KOR generelt og spesifikt knyttet til individuelle KOR-skårer. Det tar tid før en inne-

har tilstrekkelig erfaring, kunnskap og ferdigheter til å ta i bruk alle de mulighetene som ligger i informasjonen som blir gitt gjennom KOR skalaene. Manglende utholdenhet og tålmodighet kan være en hemmer for en mer optimalisert KOR praksis. Forventning om økt tidspress, annerledes disponering av tid og en ugunstigere arbeidssituasjon vil kunne hemme en implementeringsprosess. Behandlerne ved Ruspoliklinikken opplever stor grad av fleksibilitet og forutsigbarhet i sin egen arbeidshverdag, derfor er ikke denne problemstillingen like aktuell for dem som de antar at den ville ha vært i en institusjonssammenheng.

## **6.2 Faktorer relatert til den sosiale konteksten**

### **6.2.1 Innledning**

Implementeringen foregår alltid i en sosial kontekst, og det er viktig at iverksettingen tilpasses denne. I den sosiale konteksten bestemmes individenes handlingsrom, og det oppstår et samspill mellom aktørene og den sosiale kontekst de befinner seg innenfor (Baklien, 2008). Selv de sterkeste og beste intervensjonene eller programmene hadde ikke fungert uten et adekvat og godt støttesystem for implementeringen (Greenberg, Domitovich, Graczyk & Zins, 2001). Med sosial kontekst i denne sammenheng, refereres det til forhold ved klientene - deres forventninger og reaksjoner knyttet til iverksetting av KOR. Arbeidskollegaer og leders innflytelse på endringsprosessen vil bli belyst. I hvilken grad faktorer relatert til klima i organisasjonen/teamet påvirker gjennomføringen av KOR er et annet interessant spørsmål som vil bli forsøkt besvart. Det er viktig å presisere at klientene i denne undersøkelsen ikke er blitt spurt direkte om deres oppfatninger av KOR. Det er behandlernes subjektive opplevelse av klientens oppfatninger og reaksjoner som presenteres i det følgende.

### **6.2.2 Behandlernes vurdering av klientenes oppfatning av KOR**

Forut for prosjektet hadde behandlerne ved Ruspoliklinikken ulike forventninger til hvordan klientene ville respondere på å bruke KOR-skalaene. De fleste responsene oppsummeres gjennom dette sitatet:



*“Jeg tenkte at det helt sikkert kom til å gå greit å innføre KOR. Det er alltid noen klienter som ikke liker skjemaer, uansett. Jeg tror det avhenger mye av hvordan vi formidler hensikten med skjemaene.”*

I den grad noen av behandlerne uttrykker negative forventninger på vegne av klientene i oppstartsfasen av prosjektet, var dette knyttet til alliansemålet (SRS), og til en antakelse om at det kunne være vanskelig for klientene å svare ærlig. Noen mente også at det ville være en utfordring for pasientene å bedømme terapien og terapeuten. Flere behandlere sier innledningsvis at de er forberedt på at klientene vil gi feedback som bærer preg av at de ønsker å føye terapeuten heller enn å gi et reelt uttrykk for hvordan de “egentlig” opplever relasjonen.

Underveis i prosjektet, når behandlerne har fått mer erfaring med KOR, domineres deres oppfatninger av at klientene ikke gir så mye direkte uttrykk for hva de synes om skalaene. Erfaringen er at klientene i liten grad stiller spørsmål omkring bruk av skalaene. Behandlerne er heller ikke spesifikt bedt om å spørre etter klientens mening. Klinikernes refleksjon rundt dette funnet er at mange klienter er “lydige” og gjør det de får beskjed om. Noen få klienter har uttrykt skepsis til at resultatene gir et godt bilde av hvordan de har det (ORS), eller at skjemaene passer dårlig for dem, samt at det er vanskelig å få livet sitt innpasset i de enkle skalaene. Gjennomgående tenker behandlerne at slike responser er vanlige reaksjoner fra klienter som generelt sett er skeptiske til å bruke skjema og/eller kartleggingsverktøy. De klientene som uttaler seg positivt om skalaene sier at det er interessant å se på skjemaene og grafene fra gang til gang, for å følge med på endringen som skjer. Andre inntrykk som fremkommer er at klientene innlemmer skalaene som en selvfølgelig del av behandlingen, og behandlerne tolker dette som at klientene opplever å bli tatt på alvor gjennom å bruke KOR, og at de liker å bli stilt til ansvar for de valgene de tar.

I evalueringsfasen rapporterer de fleste behandlerne at klientenes virker fornøyde med å bruke endringskurven/grafen, og at det synes å være meningsfullt og engasjerende for dem å få visualisert endringene. En av behandlerne nevner at hun tror skårene og grafen kan sees på som en anerkjennelse for klientene, i den forstand at de opplever seg forstått og sett – og at grafen blir et bevis på det. Flere poengterer at de ser en

sammenheng mellom hvordan KOR blir presentert for klienten, og hvordan vedkommende nyttiggjør seg skalaene, slik at feedbacken kan brukes som felles veiviser eller arbeidsredskap. Behandlerne verbaliserer tydeligere i evalueringsfasen av prosjektet, enn noen gang tidligere, at det er svært viktig at behandlerne signaliserer at all feedback fra klientene, også hva de synes om skjemaene, blir sett på som verdifull informasjon. Åpenhet for alle typer tilbakemeldinger øker tilnærmingens pålitelighet og gyldighet.

Behandlernes antakelse om at klientene vil ha vansker med å gi reell feedback er et funn som vi finner i ulike varianter i denne undersøkelsen. Vi har vært inne på at alliansemålinger generelt ofte utfordrer klienten i forhold til å kritisere terapeuten. Like fullt mener man at det å bruke visuelle analoge skalaer sannsynligvis øker sjansen for å få konstruktiv feedback, ved at klientens mening kommer på bordet (mer presist; på arket) i stedet for gjennom øyenkontakt (Skauli, 2009).

Det er behandlerens ansvar å sørge for at klienters opplevde ubehag ved å gi negativ feedback, eller eventuelt deres behov for å føye terapeuten – ikke blir en hemmer for en god relasjon - og et godt samarbeidet. Trygghet og tillit i relasjonen blir en slags grunnpremiss for at KOR skalaene skal fungere etter intensjonen om å fremme reell medvirkning i behandlingen. I hvilken grad klientene ser seg i stand til eller er komfortable med å gi feedback kan også sees ut fra en alternativ forståelsesramme, der fokus er på endringer i klientrollen gjennom de siste årene. Fra tradisjonelt en mer passiv rolle som mottar råd/veiledning og hjelp fra en læremester eller en ekspert, til en rolle der det stilles krav til aktivitet, evne, vilje og mulighet til å påvirke egen behandling (empowerment).

Ingen av behandlerne rapporterer at de har gjort vesentlige endringer i hvordan de administrerer skjemaene som resultat av klientfeedback. Likevel forteller flere at de bruker mer tid på – og kommuniserer tydeligere formålet med skjemaene, utover i prosjektperioden. Det samme gjelder for oppfølging av svar og skårer. Justeringene omhandler, slik de selv oppfatter det, de kvalitative aspektene ved bruk av skjemaene. Et eksempel på endringene underveis fremkommer i følgende sitat, som er hentet fra et intervju midtveis i prosjektet:

*“Jeg har brukt mer tid, snakket litt mer om det som skjemaene viser. For meg har det blitt mer mening og flere ord knyttet til skjemaene. Det gjenspeiles nok i hvordan jeg presenterer – og bruker KOR overfor klientene”.*

I prosjektperioden ved Ruspoliklinikken har det vært åpent for unntak fra å bruke KOR, for klienter som av en eller annen grunn har ønsket å reservere seg fra å fylle ut skjema, eller der behandler har funnet bruken uhensiktsmessig. Imidlertid har det vært lagt mye vekt på terapeutens ansvar i forhold til å motivere klientene gjennom god informasjon og instruksjon. Det ble også uttrykt en bekymring for at det kunne bli slitsomt for klientene å fylle ut skjemaer i hver eneste time. Det er få holdepunkter for et slikt synspunkt i dette datamaterialet etter at KOR ble tatt i bruk. Andre studier viser også at klientene setter pris på å bli spurt om sin egen behandling (Långdahl, 2007). Anker et al. (2010) og Sundet ( i Skauli, 2009) refererer til at flertallet av klientene i deres undersøkelser opplever at KOR skalaene er nyttige for dem. Det er få klienter som opplever dem som forstyrrende, selv om terapeuter av og til uttrykker dette.

Det er svært få klienter som reserverer seg mot å bruke skalaene, et funn som er konsistent gjennom hele prosjektperioden. Behandlernes vurdering er at KOR kan brukes for de fleste pasienter som kommer til behandling ved Ruspoliklinikken. Det er likevel åpenbart at det vil være situasjoner der det vil være vanskelig å starte kontakten med bruk av et skjema. Eksempler på slike situasjoner kan ifølge informantene her være klienter som er i en akutt krisesituasjon, betydelig ruset eller er kognitivt svekket. Klienter som er grensepsykotisk, der den indre ambivalensen er betydelig, eller for klienter der den paranoide beredskapen er svært påtakelig, vil også være eksempler på situasjoner der KOR vil kunne være lite hensiktsmessig å bruke, hevder de.

I det avsluttende gruppeintervjuet med informantene ble også andre utfordringer ved den praktiske bruken av KOR drøftet. Deriblant tilsynelatende vilkårlig avkryssing, generell skepsis til skalaene eller der klienten viser at han eller hun har problemer med å ta valg. Den mest dominerende meningen i behandlergruppen var at slike utfordringer må sees på som et godt utgangspunkt for utforskning og dialog sammen med klientene for å

bedre forstå deres atferd. Tid til å snakke om formålet med skalaene vil i følge behandlerne også kunne minske motstand og vilkårlighet.

*“Etter hvert som jeg klarte å formidle formålet med KOR bedre – ble det mer personlig. Nå sier jeg at dette er noe vi gjør for at du skal kunne gi tilbakemelding, og bidra til å bestemme hvordan behandlingen din skal være! Det har blitt et mer empatisk verktøy enn hva jeg tenkte i begynnelsen”.*

Erfaringer fra flere store amerikanske behandlingssenheter innenfor så vel rusbehandlingfeltet og psykisk helsevern, der KOR er implementert, viser oppløftende resultater for en rekke pasientgrupper, på forskjellige stadier i behandlingsforløpet (Bohanske & Franczek, 2010). KOR anvendes i like stor grad for personer med alvorlige og vedvarende psykiske lidelser, som for dem med mindre omfattende problematikk, og på ulike behandlingsnivåer og stadier av behandlingen. I alle de refererte undersøkelsene er resultatene ved innføring av KOR de samme; reduksjon i “ikke-møtt” og drop outs, kortere behandlingstid, økt produktivitet, og mer tilfredse brukere og behandlere. Det refereres også til at behandlingsmålene blir enklere å definere og nærmere knyttet opp til klientenes håp og forventninger når en bruker KOR. Foreløpig har vi for få data fra Ruspoliklinikken til å kunne si noe om hvordan disse resultatene harmonerer med egne funn.

### **6.2.3. Sosial kontekst – kollega, teamkultur og leder**

Det er vanlig at helsearbeidere blir påvirket av hva deres kolleger mener og gjør. Således vil det også være enklere å få til endring i praksis dersom det er enighet internt i teamet eller i avdelingen om at den nye rutinen, er hensiktsmessig under de lokale forhold. Aktiv støtte og engasjement fra leder i implementeringsarbeidet er ofte en forutsetning for en god endringsprosess (Fixsen et al., 2005).

#### **6.2.3.1. Legitimitet - og forankring i teamet**

Bakgrunnen for pilotprosjektet var et uttalt ønske fra Ruspoliklinikken om å innføre KOR. Slik sett er Ruspoliklinikken både beslutnings – og iverkset-

tingsarena når KOR implementeres. Hvorvidt dette har betydning for de ansattes virkelighetsoppfatning er en interessant innfallsvinkel for å beskrive barrierer og føringer i en implementeringsprosess. Tiltakets forankring og legitimitet er viktig for å sikre god kvalitet, og for at tilfeldighetsprinsippene ikke blir rådende i implementeringsprosessen.

Blant behandlingspersonalet ved poliklinikken er det en omforent mening om at ønske om å bruke KOR – og knytte et prosjekt til erfaringene er initiert og drivet frem av to personer (pådrivere). Pådriverne er i stor grad prosjektets meningsbærere, eller "ildsjeler". "Ildsjeler" forstås gjerne som medarbeidere som er spesielt motiverte og engasjerte, som er viktige for å drive implementeringsprosessen fremover. Begge personene har viktige posisjoner i Ruspoliklinikken, den ene som leder og den andre med en fremskutt faglig funksjon. I observert samhandling mellom teamets medlemmer, fremstår disse to som samlende og kompetente. I prosjektarbeidet og ellers synes de å ha både sammenfallende og klart komplementære ferdigheter.

Pådriverne uttrykker i starten en viss bekymring i forhold til om prosjektet er tilstrekkelig forankret i hele behandlerteamet, mens de fire andre teammedlemmene allerede i de tidlige intervjuene uttrykker at forankringen er god nok. De begrunner dette dels med at pådriverne har legitimitet i teamet, samt at de har tro på at KOR-tilnærmingen har noe for seg i det terapeutiske arbeidet. Det rapporteres imidlertid om lite eller ingen uformell (utover behandlingsmøtene som er avsatt til dette formålet) samhandling eller samarbeid om KOR mellom kollegaer under planleggingen av prosjektet. Dette kan tyde på at det ikke snakkes så mye om KOR, annet enn når noen av pådriverne bringer tema på banen. Både intervjudata og observasjon fra veiledning indikerer at fokus på KOR-prosjektets innhold og rammer i de tidlige fasene (planlegging og tidlig oppstart) ble formidlet fra pådriverne, mens resten av personalet ble drevet mer av plikt eller lojalitet frem til et stykke inn i den aktive gjennomføringen av prosjektet. Det kollegiale engasjementet og interessen synes å vokse utover i prosjektperioden, både i forhold til KOR-tilnærmingen som et anvendelig og nyttig instrument, men også til prosjektet som arbeidsform for å nå målet om å implementere KOR. Veiledningsarenaen blir igjen trukket frem som

en viktig møteplass, også for å øke legitimiteten og forankringen av KOR tilnærmingen. I evalueringsfasen er det flere som nevner at tidligere engasjement og inspirasjon vil bidra til økt legitimitet – og slik sett bidra til suksess i en implementeringsprosess.

### **6.2.3.2 Teamkultur**

Organisasjonskultur er den måten aktørene i organisasjonen opplever verden på – de mønstre av grunnleggende antakelser som er skapt, oppdaget og utviklet av en gruppe (Schein, 1985).

Det fortelles om en positiv og fleksibel teamkultur ved Ruspoliklinikken, og om et kollegium som tar sjanser og tørr å kaste seg ut i nye utfordringer, og at KOR satsningen blir et eksempel på nettopp dette. Alle behandlerne sier at kollegaers positive holdning og innstilling til KOR har påvirket dem i samme retning. For de fleste betyr det å forsterke en allerede positiv innstilling. Behandlerne opplever hverandre som støttende. Det hevdes videre at det må sees som et kvalitetstegn at alle behandlerne har så gode erfaringer ved å bruke KOR. Et slikt utsagn kan både forstås som at det er egenskaper (god kvalitet) ved behandlerne, fordi de verdsetter å jobbe klient-sentrert og resultatstyrt, som er forenlig med gode verdier som respekt, medvirkning, motivasjon og ansvarliggjøring. Samtidig indikerer utsagnet en kvalitet ved innovasjonen i seg selv – at KOR er et godt system.

*“Vi er veldig positive, og det er klart at det påvirker meg, jeg tror det er vanskelig for noen å være negativ når alle er så positive”*

Dette sitatet antyder også at det kan være utfordrende å komme gjennom med eventuelle negative synspunkter i et fellesskap der de positive holdningene og innstillingene er så dominerende. I vårt materiale fremkommer det imidlertid lite uttrykt skepsis eller negative holdninger til KOR.

### **6.2.3.3 Samhandling og kommunikasjon**

Baklien (2008) hevder at kommunikasjon er en viktig forutsetning for tiltakets og iverksettingens legitimitet, og samtidig at legitimitet gir grunn-

laget for god kommunikasjon. Ledere og andre iverksettere trenger derfor gode møteplasser og dialogarenaer for å lykkes.

Våre data viser at det skjer en betydelig endring i aktørbetingelsene relativt tidlig i iversettingsfasen, som er beskrevet tidligere i rapporten. Denne endringen vil i stor grad også påvirker samhandlingen og den sosiale konteksten. En av behandlerne beskriver at det har kommet til et nytt element til samhandlingen, et felles språk på relasjonelle tema:

*“Jeg opplever at vi som kollegaer har fått en lavere terskel for å snakke om vår relasjon til pasientene. Altså forholdet mellom pasient og terapeut – og betydningen av den. Vi tematiserer nok slike tema mer nå enn tidligere. Kanskje det at vi alle bruker KOR har bidratt til at det er lettere å snakke om det – vi har et felles språk knyttet til de relasjonelle perspektivene”.*

En annen behandler bringer frem noe av det samme budskapet, samtidig som hun trekker frem betydningen av å trekke hverandre videre og fremover i endringsarbeidet:

*“Flere av mine kollegaer oppdaget før meg at dette redskapet (altså KOR) kan bidra til nærhet og åpenhet mellom terapeut og pasient, men også oss kollegaer i mellom! Det inspirerer meg til å utvikle min egen åpenhet!”*

Behandlingsmøter og veiledning er de formelle arenaene der behandlerne reflekterer over - og diskuterer KOR. Veiledningen blir av flere nevnt som en god arena for refleksjon, også fordi behandlerne opplevde seg forstått og godt ivaretatt av eksterne veiledere, uavhengig av hvilken innstilling eller kunnskap de har til KOR fra starten av. Flere nevner at bruk av KOR preger kommunikasjonen i behandlingsmøtene ved at behandlerne mye tidligere i terapiforløpet drøfter med sine kollegaer om klientens nytte av behandlingen, sammenlignet med tidligere praksis. Funnene er i tråd med målsettingen om å bruke felles arenaene til samarbeid og samhandling om hvordan KOR skal forstås og anvendes til nytte for klientene. Det kan synes som om rammene og påminnerne fungerer etter hensikten.

Når kollegagruppen intervjues samlet om hvilken betydning implemente-

ringen av KOR har hatt på det psykososiale miljøet ved klinikken, er det flere som fremhever evnen til å lytte og til å stille gode kliniske spørsmål. Det blir hevdet at innføringen av KOR har bidratt til at terapeutene i større grad gir hverandre tilbakemeldinger i behandlingsmøtene, og at dette ikke bare er knyttet til drøftinger av KOR. Deres antakelser er at de perspektivene som ligger til grunn for KOR har overføringsverdi også på kollegialt nivå – og kan bidra til mer lytting – og det å kunne stille hverandre gode faglige spørsmål i ulike teamsammenhenger. Bakgrunnen menes å være at KOR har økt terapeutens respekt for klienten, og at feedback forplikter. For terapeutene har dette medført at de blir mer konkret og tydelige i sin terapeutiske arbeid, hvilket gir en opplevelse av økt trygghet og tillit til seg selv i terapeutrollen.

Erfaringer fra implementering av KOR i USA, konkluderer med at prinsippene og praksisen knyttet til formalisert feedback (KOR) i høyeste grad virker inn på organisasjonskulturen i en bredere forstand (Bohanske & Franczak, 2010). I flere av de helseinstitusjonene der KOR er innført, har det vært lagt vekt på å bygge opp en god og støttende infrastruktur for å lykkes med endringsarbeidet. Det refereres til et møysommelig arbeid med å omforme klinikker og avdelingers kultur, både i forhold til skriftlig arbeid (rapporter, journaler og lignende), behandlingsmøter, inntaksarbeid og ikke minst det kliniske språket – med fokus på hva klientene får til, hvilke ressurser de har osv.

#### **6.2.3.4 Leder – som initiativtaker, fagformidler og administrator**

Flere av informantene kommenterer leders rolle og holdning for å få igangsatt prosjektet. I denne sammenheng var det av vesenlig betydning at leder hadde engasjement og tro på tilnærmingen og ønske om å gjøre dette til et prosjekt. Flere av respondentene uttrykker at KOR ikke hadde blitt innført dersom ikke leder hadde stått på for dette arbeidet. Leder mener på sin side at kollegaene har bidratt positivt til prosessen fordi de har stagget hennes utålmodighet ved å fremme sine behov for å bruke mer tid og ikke forsere de ulike utviklingsfasene i prosjektet for mye. Følgende sitat illustrerer betydningen av leder og annet nøkkelpersonells meninger og holdninger for igangsetting - og utvikling av KOR-prosjektet.

Sitatet er samtidig i samsvar med det flere av kollegaene ved Ruspoliklinikken mener:

*“Det er viktig å ha ledere som er svært positive, og som har vært pådrivere for KOR, og for dette prosjektet. Det har påvirket meg på en positiv måte. De har dyttet oss andre, spesielt i starten. Samtidig er dette de to personene som har størst betydning for meg i jobben min her, så det har vært veldig bra for meg”.*

I tillegg til å være en av initiativtakerne fremstår lederen ved Ruspoliklinikken også som en viktig fagformidler, blant annet fordi hun og den andre pådriveren er de eneste med kunnskap om – og erfaring med å bruk av KOR fra tidligere. Leder har selv klinisk aktivitet og praktiserer KOR på lik linje med de andre i teamet. Dette gjenspeiler seg i veiledningssammenheng, der hun bidrar med kompetansedeling og åpenhet på bakgrunn av sine erfaringer. Det hevdes at “å leve som man lærer” bidrar til å oppnå autoritet og respekt når det drives læring – og endringsarbeid (Ekman, 2004), noe som synes å være tilfelle for lederen i denne undersøkelsen.

Samtlige behandlere ved Ruspoliklinikken opplever at de har god lederstøtte gjennom prosjektperioden. Leder formidler ved flere anledninger at hun legger stor vekt på at alle behandlerne ved Ruspoliklinikken skal medvirke i implementeringen av KOR. En kan tenke seg at prosjektarbeidsformen i seg selv gir et slikt rom for involvering. Videre tilrettelegges det for samhandling gjennom å etablere arenaer for KOR-samarbeid, og drøfting av erfaringer i behandlingsmøter og veiledning. Funn vi har referert til tidligere viser imidlertid at det kunne ha vært lagt mer vekt på økt involvering og medvirkning allerede fra planleggingsfasen. Det ble arrangert møtepunkter i forkant av at prosjektet startet. Det ser likevel ikke ut som om hele personalgruppen har hentet ut de potensielle gevinstene av dette. Vi har ingen informasjon om hvordan leder har fulgt hver enkelt medarbeider i forholdt til blant annet kompetanse, holdning og motivasjon. I vårt utvalg er det ingen funn som tyder på lav motivasjon eller negative holdninger, men som et generelt fenomen vil det være naturlig å ta høyde for individuelle variasjoner, som også vil trenge ulik oppfølging for å optimalisere implementeringsprosessen.

Leder ivaretar også i stor grad de administrative oppgavene når KOR skal iverksettes og prosjektet skal følges opp. Behandlerne mener at det er spesielt bra at leder har formidlet hvordan KOR-data skal brukes i team-sammenheng, og spesielt i behandlingsmøtene. De mener også det er positivt at hun påser at dette blir fulgt opp i praksis. Det ble konkret utarbeidet en liste over alle nye klienter som starter behandlingen etter 01.01.09, og en avkryssing etter hver gang deres utvikling i henhold til KOR-dataene er lagt frem og drøftet. Noen behandlere mener likevel at det fortsatt er et forbedringspotensial for å integrere refleksjoner fra KOR-skalaene i klientgjennomgangen i disse møtene. Det antydes at rutinene ikke er tilstrekkelig automatisert, men at påminnere (minimum hver 5.gang) er viktige for at det blir gjort.

#### **6.2.4. Hvilke sosial kontekst faktorer hemmer og fremmer implementeringen?**

Hva som hemmer og hva som fremmer implementeringen er som sagt sammensatt og komplekst. I det følgende vil vi identifisere og oppsummere de faktorene relatert til den sosiale kontekst som ble oppfattet som suksessfaktorer, eller eventuelt gjorde det vanskelig når Ruspoliklinikken innførte KOR i sin kliniske praksis.

##### **6.2.4.1. Faktorer ved den sosiale konteksten som fremmer implementeringen**

Det er grunnlag for å hevde at de fleste av de enkeltfaktorene vi har undersøkt, som utgjør kategorien sosial kontekst, fungerer som drivkrefter for implementeringen av KOR. I henhold til implementeringsteori forteller dette oss at rammebetingelsene er hensiktsmessige, og det skapes et gunstig handlingsrom både på individ – og gruppenivå for å gjøre endringer i klinisk praksis.

Selv om vi i denne undersøkelsen ikke spurte klientene direkte om hvordan de opplevde innføringen av KOR, vet vi en del om hvordan behandlerne har oppfattet og tolket klientenes mening.

En av faktorene som fremmer implementeringen er at klientene tilsyne-

latende synes KOR-skalaene er grei å bruke, sett i lys av at det er lite uttrykt motstand eller misnøye mot å bruke skalaene gjennom hele prosjektperioden. Etter hvert er det flere og flere klienter som gir uttrykk for positive meninger om KOR. Spesielt hensiktsmessig kan det virke som om de synes det er å få endringer visualisert gjennom bruk av kurver eller grafer for de to skalaene. Behandlerne mener å se at slik bruk øker klientens engasjement og interesse for tilnærmingen. Videre må det anees å være en klar drivkraft for implementeringsprosessen at behandlerne mener at KOR er en tilnærmingen som i det store og det hele passer godt for den klientpopulasjon de møter ved Ruspoliklinikken. En god kultur for feedback i relasjonen mellom klient og behandler blir sett på som en grunnpremiss for KOR. Når behandlerne i økende grad formidler at de skiller mellom eget ubehag ved å få feedback, og det å anta at det er ubehagelig for klienten å gi feedback, vil det være et viktig bidrag til en god feedbackkultur.

Poliklinikkens positive arbeidsklima fremstår som en av de enkeltfaktorene som blir tillagt stor betydning i fremmede retning for implementeringen av KOR. Arbeidsklimaet preges av stor grad av lojalitet til beslutningen om å innføre KOR. Det er en kollektivt uttrykt interesse for å delta i pilotprosjektet. Medlemmer av behandlerteamet beskriver at de er et arbeidsfellesskap som har godt samhold, at de liker hverandre og at de er gode til å samarbeide. I henhold til kunnskapsoppsummeringer er dette viktige fremmede faktorer for iverksettingsprosesser (blant annet Fixsen et al., 2005). I intervjuer (individuelle og gruppe) fremkommer det flere uttalelser som peker på at behandlerteamet ved Ruspoliklinikken er nysgjerrige, endringsvillige og at de liker å utforske "nyheter". Observasjonsdata støtter delvis opp om denne selvoppfatningen. Nysgjerrighet og interesse for å utforske KOR synes å være tilstede i teamet fra starten av. Samtidig som det også observeres at noen av teammedlemmene, mer eller mindre uttalt, utviser en viss skepsis og en mer avventende holdning til om hvorvidt det er ønskelig å endre nåværende praksis på eksisterende erfaringsgrunnlag med KOR. Det kan imidlertid virke som om de kollektive kreftene relativt raskt inntre, og bidrar til en etter hvert ganske unison positiv innstilling til de endringene som implementeringen av KOR medfører i deres arbeidshverdag.

Vi har tidligere drøftet funn som viser at implementeringen av KOR antas

å påvirke samhandlingen i teamet og når teammedlemmer opplever at innføringen av KOR har ført til økt åpenhet om relasjonelle problemstillinger, en lavere terskel for å ta opp ulike tema, samt etterspørre og få hjelp, er dette forhold som fungerer som positive drivkrefter i implementeringsprosessen. Trolig vil slike opplevde gevinster også ha betydning når endringene skal vedlikeholdes, og det etter hvert som tiden går er behov for fornyet entusiasme.

Pådrivere eller "ildsjeler" som har legitimitet og troverdighet i avdelingen er viktig og gir positive føringer for iverksettingen. I vår undersøkelse bidrar de på en positiv måte til å forankre og etter hvert gi eierskap til KOR systemet for hele behandlergruppen. Ildsjelene bidrar også i høyeste grad til å skape det som over blir omtalt som et positiv arbeidsklima. Som vi har vært inne på er seksjonsleder ved Ruspoliklinikken en av pådriverne. Leders engasjement, deltakelse og støtte gir positive føringer for endringsprosessen. Gjennom sin lederstøtte har hun formidlet betydningen av at KOR skal forankres i den eksisterende praksis ved poliklinikken, hvilket kan ha gjort integreringen og prioriteringen lettere. En kan også anta at denne innfallsvinkelen til endringsarbeidet kan ha hatt betydning for den lille grad av motstand og skepsis blant de ansatte. Den viktigste arenaen for klientfeedback er likevel der hvor klienten og terapeuten møtes, og samspill og relasjonsarbeid er vanskelig å standardisere. Leders rolle kan i en slik sammenheng best formidles gjennom å være en god støttespiller og tilrettelegger for at denne praksisen kan utøves på en god måte, slik lederen ved poliklinikken gjør. Det fremmer implementeringen.

#### ***6.2.4.2. Faktorer ved den sosiale konteksten som hemmer implementeringen***

Informantene i undersøkelsen løfter frem få enkeltfaktorer relatert til den sosiale kontekst som hemmer implementeringen av KOR. I tolkningen av våre funn har vi imidlertid antydnet at majoriteten av behandlerne ved poliklinikken fremstår som lite aktive og deltakende i planleggings- og oppstartsfasen av pilotprosjektet. Tatt i betraktning den nysgjerrighet, åpenhet og de samhandlingsferdighetene som karakteriserer dette behandlerteamet, vil det være en rimelig antakelse at disse egenskapene kunne ha vært utnyttet bedre. Pådriverne i endringsprosessen kunne gjennom økt infor-

masjon, opplæring og sosial påvirkning ha sikret en bedre medvirkning fra flere tidligere i prosessen. Det har tidligere vært påpekt at noen av behandlerne trolig kunne ha vært bedre forberedt på oppgaven, altså anvendelsen av KOR. I og med at behandlerteamet i vår undersøkelse består av motiverte og lojale medarbeidere i et positivt arbeidsmiljø, får ikke begrensningene i informasjon og sosial påvirkning så store konsekvenser som dersom implementeringen hadde foregått i en mindre endringsorientert avdeling / klinikk. Videre ville det være interessant å følge opp eller undersøke om de sterke kollektive kreftene i teamet også bidrar til å overdøve eller usynliggjøre uenighet, kritikk eller andre motkrefter. Dersom det finnes slike mekanismer vil det naturlig utgjøre en hindring i implementeringen.

En forankring av KOR i det eksisterende kliniske arbeidet ved Ruspoliklinikken er nevnt som en føring over. Slik KOR beskrives i litteraturen og gjennom erfaringer med å implementere KOR i større enheter innen rusfeltet og psykisk helsevern (primært i USA), vektlegges det også mer omfattende endringer dersom klientens stemme reelt sett skal ilegges betydning. Blant annet kan det sees som en barriere for å få KOR fullt ut implementert at klientfeedback (ORS og SRS) ikke er tilstrekkelig integrert i behandlingsmøtene ved Ruspoliklinikken, eller på andre arenaer der det er vesentlig at klientens oppfatning blir ivaretatt. Også i veiledningssammenheng kan det til tider virke som det er en utfordring å bruke klientens feedback som utgangspunkt, og la egne betraktninger komme mer i bakgrunnen.

## **6.3. Systemfaktorer**

### **6.3.1. Innledning**

Med systemfaktorer i denne sammenheng menes blant annet organisasjonens rammefaktorer, ressurser i form av tid, penger og personell, samt fysisk tilrettelegging og praktisk – teknisk støtte. Vi er også interessert i å se hvordan disse faktorene påvirker behandlerne i deres intensjon om å skape endring i klinisk praksis ved å innføre KOR. Også de strukturelle faktorene vil kunne hemme eller fremme aktørens betingelser for dette endringsarbeidet.

## **6.3.2. Organisasjon og struktur**

### **6.3.2.1 Arbeidsdeling og prioritering**

Våre funn viser at kun leder og den andre pådriveren gjorde arbeidsmessige prioriteringer i planleggingsfasen av KOR-prosjektet. Leder reduserte blant annet antall kliniske konsultasjoner, mens den andre pådriveren skjøv på administrative oppgaver. Arbeidsdelingen ble oppfattet som tydelig og klar mellom disse to aktørene. Resten av behandlingsteamet deler denne oppfatningen. Ingen av dem gjorde prioriteringer utenom det vanlige, fordi de ikke hadde konkrete arbeidsoppgaver som krevde dette i planleggingsfasen. Oversikt over egne arbeidsoppgaver knyttet til KOR ble tydeligere underveis i prosjektprosessen. En behandler forteller blant annet at han ble overrasket over - og var lite forberedt på den "psykologiske dimensjonen" ved KOR-skjemaene. Med dette mente han det som handler om refleksjon og tolkning av resultatene.

Fra behandlerne begynner å bruke KOR på alle nye klienter ved poliklinikken, og gjennom hele prosjektperioden er det ingen som opplever at arbeidsbelastningen ved å bruke KOR verken er stor eller på noen måte problematisk. Etter deres mening går heller ikke implementeringen av KOR på bekostning av annet arbeid. Det nevnes av noen at det tar noe tid å legge inn skåren i dataprogrammet, spesielt for dem som valgt å bruke to parallelle program. Ingen problematiserer for øvrig denne tidsbruken heller. Det har trolig sammenheng med en annen samstemt respons blant undersøkelsens respondenter, og det er at nytteverdien av KOR oppfattes betydelig høyere enn "ulempen" ved at det tar tid å anvende. I forbindelse med nytteverdien av KOR har de fleste behandlerne en opplevelse av at de kan prioritere integreringen av KOR i egen praksis i større grad. Videre at det er et betydelig forbedringspotensial i å tilrettelegge behandlingen på en slik måte at klienten får påvirke og delta i henhold til intensjonen med KOR.

I boken *Heroic Clients, Heroic Agencies: Partners for Change* (Duncan & Sparks, 2007) som den norske *I fellesskap for endring* (2008) er en oversettelse av, legges det betydelig vekt på at praksis (klient – og resultatstyrtpaksis) er noe mer en selve "samtaletimen". Med dette menes blant annet innredning, prosedyrer, papirarbeid og språk. Først når vi planlegger forandringer på

flere av disse områdene (eller alle) er vi i nærheten av å arbeide virkelig klientstyrt, hevder Duncan og Sparks.

### **6.3.2.2 Autoritetsfordeling og beslutningstaking**

Kunnskap om hvordan prosjektet er forankret oppover i systemet er sprikende. Alle behandlerne har en formening om at det er positiv interesse for prosjektet i andre deler av klinikken. De to pådriverne har noen flere holdepunkter for at prosjektet er kjent oppover og bortover i egen organisasjon, men de er usikre på hvor mye prosjektet engasjerer andre behandlere og ledere på de ulike nivåene i klinikken. Seksjonsleder har ikke noe aktiv støtte eller oppfølging fra sin nærmeste leder i forbindelse med implementeringen av KOR. Pådriverne for prosjektet opplever at samarbeidet med KoRus - Nord som viktig, og at det har vært støtte å hente der spesielt i forhold til det administrative og økonomiske.

Det er poliklinikkleder som er den aktive beslutningstaker både for å innføre og gjennomføre prosjektet, med spesielt god støtte fra behandler som betegnes som en av pådriverne. Øvrige teammedlemmer ble forespurt om de ønsket å delta i prosjektet, og samtlige ga sin tilslutning. Slik sett er det tett kontakt mellom beslutningsarenaen og iversettingsarenaen i dette prosjektet. Det er sannsynlig at dette har positiv betydning i forhold til de ulike aktørbetingelser (Baklien, 2008).

I poliklinikken råder det en felles forståelse av at det er et individuelt behandleransvar å løfte frem faglige og etiske problemstillinger knyttet til egen KOR-praksis og klientens KOR-skårer eller -profiler. Dersom det kreves tiltak eller endring av tilnærning, er det behandlerens ansvar å komme med forslag til tiltak eller konsekvens. Pasientansvarlig og seksjonsleder har det avgjørende og siste ordet i en slik beslutningsprosess, i henhold til gjeldende lovverk og interne rutiner.

Når initiativ, planlegging og gjennomføring har sitt utspring "nedenfra" i organisasjonen/avdelingen vil det ofte ha betydning for engasjement og eierforhold til prosjektet (Lilja, Giota & Larsson, 2004). Samtidig vil det i stor grad være opp til hver av aktørene hvordan de forstår og tolker det nye som

skal innføres (Baklien, 2008). Ofte kommer slike beslutninger om å implementere systematiske målinger av klientens endring i terapi fra personer i posisjoner der de ikke har direkte kontakt med klientene, noe som ofte kan bli en alvorlig hindring for god implementering (Lambert, 2010). Når prosesser styres ovenfra eller utenfra er det en tendens til at mistenksomhet og skepsis til målet ved den nye metoden øker. Det er gjerne ulike sider av et kontrollaspekt ved KOR, for eksempel terapeutens resultater eller "skårer", som kan oppleves som vanskelig. Noen kan være bekymret for skårene skal tjene andre formål enn det som er til det beste for klienten eller den terapeutiske relasjonen. En av konsekvensene ved uheldige kontrolltiltak kan være at behandlere begynner å sabotere eller forvrengte KOR-resultatene. Det er derfor viktig å være svært tydelig på hva formålet med KOR skal være.

Noe av poenget med å innføre KOR i behandlingen er å øke behandlernes bevissthet om egne resultater, og å lære av dem. Ved å bruke KOR etter intensjonen, vil behandlerne kunne lære hvilke klienter de jobber godt med, og hvem de ikke greier å hjelpe. Å avslutte behandlinger, viderehenvise, søke veiledning eller trekke inn kollegaer, blir i et slikt perspektiv uttrykk for at terapeutene benytter skalaene etter intensjonen. Det er altså viktig at det blir bestemt på forhånd hvordan ønsket informasjon skal samles inn, at det blir drøftet hvordan de individuelle skårene fra klientene skal brukes, og ikke minst avklart hva en ønsker å bruke tilgjengelig gruppedata (månedlige eller kvartalsvise oppsummeringer) om behandlingsnytte til.

I vår undersøkelse ser vi at når behandlerteamet etter hvert (tidsmessig sammenfaller det med den første veiledningen etter ca 2 \_ måned) involveres mer i KOR-prosjektet og får en reell opplevelse av at de medvirker, får de en økt opplevelse av at KOR er deres arbeidsredskap. Dette fører til at det skjer positive endringer både på individ- og gruppenivå, som det refereres til flere steder i rapporten.

### **6.3.2.3 Felles forståelse av mål**

En viktig lederoppgave er å sikre en felles forståelse av målet med den nye rutinen som skal iverksettes. Dette vil bidra til å skape et felles ansvar og en felles identitet blant behandlerne. En sentral forutsetning for en vellykket

implementeringsprosess er at hensikten med endringen er forstått. Informasjon er et sentralt virkemiddel i denne prosessen.

I pilotprosjektet ønsket vi å få belyst hvordan behandlerne oppfattet målsettingen med å implementere KOR i poliklinikken, hvorvidt det var en felles oppfatning blant dem, og om målforståelsen endrer seg i løpet av prosjektperioden.

Innledningsvis bruker leder begreper som kvalitetssikring og brukermedvirkning når målsettingen med KOR skal beskrives og introduserer for de andre behandlerne. Den andre pådriveren nevner todelingen som er i samsvar med prosjektets problemstilling. Han formulerte det slik:

*“For meg er målsettingen med KOR todelt. Det første var å innføre et verktøy som kunne medvirke til at pasientene og vi som behandlere ble mer aktive og involvert på en målrettet måte. Det andre var å teste ut verktøyet, til nytte for andre i “rusklinikken”, altså pilotprosjektet”.*

Likevel er det ikke nødvendigvis slik at det er det samme som vektlegges når resten av behandlerteamet formidler sin opplevelse av hva målsettingen er. Mønsteret er at de fleste oppfatter målsettingen med KOR innenfor spekteret av begreper som *effektivitet, kvalitet og evaluering av terapeutene*. Dette kan forstås som at majoriteten av behandlerne på dette stadiet av implementeringsprosessen i første rekke tenker at det kan være et slags kontrollaspekt ved innføringen av KOR. En av behandlerne knytter innføringen av KOR til organisasjonsendring der Ruspoliklinikken er blitt en del av spesialisthelsetjenesten – og at det medfører behov for kvalitet – og effektivitetsmål for virksomheten. Det å forebygge drop-out og å få raskere pasientgjennomstrømninger er målformuleringer som nevnes. I det siste intervjuet med den samlede behandlergruppen reflekteres det over de store variasjonene i hvordan målsettingen ble oppfattet. Når de ser på dette i retrospektiv mener de at ulikhetene kan forklares med den store variasjonen i deres kunnskap og erfaring med KOR. De vektla og fokuserte på ulike sider av KOR systemet i de innledende implementeringsfasene. Også det å få en felles forståelse har tatt tid. En av behandlerne formulerer det slik i gruppeintervjuet:

*"... å forstå målsettingen med KOR har vært en prosess i seg selv, og hvor vi har jobbet oss mot en forståelse..."*

Den prosessen som omtales over har tydeligvis ført til at de oppfatningene som var relativt rådende under planleggingen og tidlig i implementeringsfasen, der mye fokus ble lagt på KOR som et evalueringsinstrument på terapeutegenskaper og ferdigheter, ikke lenger vektlegges i intervjuene utover i prosjektperioden. Flere av behandlerne legger mer vekt på å fremheve at et viktig mål eller formål med KOR er at det åpner for nye og viktige samtaler i møtet med klientene. KOR fremmer dialogiske prosesser og skaper større åpenhet i relasjonen mellom terapeut og klient, hevdes det. KOR forstås mer i retning av å være et godt hjelpemiddel for brukervedvirkning. En gjengs oppfatning er at felles eksternt veiledning har vært et godt virkemiddel som har bidratt til at behandlergruppen etter hvert får en mer felles målforståelse.

Våre funn viser at denne forståelsesprosessen også har avstedkommet et savn etter en aktiv debatt internt i Ruspoliklinikken omkring forholdet mellom ekspertrollen – og brukervedvirkning, og omkring eventuelle dilemma i dette skjæringspunktet.

Distinksjonen mellom ekspertrollen og brukerens medvirkning i terapeutiske prosesser, og eventuelt sameksistensen mellom disse, er viktige områder å debattere og ha et aktivt forhold til fordi implementeringen av KOR i så sterk grad berører temaene. Tuseth et al. (2006) oppsummerer sin norske undersøkelse om erfaringer med KOR, med at KOR ser ut til å fremme brukervedvirkning både individuelt og på systemnivå. Skauli (2010) formidler at det ikke er noe motsetningsforhold mellom disse perspektivene, og at det er viktig at terapeuter har kompetanse til å ivareta dem begge, til klientenes beste. Han sier at dersom vi skal ivareta brukerens aktive påvirkning av behandlingen og samtidig utnytte vår fagkunnskap, er det hensiktsmessig å bruke en metodisk fremgangsmåte eller en hypoteseutprøving. Denne formulerer han slik; Først må problemet identifiseres på bakgrunn av det klienten formidler. Så må man innhente og vurdere kunnskap om dette problemet, for deretter å sammenligne kunnskap med egen erfaring. Videre må vi etterspørre om dette er i tråd med klientens

forståelse, preferanse og kultur. Og til slutt må vi systematisk og fortløpende evaluere effekten av tiltaket (Skauli, 2010).

Samtlige behandlere mener at rammebetingelsene, i form av den polikliniske settingen, organisatoriske faktorer og den faglige tenkningen ved Ruspoliklinikken, både harmonerer med, og står godt til de prinsippene som KOR tilnærmingen er tuftet på. Behandlerne fremstår som faglig autonome, og det synes å være stor takhøyde for ulike faglige tilnærminger og arbeidsmåter. I lys av dette må det ansees å være naturlig at det fra flere av informantene etterlyses en debatt omkring det å bruke KOR som et styringsverktøy i et mer administrativt – og / eller lederfokus. Slik disse innspillene oppfattes er det dels en bekymring knyttet til kontrollaspektet – og eventuelle tiltak rettet mot terapeuter som strever med å levere "god og nyttig" behandling til klientene. Men innspillene kan også være et ønske om å fokusere på hvor gjennomgripende klientstyringen skal være, eller hvor bredt begrepet *praksis* skal forstås (se også drøfting over). På hvilken måte skal KOR-resultatene være styrende for de behandlingsvalg og tiltak som poliklinikken foretar? Et spørsmål som oppsummerer dette poenget, er om KOR finnes i ulike varianter eller utgaver ("lette" eller "tunge")? Tidligere er det referert til Duncan og Sparks (2008), som hevder at reell brukermedvirkning, ofte krever gjennomgripende praksis endring. Slikt organisasjonsendringsarbeid med behandlingsorganisasjoner er som regel langvarige og kompliserte. Amerikanske data hentyder at det kan ta opp til 10 år før de nødvendige endringene er implementert i alle deler av helsetjenesten (Bohanske & Franczak, 2010).

Det er flere forhold ved implementeringen av KOR i Ruspoliklinikken som kan sees i sammenheng med funnene over, som antyder at fremveksten av en felles forståelse av målsettingen med KOR må sees på som en prosess som foregikk gjennom hele prosjektperioden. Blant annet sies det ved flere anledninger at implementeringen preges av en del prøving og feiling fordi de fleste i behandlerstaben hadde liten eller ingen erfaring med systematisk bruk av KOR. Det ble en læringsprosess der veien ble til underveis, - som forventet, hevder noen av behandlerne. De viktige personene i beslutningstakingen er de som tydeligst formidler at det er viktig å komme i gang, og at læring kan skje underveis i prosessen. Bakgrunnen for denne

strategien kan delvis forstås i lys av at implementeringen av KOR ved Ruspoliklinikken er et pilotprosjekt, der nettopp det å høste erfaringer kan sies å være formålet. Samtidig kan iverksettingsprosessens kompleksitet i dette pilotprosjektet sies å være lav, fordi det er få ansatte, det er til sammenligning med andre behandlingsinstitusjoner en behandlergruppe med en noenlunde lik fagkompetanse, og med ganske like arbeidsoppgaver. Det er heller ikke en stor "prosjektflora" i organisasjonen fra før. Høyere kompleksitet medfører gjerne at aktørene er mer forskjellige med hensyn til interesser, prioriteringer og virkelighetsoppfatninger. Derved blir også implementeringsutfordringene større.

Med hensyn til hva som kunne vært gjort annerledes, sett i lys av erfaringene gjennom prosjektet, så er det noen som mener at det var behov for å øve seg på KOR i forkant av oppstart. Mihalic, Sagan & Argamaso (2008) har i sin implementeringsforskning funnet at opplæring øker trofastheten mot de prinsippene som tiltaket eller prosedyren er bygget på. Hva slags opplæring som virker best, vet man imidlertid lite om. Informantene i denne undersøkelsen har fokus på at opplæring ville ha generert en mer felles forståelse av hva målsettingen med KOR er, og at hensikten med implementeringen ville blitt tydeliggjort fra starten av. Det hevdes som en motsigelse til dette, at det trolig er de motivert og positivt innstilte medarbeiderne som også ville ha benyttet anledningen til å øve. Enighet er det om at felles inspirasjon og engasjement ville hatt betydning spesielt for aktiviteten i startfasen av prosjektet. Hvor mye og hvilken informasjon som ble gitt om KOR, og om prosjektet – og ikke minst timingen på informasjonen, er sentrale spørsmål å stille for å forstå den litt "trege" starten på dette prosjektet. Det antydes flere steder at de ansatte ikke opplever at det ble brukt mye tid på informasjonsvirksomhet.

Videre blir det bemerket at beslutningsprosessen, og da spesielt fremlegg omkring mulighetene for å velge eller velge bort KOR og KOR-prosjektet skulle ha vært bedre ivaretatt. I den grad det var skepsis i planleggingen av prosjektet, så var det på bakgrunn av antakelsen om å bli sett og vurdert som terapeut, som tidligere beskrevet. Det hevdes også at det er ikke er noen god tradisjon for dette i egen klinisk praksis. Dette innvendes til tross for at det ikke kom noen aktive protester på noe tidspunkt i prosjektforløpet.

### **6.3.3. Økonomi, personell- og tidsmessige ressurser**

#### **6.3.3.1 Personell og tid**

Personalmessige ressurser er ikke en faktor som tillegges spesiell vekt i implementeringen av KOR ved Ruspoliklinikken. I dette ligger det at det forventes at de behandlerne som arbeider ved poliklinikken har de faglige forutsetningene for – og er i stand til å tilegne seg kunnskap om prinsippene som ligger til grunn for KOR og anvendelse av KOR skalaene. Til grunn for denne forventningen ligger det at det i utgangspunktet ikke kreves noen formell utdanning eller kvalifisering for å bruke KOR, og at denne typen arbeid antas å være innenfor det som forventes å være en del av alminnelig klinisk behandling og det personellet er ansatt for å gjøre.

Samtlige behandlere med unntak av leder sier de bruker lite tid til KOR-prosjektet i planleggingsfasen. Leder derimot brukte en god del tid, dels til å definere rammene for - og innholdet i pilotprosjektet, og dels til å motivere og engasjere de ansatte. Når prosjektet er i gang og KOR anvendes på alle nye klienter som starter i behandling blir tiden til administrering av KOR per konsultasjon anslått til å være mellom fire til åtte minutter. Når en legger til skåring og punching av resultatene er det noen som angir en tid på mellom ti og tjue minutter per pasient. Det som oppleves å ta tid er å legge inn skårene i MyOutcomes, og enda noe mer tid for de som bruker programmet ASIST i tillegg. Ingen av behandlerne opplever imidlertid tidsfaktoren som betydelig eller som en ulempe. Dette kan blant annet henge sammen med at tidspress gjerne ikke oppleves som et problem når motivasjonen for oppgaven oppleves som høy (Mihalic, et al.).

Trolig vil opplevelse av tidspress få en annen betydning og kanskje også bli en større utfordring i forhold til å vedlikeholde endringen over tid. Noen behandlere mener de kunne brukt mer tid på tolkning og anvendt feedbacken bedre i hver enkelt time og gjennom behandlingsprosessen.

Arena for refleksjon, drøfting og analyse av KOR-data er behandlingsmøtet, som avholdes en gang i uken. De fleste behandlere synes at tiden brukt i team/veiledning der KOR drøftes er godt anvendt tid. Noen mener

det kunne vært brukt mer tid i forkant av prosjektet til å drøfte målsetting - og bruk av KOR, for å sikre en mer felles utøvelse i praksis – og for at skalaene skulle ha blitt brukt mer aktivt fra starten av. Et mindretall mener det brukes for liten tid til felles diskusjoner og refleksjon av den feedback som enkeltpasienter gir, og spesielt med fokus på videre tiltak. Målsettingen er å integrere KOR skårene i det øvrige som tas opp når enkeltsaker diskuteres. Det er enighet i behandlergruppen om at denne målsettingen ikke er nådd.

### **6.3.3.2 Utstyr og programvare**

Alle behandlerne mener nødvendig utstyr og materiell er lett tilgjengelig. Det refereres i hovedsak til KOR-skalaene, ORS og SRS, samt skåringsark. Norsk versjon blir lastet ned fra nett, og kopiert opp. Behandlerne gjør dette arbeidet selv. Ved Ruspoliklinikken ble det ikke gjort fysiske tilrettelegginger i forbindelse med implementeringen av KOR. Duncan og Sparks (2007) tar imidlertid til ordet for at det er viktig at det fysiske miljøet og prosedyrene på arbeidsplassen ikke motvirker at klienten blir aktive deltakere.

En av behandlerne har påtatt seg rollen som dataansvarlig i KOR-prosjektet, for øvrig en høyst uformell rolle, som i fremtidige prosjekt gjerne kan gjøres formell. Dataansvarlig har håndtert bestilling og oppgjør for programvaren fra USA, en noe tidkrevende og kronglete prosess. Pådriverne for implementeringsprosessen gjorde også en vurdering i forhold til antall brukere og lønnsomhet knyttet til kjøp av antall lisenser. MyOutcomes kan kjøpes per konsultasjon eller en lisens til hver bruker. Det har vært regnet på kostnadene for de ulike alternativene ved andre institusjoner i Norge. Noen steder har en valgt å betale for MyOutcomes per konsultasjon, fordi mange av de ansatte har en relativt liten saksmengde. Dataansvarlig hevder at dersom en innehar litt datakunnskap så vil en klare å installere ASIST (Excel-program), samt gjøre den oppfølgingen som er påkrevd. Gjennom prosjektperioden har programmene fungerer greit, og det har ikke vært tekniske problemer av betydning.

De to pådriverne, samt en annen behandler legger inn klientens KOR skåre i begge programmene. Deres evaluering av programmene er samstemte.

ASIST programmet oppleves som mer forskningsvennlig, ved at det er mulig å bryte opp informasjonen i flere ulike deler. Imidlertid mener de at MyOutcomes som er den nettbaserte løsningen er mer brukervennlig. Det gis lett forståelig feedback i programmet, selv om denne ikke er oversatt til norsk. Symbolene og fargekodene gjør feedbacken lett tilgjengelig for behandlerne. Resultatene som fremkommer i MyOutcomes kan også kopieres rett inn i klientens journal i Rusdata. Det kan være noe tidkrevende å koble seg til internett når KOR-skårene skal legges inn, er en tilbakemelding som gis av flere behandlere. Ruspoliklinikken valgte midtveis i prosjektperioden å fortsette å bruke MyOutcomes som standard analyseverktøy, mens bruk av ASIST ble valgfritt. Det er en del både faglige og juridiske problemstillinger som det må tas stilling til før en legger inn data i MyOutcomes. Det diskuteres blant annet i det nasjonale nettverket for KOR, om mulige løsninger i så henseende. For Ruspoliklinikkenes vedkommende står man i dialog med personvernombudet ved UNN, for til enhver tid å finne hensiktsmessige løsninger.

### **6.3.3.3. Økonomi**

Kunnskap om finansiering av KOR-prosjektet - og utgifter knyttet til det å anvende KOR i en klinisk praksis, er det forbeholdt de to pådriverne (der en av dem er leder) å inneha. Det øvrige behandlingspersonellet sier de er usikker på om poliklinikken ville ha investert i utstyr i form av lisenser og dataprogramvare, samt dekket utgiftene til ekstern veileder dersom de ikke hadde mottatt økonomisk bistand fra KoRus - Nord). Seksjonsleder forteller at brorparten av utgiftene ble dekket gjennom den økonomiske bistanden fra KoRus - Nord. Det som i det videre regnes som direkte utgifter for poliklinikken ved å innføre KOR i behandlingen er kostnadene til dataprogrammene. Disse blir anslått til å være for MyOutcomes 50-60 kroner per bruker (behandler) per måned, mens ASIST koster 8000 kroner for 2 års bruk (ubegrenset i forhold til antall brukere). I tillegg kommer utgiftene til ekstern veiledning.

I et langt større og bredere perspektiv vil økonomi ha betydning i forhold til implementering av KOR. Bakgrunnen for denne påstanden er rapporter om store effektivitetsgevinster ved implementering av KOR (Miller, Mee-Lee &

Plum, 2005). En videre drøfting av dette perspektivet går utenfor formålet med denne pilotstudien.

### **6.3.4 Hvilke systemfaktorer hemmer og fremmer implementeringen**

Organisasjonsstrukturen, ressursene og tilretteleggingen som skal danne rammen rundt de endringene man ønsker å produsere, er avgjørende for å drive implementeringen av KOR i riktig retning. Vi har presentert og drøftet enkeltfaktorer som ressursbruk, arbeidsdeling og autoritetsforhold og målforståelse – og hvordan disse systemfaktorene påvirker implementeringen av KOR. I hvilken retning de har påvirket iverksettingen, som føringer eller barrierer, vil bli belyst i det følgende.

#### **6.3.4.1. Systemfaktorer som fremmer implementeringen**

Denne undersøkelsen har fulgt implementeringen av KOR i Ruspoliklinikken i en tidsavgrenset periode. Det ble søkt om – og gitt økonomisk støtte til å få igangsatt denne prosessen. Det har hatt en viss betydning for hvordan leder og behandlere oppfatter ressursituasjonen underveis i pilotprosjektet. Det er vanlig at det fokuseres på en eller annen knapphet på ressurser (tid, penger eller personell), når det skal gjøres endringer. Ved Ruspoliklinikken hører vi en annen fortelling. Det rapporteres om få utfordringer eller problemer på dette området. Tid er en av faktorene som alle behandlerne har et forhold til, og en formening om. Gjennomgående svares det at nytteverdien ved å bruke KOR, er større enn ulemper knyttet til tidsbruk, og tekniske – praktiske oppgaver som følger med bruken. En annen forklaring på at ressursene faktisk fremstår som en føring i iverksettingsprosessen, kan være at leder og andre pådrivere har hatt god styring på dette området. De har sørget for en god tilrettelegging av det praktiske og tekniske i forbindelse med programvare etc. Leder har formidlet stor grad av fleksibilitet – og evne til å formidle at prioriteringer, også økonomiske, til dette prosjektet har vært viktig.

Det samme bildet er gjeldende for hvordan behandlerne opplever endringene i arbeidsoppgaver - og eventuelt arbeidsbelastningen. Implementeringen av KOR har blitt gjort på en slik måte at nye arbeidsoppgaver

synes å ha "glidd" inn i og blitt integrert i annet klinisk arbeid. Det kan virke som om gevinsten har vært at behandlerne har opplevde nyvinningen som meningsfull og nyttig – heller enn tidkrevende og belastende. Innføringen av KOR har vært preget av å ta et steg av gangen, i forhold til hvor betydelige endringer i praksis som har vært gjort. Erfaringer fra pilotprosjektet vil således kunne danne grunnlag for mer dyptgripende organisasjons- og praksisendringer om en vil sikte videre mot å arbeide *virkelig klientsstyrt*, som Duncan og Sparks (2007) refererer til.

Nedenfra-og-opp perspektivet har også virket fremmende på implementeringen av KOR, spesielt etter hvert som behandlerne opplevde betydningen av deres aktive deltakelse og samarbeid. Det ble skapt et engasjement i forhold til den nye kunnskapen, og engasjementet forsterkes utover i prosjektperioden. Vi har også vært inne på at iverksettingsprosessens lave kompleksitet i poliklinikken har bidratt i fremmende retning.

#### **6.3.4.2. Strukturelle faktorer som hemmer implementeringen**

I denne undersøkelsen er det spesielt to forhold som fremstår som barrierer for implementeringen av KOR når det gjelder systemfaktorer. Det ene er en uklar felles måloppfatning, og det andre er en noe svak forankring i staben fra starten av.

Først kan det imidlertid nevnes at MyOutcomes, som er det datasystemet som brukes for å legge inn KOR-skårer, og gi terapeutene feedback, er et engelskspråklig system. I noen sammenhenger vil det kunne representere en hemmer i en iverksettingsprosess. Det fungerte imidlertid fint for behandlerne ved Ruspoliklinikken, som foreslår hyppige felles drøftinger omkring skårene. Noen hevder programmet ikke gir så god feedback som de hadde ønsket og forventet. Det amerikanske systemet kan nok også by på andre utfordringer. Slik det fungerer i dag er det et viktig poeng å ikke legge inn klientidentifiserbare opplysninger, men benytte pseudonym. Vi kjenner til at Bufetat har tatt i bruk MyOutcomes gjennom eget fagsystem. De skal samarbeide med Helsedirektoratet om videre utvikling på dette område, der målsettingen antakelig vil være å opprette en norsk database, med norsk referansemateriale.

En viktig forutsetning for å lykkes med en implementeringsprosess er som sagt at hensikten med endringen er forstått. Dersom en leder et endringsarbeid, en iverksettingsprosess, vil følgende spørsmål være helt grunnleggende: Er hensikten med KOR tydeliggjort? Hvilke mål ønsker vi å oppnå ved å innføre KOR? Resultater fra vår undersøkelsen tyder på at det tok tid før behandlingspersonalet hadde en felles forståelse av mål og hensikt. Samtlige informanter har et begrepsapparat og forestillinger om hva KOR er, som er helt i tråd med prinsippene som KOR tilnærmingen er fundert på. Det som hemmer implementeringsprosessen er at det skorter på enighet omkring målsettingen – slik at det gir en felles retning på hva som skal vektlegges i den videre prosessen. I og med at dette bildet endrer seg utover i prosjektperioden kan det tyde på at denne innsatsen eller avklaringen, burde ha vært satt inn tidligere. Det handler om informasjon og samhandling, om prosesser som tar tid. Det er viktig å sjekke ut at riktig og tilstrekkelig informasjon er gitt, og om informasjonen mottas slik hensikten var.

Konsekvensene av en utydelig målavklaring kan være flere. Det vil kunne føre til ulik praktisk utøvelse av KOR i det kliniske arbeidet. Dersom noen behandlere vektlegger KOR som et dialogverktøy mellom terapeut og klient, mens andre fokuserer på KOR som et evalueringsverktøy for terapeutegenskaper eller -ferdigheter, vil det trolig ha betydning for hvordan den praktiske anvendelsen er. Vi har også vært inne på at dersom det ikke avklares om, og eventuelt hvordan, enkelterapeuters resultater skal benyttes av administrasjon/ledelse, vil dette kunne framstå som en betydelig barriere for en god implementering. Brukt på en feil måte kan slik monitorering av terapeuter gi uheldige utfall. Brukt som ledd i en kvalitetsforbedringsstrategi kan det derimot være nyttig både for den enkelte klient og for virksomheten som helhet (Brown, Lambert, Jones & Minami, 2005). Slike forhold må avklares og tydelig kommuniseres ut til aktørene i avdelingen / organisasjonen i forkant.

Klientens medvirkning er selve grunnpilaren i KOR, og det vi ønsker å oppnå ved å jobbe klientstyrt. Systemer som ønsker å betone medvirkningsperspektivet sterkere, vil ofte møte på distinksjonen mellom eksper-trollen og brukermedvirkning. Dette har vi også sett eksempel på i

denne undersøkelsen. Andre steder konkluderes det med at KOR er et instrument for å fremme brukermedvirkning. I forlengelsen av dette er det interessant å fundere over hva som er reell brukermedvirkning? Og hvilke dilemmaer som oppstår når man skal fremme brukermedvirkning i et møte mellom "eksperter" og "brukere"? Disse viktige spørsmålene etterlyser noen av behandlerne ved Ruspoliklinikken en diskusjon/debatt omkring. Kanskje vil en slik debatt bidra til å fremme iverksettingen av KOR, fordi den vil kunne belyse viktige verdispørsmål. Det handler om at ved å gi klientene større kontroll og styring over behandlingen, må terapeutene gi fra seg makt og posisjon. For implementeringsprosessen er slike diskusjoner og avklaringer viktige fordi KOR bør dekke et aktuelt behov på en måte som stemmer overens med avdelingen / organisasjonens verdigrunnlag. Særlig viktig synes en slik forankring å være dersom en skal lykkes med å vedlikeholde endringen over tid. En oppfølging av denne problemstillingen vil kunne være interessant for fremtidige prosjekt.

Flere funn gjennom prosjektforløpet kan tyde på at KOR-prosjektet ikke hadde en optimal forankring i behandlingsstaben fra starten av. Den manglende forankringen, i form av ustrukturert opplæring i bruk av skjemaene, og utydelige føringer fra leder / pådrivere, er en klar hemmer for implementeringen av KOR i Ruspoliklinikken. Dersom ledelsen hadde vært klarere på at alle skal kurses i skjemabruk og samtlige skal ha en klar oppfatning av hva hensikten er, så ville heller ikke målsetningene (se over) vært så uklare fra begynnelsen av. I stedet ble det en læringsprosess der veien ble til underveis. Det er slik det gjerne blir i pilotprosjekter. Samtidig peker våre funn på betydningen av å forankre fremtidige implementeringsprosjekter bedre i behandlingsstaben fra begynnelsen av.



# **7. Oppsummering og mulige implikasjoner for videre implementering av KOR**

## **7.1. Innledning**

Pilotprosjektet hadde flere formål. Det første var å beskrive de kliniske erfaringene ved bruk av Klient – og resultatstyrt praksis (KOR) i Ruspoliklinikken, UNN. Videre å undersøke hvilke faktorer som påvirket implementeringsprosessen. Gjennom beskrivelser av utviklings – og endringsprosessen, ønsker vi å synliggjøre aktuelle tema og problemstillinger, til nytte for andre avdelinger som ønsker å implementere KOR. Ved å knytte våre funn ved Ruspoliklinikken til andre relevante studier, har vi gjennom pilotprosjektet også kunnet generere gode og relevante forskningsspørsmål for videre studier om bruk av KOR i rusfeltet.

Mer konkret ville vi for det første sammenstille KOR-data om klientenes opplevde endring i løpet av behandlingsforløpet, og om hvordan klientene vurderte samtalene ved Ruspoliklinikken. For det andre ville vi gjennom intervjudata finne ut hva som hemmet og fremmet implementeringen av KOR, og å trekke veksler på disse funnene i forhold til å komme med anbefalinger for andre som ønsker å ta i bruk KOR.

I det følgende oppsummeres de viktigste funnene knyttet til hver av hovedproblemstillingene. Avslutningsvis presenteres implikasjoner for videre implementering av KOR basert på de nevnte erfaringene. Miller og Duncan (Miller et al., 2005 og Duncan & Sparks, 2007) refererer flere steder i sine publikasjoner til viktige steg i implementeringen av KOR, og presentasjonen under vil også knyttes til disse.

## **7.2. Oppsummering av viktige funn**

### **7.2.1. Klinisk bruk av KOR**

De tjue klientene i undersøkelsen oppga gjennom skjemaet ORS i første samtale at de hadde et lidelsestrykk som tilsa at de hadde et klart hjelpebehov. Etter den sjette samtalen rapporterte 8 av 20 (40 %) at de opplevde en signifikant endring i sin livssituasjon i positiv retning. Gjennomsnittlig opplevde de en forverring fra første til andre samtale. Resultatene tolkes i retning av at klientene var mer åpne og ærlige i sin feedback ved den andre timen. Klientenes gjennomsnittlige opplevde forbedring fra time to til time seks utgjorde en statistisk signifikant forskjell, og illustrerer slik at resultatene må tolkes med forsiktighet på grunn av et begrenset datagrunnlag. Annen forskning viser at klienter som opplever en viss bedring i de første samtalene, har stor sannsynlighet for å ha et godt utbytte av behandlingen (Lambert et al., 2001). Dersom klientene ikke opplever bedring etter flere samtaler, reduseres sjansene for et godt behandlingsutfall betydelig, og ingen endring etter seks samtaler gir svært liten sjanse for at de vil ha noen effekt av fortsatt behandling, av samme type og med samme terapeut vel og merke. På bakgrunn av denne kunnskapen kan vi anta at for 40 % av klientene i vår undersøkelse var det god grunn til optimisme i forhold til at de fikk god og nyttig behandling, som virket positivt på deres opplevelse av sin livssituasjon. Mens i forhold til de andre klientene måtte behandlerne være mer oppmerksomme. Det var viktig å finne ut av hva de trengte, som kunne muliggjøre forandring. Videre ville det være opp til behandler og klient i dialog, å finne ut av om det lot seg gjøre å oppnå ønsket endring innenfor de rammene som rådet. Det er viktig å presisere at tallene gir indikasjoner som skal være utgangspunktet for dialogen, og ikke være en erstatning for klientens språklige og kroppslige uttrykk for sin situasjon.

For å tilpasse kommende samtaler til klientenes preferanser ble klientene bedt om å gi feedback til terapeuten på sine opplevelser av behandlings-samtalene ved å bruke skala for samtalevurdering (SRS). Klientene i denne undersøkelsen var samlet sett mer fornøyd ved samtale seks enn de var ved første samtale. Denne endringen var statistisk signifikant. Alle samtalene (for hele gruppen) ble vurdert som nokså gode, unntatt den andre samtalen

som ble beskrevet som dårlig (under grenseverdien på 36). Ingen av samtalen (i gjennomsnitt) kom opp på nivå for gode samtaler (39-40). Skårer som indikerer at klientene ikke er fornøyd med samtalen, krever alltid at terapeutene inviterer klienten til å gi en tilbakemelding om hva klienten ikke er fornøyd med, og hva som kunne vært bedre. Lave skårer, som ved samtale 2, kan indikere fare for snarlig frafall fra behandling (drop-out), og er slik et viktig varselsignal til terapeuten. En samtale om skårene vil vise respekt for klientens perspektiv, og kan øke sjansene for at klienten kommer tilbake selv om han eller hun ikke var helt fornøyd. Lav skåre i én samtale trenger ikke å bety at det er en dårlig behandlingsrelasjon eller at behandlingen ikke er nyttig. Variasjoner i skårene kan gi terapeuten viktig informasjon for å få til forbedringer.

Klientene var mindre fornøyd med samtale nummer fem enn samtale før og etter. Den femte timen ble brukt som "sjekkpunkt", for å vurdere om man var på rett vei i behandlingen. I denne samtalen legges det opp til en dialog omkring progresjonen så langt i forløpet, og om det er nødvendig å forandre behandlingsmetode, skifte terapeut eller behandlingssted. En mulig forklaring var at nedgangen kan ha sammenheng med at klienten ikke likte eller hadde behov for denne gjennomgangen. Denne forklaringen står imidlertid i motsetning til behandlernes oppfatning slik de ble formidlet i intervjuene. Flere ga der uttrykk for at klientene tilsynelatende likte gjennomgangen, der endringsgrafene ofte ble presentert for første gang. Det er også antakelser om at den visuelle fremstillingen og samtalen rundt, skapte økt engasjement hos klientene. Vi vet ikke om behandlerne fikk bekreftet eller avkreftet sine antakelser fra klientene selv.

### **7.2.2 Føringer i implementeringen av KOR**

Undersøkelsen fokuserte på individuelle, - sosiale og systemrelaterte påvirkningsfaktorer, og hvordan disse hemmet eller fremmet implementeringen av KOR ved Ruspoliklinikken. Blant enkeltfaktorene som fremmet implementeringen var det spesielt behandlernes lojalitet til beslutningen om å implementere KOR som kunne trekkes frem. Med lojalitet menes at de fulgte opp de kravene som ble satt i henhold til prosjektplanen. Først senere i prosjektperioden ble engasjementet mer fremtredende, og med

dette også forankringen av prosjektet i hele behandlingsteamet. Det var tidlig i prosjektet bred enighet om at KOR var en tilnærming som fremsto som nyttig for klientene, og som passet godt med behandlernes arbeidsform, og deres holdninger - og det verdigrunnlaget som var rådende i behandlergruppen (for eksempel i forhold til klientens medvirkning). Behandlerteamet hadde to "ildsjeler" / pådrivere med høy grad av legitimitet og troverdighet som drev prosessen fremover, fra planlegging til gjennomføring. En av dem var seksjonslederen, som i tillegg til engasjement, deltok aktivt i prosjektet, og ble oppfattet som en god støttespiller for de ansatte. Leder formidlet at KOR-prosjektet var viktig og hadde prioritet i Ruspoliklinikken. Et av de tiltakene som leder iverksatte var veiledning for hele personalgruppen, med ekstern veileder som hadde betydelig erfaring med å bruke KOR tilnærmingen i ulike behandlingssammenhenger. Det tok imidlertid noen måneder før denne veiledningen kom i gang. Etter hvert fremsto dette tiltaket som en svært viktig fremmede faktor i implementeringen. Veiledningen virket samlende på kollegagruppen, fungerte som opplæringsarena og bidro til at mål og hensikt med KOR ble tydeliggjort. Samarbeids – og endringsklima i organisasjonen ble beskrevet som godt. Den kollektive forankringen av KOR ble tydeligere underveis i prosjektet, ved at flere behandlerne gradvis påtok seg mer ansvar for prosessen. Dette økte engasjementet og motivasjonen ytterligere. Det var stabilitet og lavt konfliktnivå, i en behandlergruppe som for øvrig fremsto som likeverdige. Sammen vil slike faktorer fungere som positive drivkrefter i arbeidet videre. Iverksettingen av KOR hadde ringvirkninger for kollegagruppen, i form av bedre samhandling, økt åpenhet – og et felles språk knyttet til relasjonelle tema - og problemstillinger. Dette ble beskrevet som en prosess som tok tid, og som enklest kunne sees i ettertid (evalueringen av prosjektet). Kompleksiteten ved iverksettingsprosessen var lav. Poliklinikken fremsto som en oversiktelig organisasjon, der det virket å være få uttalt interessekonflikter. Det var ingen andre konkurrerende prosjekter, som tok tid og oppmerksomheten bort fra KOR satsningen.

KOR-skjemaene er korte og anvendelige i en krevende klinisk hverdag. Tilbakemeldingsverktøyet lot seg lett tilpasse og forankre i eksisterende praksis. Nyttieverdien ble opplevd som større enn ulemper ved økt tidsbruk. Det krevdes ikke stor teknisk kompetanse for å bruke dataverktøyet

for skåring og tolkning. Implementeringen av KOR utgjorde heller ikke en stor økonomisk kostnad for avdelingen. Terapeutene hadde en oppfatning av at klientene i all hovedsak var positive, og ble engasjerte gjennom å bruke KOR. Prosjektet hadde en hensiktsmessig innretning, det vil si at KOR i utgangspunktet skulle brukes for alle klienter, i alle samtaler, for alle behandlerne. Det ble således brukt lite tid og energi til diskusjoner omkring inklusjon – og eksklusjonskriterier. En av gevinstene var at på behandlernes fellesarenaer var alle med, kunne dele erfaringer og hadde et felles fokus på dimensjonene *endring* og *relasjon*. Den praktisk – tekniske tilretteleggingen var god.

### **7.2.3 Barrierer i implementeringen av KOR**

Den største barrieren i implementeringen av KOR ved Ruspoliklinikken var at flertallet av behandlerne hadde mangelfull kompetanse på KOR når prosjektet starter. Det var også stor variasjon internt i behandlergruppen når det gjaldt kunnskap om – og opplevd ferdighetsnivå knyttet til KOR. Flere hadde ikke øvd eller brukt skjemaene i forkant. Kursing og opplæringen i forkant av – og underveis i prosjektet var preget av lite struktur og systematikk. Det var lagt til rette for informasjonsutveksling og drøfting av KOR i teammøtene i prosjektets planleggingsfase. Behandlerne ble da oppfordret til å lese anbefalt litteratur. Denne tilnærmingen for å øke kunnskaps-tilfanget fungerte ikke optimalt. Dette ble synliggjort blant annet ved at målsettingen med KOR ble oppfattet tildels ulikt. Vesentlige poeng ved anvendelsen av KOR, som for eksempel integrering av skårer i samtaler ble ikke oppfattet av alle. Behandlerne brukte feedbackverktøyet ORS og SRS ganske forskjellig de første to til tre månedene av prosjektet.

KOR-prosjektet var ikke tilstrekkelig forankret i hele personalgruppen helt fra starten av. Mangelfull informasjon og opplæring kan ha påvirket behandlernes holdning til "vurderingsdimensjonen" i klientens feedback. De synes det var vanskelig å snakke om SRS skårene, noe som kan ha begrenset mulighetene for dialog omkring forbedringsmuligheter i samtalen eller i relasjonen. Dette kan være en av forklaringene på at behandlerne ikke kom opp på nivå for *gode* samtaler (SRS) som det ble referert til i de kliniske funnene. Flere behandlere uttrykte også skepsis til å bli vurdert av

kollegaer og ledelse. Noen oppfattet at tilbakemeldingene fra klienter og kollegaer var vurderinger av seg som person, og ikke det man gjorde. Alle oppfattet det som utfordrende å bryte terapeutiske barrierer, og endre på gamle vaner. Disse funnene belyser hvor viktig det er å skape trygge og klare rammer og vilkår. Tydelige målsettinger – og åpenhet omkring hva KOR er og skal brukes til, er et middel for å oppnå gode feedback-betingelser. Det vil være viktig å bruke tid til å drøfte dilemma og oppklare misforståelser. På den annen side kan feedback fungere som korreksjon og "endrings-agent". Om behandlere og team strever med å skape en god feedback-kultur i terapirommet eller i teamrommet, vil det utgjøre en betydelig hemmer for implementeringen, slik vi delvis så ved Ruspoliklinikken.

Behandlerne introduserte KOR-skalaene forskjellig, som i seg selv kan være en fordel fordi ordene må tilpasses klientene og deres situasjon. Det var mer bekymringsfullt at noen behandlere ikke integrerte feedbacken i samtalen med klienten, slik vi så i oppstarten av prosjektet. Utbytte av skårene vil først komme når det skapes en dialog knyttet til tallene. Det var en hemmer for implementeringen av KOR når skårer og grafer ikke ble tilstrekkelig integrert i den terapeutiske samtalen og på andre behandlingsarenaer der klientens endringsprosess var i fokus. Behandlerne ved Ruspoliklinikken hadde en læringsprosess som i stor grad bar preg av at veien ble til mens man gikk. Etter prosjektets seks måneders varighet hadde de lært mye. Det kan tyde på at de ulike implementeringskomponenter kan kompensere for hverandre. Om det sviktet på et punkt, kan dette bli oppveid gjennom styrking av andre komponenter. I denne undersøkelsen har veiledning og kollegial støtte helt klart kompensert for den manglende opplæringen.

### ***7.3. Implikasjoner for videre implementering av KOR***

#### ***7.3.1 En systematisk tilnærming til implementering***

Når man studerer implementeringsprosesser er fokus på hvorfor ting blir som de blir, og det blir en synliggjøring av veien frem til målet. De involverte i slike prosesser vil gjerne bare ha ufullstendig kunnskap om hvorfor det gikk som det gikk (Baklien, 2008). Basert på våre funn ved Ruspoliklinikken

vil vi presentere mulige implikasjoner for videre implementering av KOR. Erfaringene fra Ruspoliklinikken er ikke ment som en beskrivelse på organisasjonsendring etter prinsippet om at *“det som passer for en, passer for alle”*, men viser hvilke hensiktsmessige grep som ble tatt, hva som var de gode drivkreftene, men også hva som kunne ha vært gjort annerledes.

Grol og Wensing (2005) hevder at implementering av nye rutiner eller faglige tilnærminger i helsevesenet krever en systematisk tilnærming, der gode forberedelser og planlegging er en viktig forutsetning. Tilpasning av tiltak, oppfølging underveis, og evalueringer for å justere og forbedre egen praksis, er selvfølgelig trinn i prosessen. Her følger en oppsummering av deres trinnvise implementeringsmodell:

1. Formuler et formål for praksisendringen som er konkret, gjennomarbeidet og oppnåelig. Klare og tydelige målsettinger.
2. Ha god kjennskap til hvem aktørene er og hva som karakteriserer konteksten endringene skal skje i. Identifiser hva som kan fremme og hemme implementeringen.
3. Velge ut endringsstrategier: For å spre informasjon og kunnskap om endringene, for selve implementeringsfasen og for å opprettholde endringer over tid.
4. Utvikle og iverksette en implementeringsplan som inneholder aktiviteter, oppgaver og tidsangivelser.
5. Evaluere, og om nødvendig, revidere planen. For øvrig handler det om å ha en kontinuerlig oversikt over de grunnleggende oppgavene og aktivitetene i forrige punkt.

### **7.3.2. Forpliktelse, forankring og engasjement**

Implementeringen av KOR bør være vel gjennomtenkt. Det må foreligge et samsvar mellom det tilnærmingen kan tilføre faglig, og avdelingen/organisasjonens problemforståelse, mål og behov. Mange behandlere opplever stadige endringsprosesser, og flere kan kjenne at motivasjonen svikter i blant når en skal gå løs på nye endringsoppgaver. Desto viktigere

vil det være å skape interesse og engasjement for ny kunnskap, eller nye metoder. En viktig forutsetning for en slik prosess er at ledelse og administrasjon aktivt støtter, forplikter og engasjerer seg i endringsprosessen. Rammefaktorene må være på plass, med tilstrekkelig ressurser (tid, utstyr etc.). Forpliktende og prioritert innsats over tid er essensielt. Systematisk innføring og iverksetting av KOR i store helsesystemer innenfor rusfeltet – og psykisk helsevern i USA, antas å ta minst 3 år.

I KOR-prosjektet ved Ruspoliklinikken var erfaringene at engasjement, lojalitet og forpliktelse til beslutningen om å innføre KOR svært viktig, og at disse faktorene ble en slags "buffer" for det som ikke fungerte like optimalt. Innledningsvis var KOR forankret hos lederne ved Ruspoliklinikken. Erfaringer underveis økte de andre behandlernes tro på at deres aktive deltagelse og påvirkning var viktig. Slik ble prosjektet i større grad preget av nedenfra og opp prosesser utover i prosjektperioden.

Klare og tydelige mål, har betydning for så vel engasjementet som forankringen. Denne undersøkelsen har vist at uklare og / eller en manglende felles forståelse av målsettingen med KOR, påvirker implementeringen. Blant annet medførte det ulik praksis for hvordan KOR ble anvendt. Særlig i hvilken grad feedback ble integrert i samtalene, og fulgt opp i forhold til endringer i tilnærming og relasjon ved behov. Uklare mål førte også til en viss usikkerhet omkring hva KOR resultatene skulle brukes til, spesielt tydelig var dette i starten. Behandlerne i denne studien nevner effektivisering og kvalitetsforbedring som målsettinger, i tillegg til de direkte klientrettede målene. Andre steder er det bekymring i forhold til at målinger av enkeltterapeuters resultater kan benyttes av ledelse / administrasjon til sanksjoner eller til utvelgelse av terapeuter (Brown, Lambert, Jones & Minami, 2005). I den grad KOR resultatene brukes som ledd i en kvalitetsforbedringsstrategi, noe som har vist seg nyttig både for den enkelte klient og for virksomheten som helhet, er det viktig at dette er avklart og tydeliggjort i målsettingen for implementeringen. Dersom hensikten er å bidra til forbedring må det etableres en trygghet og en feedback-kultur både i terapirommet, og på behandlernes "interne" arenaer, slik at det å avslutte behandlinger, viderehenvise, søke veiledning eller trekke inn kollegaer blir en naturlig del av det å bruke KOR-tilnærmingen.

### **7.3.3. Starte i det små**

Bohanske og Franczak (2010), skriver i sin oppsummering av erfaringene med implementering av KOR, at det er viktig å tenke evolusjon og ikke revolusjon. De anbefaler videre å starte med piloter, og bruke resultater derfra til å sikre forpliktelse oppover i systemet, samt bygge videre på de faglige erfaringene fra pilotene.

Ved Ruspoliklinikken var det noen få behandlere som hadde brukt KOR tidligere, og som kunne fortelle om gode erfaringer med at KOR ga en mulighet til å engasjere klientene mer i behandlingen. De ansvarlige så det som verdifullt å komme i gang, og gjøre seg erfaringer underveis. En av gevinstene av en slik tilnærming til iverksettingen, var at de nye arbeidsoppgavene (KOR systemet), gled inn i eksisterende praksis. Behandlerne opplevde i større og større grad at den nye tilnærmingen var mer meningsfull og nyttig enn tidkrevende og belastende. Endringsprosesser avstedkommer ofte mye motstand, på alle nivåer i organisasjonen. Det kan være noe i behandlingskulturen eller i profesjonskulturen som motarbeider ny tenkning, eller at enkeltindividene ikke har tid til eller ønsker å prioritere å ta inn det som er nytt og annerledes. Samtidig kan det å gi klienten en viktig og betydningsfull stemme - og mulighet til valg i sin egen behandling, være truende for mange. En gradvis iverksetting og tilpasning av KOR kan være viktig for å redusere denne motstanden som ofte finner sted. Kjennskap til aktørene og systemene der iverksettingen skal skje er viktig for å kunne velge hensiktsmessige endringsstrategier.

Identifisering av faktorer som hemmer og fremmer implementeringen av KOR i Ruspoliklinikken viser rammebetingelsene, og hvordan de påvirker (gir handlingsrom) behandlerne som skal gjennomføre endringene (se oppsummering over). Det er viktig at iverksettingen tilpasses konteksten. Det må tas høyde for at hver avdeling / klinikk har sine unike føringer og barrierer. En av de faktorene som ikke har vært så fremtredende i denne undersøkelsen, men som implementeringsforskningen i stor grad fokuserer på, er at tiltak i implementeringsfasen bør tilpasses der behandlere eller team befinner seg i en endringsprosess (se tabell 1, kapittel 3). Behandlernes opplevelse av hva som er problematisk, og hvilke behov de har i det videre endringsarbeidet er stadiespesifikt. I pilotstudien hadde vi

ikke undersøkelsesmetoder som var finmasket nok til å få ut så mye informasjon omkring dette. Vi erfarer imidlertid at det er variasjoner internt i behandlergruppen ved Ruspoliklinikken både når det gjelder kompetanse, opplevd ferdighet i å bruke KOR, men trolig også i forhold til behov for oppfølging, støtte og veiledning for å få til å integrere KOR i egen praksis.

### **7.3.4 Ressursgruppe eller implementeringsteam**

Etablering av en ressursgruppe kan være gunstig for å få igangsatt og følge opp implementeringen av KOR. Bohanske og Franczak (2010) hevder at en slik gruppe kan fungere som en kompetansebase for KOR-relaterte problemstillinger, et forankringspunkt for KOR-tilnærmingen, men også som en "buffer" i forhold til motstridende interesser mellom administrasjon / ledelse og ansatte i endringsprosessen. Det anbefales at en slik gruppe ikke er for stor, og at den består av engasjerte og interessert behandlere, representanter fra ledelse /administrasjon og gjerne ekstern veileder eller andre som deler interessen for KOR. Fixsen et al. (2005) mener det kan være nyttig å opprette egne implementeringsteam som både er eksperter på intervensjonen (her; KOR) og på implementeringsprosessen. Det er viktig at et slikt team evner å kombinere god informasjon, med sosial påvirkning og kontakt med aktørene som skal iverksette endringen (Fixsen et al., 2005). Det hevdes videre at for å lykkes med implementeringen over tid kreves det vedlikehold av kompetanse, integritet og engasjement, og at et slikt team kan bidra til dette. En av oppgavene til en slik gruppe / team vil kunne være å samle erfaringer fra ulike enheter eller pilotprosjekter, og bruke disse til å planlegge og tilrettelegge for fremtidig implementering andre steder (i egen organisasjon). I Grol og Wensing (2005) sin trinnvise implementeringsmodell, vektlegges utvelgelse av endringsstrategier som et av de kritiske punktene i prosessen. Det er her snakk om strategier for å formidle informasjon – og kunnskap, oppfølgingsstrategier underveis og for å opprettholde endringer over tid. Det vil trolig være mye å hente også på dette området, med en aktiv ressursgruppe der troverdighet og legitimitet er høy. Et eksempel på relevante problemstillinger for en slik ressursgruppe, kunne være å se på om det skal gjøres endringer i inntaksprosedyrer, dokumentasjon (behandlingsplaner og journal) som større grad reflekterer klientens feedback.

Ved Rus og spesialpsykiatrisk klinikk er en slik gruppe etablert. Bakgrunnen var blant annet anbefalinger gitt av en av opphavsmennene til KOR, Scott D. Miller, under et internt seminar i Tromsø, der utfordringer og muligheter ved implementering av KOR ble drøftet. Videre var det erfaringer fra pilot-prosjektet som lå til grunn for etableringen. I det videre vil det være viktig at denne gruppens mandat og rolle blir avklart, gjøres kjent i organisasjonen, og at den kan fungere etter intensjonene om å være en ressurs i det videre arbeidet.

### **7.3.5 Opplæring, konsultasjon og veiledning**

Det stilles ikke noen formelle krav i form av kursdeltakelse eller sertifisering for å bruke KOR. Tilnærmingen kan anvendes uavhengig av behandlerens terapeutiske orientering, blant annet fordi den er så sterkt forankret i fellesfaktorene i terapi. Tema som allianse, motivasjon, sosial støtte og klientressurser, går på tvers av de ulike tilnærminger. Likevel er det flere som tar til ordet for at det å arbeide virkelig klientstyrt, og ta klientens medvirkning på alvor, er noe som må læres av den enkelte terapeut. Dette er ikke noe vi automatisk kan med utgangspunkt i vår grunnutdanning (Valla, 2010).

Behandlerne ved Ruspoliklinikken hadde ingen formell opplæring i KOR, og ingen hadde deltatt på kurs eller seminarer før de begynte å bruke tilnærmingen. De hadde likevel i varierende grad satt seg inn i prinsippene og inspirasjonskildene som KOR er basert på. Noen hadde også usystematisk erfaringer med å bruke skalaene i klientsamtaler. De to behandlerne som deltok på seminar (1 dag) tidlig i implementeringsfasen, opplevde det som svært viktig i forhold til deres engasjement for KOR. Erfaringene fra Ruspoliklinikken som er referert i denne rapporten, viser at utilstrekkelig – eller usystematisk opplæring har vært en barriere for implementeringen av KOR, med de konsekvensene som har vært beskrevet tidligere. Det har også vært referert til at begrensninger i opplæring i noen grad kan oppveies av for eksempel god veiledning. Samtlige behandlere i undersøkelsen vurderer veiledning over tid, med fokus på integrering av KOR i sin egen kliniske virksomhet, som svært betydningsfull for den positive utviklingen, både med hensyn til egen interesse og engasjement, men også sett i forhold til deres behov for å få høynet sin kompetanse.

Erfaringer fra blant annet USA peker i retning av å opprette mer formelle system for opplæring, konsultasjon og veiledning. Det hevdes at deltakelse på enkeltstående kurs/seminarer og lignende er gode og nyttige opplevelser der og da, men at det kreves andre tiltak for å vedlikeholde engasjement, og redusere frustrasjon ved manglende oppfølging og støtte i etterkant. Det finnes etter hvert en del forskning som støtter en slik oppfatning når det gjelder å ta i bruk og integrere nye kliniske tilnærminger i praksis (Arkowitz og Miller, 2008). Denne forskningen viser at det er viktig å innarbeide interne systemer for oppfølging, gjennom kollegabasert veiledning med kontinuerlig feedback, eller bruk av øvelser. Dette må gjøres til rutiner i den kliniske hverdagen. Veiledning synes altså å være en nøkkel til suksess, der veiledningsfokuset er på endring og behandlingsrelasjon. En nyttig innfallsvinkel er selvsagt å bruke KOR grafene aktivt i veiledningen. Noen tar til orde for å utarbeide rutiner, opplæringsmanualer og bruk av DVD eller lignende der det er tilgjengelig (Bohanske & Franczak, 2010). For nye medarbeidere som kommer til vil slike tiltak være spesielt nyttige. Et annet godt og viktig bidrag er boken (på norsk) *"I fellesskap for endring"*, som er en konkret og praktisk innføring i KOR. En ressursgruppe (se over) kan bidra i arbeidet for å få i gang et formelt system for informasjon og opplæring. Forutsetningen er selvsagt at det fra ledelseshold blir lagt til rette for slike tiltak. Det kan også være verd å tenke på at støttefunksjoner i organisasjonen også informeres om den nye tilnærmingen, slik at enhver kontakt synliggjør betydningen av klientens autonomi.

### **7.3.6. Flexibilitet**

De kliniske data fra denne undersøkelsen viser at behandlerne yter god hjelp til mange av klientene som kommer til behandling. Med andre klienter ville det være viktig å gå noen runder til for å finne ut hva de trenger for at behandlingen skal gi en opplevelse av positiv endring i livskvalitet. Denne dialogen bør føre frem til en enighet omkring tiltak som kan iverksettes. Det kan være endring i tilnærming, bytte av terapeut, finne et annet behandlingsprogram, eller knytte seg til en selvhjelpsgruppe. Det å ikke lykkes i behandling er en vanlig og normal del av den tjenesteproduksjonen vi driver med. I de tilfellene der vi ikke lykkes helt i første omgang kan det være lett å klandre hverandre for at utfallet av terapien

ikke ble som ønsket. Klienter klandres fordi de er umotiverte, manipulerende eller for syke. Terapeuter fordi de mangler kompetanse eller ikke har fått god nok opplæring. Slik "skylddeling" fører sjelden frem til noe positivt, ofte bare til økt motstand. Randomiserte kliniske forsøk (Hansen, Lambert & Forman, 2002) har vist en terapeuteffektivitet på mellom 57 % til 67 %, og det er under de beste betingelsene (i forskningsdesign). I en vanlig klinisk praksis kan vi ikke velge ut klientene våre, alle skal gis behandling. Når vi på forhånd vet at det er slik det er, kan det hjelpe oss til å tilpasse våre systemer slik at vi kan flytte klienter innenfor behandlingssystemene.

### **7.3.7. Noen utfordringer**

KOR er selvsagt ikke svaret på alle utfordringene vi har i vår arbeidshverdag, og i den kontinuerlige streben etter å gjøre en mest mulig nyttig og god jobb, for de som ønsker hjelp. Ved bruk av feedback om klientens opplevelse av endring gis vi et mål (ORS) på forhold som kan være svært komplekst. Målet sier ikke nødvendigvis noe om mekanismene for endring, hva det er i terapien som gis som bidrar positivt til endring. Like fullt er det etter hvert betydelig både empirisk og praktisk evidens for at denne måten å jobbe på, gjør en forskjell for de klientene som søker behandling.

Ved å implementere og vedlikeholde KOR som en nyttig tilnærming i behandling er det likevel flere faktorer som kan sette arbeidet tilbake. Det mest innlysende er kanskje det å vedlikeholde fokus på betydningen av å ha klientens opplevelser i sentrum. Over tid og i møte med andre krav eller konkurrerende gjøremål og prioriteringer, vil ofte entusiasmen for en ny metode eller tilnærming avta. Flere nevner ett år som en slik kritisk fase i en implementeringsprosess. Løsningen er å finne i en leder eller andre sentrale "ildsjeler" som gjennom sin personlighet og forpliktelse klarer å inspirere andre til å fortsette og overvinne barrierene for videre implementering.

Klientens medvirkning er selve grunnpilaren i KOR, det er det vi ønsker å oppnå ved å jobbe klientstyrt. Systemer som ønsker å betone medvirkningsperspektivet sterkere, vil ofte møte på distinksjonen mellom ekspert-

rollen og brukermedvirkning. Det handler blant annet om at ved å gi klientene større kontroll og styring over behandlingen, må terapeutene gi fra seg makt og posisjon. Det er liten tvil om at å organisere tjenestetilbud rundt klientens preferanse og progresjon utfordrer konvensjonell visdom om hvordan vi skal drive behandling. Det synes derfor viktig at ulike interesser i endringsprosessen holdes godt informert og inviteres med i denne debatten.

Innføringen av KOR vil også kunne avstedkomme en diskusjon omkring behandlere eller behandlingsprogram som ikke fungerer optimalt. Tema har vært belyst flere steder i denne rapporten. Vi mener å finne støtte for at dette er en problemstilling som det må være åpenhet omkring, og at i den grad det er mulig håndtere dette ved hjelp av de samme prinsippene som ligger til grunn for KOR. Gjennom systematisk feedback til terapeut/ behandlingssystem, engasjere til problemløsning og videre oppfølging. Den gode nyheten er at forskning viser at de aller fleste behandlere blir bedre når de bruker klientfeedback systematisk (Bohanske & Franczak, 2010).

### **7.3.8 Videre forskning**

Pilotstudien har generert flere relevante forskningsspørsmål, som kan følges opp i videre forskning. Følgende KOR relaterte hypoteser ble fremsatt i kapittel 4.1.5, som vil kunne besvares når det er samlet inn mer data ved Ruspoliklinikken, eller dersom samme forskningsdesign velges andre steder: Studier av frafall i behandling, for eksempel kan man predikere hvem og når noen dropper ut? Er det noen sammenheng mellom hvordan en klient vurderer relasjonen til terapeuten i en sesjon (SRS) og kvaliteten på livet for øvrig den dagen (ORS), eller mellom fornøydhet med på terapien (SRS) og utfall på sikt (ORS)? Eller hvordan ser et typisk rusbehandlingsforløp ut gjennom øynene på de to KOR-skalaene?

Flere interessante problemstillinger, som videre forskning med andre design, eller innretninger vil kunne belyse; kan være relatert til behandlingseffekt/utfall, feedbackbetingelsenes betydning for utfall av terapien i rusbehandling? Sammenheng (eller manglende sådan) mellom terapeuten og klientens oppfatning av relasjon og fremgang, kanskje kan en slik "overensstemmel-

sesindeks" være et nyttig redskap. Videre kunne det være interessant å se på implementeringserfaringer i ulike klientpopulasjoner, og ulike behandlingssettinger (døgnbehandling).

## **7.4 Avslutning**

Den betydelige gevinsten ved feedback, som nå støttes av en voksende empirisk basis som inkluderer ulike målesystemer (deriblant KOR) med forskjellige populasjoner i ulike kontekster, foreslår at tiden er inne for en rutinemessig oppfølging av endring i terapi – og bruk av kontinuerlig feedback for å tilpasse og forbedre behandlingstilbudet til våre klienter.

Avslutningsvis siteres en av behandlerne ved Ruspoliklinikken, som oppsummerer betydningen av KOR-prosjektet på denne måten:

*“Det har lenge vært snakk om å gjennomføre ulike utviklingsprosjekter i Ruspoliklinikken, men dessverre har det sjelden blitt noe av! Jeg synes det er bra at det var akkurat dette prosjektet som ble iverksatt, fordi det har noe med oss behandlere å gjøre. Det kan bidra til god faglig utvikling, er med på å tydeliggjøre oss selv og skape større åpenhet.*

*Samtidig, og viktigst av alt så tror jeg at denne tilnærmingen har noe for seg for klientene våre også – det er bra for dem! ”*



# Referanser

- Allan, J., & Rashid, A. (1998). What determines competence within a general practice consultation? Assessment of consultation skills using simulated surgeries. *British Journal of General Practice*, 270, 1046-1051.
- Anker, M., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2009). Using Client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 693-704.
- Arnesen, A., Ogden, T., & Sørli, M. A. (2006). *Positiv atferd og støttende læringsmiljø i skolen*. Universitetsforlaget.
- Arkowitz, H., & Miller, W. R. (2008). *Learning, Applying and Extending Motivational Interviewing*. I: H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller, & S. Rollnick. (red.), *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. The Guilford Press.
- Baklien, B. (2008). *Iverksetting av forebyggende tiltak*. <http://skole.forebygging.no/>
- Berglund, M., Thelander, S., & Jonsson, E. (red.). (2003). *Treating alcohol and drug abuse -An evidence based review*. Weinheim, Germany: Wiley-VCH.
- Bargmann, S. Ø., Vinther, B., & Holme, M. (2009). Nye veje for evidens. *Psykolog nytt*, 21, 14-19.
- Blaikie, N. (2000). *Designing Social Research. The Logic of Anticipation*. Polity Press.
- Bodin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance. New directions. I: A. O. Horwath, & L. S. Greenberg (red.), *The working alliance. Theory, research and practice*. New York: John Wiley & Sons.
- Brown, J., Dreis, S., & Nace, D. (1999). What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed care want to know? I: M. A. Hubble, B. Duncan, & S. D. Miller (red.), *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Brown, G. S., Lambert, M. J., Jones, E. R., & Minami, T. (2005). Identifying Highly Effective Psychotherapists in a Managed Care Environment. *The American Journal of Managed Care*, 11(8), 513-520.
- Bohanske, R. T., & Franczak, M. (2010). Transforming public behavioral health care: A case example of consumer directed services, recovery, and the common factors. In: B. Duncan, S. D. Miller, B.E. Wampold, & M. Hubble. (red.), *The Heart and Soul of Change. Delivering what works (2 utg.)*. Washington DC: American Psychological Association.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1985). Processes and stages of change: Coping and competence in smoking behavior change. In S. Shiffman & T. A. Wills (red.), *Coping and Substance abuse* (s. 319-342). New York: Academic Press.
- Duncan, B. & Sparks, J. (2002). *Heroic clients, heroic agencies: Partners for change*. Fort Lauderdale, FL: Author
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Reynolds, L., Sparks, J., Claud, D., Brown, J., & Johnson, L. D. (2003). The session rating scale: Psychometric properties of a "working" alliance scale. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3-12.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., & Sparks, J. A. (2004). *The heroic client. A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Duncan, B., & Sparks, J. (2007). *Heroic clients, heroic agencies: Partners for change*. Fort Lauderdale, FL: Author. [www.heartandsoulofchange.com](http://www.heartandsoulofchange.com) (elektronisk versjon).
- Duncan & Sparks (2008). *I fellesskap for endring. En håndbok i klient- og resultatstyrt praksis*. Gyldendal Akademisk..
- Duncan, B. (2007). Forord. I: A.K. Ulvestad, A. K. Henriksen, A.-G. Tuseth & T. Fjeldstad (red.): *Klienten – den glemte terapeut*. Gyldendal Norsk Forlag (2007).
- Duncan, B., & Miller, S. D. (2008). When I'm good, I'm very good, but when I'm bad I'm better: A new mantra for psychotherapists. *Psychotherapy in Australia*, November, 60-69.

- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41 (3-4), 327-350.
- Ekman, G. (2004). *Fra prat til resultat – om lederskap i hverdagen*. Oslo. Abstrakt Forlag.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. <http://www.fpg.unc.edu/~nirn/resources/publications/Monograph/>
- Gjerme, H., Lømo, B. & Lundegaard, R. (2007). Brukermedvirkning i rusbehandling – er det mulig? I: A.K. Ulvestad, A. K. Henriksen, A.-G. Tuseth & T. Fjeldstad (red.): *Klienten – den glemte terapeut*. Gyldendal Norsk Forlag (2007).
- Grabtree, B., & Miller, W. (1999). *Doing Qualitative Research* (2utg.). London: Sage.
- Greenberg, M., Domitovich, C., Graczyk, P., & Zins, J. (2001). *The study of school-based preventive interventions: Theory, research, and practice*. Washington, D. C.: Centre for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Administration, U. S. Department of Health and Human Services.
- Greer, A. L. (1988). The state of the art versus the state of the science. *International Journal of technology Assess Health Care* 4. 5-26.
- Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving an evidence-based practice. *The Medical Journal of Australia*, 180 (6.suppl), 57-60.
- Grol, R., & Wensing, M. (2005). Effective implementation: a model. I: R. Grol., M. Wensing, & M. Eccles (red). *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Clinical Practice*. Elsevier Limited (2005).
- Hannan, C., Lambert M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., et al., (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 155-163.

- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. V. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343.
- Harmon, C., Lambert M. J., Smart, D. W., Hawkins, E. J., Nielsen, S. L., Slade, K., et al. (2007). Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist/client feedback and clinical support tools. *Psychotherapy Research*, 17, 379-392.
- Hawkins, E. J., Lambert M. J., Vermeersch, D. A., Slade, K., & Tuttle, K. (2004). The effects of providing patient progress information to therapists and patients. *Psychotherapy Research*, 14, 308-327.
- Henriksen, A. K. (2007). Klientens bidrag til kunnskapsbygging. I: A.K. Ulvestad, A. K. Henriksen, A.-G. Tuseth & T. Fjeldstad (red.): *Klienten – den glemte terapeut*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51, 1059-1064.
- Howard, K. I. (1986). The dose effect in psychotherapy. *American Psychologist*, 41 (2), 159-164.
- Imel, Z. E., Wampold, B. E., & Miller, S. D. (2008). Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22 (4), 533-543.
- Iversen, E., Lauritzen, G., Skretting, A., & Skutle, A. (2005). *Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere: Klientkartleggingsdata*. Rapport for 2004. Stiftelsen Bergensklinikkene og Statens Institutt for rusmiddelforskning.
- Strand, N. (2010). Brukermedvirkning i utdannelsen. Reportasje. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, (433-437).
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Ad Notam Gyldendal.

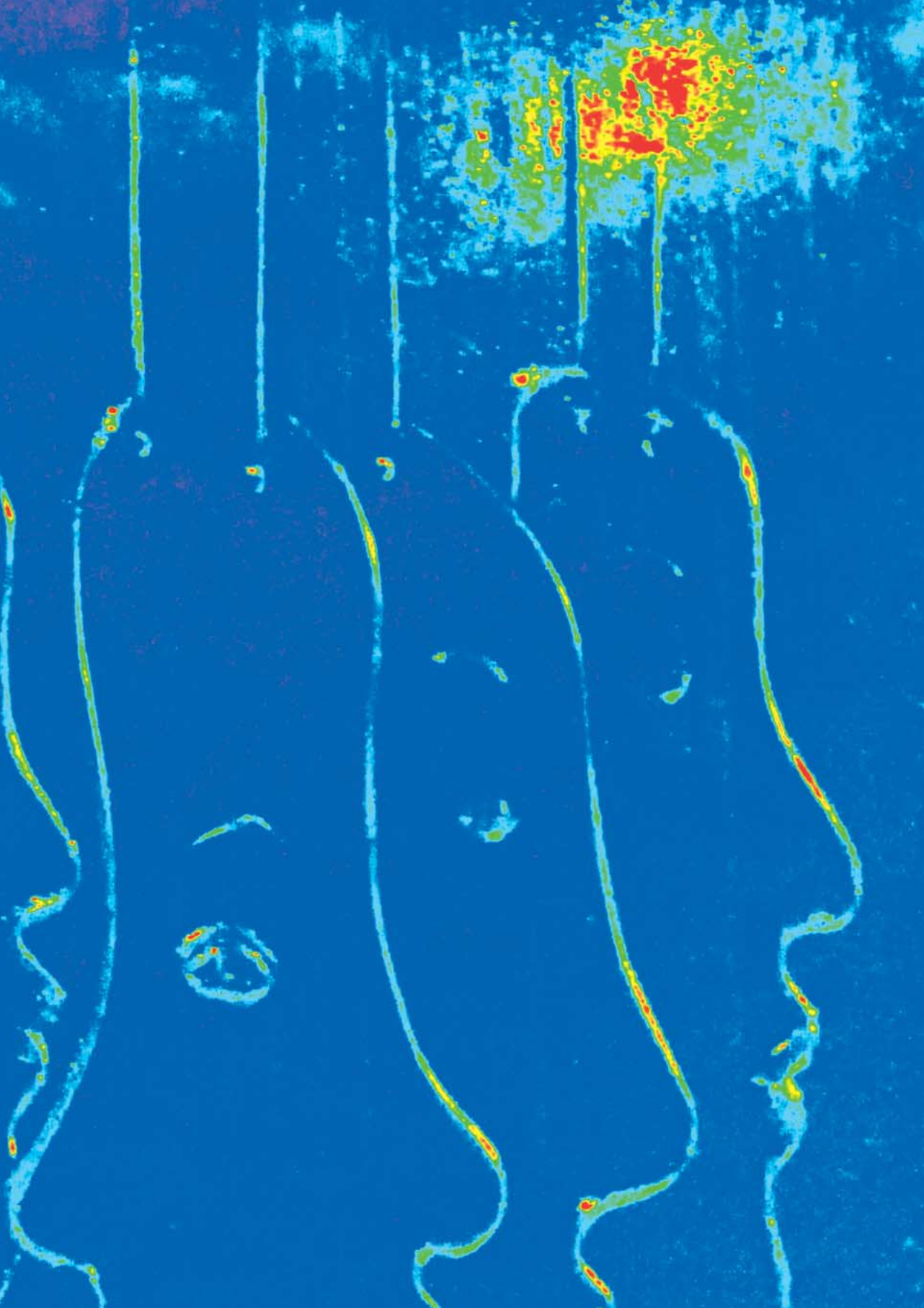
- Lambert M. J., Whipple J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapist with feedback on client progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11, 49-68.
- Lambert, M. J., Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (2004). Overview, Trends and Future Issues. I: M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5.utg. New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I: M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5.utg. New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R. C., et al. (2004). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire-45*. Salt Lake City, UT: OQ Measures.
- Lambert, M. J. (2010). "Yes, it is time for clinicians to routinely monitor treatment outcome". I: M. A. Hubble, B. Duncan, & S. D. Miller (red.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2 utg.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lilja, J., Giota, I., & Larsson, S. (2004). Olika synsätt på utvärderingar av preventionsprogram för skolor. *Nordisk alkohol-&narkotikatidsskrift 4-5/04*, 297-307.
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. New York: Sage.
- Långdahl, G-E. A. (2007). Hva sier klienten? En evalueringsreise med klienten bak rattet. I: A.K. Ulvestad, A. K. Henriksen, A.-G. Tuseth & T. Fjeldstad (red.): *Klienten – den glemte terapeut*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Malterud, K. (2002). Reflexivity and metapositions: strategies for appraisal of clinical evidence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 8(2), 121-126.
- Mee-Lee, D., McLellan, T., & Miller, S. D. (2010). What works in substance abuse and dependence treatment? I: M. A. Hubble, B. Duncan, & S. D. Miller (red.), *The heart and soul of change: Delivering What Works in Therapy* (2 utg.). Washington, DC: American Psychological Association.

- Melberg, H. O., Lauritzen, G., & Ravndal, E. (2003). *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling*. SIRUS rapport nr. 4/2003. Statens institutt for rusmiddelforskning. Oslo.
- Mihalic, S., Fagan, A., Irwin, K., Ballard, D., & Elliott, D. (2004). *Blueprints for violence prevention*. Lastet ned 10.03.10 fra [http://www.colorado.edu/cspv/aboutus/bio\\_mihalic.html](http://www.colorado.edu/cspv/aboutus/bio_mihalic.html) [www.ojp.usdoj.gov](http://www.ojp.usdoj.gov)
- Mihalic, S.F., Fagan, A.A. & Argamaso, S. (2008): "Implementing the Lifeskills Training drug prevention program: factors related to implementation fidelity." *Implementation Science* 3:5.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing. Preparing People for Change* (2 rev. utg.). Guilford Publications.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J., & Claud, D. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91-100.
- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2004). *The Outcome and Session Rating Scales: Administration and scoring manual*. Fort Lauderdale, FL: Auththor
- Miller, S. D., Duncan, B., & Hubble, M. A. (2004). Beyond integration: The triumph of outcome over process in clinical practice. *Psychotherapy in Australia*, 10(2), 2-19.
- Miller, S. D., Mee-Lee, D., Plum, B., & Hubble, M. A. (2005). Making treatment count: Clinical-Directed, Outcome-Informed clinical work with problem drinkers. *Psychotherapy in Australia*, 10(2), 42-56.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., & Brown, G. S. (2005). The Partners for Change Outcome Management System. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 199-208.
- Miller, S. D., Duncan, B., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy*, 5(1), 5-22

- Miller, S. D. (2010). "What Works in treatment?" Foredrag i Tromsø, 12.-13.01.10.
- Nelsen, D. A. Jr., Hartley, D. A., Christianson, J., Moscovice, I., Chen, M. M. (1994). The use of new technologies by rural family physicians. *The Journal of family practice*, 38(5), 479-485.
- Norcross, J. C. (2002). Empirically Supported Therapy Relationships. I: J. C. Norcross (red.). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient need*. New York. Oxford University Press.
- Norum, J. (2010). *Oppdragsforskning for Tverrfaglig Spesialisert behandling (TSB)*. Notat ved fagråd for TSB 08.01.10.
- Opptappingsplanen for rusfeltet. *Helse – og omsorgsdepartementet* (2007).
- Project MATCH Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to clients heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7–29.
- Project MATCH Research Group. (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research*, 8, 455-474.
- Ravndal, E., & Vaglum, P. (1994). Why do drug abusers leave the therapeutic community? Problems with attachment and identification in a hierarchical therapeutic community. *Nord J Psychiatry*, 48 (suppl 33), 1-55.
- Reese, R. J., Norsworthy, L. A., & Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46, 418-431.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5 utg.). New York: Free Press.
- Rådet for psykisk helse (2008). *Spesialisthelsetjeneste på brukernes arena*. Rapport
- Sapyta, J., Riemer, M., & Bickman, L. (2005). Feedback to clinicians: theory, research and practice. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 145-153.
- Schein, E. H. (1985). *Organizational culture and leadership*. San Fransisco. Jossey-Bass Inc.

- Scott, A. (1997). *Agency, Incentives and The Behavior of General Practitioners: The Relevance of Principal Agent Theory in Designing Incentives for GPs in the UK*. Aberdeen: Departments of Public Health and Economics, Aberdeen University.
- Skauli, G. (2007). Modell for klientrettet og resultatstyrt praksis. I: A.K. Ulvestad, A. K. Henriksen, A.-G. Tuseth & T. Fjeldstad (red.): *Klienten – den glemte terapeut*. Gyldendal Norsk Forlag (2007).
- Skauli, G. Ø. (2009). *Evidensbasert praksis i familievernet. En litteraturgjennomgang av forskning på parterapi*. Familievernets skriftserie nr 1/2009
- Skauli, G. Ø. (2010). Faglig frihet og brukermedvirkning – gjensidige forutsetninger? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47, 306-307.
- Statens forvaltningstjeneste informasjonsforvaltning. (2003:4). *Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak*. Norges offentlige utredninger (NOU).
- Sverdrup, S., Kristofersen L. B. & Myrvold, T. M. (2005). *Brukermedvirkning og psykisk helse*. NIBR-rapport 2005:6.
- Sørli, M.-A., Ogden, T., Solholm, R., & Olseth, A. R. (2010). Implementeringskvalitet – om å få tiltak til å virke: En oversikt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 315-321.
- Thagaard, T. (2002). *Systematikk og innlevelse*. Fagbokforlaget.
- Tuseth, A.-G., Sverdrup, S., Hjort, H. & Friestad, C. (2006). *Å spørre den det gjelder. Erfaringer med Klient- og resultatstyrt terapi i psykisk helsearbeid*. Rapport, RBUP Øst og Sør.
- Valla, B. (2010). Brukers medvirkning i psykoterapi – behov for kompetanseutvikling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 308-314.
- Veldhuis, M., Wigersma, L., & Okkes, I. (1998). Deliberate Departures from good general practice: A study of motives among Dutch general practitioners. *British Journal of General Practice*. 48, 1833-1836.

- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2009). *Are all therapists from Lake Wobegon? An investigation of self-assessment bias in mental health providers*. Manuscript submitted for publication.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wensing, M., & Grol, R. (2005). Determinants of effective change. I: R. Grol., M. Wensing, & M. Eccles (red). *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Clinical Practice*. Elsevier Limited (2005).
- Whipple, J. L., Lambert M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology, 50*, 59-68.



**INTERVJUGUIDE for individuelle intervju  
– planleggingsfase og iverksettingsfase  
i KOR-PROSJEKTET**

**Behandlere ved ruspoliklinikken, UNN**

Navn / ID:

*Innlede om taushetsplikt; frivillighet; be om tillatelse til å ta opp intervjuet på lydbånd; gjennomgang av intervjuet etter at det er bearbeidet.*

Formålet med intervjuet:

- *Få tak i din oppfatning, dine synspunkter og erfaringer – av hva som har fremmet (positivt) eller evt hemmet planleggingen og gjennomføringen av KOR her ved Ruspoliklinikken.*

Arbeidsdelingen mellom Ruspoliklinikken og KoRus-Nord:

- *Ruspoliklinikken skal gjennomføre kartlegging ved bruk av ORS og SRS, og dokumentere resultater av denne kartleggingen ved de omtalte instrumentene.*
- *KoRus skal bruke data fra denne studien til å få mer kunnskap om implementering av et verktøy som KOR i denne aktuelle konteksten.*

**INDIVIDUELLE BETINGELSER**

**I planleggingsfasen:**

- 1) Hvordan vil du beskrive din holdning (slik du husker det) til KOR i forkant av prosjektet? Hva var din reaksjon på at KOR ble innført?
- 2) Initiativet til å innføre KOR – skalaene, samt gjøre dette til et pilotprosjekt kommer fra Ruspoliklinikken (altså et ”bottom-up” initiert prosjekt) – hvilken rolle hadde du i dette initiativet?
- 3) Hvordan opplevde du din interesse for KOR sammenlignet med andre i teamet.
- 4) I hvilken grad kjente du til KOR som faglig tilnærming i forkant av dette pilotprosjektet?
- 5) Har du benyttet denne tilnærmingen tidligere? Evt. hvor lenge? Hvorfor begynte du å bruke tilnærmingen?
- 6) Dersom du har brukt KOR tidligere. Kan du beskrive hvordan du da brukte KOR? (terapeutisk teknikk/evaluering av resultat/brukermedvirkning, alle/utvalgte pasienter - hvorfor?)
- 7) Hvilken undervisning / opplæring hadde du i forkant av prosjektet?
- 8) Brukte du litteratur om KOR – tilnærmingen i planleggingsfasen. Dersom JA, hvilken – og på hvilken måte brukte du litteraturen?

### **I iverksettingsfasen (etter 01.01.09)**

1. Hvordan vil du beskrive din holdning til KOR- tilnærmingen nå?
2. Hvordan vil du beskrive din lojalitet til KOR - tilnærmingen? Er dette noe du vil fortsette med selv om det ikke blir obligatorisk?
3. Konkurrerer KOR med / står i motsetning til andre tiltak / tilnærminger du bruker (f.eks terapeutiske tilnærminger)? Evt på hvilken måte?
4. Har du tilstrekkelig kunnskap/kompetanse om KOR? Evt hva mangler du?
5. Hvordan begrunner / forklarer du bruken av skjemaene overfor pasientene?
6. Hvordan administrer du vanligvis KOR-skalaene. Når i timen skåres KOR-skalaene? Evt. tilpasninger / variasjoner?
7. Hvordan administrer du resultatene fra KOR. Bruk av dataverktøy (MyOutcomes m.m.)?
8. På hvilken måte bruker du skåringene i behandlingsprosessen?
9. Hvilken betydning har den informasjonen som du får ved å bruke KOR – for deg som kliniker?
10. Hvordan er det å bruke dette konkrete verktøyet (KOR) versus det å få tilbakemeldinger på en mer "ustandardisert" måte? (henviser til det å stole på/forplikte seg til verktøyet)
11. Hva kan fremheves som spesielt nyttig eller fordelaktig ved å bruke KOR-skalaene?
12. Hva kan fremheves som spesielt problematisk?

### **STRUKTURELLE BETINGELSER**

#### **I planleggingsfasen**

1. Hvordan vil du beskrive tidsbruken i planleggingen av KOR-prosjektet?
2. I denne fasen, hvilke prioriteringer ble gjort for å legge til rette for bruken av KOR i det kliniske arbeidet?
3. Opplevde du at arbeidsdelingen under planleggingen av prosjektet var tydelig (hvem gjorde hva)?
4. Var dine arbeidsoppgaver knyttet til prosjektet avklart?
5. Hvordan vil du beskrive din rolle i beslutningsprosessen knyttet til å innføre og gjennomføre dette pilotprosjektet?
6. Hvordan ble målsettingen ved KOR-prosjektet formidlet i planleggingsfasen?
7. Hva er din oppfatning av hvordan prosjektet var/er forankret i systemet /ledelsen?

8. Hva mener du om prosjektets legitimitet i teamet?
9. Hva kjennetegnet samhandlingen/samarbeidet i teamet omkring prosjektet (i planleggingen)?

### **I iverksettingsfasen**

1. Hvordan vil du beskrive ressursbruken din (tid/materielt) i forbindelse med det å bruke KOR-skalaene i timene? Hvor mye tid bruker du til administrering av skalaene og til etterarbeid – skåring / oppfølging (tilgangen til materiellet (skåringsark) /dataverktøy?
2. Hva synes du om tidsbruken i forhold til oppfølging i team / veiledning – knyttet til prosjektet?
3. Hvordan oppleves arbeidsbelastning din etter at KOR-skalaene ble innført?
4. Opplever du at dette arbeidet går på bekostning av annet arbeid. Evt. hva? – og hva er din mening om det?
5. Er nytteverdien i samsvar med tidsbruken? Hvorfor?
6. Er det samsvar mellom KOR-prosjektets målsetting og de forutsetningene og rammebetingelsene du jobber under?
7. Hvem har makt og myndighet til å treffe beslutninger når det gjelder problemstillinger knyttet til KOR - resultatene (resultater fra evalueringene) (f.eks bytte av terapeut, endring av tiltak, avslutning, fritak for bruk osv)?
8. Hvordan vil du beskrive ditt eiendomsforhold til KOR-prosjektet nå?
9. Hva kjennetegner møteplassene / dialogarenaene der KOR diskuteres /reflekteres?
10. Hvordan oppleves støtten fra din nærmeste leder?
11. Er det endringer mht grad av samarbeid/samhandling omkring pasienter på bakgrunn av resultater fremkommet gjennom KOR-skalaene? Evt på hvilken måte?

## **PASIENT BETINGELSER**

### **I planleggingsfasen**

1. Hvilke tanker / ideer hadde du omkring hvordan klientene ville reagere på bruken av KOR i timene – forut for innføringen av KOR?

### **I iverksettingsfasen**

1. Hvilke kommentarer (pos/neg) har du fått fra pasientene vedr. bruk av KOR skalaene?
2. Hva er din vurdering av pasientenes opplevelse av å bruke KOR-skalaene i behandlingen?
3. Har du gjort endringer i bruken av skjemaene, som følge av tilbakemeldinger fra pasientene? Evt. hvilke?

# INTERVJUGUIDE for avsluttende individuelle intervju – i KOR-PROSJEKTET

Behandlere ved ruspoliklinikken, UNN

Navn / ID:

*Innlede om taushetsplikt; frivillighet; be om tillatelse til å ta opp intervjuet på lydbånd; gjennomgang av intervjuet etter at det er bearbeidet.*

*Formålet med intervjuet:*

- *Få tak i dine oppfatninger, synspunkter og erfaringer – av hva som har fremmet (positivt) eller evt hemmet gjennomføringen av KOR ved Ruspoliklinikken.*

*Arbeidsdelingen mellom Ruspoliklinikken og KoRus-Nord:*

- *Ruspoliklinikken skal gjennomføre kartlegging ved bruk av ORS og SRS, og dokumentere resultater av denne kartleggingen ved de omtalte instrumentene.*
- *KoRus skal bruke data fra denne studien til å få mer kunnskap om implementering av et verktøy som KOR i denne aktuelle konteksten.*

## Individuelle faktorer (aktør)

1. Hvordan vil du beskrive din kunnskap om KOR?
2. Hvordan har du tilegnet deg kompetanse på KOR (litteratur, internett, kollegaer, veiledning eller lignende)?
3. Hvordan har din kunnskap og dine ferdigheter hjulpet deg (evt. manglende kompetanse hindret deg) i den praktiske gjennomføringen av KOR?
4. Hvordan vil du beskrive din holdning til KOR?
5. Hvordan oppfatter du KOR – instruksjonen i henhold til tilgjengelighet og forståelighet?
6. Hvordan er det å forstå og bruke resultatene av KOR – i henhold til tilgjengelighet og forståelighet?
7. Hva er fordelene ved å bruke KOR, sammenlignet med tidligere praksis (for eksempel pedagogiske fortrinn)?
8. Hva kan fremheves som spesielt problematisk?
9. Hvordan står KOR til eksisterende standard og verdier for god behandling?
10. Har gjennomføringen av KOR fungert som forventet (for eksempel evaluering/gjennomgang etter hver 5. time, evt. andre endringer)?

11. Hvordan vil du beskrive din motivasjon for å bruke KOR i prosjektperioden - og for videre bruk?
12. Har noen av følgende faktorer hatt betydning for din motivasjon, og evt. på hvilken måte?
  - a. Arbeidsbelastning
  - b. Etikk
  - c. Anerkjennelse fra kollega internt / eksternt / andre –
  - d. Faglig autonomi

### **Systemfaktorer**

13. Hvordan vil du beskrive tilgjengeligheten av nødvendig utstyr og materiell i forbindelse med KOR? Evt. hvilke forbedringer burde vært gjort?
14. Hvordan opplever du ressursbruken (tid/materiell/prioriteringer) i forhold til det du har fått igjen for å bruke KOR?
15. Har poliklinikkens økonomi hatt noen betydning for gjennomføringen av prosjektet? - Evt. hvordan?
16. Hvordan vil du beskrive tydeligheten av arbeidsoppgavene dine i forbindelse med innføring av KOR?
17. Hvordan opplever du at oppfølgingen / støtten av deg som KOR - iverksetter har vært?
  - a. Kollega :
  - b. Leder –
  - c. team /veiledning –
  - d. andre

### **Faktorer relatert til den sosiale kontekst**

18. Hvilke kommentarer (pos/neg) har du fått fra pasientene vedr. bruk av KOR?
19. Hvordan påvirker pasient karakteristika (sosioøk status, helsestatus og endringsmotivasjon) deres innstilling til å bruke KOR? *Beskriv dine erfaringer*
20. Hvordan har dine kollegaer sine holdninger og motivasjon til KOR påvirket hva du mener og gjør med hensyn til KOR?

# FOKUSGRUPPEINTERVJU

## Introduksjon:

- Hensikten med intervjuet er å få informasjon som kan belyse iverksettingsprosessen av KOR. Det vesentlige er ikke å få svar på om KOR er en god eller dårlig tilnærming, men heller prosessene som går forut for om dette blir bra eller ikke. Hvorfor og hvordan – hva kan vi lære av og eventuelt gjøre annerledes
- Barrierer (hemmere) og føringer (fremmere) utgjør rammebetingelsene for iverksettingsprosessen – som konkretiserer og definerer handlingsrommet til dere som behandlere.
- Det er vanlig å dele rammebetingelsene i tre:
  1. individuelle faktorer; kompetanse, holdninger/meninger og motivasjon
  2. faktorer relatert til den sosiale settingen; pasienter, kollegaer, kultur
  3. Systemfaktorer; organisasjon, struktur og ressurser
- Hvordan: Gruppeintervjuet gir oss forhåpentligvis mulighet til å utforske noen av disse spesifikke temaene i dybden. Det er kommunikasjonen mellom dere som kan bidra til å tilføre nye synsvinkler til tema, sammenlignet med de individuelle intervjuene.

*Båndopptak: for å kvalitetssikre arbeidet er det nyttig å ta intervjuet opp på bånd. Be om tillatelse til dette.*

## Overordnede / generelle spørsmål:

1. Hva er målsettingen med KOR?
2. Hvordan har gjennomføringen av KOR vært?

## Individuelle faktorer / aktør (kompetanse, holdninger/meninger og motivasjon)

3. Hvordan vil dere beskrive deres spesifikke kunnskap og ferdigheter knyttet til KOR?  
*Hadde dere tilstrekkelig med kompetanse, skulle dere hatt mer - hva skulle dere evt. ha hatt mer av?*
4. Hvilke kjennetegn ved dere som behandlere kan ha virket inn på iverksettingen av KOR (kompetanse, holdning/mening & motivasjon)?

### **System / struktur (organisasjon, struktur og ressurser)**

5. Er det noe i poliklinikkens struktur (organisering, rammebetingelser) som dere tenker har hemmet eller fremmet gjennomføringen av KOR?
  - a. Hvordan vil dere beskrive de personalmessige og økonomiske ressursene dere har hatt til disposisjon? Hvordan har dere disponert disse?
  - b. Hvordan har kommunikasjon mellom initiativtakere (klinikk, poliklinikkleder og KoRus) og dere vært, og hvilken betydning har den hatt for gjennomføringen av KOR?

### **Sosial setting (pasienter / kollega)**

6. Er det spesielle forhold ved klientene / pasientene som har hatt betydningen for gjennomføringen av KOR?
7. Hva kjennetegner iverksetternes kontekst (sosialt/ verdier / normer) – hvordan har det påvirket gjennomføringen av KOR?
8. Har innføringen av KOR (f.eks feedback som terapeut) hatt betydning for deres tilfredshet med den jobben dere gjør, endringer i teammøter eller på andre måter hatt betydning for det psykososiale miljøet på poliklinikken?

## Skala for endringsvurdering – voksne (ORS)

Navn _____	Alder (År): _____
ID nr. _____	Kjønn: M / K
Samtale nr. _____	Dato: _____

---

Kan du hjelpe oss å forstå hvordan du har hatt det den siste uken (eller etter siste samtale) inkludert dagen i dag, ved å vurdere disse områdene i livet ditt?  
Et merke mot venstre betyr dårlig og mot høyre betyr bra.

---

**OBS! FOR BEHANDLERE: FOR Å SIKRE NØYAKTIG SKÅRING, TA UTSKRIFT PÅ DIN EGEN SKRIVER OG SJEKK AT SKALALINJENE ER 10 CM LANGE. GJØR ENDRINGER PÅ SKALAEN INNTIL LINJENE SKRIVES UT I RIKTIG LENGDE. SLETT DERETTER DENNE MELDINGEN**

### Personlig:

(Hvordan jeg har det med meg selv)

I-----I

### Mellommenneskelig:

(Partner, familie, og nære relasjoner)

I-----I

### Sosialt:

(Arbeid, skole, venner)

I-----I

### Generelt:

(Generell opplevelse av hvordan jeg har det)

I-----I

Institute for the Study of Therapeutic Change

[www.talkingcure.com](http://www.talkingcure.com)

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan

Norsk oversettelse ved KOR-nettverket, Morten Anker. ([morten.anker@bufetat.no](mailto:morten.anker@bufetat.no))

## Skala for samtalevurdering – voksne (SRS V.3.0)

Navn _____	Alder (År): _____
ID nr. _____	Kjønn: M / K
Samtale nr. _____	Dato: _____

---

Kan du gi en vurdering av samtalen i dag ved å sette et merke på linjene slik det best passer din egen opplevelse.

---

### Forholdet mellom deg og terapeuten:

Jeg opplevde *ikke* at jeg ble hørt, forstått og respektert.

I-----I

Jeg opplevde at jeg ble hørt, forstått og respektert.

### Mål og tema:

Vi snakket *ikke* om det jeg ville snakke om, og arbeidet *ikke* med det jeg ville arbeide med.

I-----I

Vi snakket om det jeg ville snakke om og arbeidet med det jeg ville arbeide med.

### Tilnærming eller metode:

Terapeutens tilnærming passer *ikke* så godt for meg.

I-----I

Terapeutens tilnærming passer godt for meg.

### Generelt:

Det manglet noe i samtalen i dag.

I-----I

Som helhet var samtalen i dag bra for meg.

Institute for the Study of Therapeutic Change

[www.talkingcure.com](http://www.talkingcure.com)

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

Norsk oversettelse ved KOR-nettverket, Morten Anker. ([morten.anker@bufetat.no](mailto:morten.anker@bufetat.no))

### Vedlegg 3 - Tabeller

Tabell 1. Gjennomsnittlig ORS sumskåre per samtale (N=20)

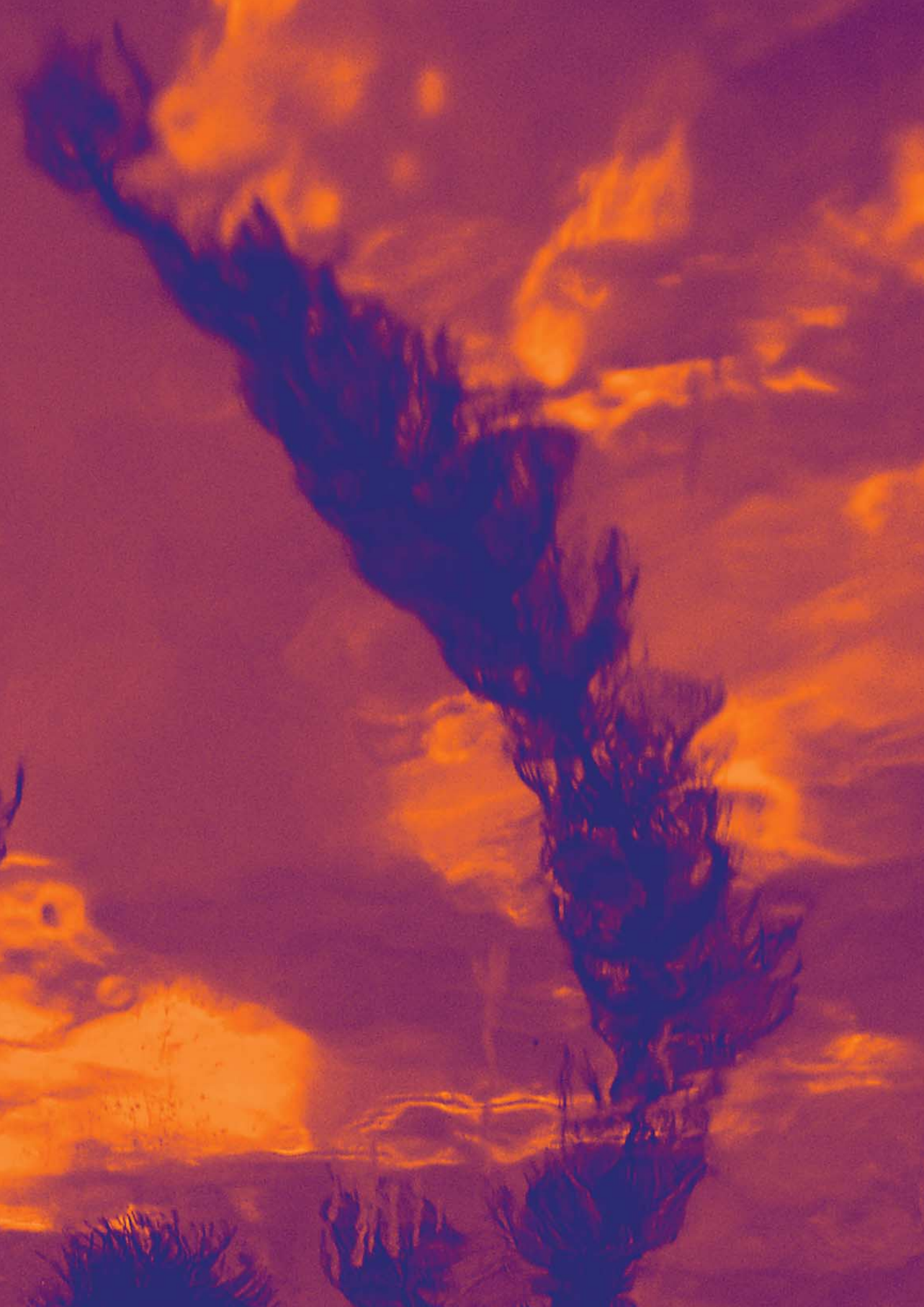
Samtale	Mean	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
1	17.010	13.641	20.379
2	15.296	10.964	19.627
3	16.915	12.702	21.128
4	18.805	13.562	24.048
5	17.833	11.763	23.903
6	20.425	14.929	25.921

Tabell 2. Gjennomsnittlig SRS skåre per samtale (N=20)

Samtale	Mean	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
1	36.285	34.228	38.342
2	34.331	31.737	36.925
3	36.322	34.748	37.896
4	36.755	35.067	38.443
5	36.701	35.049	38.354
6	37.590	36.381	38.799

Tabell 3. Korrelasjoner mellom SRS og ORS (N=20)

		SRS1 Sum	SRS2 Sum	SRS3 Sum	SRS4 Sum	SRS5 Sum	SRS6 Sum
ORS1 Sum	Pearson Correlation	.010	.089	-.052	-.163	-.555*	-.309
	Sig. (2-tailed)	.966	.708	.828	.493	.011	.186
ORS2 Sum	Pearson Correlation	-.093	-.039	-.109	-.256	-.441	-.329
	Sig. (2-tailed)	.698	.871	.648	.276	.052	.156
ORS3 Sum	Pearson Correlation	.182	.314	.022	.142	-.007	-.086
	Sig. (2-tailed)	.442	.178	.925	.551	.977	.718
ORS4 Sum	Pearson Correlation	.094	.046	-.104	-.077	.060	-.051
	Sig. (2-tailed)	.692	.847	.664	.747	.803	.831
ORS5 Sum	Pearson Correlation	.010	.003	-.163	-.086	-.039	-.211
	Sig. (2-tailed)	.968	.990	.493	.718	.870	.373
ORS6 Sum	Pearson Correlation	.129	.232	-.019	.005	-.284	-.153
	Sig. (2-tailed)	.587	.326	.938	.982	.226	.519



**Mer informasjon:** | [www.korusnord.no](http://www.korusnord.no) | [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no) | [www.kommunetorget.no](http://www.kommunetorget.no) |  
| [www.kompetanseheving.no](http://www.kompetanseheving.no) | [www.ungeogrus.no](http://www.ungeogrus.no) | [www.rusbehandling.org](http://www.rusbehandling.org) | [www.unn.no](http://www.unn.no) |  
| [www.helse-nord.no](http://www.helse-nord.no) | [www.sirus.no](http://www.sirus.no) | [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no) |

### **Kompetansesenter rus, Nord-Norge**

(KoRus-Nord) er ett av sju regionale kompetansesentra innen rusfeltet i Norge.

#### *Arbeidsområder:*

1. Råd, veiledning og bistand til iverksetting av kunnskapsbaserte tiltak, herunder koordinering av pasientstrømmen til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord RHF
2. Kompetanseutvikling og undervisning
3. Forsknings - og utviklingsarbeid (FoU)
4. Plan, utredning og dokumentasjon
5. Drift og utvikling av nasjonal nett-tjeneste [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no) og andre IKT-baserte tjenester
6. Profilering og informasjon

#### *Oppdragsgivere:*

- Helsedirektoratet
- Helse Nord



### **KoRus-Nord**

Kompetansesenter rus, Nord-Norge  
Rus og spesialpsykiatrisk klinikk, UNN

Post: Pb. 385, 8505 Narvik  
Besøk: Lodve Langes gate 2  
Telefon: 76 96 65 00  
Telefaks: 76 96 68 79  
E-post: [post@korusnord.no](mailto:post@korusnord.no)  
[www.korusnord.no](http://www.korusnord.no)



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE  
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU

HELSE  NORD

 Helsedirektoratet