

Implementeringskvalitet – om å få tiltak til å virke: En oversikt

Mari-Anne Sørli , Terje Ogden , Roar Solholm og Asgeir Røyhus Olseth

Implementeringskvalitet – om å få tiltak til å virke: En oversikt

Hvordan kan klinikere overføre resultatene fra forskning om virksomme tiltak til ordinær praksis? Positivt behandlings- eller tiltaksutbytte forutsetter høy implementeringskvalitet. Gode støttestrukturer samt en viss grad av standardisering og kontroll med gjennomføringen er derfor nødvendig når empirisk støttede tiltak skal integreres i praksis.

Evidensbasert praksis, også omtalt som empirisk støttede tiltak, tar utgangspunkt i at noen behandlingsmetoder eller tiltaksprogrammer er mer virksomme enn andre. Tiltakenes effekt er påvist i evalueringsstudier med solide forskningsdesign (primært randomiserte studier). Den nyopprettede kunnskapsbasen Ungsinn.no har som mål å gi løpende oversikt over slike empirisk støttede tiltak for barn og unges psykiske helse i Norge (Mørch mfl., 2009).

Implementering er bindeleddet mellom forskning og praksis – hvordan en kan anvende forskningsfunn for å forbedre praksis. Gjennom implementeringsforskning har en identifisert forhold som har vist seg viktige for at intervensjoner også skal gi positive resultater når de tas i bruk i ordinær praksis. Hvis de blir ufullstendig eller dårlig implementert, fører dette til at mottakerne (brukere eller klienter) får et dårligere tilbud enn de bør kunne forvente.

Hvis iverksetting av evidensbaserte tiltak systematisk ledet til positive resultater, ville fokus på implementering og spørsmålet om implementeringskvalitet være uinteressant

Med utgangspunkt i norsk og internasjonal forskning vil vi i denne artikkelen drøfte hvorfor implementering spiller en viktig rolle i utviklingen av evidensbasert praksis, særlig i forhold til resultateffektive hjelpe- og behandlingstiltak for barn og unge. Etter en begrepsforklaring vil vi gjennomgå nyere forskning om sammenhengen mellom implementeringskvalitet og intervensjonseffekt. Vi tar for oss forhold som har vist seg å påvirke implementeringskvaliteten, og eksemplifiserer hvordan den kan måles. Avslutningsvis framhever vi sentrale innsatsområder i det videre arbeidet. Selv om presentasjonen primært knyttes til evidensbaserte programmer for forebygging av atferdsproblemer hos barn og unge, har fokuset på implementeringskvalitet relevans også for andre måter å omsette kliniske forskningsfunn på til praksis.

Implementering

Rogers (2003) introduserte begrepet implementering for å beskrive hvordan innovasjoner formidles og fanges opp av praksisfeltet. Han konstaterte at ikke alle praktikere er like interessert i å ta

nyvinninger i bruk. Mens noen er tidlig ute (early adopters), vil andre (late adopters) innta en mer avventende holdning og først endre praksis når innovasjonen har blitt mer anerkjent og utbredt. Det finnes også praktikere som avviser nye metoder (refusers) selv om mange andre har tatt dem i bruk. Introduksjonen av evidensbaserte metoder og programmer har siden ført til økt oppmerksomhet og interesse for implementering. I denne forbindelse relaterer begrepet seg til hvordan en på en forpliktende måte knytter sammen praksis og forskning. Fixsen, Naoom, Blasé, Friedman og Wallace (2005) definerer implementering som et sett av spesifiserte aktiviteter som skal til for å gjennomføre en bestemt metode eller et behandlingsprogram i praksis. Det dreier seg om en planlagt og målrettet systemisk prosess og ikke en tilfeldig praksisendring eller en kontekstuavhengig innsats. Implementering handler med andre ord om den komplekse prosessen det er å etablere og integrere forskningsbaserte tiltak i vanlig praksis.

Hvis iverksetting av evidensbaserte tiltak systematisk ledet til positive resultater, ville fokus på implementering og spørsmålet om implementeringskvalitet være uinteressant. Men slik er det ikke. Implementeringsprosesser foregår sjelden knirkefritt og uten hindringer eller motstand. Utbyttet av en intervensjon som har vist seg effektiv under optimale betingelser, kan variere fra ingenting, lite til betydelig når den replikeres under ordinære betingelser (Dusenbury mfl., 2003; Mihalic mfl., 2004; Weisz mfl., 2006). En rekke praktiske begrensninger og uforutsette hendelser som kan påvirke utbyttet, gjør seg da gjerne gjeldende. Selv om et faglig solid intervensjonsprogram er en viktig forutsetning for å oppnå forutsigbare positive utfall for dem som tiltaket er ment å hjelpe, er dette likevel en utilstrekkelig forutsetning. Uten informasjon om hvordan og i hvilken grad intervensjonen blir gjennomført i overensstemmelse med den originale versjonen, kan det ikke trekkes sikre konklusjoner om dens effekter (Fixsen mfl., 2005; Domitrovich mfl., 2008). Hvis nye metoder og tiltak ikke gir forventede resultater, kan det skyldes at intervensjonen ikke er så virksom som antatt, eller at den er mangelfullt implementert.

Gjennom å fokusere på implementering vil en sikre seg at det er en fullverdig versjon av intervensjonen som praktiseres. For det første vil en sikre at tiltakets økonomiske og praktiske rammebetingelser er på plass. For det andre vil en sikre at hovedkomponentene i metoden eller programmet blir formidlet med tilstrekkelig integritet. De fleste metoder og tiltak endres over tid, blant annet som en følge av endringer i miljøet eller at målgruppen skifter karakter. Utvanning eller avdrift kan imidlertid føre til lavere integritet og dårligere utbytte for de som mottar tiltaket. Dette kan skyldes forhold som utskiftninger i personalet som formidler tiltaket, avkorting av behandlingen, at

en hopper over eller tilføyer nye elementer, eller blir mindre nøye med gjennomføringen. Manglende integritet kan avdekkes gjennom forskningsbasert evaluering av implementeringen eller gjennom rutinemessig kvalitetskontroll av at praksis ivaretar intervensjonens hovedprinsipper.

Hvis det skal være mulig å evaluere eller kontrollere samsvaret mellom idealmodell og praksis, må det foreligge en forhåndsbeskrivelse av tiltaket. Skriftlige retningslinjer bør være utformet i en håndbok eller tiltaksprotokoll og omfatte både spesifiserte krav til vellykket etablering av intervensjonen, og hovedinnholdet i selve tiltaket. I Norge foreligger det håndbøker som dekker grunnleggende behandlingsprinsipper og prosedyrer for etablering, gjennomføring og kvalitetssikring for blant annet behandlingsprogrammene MST (Multisystemisk terapi) og PMTO (Parent management training, Oregon-modellen) og den forebyggende intervensjonsmodellen PALS (Positiv atferd, støttende samspill og læringsmiljø i skolen).

Implementering er bindeleddet mellom forskning og praksis – hvordan kan en anvende forskningsfunn for å forbedre praksis?

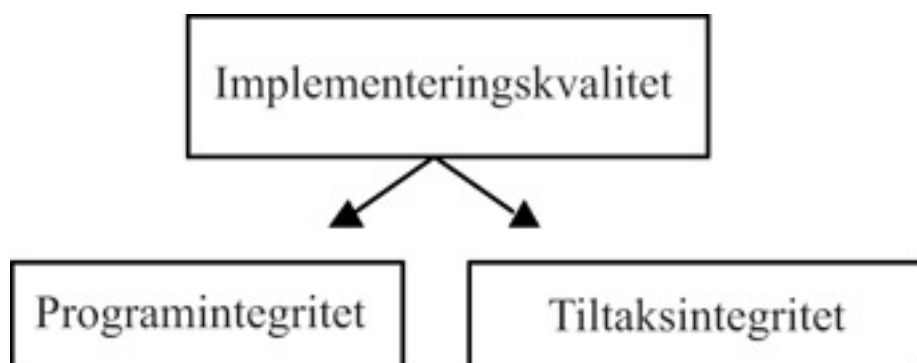
En kan både anvende tilbakemeldinger fra målgruppen og de som gjennomfører intervensjonen samt indirekte eller direkte observasjon av praksis for å evaluere om de viktigste tiltakskomponentene dekkes, om behandlingsprinsippene ivaretas, og om beskrevne prosedyrer følges. Noen tiltak, for eksempel forebyggende programmer, kan vurderes ut fra hvor lenge de varer, hvor mange sesjoner de enkelte innholdskomponenter består av, hvor ofte de gjennomføres, hvor mange som møter opp, og hvor mottakelig målgruppen er for intervensjonen. Andre tiltak, for eksempel behandlingsprogrammer, kan vurderes i forhold til samme kriterier, men også i forhold til grad av behandlingsintegritet. Hvordan dette kan gjøres, kommer vi tilbake til.

Implementeringskvalitet

Implementeringskvalitet er et overordnet og normativt begrep som refererer til *hvor godt* samsvar det er mellom hvordan en intervensjon faktisk ble gjennomført, og hvordan den opprinnelig er beskrevet og testet gjennom forskning, uten brudd med mål, retningslinjer og underliggende teori (Domitrovich mfl., 2008). Implementeringskvalitet innbefatter operasjonelt to dimensjoner som det er viktig å skille mellom: program- eller intervensjonsintegritet og behandlings- eller tiltaksintegritet (se figur 1). Programintegritet handler om hvorvidt intervensjonen faktisk blir iverksatt, noe som ofte er en avgjørelse som tas på organisasjonsnivå. Programintegritet dreier seg om å sikre nødvendige ressurser

og rammebetingelser samt å etablere egnede støttestrukturer for nye praksiser i organisasjonen. Dette avhenger blant annet av hvilken åpenhet og kultur det er for forskningsbasert praksis, i hvilken grad ny praksis støttes av ledelsen, og om det er tilstrekkelig motivasjon og støtte blant personalet til å gå i gang. Det vil alltid gå noe tid før et nytt tiltak er etablert i organisasjonen, fordi en både må sikre at de praktiske forholdene er lagt til rette, og at organisasjonen foretar de nødvendige justeringer for å tilpasse ny praksis til den eksisterende. Programintegritet fordrer også at det etableres praktiske strategier for å kvalitetssikre implementeringen i den enkelte organisasjon, for eksempel at det settes av nødvendig tid til opplæring og veiledning i metoden, og at det finnes opplegg for jevnlig vurdering av behandlingsframgang. Etablering av prosedyrer for kvalitetssikring er kritisk for å unngå uheldig avdrift eller utvanning av en intervensjon. En viss grad av standardisering og kontroll av gjennomføringen er derfor nødvendig for å oppnå forventet positivt resultat.

Figur 1. Implementeringskvalitetens to sentrale dimensjoner.



Behandlings- eller tiltaksintegritet handler mer om hvordan intervensjonen formidles til målgruppen, og dermed mer om den enkeltes utøvelse av metoden. Høy grad av behandlingsintegritet viser til at tiltaket som målgruppen eksponeres for, samsvarer med faglige retningslinjer og prinsipper, og om mottakerne opplever hjelpen som relevant. Dette omtales på engelsk som treatment integrity, treatment adherence eller treatment fidelity. Begrepene anvendes ofte synonymt for å beskrive at utøverne er lojale eller trofaste mot metoden. Dette er et spørsmål om hvor forpliktet utøveren er i forhold til den opprinnelige modellen, men også om hvilke grep organisasjonen tar. Det dreier seg blant annet om hvordan den rekrutterer klienter til tiltaket, hva slags opplæring og veiledning utøverne får, hvordan den praktiske utføringen evalueres, og at resultatene tilbakemeldes til utøverne.

Implementeringsgrad brukes ofte synonymt med implementeringskvalitet, men assosieres da gjerne med at det er et lineært forhold mellom praksis og idealmodell hvor ingen avvik er

idealet. Med begrepet implementeringskvalitet tas det høyde for at vel overveide og planlagte avvik fra idealmodellen (f.eks. behov for lokale tilpasninger) av og til kan være nødvendig. Selv om forskning viser at det ofte er et samsvar mellom implementeringsgrad og resultater, er det mye som tyder på at det dreier seg om et kurvilineært forhold. Høy grad av lojalitet gir gode resultater, men samsvaret kan også bli så høyt at en kan snakke om rigid eller mekanisk praktisering. Hvis retningslinjene følges til punkt og prikke, kan det innebære at tiltaket ikke tilpasses til lokale forhold eller mottakerens situasjon. Manglende tilpasning kan lett medføre motstand og lite engasjement. Rigid implementering kan som svak eller delvis implementering føre til irrelevant, uegnet eller ineffektiv hjelp – altså det motsatte av hva hensikten er. Vi mener derfor det er mer hensiktsmessig å snakke om implementeringskvalitet enn om implementeringsgrad. Implementeringskvalitet signaliserer at en kan gjøre hensiktsmessige, men små avvik fra standardiserte retningslinjer. Det dreier seg med andre ord om kompetent implementering der en avveier lojalitet til metoden mot behov for å tilpasse praksis til variasjoner i lokal situasjon og individuelle klientbehov (Fixsen mfl., 2005; Forgatch mfl., 2005). Gjennom å fokusere på kvalitet legges større vekt på brukervurderinger og målgruppens opplevelse av relevans og nytte.

Implementeringsforskning

I utviklingen av evidensbasert praksis har implementeringsforskning hatt en beskjeden plass. Mest utbredt er effektforskning (efficacy), der nye metoder og programmer testes ut under optimale forhold og hvor en ofte finner at disse kan gi bedre resultater enn etablert praksis. Mindre vanlig er effektivitetsforskning (effectiveness), der en evaluerer om nye tiltak virker i ordinær praksis. I denne forskningen har forskerne mindre kontroll over hvordan metoder og tiltak praktiseres, og derfor bør en i slik forskning ha mer fokus på implementering. I tillegg til effekt- og effektivitetsforskning trengs implementeringsforskning som kan avdekke forhold og strategier som fremmer og hemmer systematisk anvendelse av forskningsfunn i ordinær praksis. Dette er et nytt forskningsfelt som også omfatter studier der en spesifikt analyserer sammenhengen mellom implementeringsprosess og resultater samt systematiske kunnskapsoversikter og metaanalyser.

En rekke undersøkelser, deriblant seks metaanalyser hvor resultater fra 542 enkeltstudier er statistisk sammenholdt, viser at implementeringskvaliteten i betydelig grad påvirker utbyttet for mottakerne (Derzon mfl., 2005; DuBois mfl., 2002; Durlak & DuPre, 2008; Smith mfl., 2004; Tobler,

1986; Wilson mfl., 2003). Implementeringskvalitet er med andre ord en viktig variasjonskilde for hvilke resultater en oppnår gjennom nye intervensjoner. Metaanalysene dekker et vidt spekter av settinger og programtyper (f.eks. veiledningsprogram, rusbehandlingsprogram, helsefremmende program, forebyggende skoleprogram). De viser også at forhåndsstrukturerte intervensjoner gjennomgående er de mest virksomme, og at størst effekt oppnås når programmene implementeres i overensstemmelse med en idealtypisk modell. Videre framgår det at gjennomsnittseffektene i programmer med høy implementeringskvalitet er to–tre ganger større (i noen tilfeller opp til 12 ganger større) enn i programmer med lav implementeringskvalitet (Derzon mfl., 2005).

Hvor høy bør så implementeringskvaliteten være, og hvor mye rom er det for lokale tilpasninger og situasjonsbetinget variasjon? De nevnte metaanalysene understøtter at høy implementeringskvalitet og kompetent implementering er avgjørende. Tilnærmet perfekt implementering synes urealistisk og heller ikke nødvendig for å oppnå signifikante resultater. Positive resultater er oppnådd med 60 % samsvar mellom faktisk gjennomføring og idealmodell. I noen tilfeller har man oppnådd 80 %, men ingen har dokumentert 100 % samsvar. Det understrekes imidlertid at de justeringene som foretas, ikke må være store (f.eks. utelate en kjernekomponent) eller tilfeldige, men godt begrunnede, planlagte og avklart med programutvikleren på forhånd.

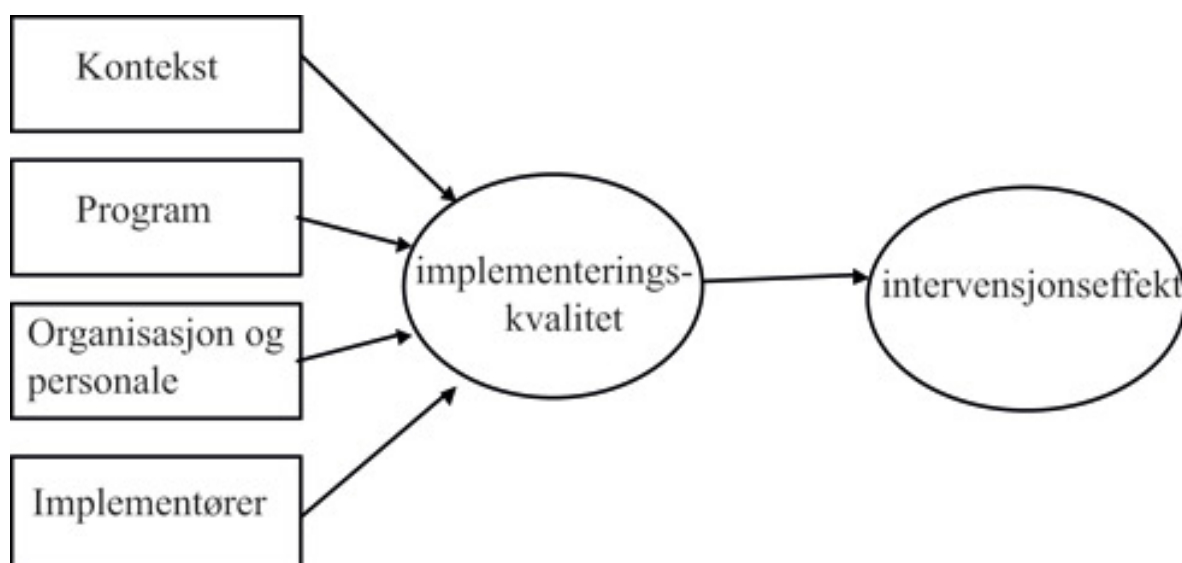
Selv om metaanalysene gir empirisk støtte for å hevde at det er en tydelig forbindelse mellom høy implementeringskvalitet og positive resultater i tiltak for behandling og forebygging av et bredt spekter av problemer blant barn og unge, er implementeringsdata nærmest fraværende i norske tiltaksevalueringer. Men det finnes hederlige unntak. Svak satsing på implementeringsforskning gjelder ikke bare i vårt land. Durlak (1997) fant at bare 5 % av over 1200 tiltaksstudier inneholdt implementeringsdata. Dane og Schneider (1998) rapporterte at 39 av 162 studier av forebyggende programmer undersøkte programintegritet, og i kun 13 av disse ble sammenhengen mellom implementeringskvalitet og programeffekt studert. Tilsvarende fant Domitrovich og Greenberg (2000) at i randomiserte tiltaksstudier er implementeringsdata inkludert i analysene i bare en av tre publiserte studier.

Forhold som påvirker implementeringskvaliteten

En rekke forhold fremmer eller hemmer god implementering, men det er foreløpig uklart hvilke faktorer som er kritiske eller viktigst (f.eks. Durlak & DuPre, 2008). Det knytter seg

dessuten usikkerhet til om enkeltfaktorers betydning varierer med hvor en befinner seg i implementeringsprosessen. Det er også dokumentert at implementeringskomponenter kan kompensere for hverandre: om det svikter på ett punkt, kan dette oppveies gjennom styrking av andre komponenter (Fixsen mfl., 2005). Dårlig opplæringskvalitet kan for eksempel i noen grad oppveies av god veiledning. Relasjonen mellom programeffekt, implementeringskvalitet og forhold som påvirker implementeringen, kan illustreres som vist på figur 2.

Figur 2. Sammenhengen mellom påvirkningsfaktorer, implementeringskvalitet og intervensjonseffekt.



Gjennomgang av flere kunnskapsoversikter (Fixsen mfl., 2005; Greenberg mfl., 2001; Greenhalgh mfl., 2005; Smith mfl., 2004; Stith mfl., 2006) viser bred enighet om hva som utgjør sentrale påvirkningsfaktorer. Blant 23 identifiserte enkeltfaktorer er det noen som går igjen i samtlige kunnskapsoversikter: langsiktig finansiering og prioritert ressursbruk, positivt arbeidsklima, felles beslutning om iverksetting av et bestemt intervensjonsprogram, koordinert innsats og samarbeid med andre etater og instanser, oppgavespesifisering, ledelse, «ildsjeler», administrativ støtte, programformidlernes kompetanse, opplæring, veiledning og praktisk-teknisk assistanse. Et nøyaktig monitorerings- og tilbakemeldingssystem framheves som viktig for å sikre høy implementeringskvalitet over tid. Med utgangspunkt i de nevnte kunnskapsoversiktene kan antatt sentrale faktorer sorteres i følgende hovedkategorier:

Implementeringens kontekst. Konteksten for implementeringen har betydning; ».. even the strongest, most extensively evaluated program will fail without an adequate (implementation) support system» (Greenberg mfl., 2001, s. 21). Viktige kontekstuelle faktorer er støtte fra kommunal og/eller

fylkeskommunal administrasjon og ledelse, samt lokalmiljøets åpenhet for nye tiltak. Eksterne forhold påvirker også hvor lett det er å rekruttere personer til å stå for tiltaket, og hvor stor interessen er lokalt for å delta eller henviser saker. Sterkest empirisk støtte (i mer enn 20 studier) har imidlertid tilgang og kvalitet på veiledning og opplæring i bruk av intervensjoner (f.eks. Schoenwald mfl., 2009).

Programkvaliteter. Rogers (2003) beskriver intervensjoner som har vist seg enkle å implementere, og framhever at de: (1) har klare fordeler sammenlignet med andre intervensjoner og eksisterende praksis, (2) passer bra i forhold til de behov og verdier som finnes på praksisstedet, (3) er relativt enkle å bruke, (4) har blitt testet og evaluert lokalt, og (5) har et positivt omdømme gjennom andres erfaringer med å ta dem i bruk. Det er med andre ord lettere å implementere nye tiltak hvis de er enkle, praktiske, tiltalende, troverdige, bekreftende for praktikerne og lønnsomme for organisasjonen. Andre (f.eks. Smith mfl., 2004) understreker betydningen av at tiltakskomponentene er godt spesifisert og beskrevet, at intervensjonen lar seg innpasse i forhold til andre gjøremål og får tilstrekkelig oppmerksomhet i forhold til konkurrerende oppgaver, og at programmet har forskningsmessig støtte og er både tilstrekkelig treffsikkert og bredspektret i forhold til det aktuelle problemet det retter seg mot. For øvrig kan det virke inn at materiell og håndbøker er relevante, attraktive og lette å bruke. Materiellet bør også være tilpasset brukernes alder og kulturelle bakgrunn.

Organisasjons- og personalfaktorer. Blant forhold som fremmer implementeringen, er også et høyt samsvar mellom programmet og organisasjonens problemforståelse, mål og behov. Programmet må dekke et aktuelt behov på en måte som stemmer overens med organisasjonens verdigrunnlag. Bred enighet i personalgruppen om behov for praksisendring, oppslutning om å implementere et bestemt tiltaksprogram, og vilje til forpliktende innsats over tid, er med andre ord essensielt (f.eks. Mihalic mfl., 2004). Organisasjonens rammefaktorer spiller også inn, så som tilstrekkelig med ressurser (tid, penger og personale), god fysisk tilrettelegging og praktisk-teknisk støtte (f.eks. Greenberg mfl., 2001). Videre virker det fremmende hvis en lykkes med å forankre intervensjonen på alle nivåer i organisasjonen og at det finnes «ildsjeler» som driver prosessen framover (f.eks. Fixsen mfl., 2005). Dette henger også nøye sammen med kompetent ledelse i organisasjonen, høy grad av kollektiv kompetanse og et godt samarbeidsklima. Vedvarende høy implementeringskvalitet er tilnærmet umulig å oppnå dersom prosessen ikke styres og ledelsen (enhetslederen) ikke aktivt støtter og engasjerer seg i implementeringsarbeidet (Midthassel & Ertesvåg, 2009). Organisasjonsledelsen er ansvarlig for å rekruttere og lære opp personalet, også de som skal erstatte dem som slutter. På personalsiden er utvelgelse av personer som skal ha direkte brukerkontakt, viktig: Hva slags

grunnutdanning, yrkeserfaring og personlige forutsetninger bør det stilles krav om, og hvordan skal det kompenseres for merarbeid i forbindelse med etableringen av ny praksis?

Tilstrekkelig opplæring og veiledning er essensielt for kompetent praktisering av tiltaket, og praktikerne som skal stå for tiltaket bør være motiverte og prioritere problemene eller oppgavene som tiltaket retter seg mot. De må også ha legitimitet hos målgruppen. Evalueringer har videre påpekt betydningen av at det er lite utskifting blant de som arbeider med gjennomføringen, og at det er fravær av store personalkonflikter (f.eks. Stith mfl., 2006). Jo mindre stabilitet og jo høyere konfliktnivå, desto vanskeligere er det å gjennomføre tiltak på en kvalitativt god måte.

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. Flaskehalsen kan også oppstå fordi personalet har lav bevissthet om problemfeltet, er umotivert eller dårlig forberedt på oppgavene (f.eks. Fixsen mfl., 2005). Videre kan holdninger, verdier og arbeidsform harmonere dårlig med det intervensjonsprogrammet legger opp til. Hvis det buttrer imot, kan det også skyldes et lite endringsorientert klima i organisasjonen eller at tilgangen på saker eller deltakere er liten eller skiftende (f.eks. Domitrovich mfl., 2008).

Implementørkvalifikasjoner. Implementører er de som formidler intervensjonen til praksisstedet. Ikke overraskende viser det seg viktig at de både er motiverte og godt kvalifiserte, og at de evner å kombinere informasjon med sosial påvirkning og direkte kontakt med utøverne av intervensjonen (Fixsen mfl., 2005). Implementørene må også strategisk kunne rette innsatsen mot miljøer og meningsledere som kan påvirke andre positivt for å sikre tilstrekkelig støtte til og spredning av intervensjonen. Det er en fordel hvis de selv har praktisk erfaring med intervensjonen de formidler. I tillegg bør de ha legitimitet, være troverdige og ha formidlingsferdigheter som er tilpasset intervensjonen så vel som mottakergruppen. Videre er kvaliteten på opplæringen og veiledningen de gir, viktig, og at det i opplæringen legges vekt på forhold som struktur, innhold og arbeidsform. Fixsen mfl. (2005) mener at det kan være nyttig å etablere egne implementeringsteam som både er eksperter på intervensjonen og på implementeringsprosessen. Implementører bør med andre ord vite hva de skal formidle, og hvordan de skal gjøre det for at intervensjonen skal etableres med høy kvalitet på kort og lang sikt. Vedvarende implementeringskvalitet er essensielt, og derfor er det viktig at de lykkes med å vedlikeholde kompetanse, integritet og entusiasme over tid.

Hvordan måle implementeringskvalitet?

I flere studier har Atferdssenteret målt implementeringsgrad og -kvalitet (Sørli & Ogden, 2007; Ogden, Hagen, Askeland & Christensen, 2009) der både lærere og foreldre har vært informanter. I tillegg har en målt behandlingsintegritet gjennom koding av videoopptak av terapier. Det finnes imidlertid ingen bredt akseptert eller standardisert metodologi for måling av program- og tiltaksintegritet. De vanligste metodene er selvrapporteringer fra implementører via spørreskjema og atferdsobservasjoner via videoopptak eller «live» (på stedet) foretatt av observatører som ikke er involvert i implementeringen. Observasjonsdata anses som de mest objektive og pålitelige, men er meget kostnads- og tidkrevende. Spørreskjema, telefonintervju eller korte regelmessige hendelsesrapporter fra f.eks. opplæringsansvarlig eller foreldre kan være alternativer. Eksempler på hvordan implementeringskvaliteten kan måles, er beskrevet i det følgende.

Måling av program- og behandlingsintegritet i MST. MST er et hjem- og nærmiljøbasert behandlingstilbud rettet mot ungdom i 12 til 17 års alder med alvorlige atferdsproblemer og deres familier. Implementeringskvaliteten søkes sikret gjennom; a) planmessig forhåndsevaluering av vertsorganisasjonen som forplikter seg til å sørge for et foreskrevet minimum av rammebetingelser, b) systematisk opplæring og veiledning og gjennom c) kontinuerlig evaluering av behandlingsintegritet (Christensen & Mauseth, 2007). Forhåndsevalueringen foregår etter en standardisert sjekklister. Rammebetingelsene må være til stede før en begynner å rekruttere familier til behandlingen. Behandlingsintegriteten i arbeidet med den enkelte familie kontrolleres regelmessig ved bruk av målingsinstrumentet «Treatment Adherence Measure» (TAM). Familiene ringes opp månedlig av en trent intervjuer som stiller 36 spørsmål om hvordan de siste terapimøtene har forløpt. Spørsmålene bygger på programmets behandlingsprinsipper. Svarene registreres i en database der en både kan få ut informasjon om tiltaksintegriteten i den enkelte familie og beregne gjennomsnittsskårer for den enkelte terapeut og MST-team. Flere evalueringer av MST har vist sammenheng mellom positivt utbytte og høy behandlingsintegritet målt med TAM (Ogden & Halliday-Boykins, 2004).

Hvis det skal være mulig å evaluere eller kontrollere samsvaret mellom idealmødel og praksis, må det foreligge en forhåndsbeskrivelse av tiltaket

Måling av behandlingsintegritet i PMTO. PMTO er en familiebasert behandlingsmodell rettet mot barn i alderen 4–12 år med alvorlige atferdsproblemer og deres foreldre (Solholm mfl., 2005). PMTO-terapeuter gjennomgår 18 måneders programbasert opplæring og må bestå et eget

vurderingsopplegg for sertifisering før de godkjennes. Re-sertifisering skjer hvert tredje år. Den grundige opplæringen bidrar til å kvalitetssikre implementeringen. Tiltaks- eller behandlingsintegritet måles mer direkte ved hjelp av videobasert observasjon av terapisesjoner. Utvalgte 10-minutters sekvenser hvor sentrale foreldreferdigheter fokuseres, blir kodet kvantitativt av trenede og reliable «kodere». Sekvensene velges ut av spesialtrente forskningsassistenter. Skåringssystemet FIMP (Fidelity of Implementation Rating System) benyttes. Dette består av 5 ledd med 9 responsalternativer («Good work» = 7–9, «Acceptable work» = 4–6 og «Needs work» = 1–3) for hver kjernekomponent. Høye FIMP-skårer har vist seg å være forbundet med bedre foreldreferdigheter, fornøydhet med behandlingen og atferdsendring hos barna (Ogden & Hagen, 2008).

Avslutning

Implementering er en kontinuerlig prosess der målet er å etablere og vedlikeholde praksis som bygger på forskningsfunn. Det er mye som tyder på at implementeringskvaliteten systematisk påvirker behandlingsutbyttet. I prosessen der en introduserer ny praksis som bygger på forskning, gjenstår det imidlertid mye før vi vet hvordan en skal implementere intervensjonene slik at de gir tilnærmet like gode resultater som under optimale og kontrollerte forhold. Forskningsbaserte tiltak har liten samfunnsmessig verdi hvis de ikke når fram til dem som kan nyttiggjøre seg dem, og hvis praksis ikke er i overensstemmelse med den forskningen som de bygger på. Uten sikring og måling av implementeringskvalitet vil slutninger om tiltakseffekter være usikre. En kan heller ikke foreta valide sammenligninger av ulike tiltak (f.eks. om ett voldsforebyggende program er mer virkningsfullt enn et annet). Analyse av implementeringskvaliteten kan også hindre at vi for tidlig forkaster programmer som egentlig er effektive, men som ble dårlig gjennomført (Weisz & Simpson Gray, 2008).

Uavhengig av programtype er godt tiltaksutbytte nær forbundet med planmessig, kompetent og lojal implementering av kjernekomponenter og arbeidsmetoder. For å få dette til kreves det god systemstøtte og romslige rammebetingelser over tid. Høy implementeringskvalitet fordrer følgelig både høy programintegritet og høy tiltaksintegritet.

Manglende implementeringsforskning kan skyldes manglende kunnskap om implementeringens betydning for intervensjonsutbytte, men også at det er vanskelig å finne valide mål på implementering. Økte ressurser til intervensjons- og implementeringsforskning er avgjørende for (1) å identifisere og utvikle mer effektive tiltak, (2) kunne skille god praksis og ressursbruk fra dårlig,

(3) få mer sikker viten om hvordan evidensbaserte intervensjoner bør gjennomføres i praksis for (4) å sikre at barn, ungdom og familier får optimalt utbytte av den hjelp og støtte de tilbys.

Vi konkluderer med at høy behandlingseffektivitet avhenger av optimal implementeringskvalitet. Avdrift fra eller utvanning av evidensbaserte intervensjoner fører til usikkert utbytte for målgruppen. Både ut fra etiske og ressursmessig grunner bør det stilles klarere kvalitetskrav til den behandling, hjelp og opplæring som barnevernet, psykisk helsevern for barn og unge, skoler og barnehager gir. Økt kunnskap om og sterkere vektlegging av høy implementeringskvalitet er viktige forutsetninger for overføring av empirisk støttede tiltak til praksis. Det er nødvendig med en viss grad av standardisering og kontroll av gjennomføringen når forskningsbaserte programmer tas i bruk i ordinær praksis. Evaluering av implementeringskvalitet bør rutinemessig inngå i effektivitetsstudier og det er et stort behov for mer ressurser til slik forskning.

Mari-Anne Sørлие
Atferdssenteret
Pb. 7053 Majorstuen
0306 Oslo
Tlf. 23 20 58 35
Mob. 977 75 665
E-post m.a.sorlie@atferdssenteret.no

Referanser

- Christensen, B. & Mauseth, T. (2007). Multisystemisk terapi: familie- og nærmiljøbasert behandling av ungdom med alvorlige atferdsvansker. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 44, 1095–1106.
- Dane, A. V., & Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, 18, 23–45.
- Derzon, J. H., Sale, E., Springer, J. F., & Brounstein, P. (2005). Estimating intervention effectiveness: Synthetic projection of field evaluation results. *Journal of Primary Prevention*, 26, 321–343.

- Domitrovich, C. E., Bradshaw, C. P., Poduska, J. M., Haagwood, K., Buckley, J., A., Olin, S., mfl. (2008). Maximizing the implementation quality of evidence-based preventive interventions in schools: A conceptual framework. *Advances in School Mental Health Promotion, 1*, 6–28.
- Domitrovich, C. E., & Greenberg, M. T. (2000). The study of implementation: Current findings from effective programs that prevent mental disorders in school-aged children. *Journal of Educational & Psychological Consultation, 11*, 193–221.
- DuBois, D. L., Holloway, B. E., Valentine, J. C., Cooper, H., DuBois, D. L., Holloway, B. E., mfl. (2002). Effectiveness of mentoring programs for youth: a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology, 30*, 157–197.
- Durlak, J. A. (1997). *Successful prevention programs for children and adolescents*. New York, NY: Plenum Press.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology, 41* (3–4), 327–350.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., Hansen, W. B., Dusenbury, L., Brannigan, R., et al. (2003). A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research, 18*, 237–256.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blasé, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. <http://www.fpg.unc.edu/~nirn/resources/publications/Monograph/>
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R., & DeGarmo, D. S. (2005). Evaluating Fidelity: Predictive Validity for a Measure of Competent Adherence to the Oregon Model of Parent Management Training. *Behavior Therapy, 36*, 3–13.
- Greenberg, M., Domitrovich, C., Graczyk, P., & Zins, J. (2001). *The study of school-based preventive interventions: Theory, research, and practice*. Washington, D.C.: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Administration, U.S. Department of Health and Human Services.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O., & Peacock, R. (2005). Storylines of research in diffusion of innovation: A meta-narrative approach to systematic review. *Social Science & Medicine, 61*, 417–430.

- Midthassel, U. V., & Ertesvåg, S. (2009). Utfordringer ved implementering av skoleomfattende endringsarbeid. *Spesialpedagogikk, 1*, 12–19.
- Mihalic, S., Fagan, A., Irwin, K., Ballard, D., & Elliott, D. (2004). Blueprints for violence prevention. Lastet ned 11.08.09 fra www.ojp.usdoj.gov/ojjdp
- Mørch, W.T., Neumer, S.P., Holth, P. & Martinussen, M. (2009). Ungsinn – en kunnskapsbase over virksomme tiltak for barn og unges psykiske helse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 46*, 960–964.
- Ogden, T. & Hagen, K. A. (2008). Treatment effectiveness of parent management training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 607–621.
- Ogden, T., Hagen, K.A., Askeland, E., & Christensen, B. (2009). Implementing and evaluating evidence-based treatments of conduct problems in children and youth in Norway. *Research on Social Work Practice* (under trykking).
- Ogden, T. & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health, 9*, 77–83.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5.utg.). New York: Free Press.
- Schoenwald, S. K., Chapman, J. E., Sheidow, A. J., & Carter, R. E. (2009). Long-Term Youth Criminal Outcomes in MST Transport: The Impact of Therapist Adherence and Organizational Climate and Structure. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 38*, 91–105.
- Smith, J., Schneider, B. H., Smith, P. K., & Ananiadou, K. (2004). The Effectiveness of Whole-School Antibullying Programs: A Synthesis of Evaluation Research. *School Psychology Review, 33*, 547–560.
- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T. & Ducker, M. (2005). Parent Management Training – The Oregon Model: Key theoretical concepts, the treatment programme and its implementation in Norway. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 42*, 587–597.
- Stith, S., Pruitt, I., Dees, J., Fronce, M., Green, N., Som, A., mfl. (2006). Implementing community-based prevention programming: A review of the literature. *Journal of Primary Prevention, 27*, 599–617.

- Sørli, M-A. & Ogden, T. (2007). Immediate impacts of PALS: A school-wide multi-level programme targeting behaviour problems in elementary school. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 51, 471–492.
- Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16, 537–567.
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 132–149.
- Weisz, J.R. & Simpson Gray, J. (2008). Evidence-based psychotherapy for children and adolescents: Data from the present and a model for the future. *Child and Adolescent Mental Health*, 13, 54–65.
- Wilson, S. J., Lipsey, M. W. & Derzon, J. H. (2003). The effects of school-based intervention programs on aggressive behavior: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 136–149.