

”Hvordan få tiltak til å virke”

Implementering i teori, praksis og forskning

Nasjonal fagkonferanse 2011,

Oslo Kongressenter 26. oktober

John Kjøbli og Terje Ogden, Atferdssenteret - Unirand

Implementering

- Implementering er systematisk arbeid for praktisk iverksetting eller gjennomføring av en intervensjon med kjente dimensjoner,
- Fokus på intervensjoner som bygger på og som evalueres gjennom forskning, og på virksomme implementeringskomponenter,
- Implementering er en kontinuerlig prosess der en overfører et evidensbasert tiltak til praksis gjennom flere faser og på flere nivåer,
- Beskriver hvordan en kan få intervensjoner til å virke samt å forklare hvorfor de virker, - eller ikke virker,
- De fleste intervensjoner falmer over tid medmindre de vedlikeholdes.

“Diffusion of innovation”

- Det foreligger en ny og virksom intervensjon som på et gunstig tidspunkt formidles gjennom funksjonelle kommunikasjonskanaler til mottakelige og motiverte praksismiljøer (Rogers, 1995),
- Interpersonlige påvirkninger gjennom sosiale nettverk er den viktigste formidlingsmåten, og ‘meningsledere’ eller ‘ildsjeler’ er sentrale,
- Uformell spredning av nye ideer gjennom horisontale og uformelle nettverk (“bottom-up”),
- Formidling: målrettet formidling gjennom vertikale formelle nettverk (“top down”),

Hva kjennetegner intervensjonen og innovatørene?

- Virksomme innovasjoner;
 - Relative fordeler: bedre enn nåværende praksis,
 - Kompatibilitet: lar seg innpasse i forhold til etablert praksis,
 - Kompleksitet: enkelt å ta i bruk,
 - Prøvbart og observerbart; studiebesøk og utprøving i liten skala,
- Innovatører:
 - “Early adopters”
 - “Late adopters”
 - “Refuseres”

Implementering – noe mer enn individvariabler

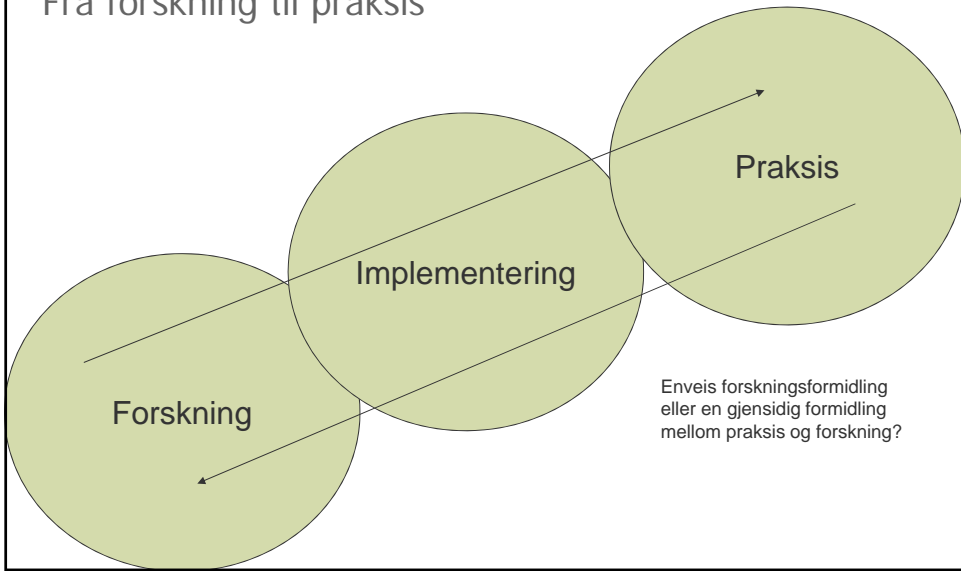
- **Forskning må oversettes** – forskningsresultater må tilpasses ulike praksismiljøer,
- **Entusiasme** – hos nøkkelpersoner – personlig kontakt er mest effektiv,
- **Kontekstanalyse** – for forstå og arbeide med det som hemmer og fremmer endring,
- **Troverdighet** – sterk dokumentasjon fra troverdige kilder, inkludert aksept og støtte fra meningsledere,
- **Lederskap** – i miljøene der tiltak skal implementeres,
- **Støtte** - løpende økonomisk, teknisk og emosjonell/moralsk støtte
- **Integrering** – av nye aktiviteter i forhold til eksisterende aktiviteter og systemer.

Sandra Nutley

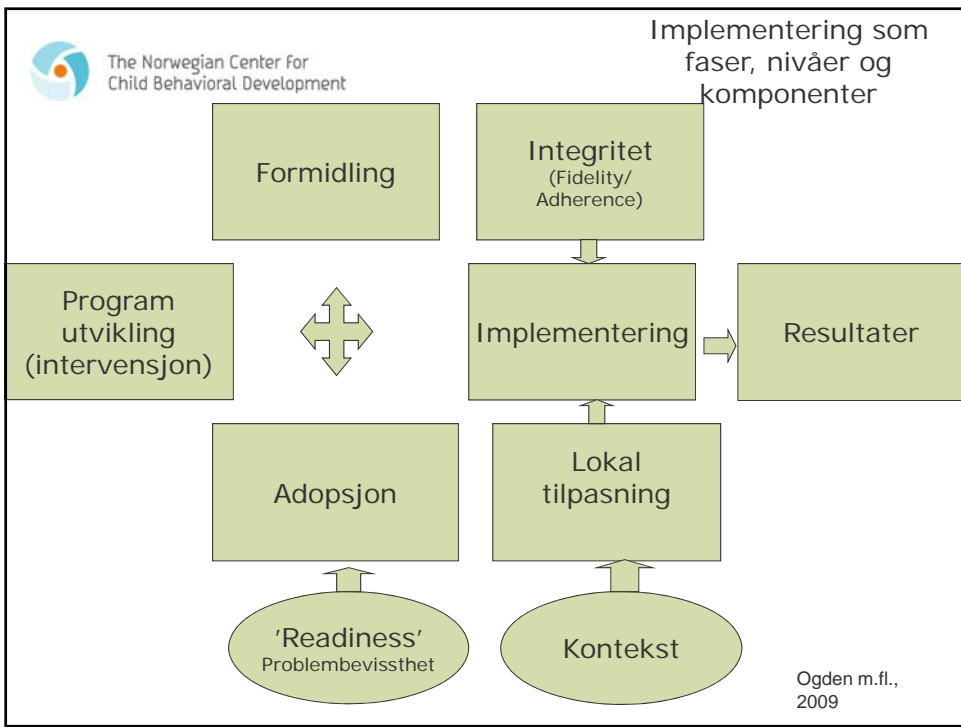
“Knowledge to action”

- “Let it happen”: en voksende mengde informasjon om en intervensjon blir fanget opp og tatt i bruk av en liten gruppe høyt motiverte mottakere,
- “Help it happen”: målrettet formidling av informasjon og materiell til en bestemt mottakergruppe i praksisfeltet (“teach and pray”)
- *Men: Passiv formidling av retningslinjer og annen informasjon endrer i liten grad praksis,*
- “Make it happen”: Implementering som aktive strategier for å integrere evidensbaserte intervensjoner og endre praksis i bestemte miljøer.

Fra forskning til praksis

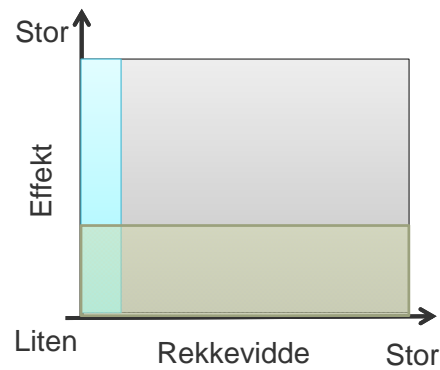


Implementering som faser, nivåer og komponenter



RE-AIM

- Individnivået:
- **'Reach'** : kjennetegn ved målgruppen og hvor mange av disse en når fram til,
- **'Efficacy eller effectiveness'**: det individuelle utbyttet av virksomme programmer målt i kontrollerte evalueringstudier



Glasgow, Vogt & Boles, 1999

RE-AIM forts.

- Organisasjonsnivået:
- **'Adoption'**: hvem aktuelle miljøer er, hvor mange som vil ta i bruk et program, og hvor representative de er for miljøer som bør gi et slikt tilbud,
- **'Implementation'** : om tiltaket ble formidlet som planlagt og med integritet,
- **'Maintenance'**: langtidseffekter for individer og hvor godt en lykkes med å opprettholde intervensjonen etter prosjektperioden.

Glasgow, Vogt & Boles, 1999

Implementering - kortversjonen

$$VI = f(E, K, F)$$

VI = Vellykket Implementering

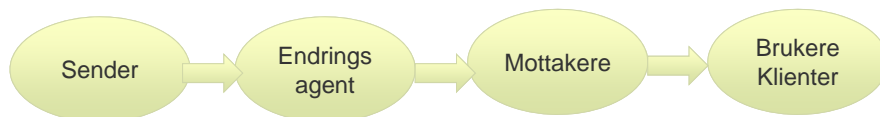
f = funksjon

E = Evidens (forskning, klinisk erfaring og klientens preferanser)

K = Kontekst (miljøet som intervensjonen implementeres i)

F = Fasilitering (en prosess hvor en person gjør ting lettere for andre)

Hvor mange ledd går budskapet gjennom før det når brukerne?



Kitson, Harey & McCormack, 1998

Oppskalering – implementering i stor skala

- Når programmer implementeres i stor skala fører det ofte til 'utvanning' eller 'avdrift' slik at intervensjonen taper 25-50% av sin effekt,
- Ressursene skal fordeles på flere og det stilles nye og økte krav til infrastrukturen i implementeringsorganisasjonen,
- Oppskalering fører til at målgruppen utvides og omfatter barn og familier med færre risikofaktorer og mindre alvorlige problemer,
- Oppskalering fører også til at programutøverne består av individer med mer varierende kompetanse og motivasjon, og til praksismiljøer som varierer mye med hensyn til grad av støtte og kvalitetssikring.

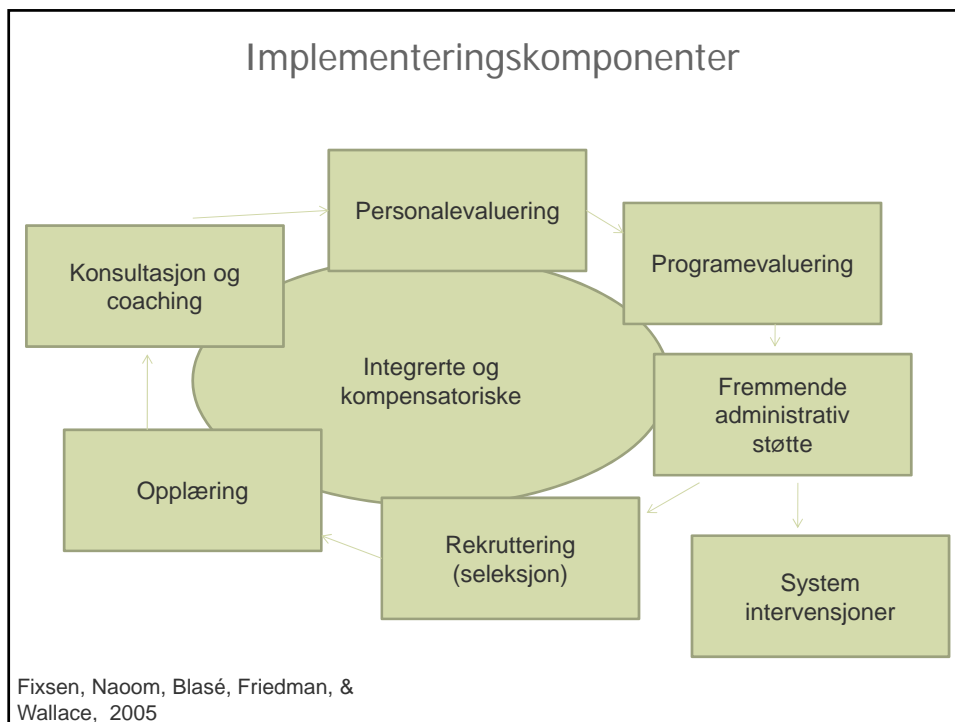
Welsh, Sullivan & Olds, 2010


Implementeringsforskning

- Implementeringsforskningen har fokusert på hva som hemmer og fremmer vellykket implementering,
- Man vet mer om hva som skal implementeres enn hvordan en skal implementere,
- Det mangler evidens for evidensbasert implementering, dvs. kunnskapen om virksom implementering er begrenset,
- Et mangler også forskning om hva som får organisasjoner til å ta i bruk nye intervensjoner på en forpliktende måte.

Implementeringskomponenter






 The Norwegian Center for
Child Behavioral Development

"Implementeringsdrivere" (I)

- Rekruttering og utvelgelse av praktikere: Når nytt program introduseres må nye praktikere ansettes for å jobbe med målgruppen,
- Opplæring: Nye programmer forutsetter at praktikere tilegner seg ny kunnskap, ferdigheter og holdninger,
- Veiledning/konsultasjon/coaching: som kan omfatte personlig observasjon, instruksjon, feedback, emosjonell støtte, og opplæring på jobben (in service training),
- Evaluering av arbeidets kvalitet og kvantitet: Evaluering av praktikernes bruk av programmet, bl.a. behandlingsintegritet og prakiskvalitet.

Fixsen, Naoom, Blasé, Friedman, & Wallace, 2005

”Implementeringsdrivere” (II)

- Data-systemer som beslutningsstøtte: Informasjon om bruk av programmet i organisasjonen og som brukes til kvalitetsforbedring, eller beslutninger om bruk av intervensjonen,
- Administrativ støtte: Organisasjonsendring med nye strukturer og prosedyrer for å støtte og oppmuntre bruken av et nytt program,
- Lederskap: organisasjonen har ledere på forskjellige nivåer som tar avgjørelser som påvirker måten praktikerne jobber med klienter/brukere på,
- Systemendring: endringer i de eksterne systemene i regionen eller nasjonalt for å utvikle bedre støtte for bruken av en innovasjon,

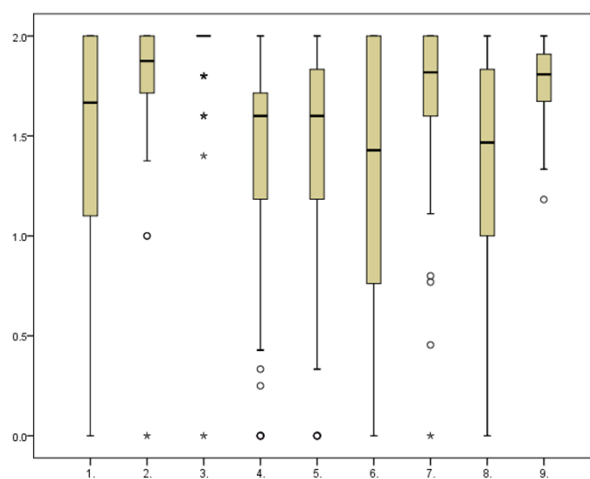
Deltakere

- Blant 218 deltakere var det tre informantgrupper;
- 149 PMTO og MST terapeuter (PMTO:93; MST: 56)
- 45 veiledere (PMTO: 24; MST: 21)
- 24 ledere som tok beslutninger og som var ansvarlig for organisasjonen eller den delen av organisasjonen hvor terapeutene arbeidet (PMTO: 13; MST: 11).

The Implementation Components questionnaire

- Bygger på en intervjuguide utarbeidet av Dean Fixsen og kolleger og dekker de 8 implementeringskomponentene,
- Det var en tendens til høye skåreverdier på de fleste delskalaene,
- Begge programmene syntes å ha etablert og vedlikeholdt høyt strukturerte og varige rutiner for opplæring og veiledning,
- Faktoranalysen av de åtte endimensjonale delskalaene resulterte i to faktorer; en individuell klinisk faktor og en faktor for organisasjons og systemnivået.

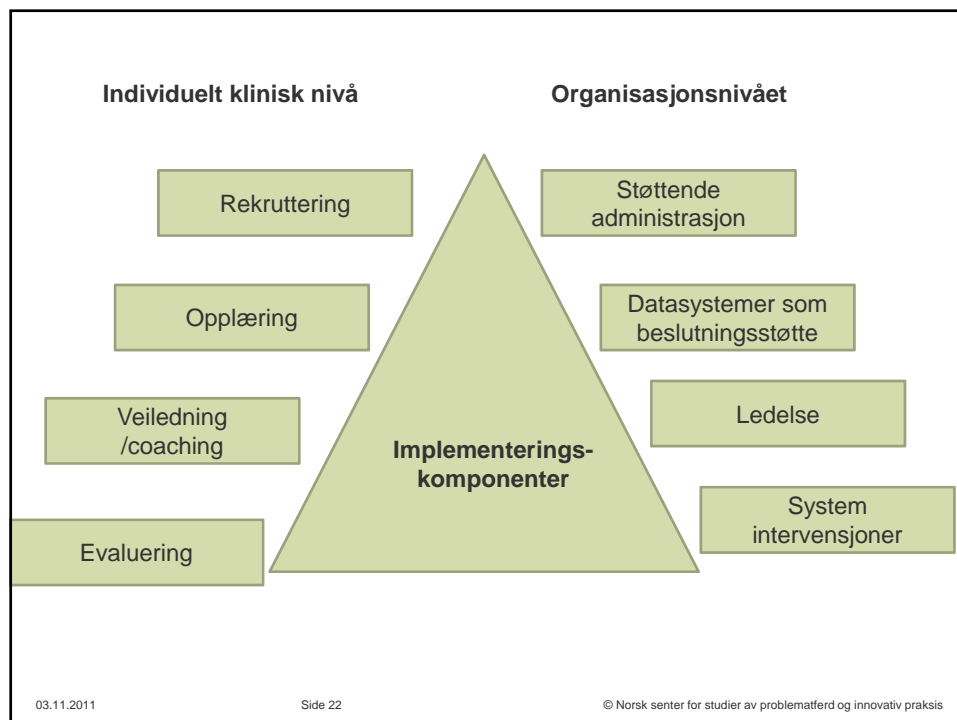
Figure 1 *Distribution of revised scales*



1. Recruitment and staff selection 2. Training 3. Supervision 4. Reporting of results
 5. Decision support data systems 6. Administrative support 7. Systems interventions
 8. Leadership 9. Organizational climate

Faktoranalyse

Scale:	Organizational system level	Individual, clinical level
Facilitative administration	.97 (1.00)	.23 (-.03)
Decision support data systems	.64 (.54)	.45 (.26)
Systems intervention	.42 (.41)	.17
Leadership	.41 (.44)	
Performance assessment	.31	.93 (.93)
Recruitment/selection	.62 (.42)	.71 (.56)
Supervision/ coaching	.59 (.45)	.58 (.43)
Training	.11	.51 (.54)



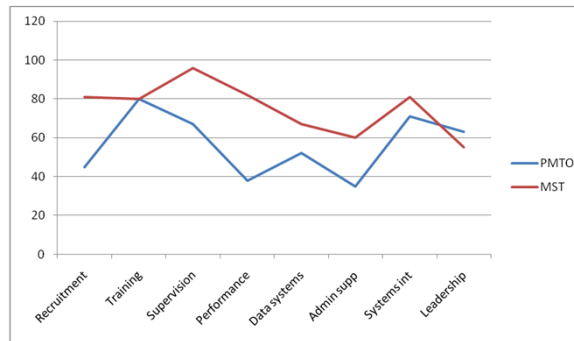
Terapeutevaluering av implementeringen

- 149 terapeuter deltok i studien; 73% var kvinner og gjennomsnittsalderen var 46 år; de hadde arbeidet 4.5 år i sin nåværende stilling, og i gjennomsnitt 3 år med PMTO eller MST,
- Dess eldre terapeutene var, dess flere kolleger de hadde dess lavere vurderinger ga de av implementeringskomponentene,
- Dess flere kolleger de hadde som arbeidet med det samme programmet, dess mer positive vurderinger ga de av implementeringskomponentene,
- Antall år de hadde arbeidet med programmet predikerte imidlertid ikke evalueringen av implementeringen.

Implementeringsprofiler

- MST og PMTO hadde forskjellige implementeringsprofiler, og de som jobbet med MST skåret høyere på de fleste delskalaene,
- Den eneste delskalaen der PMTO terapeutene skåret høyere enn MST terapeutene var på 'ledelse',
- MST skåret høyere enn PMTO terapeutene på den individuelle kliniske faktoren, men det var ikke signifikante forskjeller på den organisatoriske systemfaktoren,
- Innad i det enkelte program var det mange likhetspunkter i svarprofilene fra terapeuter, veiledere og ledere.

Implementeringsprofiler – MST og PMTO



Implementeringsdrivere 10 år etter

MST - mean scores

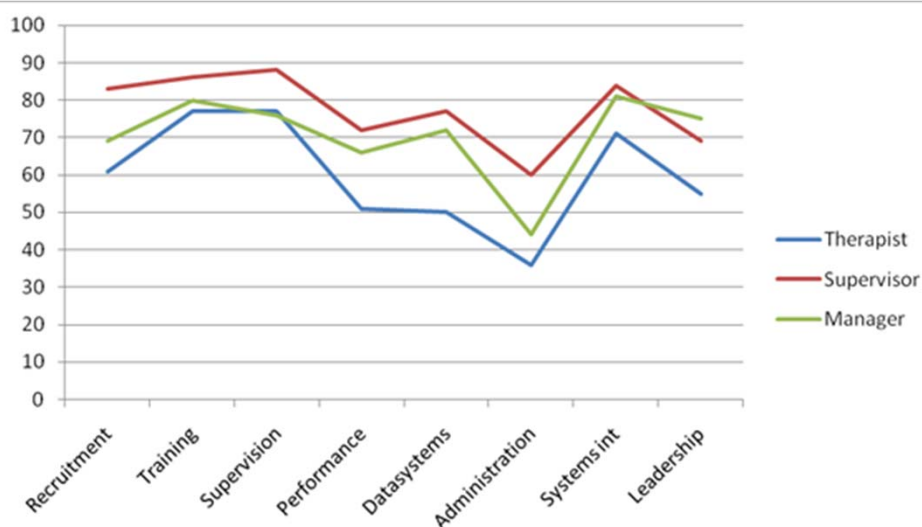


	Rec	Train	Sup	Eval	Data	Adm	Syst	Lead	Clim	Tot
N=56 Therapist	1,81	1,75	1,94	1,63	1,40	1,39	1,76	1,16	1,76	1,64
N=21 Supervisor	1,84	1,76	2,00	1,76	1,59	1,54	1,85	1,36	1,83	1,72
N=11 Manager	1,93	1,91	2,00	1,90	1,81	1,28	1,85	1,48	1,80	1,73

Informantprofiler

- Når PMTO og MST ble sett under ett, var det signifikante forskjeller mellom de ulike respondentgruppene på delskalaene,
- De mest gjennomgående og markante forskjellene var mellom terapeuter og veiledere, der terapeutene var minst tilfredse med implementeringskvaliteten,
- Men det var også signifikante forskjeller mellom terapeuter og de to andre informantgruppene på 'datasystemer som beslutningsstøtte' og 'ledelse'.

Implementeringsdrivere - informantgrupper



Implementeringsresultater og therapeuticsvar

- En moderat, men konsistent sammenheng i forventet retning ble funnet mellom implementeringsevalueringen og programresultatene,
- I hvilken grad programmet var godt integrert i organisasjonen korrelerte signifikant med 7 av 8 delskalaer,
- Dess mer tid terapeutene brukte til å arbeide med programmet, dess mer tilfredse var de med implementeringen,
- Antall familier som hadde fullført behandlingen var også forbundet med positive implementeringsevalueringer fra terapeutene.

Korrelasjoner mellom implementeringsfaktorene og resultatvariablene

Avhengige variabler	Organisasjon/systemfaktor	Individuell klinisk faktor
Tilfredshet med implementeringsprosessen	.15*	.24**
Hvor stor andel av stillingen som var satt av til å arbeide med familier	.19**	.58**
Evidensbasert praksis er god innarbeidet i organisasjonen	.28**	.34**
Før eller siden kommer jeg til å slutte med å praktisere MST/PMTO	-.19**	.07
Antall kolleger som arbeider med det samme programmet	.22**	.49**
Antall kolleger i nåværende stilling	-.08	-.39**
Antall familier som fullførte behandlingen siste 6 mndr	.15*	.35**
Implementeringsklima	.65**	.23**

Note. ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed), * Correlation is significant at the .05 level.

Barriærer for vellykket implementering

- Tidspress,
- Det er vanskelig å frigjøre kapasitet til å arbeide med nye intervensjoner, pga konkurrerende oppgaver og prioriteringer,
- Det er vanskelig å innpasse nye intervensjoner i forhold til eksisterende praksis,
- Praktikerne får mindre opplæring enn forutsatt og for liten støtte og praktisk oppfølging fra eksterne formidlere og støttespillerne,
- Tiltaket forkortes, utvannes eller avviker fra originalen over tid.

Hva fremmer god implementering?

- "Alt er viktig", men praktisk-teknisk støtte er mest avgjørende (Mihalic & Irwin, 2004)
- Implementeringsteam (endringsagenter) som har kunnskap og kompetanse knyttet til intervensjonen og til virksomme implementeringskomponenter,
- Ferdighetsbasert formidling gjennom personlig kontakt,
- Tidspunktet bør være egnet og intervensjonen bør passe i forhold til organisasjonens prioriteringer,
- Kompetansebygging er en nøkkelfaktor: Evidens uten formidling, utdannings- og opplæringskapasitet har liten praktisk verdi.

Viktige lokale forutsetninger

- Støtte i lokalmiljøet og fra ledelse og kolleger i praksisorganisasjonen, portvakter som støtter intervensjonen,
- Vilje til å forplikte seg til å implementere intervensjoner med høy grad av kompetanse og integritet,
- Lokal interesse og etterspørsel etter tiltaket, samt god rekruttering av praktikere som skal utøve metoden,
- Tilstrekkelige ressurser er avsatt/ tilgjengelige (tid, penger, personale), og god fysisk tilrettelegging,
- God faglig og teknisk støtte fra implementørene,
- Lav turnover i administrasjonen og blant implementørene.

Praktisk-teknisk støtte til implementeringen

- Struktur, innhold, timing og kvalitet på opplæring og veiledning i bruk av intervensjonen,
- Rutiner som fanger opp utøvernes behov eller løser problemer underveis,
- Rutiner for kvalitetssikring av implementeringen (evaluere og monitorere resultater og integritet),
- Gode samarbeidsrelasjonen mellom implementeringsansvarlige og utøvere; vennlige, kunnskapsrike og tilgjengelige formidlere, som er erfarne, gode lyttere og hjelpsomme problemløsere
- Materiell og håndbøker, som er relevante, attraktive og brukervennlige.

Kjennetegn ved virksomme metoder og tiltak

- Langsiktig finansiering og støtte fra forvaltning og politisk nivå,
- Sentralisering av opplæring, implementering og forskning,
- Rekruttering av praktikere gjennom det etablerte tjenestesystemet, og forpliktete etater og tjenester i forhold til implementering,
- Metoder og programmer som bygger på og er evaluert gjennom forskning,
- Løpende evaluering av program- og behandlingsintegritet,
- Tiltak som er treffsikre med god brukerrekruttering,
- Tiltak som lar seg innpasse og kombinere med annen pågående virksomhet i tjenestene.