

Kliniske tilbakemeldingssystemer i psykisk helsevern – implementering og praktisering

Runar Tengel Hovland

Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)
Universitetet i Bergen
2020

UNIVERSITETET I BERGEN



Kliniske tilbakemeldingssystemer i psykisk helsevern – implementering og praktisering

Runar Tengel Hovland



Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)
ved Universitetet i Bergen

Disputasdato: 11.05.2020

© Copyright Runar Tengel Hovland

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverkslovens bestemmelser.

År: 2020

Tittel: Kliniske tilbakemeldingssystemer i psykisk helsevern – implementering og
praktisering

Navn: Runar Tengel Hovland

Trykk: Skipnes Kommunikasjon / Universitetet i Bergen

Fagmiljø

Arbeidet med denne avhandlingen er finansiert gjennom et doktorgradsstipend tildelt av Høgskulen på Vestlandet (HVL), Institutt for Helse- og omsorgsvitenskap. Opptaket til ph.d.-utdanningen er ved Det psykologiske fakultet ved UiB, og Graduate School of Clinical and Developmental Psychology. Hovedveileder er Christian Moltu, professor II ved HVL, og fagsjef i Helse Førde og spesialist i voksenpsykologi. Biveileder har den siste tiden vært førsteamanuensis Signe Hjelen Stige ved Det psykologiske fakultet, UiB.

Forskergruppen for psykisk helse og rus har vært det sentrale fagmiljøet rundt dette arbeidet. Forskergruppen er organisert under Senter for helseforskning i Sogn og Fjordane.

Doktorgradskursene er for det meste gjennomført ved UiB. I tillegg har jeg gjennomført et kurs ved Linköpings Universitet, og et kurs i regi av European Consortium for Political Research ved Bamberg Graduate School of Social Sciences.

Takk til

Jeg vil rette en stor takk til alle pasienter og ansatte i Helse Førde som har deltatt i denne studien. Alle har på hver sin måte bidratt med verdifulle innsikter og erfaringer som jeg setter stor pris på. Takk også til Helse Førde og Klinikk for psykisk helsevern for forskningstillatelsen, og for den vennlige måten jeg har blitt tatt imot på.

Hovedveilederen min gjennom disse årene har vært professor Christian Moltu. Jeg er dypt takknemlig for innsatsen han har lagt ned for å løse denne avhandlingen i havn, og ikke minst er jeg takknemlig for gode, inspirerende og utviklende samtaler underveis i løpet.

Jeg har hatt ulike biveiledere underveis, og som hver på sitt vis fortjener en stor takk for å ha bidratt til løfte avhandlingen. John Roger Andersen har en unik evne til å identifisere kjernen og løsninger i små og store problemstillinger som jeg har luftet for han. Siri Ytrehus bidro med et konstruktivt og kritisk blikk på et viktig stadiet i løpet. Signe Hjelen Stige har gjort en stor innsats som biveileder de siste månedene og bidratt med et viktig utenfra-blikk på avhandlingen. Øyvind Glosvik har ikke vært veileder, men fortjener likevel en stor takk. Som god kollega har han aldri sagt nei når jeg «bare» vil luften noen idéer eller problemstillinger. Disse samtaler har vært viktige med tanke på faglig og teoretisk orientering.

Jeg vil også rette en spesiell takk til Geir Helge Møller, prosjektutvikler i Helse Førde. Han var ganske ny som ansvarlig for implementeringen av Norse Feedback da han sa ja til at jeg kunne følge han under perioden med datainnsamling. Etter svært mange timer sammen har vi blitt godt kjent med hverandre. Hans åpne og inkluderende holdning har bidratt til gode samtaler og diskusjoner, noe jeg har satt stor pris på.

Jeg har hatt kontor i et forskerfelleskap, løst organisert under Senter for Helseforskning og Marit Solheims oppmerksomme, inspirerende og inkluderende ledelse. Her arbeider stipendiater, forskere og administrativt ansatte både fra Helse Førde og Høgskulen på Vestlandet, noe som gir tilgang til støtte, idémangfold og

gode samtaler. Takk til alle og enhver! En stor takk også til Kristina som hjalp meg med fokusgruppeintervjuet.

Takk til Avdeling for Helsefag ved den forhenværende Høgskulen i Sogn og Fjordane, nå Høgskulen på Vestlandet, for finansieringen av doktorgradsprosjektet og for god tilrettelegging av mine nærmeste ledere. Takk skal også de bibliotekansatte i Førde ha for ypperlig service!

Til slutt vil jeg takke min kjære familie, Vera, Brede og Ann Lisbeth. Dette arbeidet som nå er slutført har bydd på flest oppturer, men også tunge stunder innimellom. Gjennom hele dette løpet har det vært godt å kjenne på støtten fra familien. Til barna mine: Denne avhandlingen er til dere også, for å si at det aldri er for sent å prøve noe nytt.

Summary

Clinical feedback systems or progress monitoring systems (CFS) have gained increasing interest over the past twenty years. They were developed to enable clinicians to monitor treatment and to enhance patient outcome. Several randomized controlled studies and meta-synthesis have found positive effect on treatment outcome when clinicians have used CFS as part of treatment. Despite overall positive results, implementing CFS into routine practice is challenging. Challenges cover a broad range of issues, from technical to philosophical barriers. Thus, the field has gained more interest into the implementation research of CFS's barriers and facilitators. My project is within this last category, studying the Norse Feedback (NF) implementation.

Norse Feedback is a Norwegian feedback system, developed on the basis of patients' and clinicians' user involvement. NF was implemented in 2015 through a step-by-step process within the Førde Hospital Trust's psychiatric departments. My research project aimed at exploring the variations in stakeholders' experiences with the implementation process, and the routine use of NF in therapy. The project was designed as a case study, which included archival data, field reports, and in-depth interviews collected over a ten-month period and with start-up at the autumn of 2016. The sociology of standards and of new materialism constitutes the project's main theoretical foundation.

The basic research question was: How do stakeholders experience the implementation process, and the practicing of the NF as part of treatment? Based on an overall inductive analysis of the data material three, research questions were developed and were answered in three subsequent articles. The first article explored contextual aspects of the implementation of NF, and we found a range of issues that followed the implementation. We then asked the clinicians what else that demanded their attention, how they prioritized between these demands, and how this context affected the NF. Within an environment characterized by time- and work pressure, we found that counted things count. This situation affected the NF implementation negatively. The

second article focused on how the NF functioned within a clinical encounter. We found that the NF had potential as a communication means, spurring a more focused patient therapist dialogue. The third article showed that the NF's potential outreach within the Norwegian mental health system is limited, as it alienated or lacked features to enable illiterates, foreign language speakers, and elderly or others that felt uneasy using digital tools. Clinicians also assessed that some patients were too ill to benefit from it.

Thus, when clinical feedback systems enter complex mental health settings, the implementation process also becomes complex. It is difficult to account for all issues that may arise. The implementation interacts with its context in a manner that hardly is reducible to single isolated determinants.

Publikasjonsliste

Artikkel 1:

Hovland, R. T., & Moltu, C. (2019). Making way for clinical feedback system in the narrow space between sessions. Navigating competing demands in complex health care settings. *Journal of Mental Health Systems*.

Artikkel 2:

Hovland, R. T., Ytrehus, S., Mellor-Clark, J., & Moltu, C. (Submitted). How patients and clinicians experience the utility of a personalized clinical feedback system in routine practice. *Journal of Clinical Psychology*.¹

Artikkel 3:

Hovland, R. T., & Moltu, C. (2019). The challenges of making clinical feedback in psychotherapy benefit all users: A qualitative study. *Nordic Psychology*.

Artikkel 1 er publisert åpent tilgjengelig under vilkårene til *Creative Commons Attribution 4.0 International License* (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Artikkel 3 er gjengitt under vilkår og med tillatelse fra Taylor & Francis.

¹ Artikkelen har vært fagfellevurdert og er gjeninnsendt til tidsskriftets temanummer om idiografiske målesystemer. Endelig svar om aksept ventes i løpet av januar 2020.

Innhold

Fagmiljø	3
Takk til	4
Summary	6
Publikasjonsliste	8
Innhold	9
1. Introduksjon	11
2. Bakgrunn	13
2.1 Effektivisering og standardisering i psykisk helsevern	13
2.2 Standarders sosiologi.....	19
2.3 Kliniske tilbakemeldingssystemer som praksisbasert evidens	22
2.4 Feedbackinformert behandling – virker det?	25
2.5 Feedbackinformert behandling – virker det hos oss?	28
2.6 Implementering av kliniske tilbakemeldingssystemer	31
2.7 Forhold som påvirker implementering	34
2.8 Hvorfor et norskutviklet tilbakemeldingsverktøy?	38
2.9 Kapittelsammendrag.....	42
3. Formål og problemstilling	43
4. Metodologi	44
4.1 Vitenskapelig grunnlag.....	44
4.2 Forskningsdesign.....	50
4.2.2 <i>Deltakere</i>	53
4.2.3 <i>Kilder</i>	54
4.2.4 <i>Analyse</i>	57
4.3 Forskerrefleksivitet.....	60
4.3.1 <i>Om vitenskapsfilosofi og teori</i>	60
4.3.2 <i>Om design</i>	62
4.3.3 <i>Om intervjuene og feltobservasjonene</i>	62
4.3.4 <i>Om koding og analyse</i>	64
4.3.5 <i>Om veilederforholdet</i>	65
4.4 Etikk og datasikkerhet	65
5. Resultater	67
5.1 Artikkel 1	67
5.2 Artikkel 2	67
5.3 Artikkel 3	68
6. Diskusjon	69
6.1 Å bygge tillit for å fremme tillit til KTS som et behandlingsverktøy.....	71
6.1.1 <i>Brukermedvirkning</i>	71
6.1.2 <i>Behandlers selvtilit i praktiseringen av KTS</i>	75
6.1.3 <i>KTS – Enda en ting?</i>	76
6.1.4 <i>KTS som en pålitelig kilde til å fremme autonomi og skjønn</i>	78
6.2 Implikasjoner.....	79
6.2.1 <i>Implikasjoner for forskning og implementering</i>	80
6.2.2 <i>Implikasjoner for praksis</i>	80
6.3 Begrensninger.....	81
7. Konklusjon	82
Litteratur	83

Artikler

Vedlegg 1-16

1. Introduksjon

Oppmerksomheten omkring kliniske tilbakemeldingssystemer (KTS) i psykisk helsevern har økt de siste årene. Formålet med systemene er blant annet å gi informasjon om pasientbehandlingen virker etter intensjonen. Flere studier har vist at KTS anvendt i psykoterapi virker behandlingsfremmende. Positive resultater har etter hvert ført til spørsmål omkring KTS' manglende utbredelse, hva som hindrer bruken, og dermed en dreining i retning av implementeringsforskning. Basert på sine erfaringer som utviklere og forskere på KTS, pekte Boswell, Kraus, Miller og Lambert (2015) på en rekke faktorer som hindret implementering og etterlyste mer forskning på implementering av kliniske tilbakemeldingssystemer. Dette doktorgradsprosjektet er et svar, blant flere, på ønsket om mer kunnskap om implementeringsprosesser.

I dette prosjektet har jeg undersøkt implementeringen og bruken av tilbakemeldingssystemet Norse Feedback (NF) i psykisk helsevern, ved å intervju pasienter og ansatte, gjøre feltarbeid, og studere arkivdata. NF ble utviklet basert på medvirkning fra klinikere og pasienter i 2014. I 2015 startet implementeringen i Helse Førde.

I norsk sammenheng benyttes begrepene kliniske tilbakemeldingssystem, tilbakemeldingsverktøy, eller i en videre forstand feedbackinformerte tjenester om verktøy som Norse Feedback.² I den engelskspråklige litteraturen om kliniske tilbakemeldingssystemer eksisterer det heller ingen enhetlig begrepsbruk om denne familien av tilbakemeldingssystemer. De går under betegnelser som: *Outcome-Informed therapy*, *Routine Outcome Monitoring*, *Patient Reported Outcome Measures*, *Feedback Informed Treatment*, *client feedback*, *behavioural health assessment and outcome*, og *progress monitoring* (Overington & Ionita, 2012). Lyon, Lewis, Boyd, Hendrix og Liu (2016) benytter samlebetegnelsen *measurement feedback systems*.

² Se for eksempel www.napha.no/fit

Verktøyene kan også defineres funksjonelt. Lewis, Boyd, Puspitasari, Navarro og Howard (2019) knytter for eksempel systemene til praksisen *measurement based care*, definert som:

(1) a routinely administered symptom, outcome, or process measure (ie, PRO), ideally before each clinical encounter; (2) practitioner review of data; (3) patient review of data; and (4) collaborative reevaluation of the treatment plan informed by data

Definisjonen lister opp et knippe handlinger som minst må praktiseres. Men KTS inngår også i en bredere tenkning om psykoterapeutisk praksis (se kap. 2.3).

I neste kapittel redegjør jeg for ulike aspekter ved tilbakemeldingssystemer. Jeg presenterer noen kritiske systemperspektiver på norsk psykisk helsevern, og standarders sosiologi som en måte å forstå systemkompleksiteten som KTS inngår i. Deretter plasserer jeg KTS innenfor paradigmet praksisorientert forskning. Videre går jeg igjennom evidensgrunnlaget for KTS som feedbackinformert behandling. Noe av evidensgrunnlaget stammer fra norske undersøkelser. Disse skal jeg gå nærmere inn på, før jeg til sist redegjør for Norse Feedback.

Avhandlingens overordnede problemstilling og sentrale forskningsspørsmål presenteres i kapittel 3. Kapittel 4 viser hvordan jeg knytter sammen prosjektets forankring i analytisk filosofi og relasjonell ontologi til prosjektdesign, metode og analyse. Her diskuterer jeg og argumenterer for valgene jeg foretar fra ontologi til analyse, og hvordan disse påvirker sluttresultatet. Kapittelet avsluttes med refleksjoner rundt sentrale steg i metoden.

I kapittel 5 presenterer jeg kort resultatene fra de tre vitenskapelige artiklene som prosjektet har resultert i, før jeg i kapittel 6 diskuterer artiklene i et makt- og tillitsperspektiv. Jeg konkluderer i kapittel 7 med at KTS har potensiale som et meningsfullt og tillitsbyggende samtaleverktøy, men samtidig medvirker implementeringen til at en kompleks hverdag blir mer kompleks, samtidig som den samme hverdagen også gjør implementering tidkrevende. Videre foreslår jeg at ettersom ansatte, og ofte pasienter, må forholde seg til mange ulike oppgaver og standarder i hverdagen, er det formålstjenlig med fleksible og intuitive løsninger.

2. Bakgrunn

Om KTS handler om forbedring av helsetjenesten, må vi vite noe om hvordan helsetjenesten fungerer. Om KTS handler om en alternativ måte å praktisere psykoterapi på, og skaffe seg kunnskap om hva som virker, så må vi vite noe om konkurrerende paradigmer. Om det er ønskelig å implementere KTS, må vi kunne vite noe om potensielle effekter og implementeringshindre. Jeg har anlagt en kritisk tilnærming til disse aspektene. KTS er et av flere verktøyer, skjemaer, standarder og prosjekter som bidrar til kontinuerlige endringer i psykiske helsevern. Når min forskning konsentreres om *et* fenomen, er det en risiko for at andre fenomener i settingen blir omgjort til stumme kulisser, eller ignoreres. Jeg begynner derfor dette kapitlet med et kritisk systemperspektiv på psykisk helsevern, for deretter å snevre inn perspektivet via sosiologien om standarder. Videre, redegjør jeg for praksisbasert evidens som en faglig overbygning til KTS, og presenterer effektstudier av KTS og kjente implementeringsutfordringer. Til slutt avrunder jeg med en gjennomgang av Norse Feedback, som først ble implementert i Klinik for psykisk helsevern, i Helse Førde.

2.1 Effektivisering og standardisering i psykisk helsevern

Med psykisk helsevern menes undersøkelse og behandling av mennesker med psykiske lidelser foretatt innenfor spesialisthelsetjenesten (“Psykisk helsevernloven med kommentarer,” 2017). Behandlingen skjer hovedsakelig gjennom rundt 80 distriktpspsykiatriske sentre, hvor poliklinisk behandling har vært et fokusområde, med en dobling av personalet siden 1998 (Hatland, Kuhnle, & Romøren, 2018). I dette delkapitlet skal jeg konsentrere meg om noen systemtrekk ved denne delen av helsetjenesten. Jeg gjør det med utgangspunkt i en av avhandlingens artikler hvor tids- og arbeidspress, og kontinuerlige endringer ble negativt forbundet med implementeringen av NF (Hovland & Moltu, 2019a).

KTS er anbefalt praksis i pakkeforløpet for psykisk helse og rus – innført i psykisk helsevern ved årsskiftet 2019 – og det er derfor grunn til å anta en økt interesse for

implementering av KTS. Stor arbeidsmengde og tidspress er et kjennetegn ved helsetjenesten, og er også faktorer som påvirker implementeringer negativt (Williams, Perillo, & Brown, 2015). Dermed blir det interessant å se på trekk ved spesialisthelsetjenesten, med potensiell innvirkning på implementering av KTS. For eksempel, hvordan oppleves det å jobbe innenfor psykisk helsevern? Hvordan styres psykisk helsevern?

Generelt kan utviklingen av psykiske helsetjenester de siste ti-årene sies å være preget av en sterkere politisering av styringsformene, økning i omfang av tiltak og tjenester, og en økt kompleksitet i tjenestetilbudet (Ramsdal, 2013). Årsaken til denne utviklingen tilskrives ofte nyliberale styringsformer i helsevesenet, og vektleggingen av profesjonelle styringslinjer, effektiviseringer, kvalitetsindikatorer, og lovendringer som styrker pasientrollen, men som svekker tradisjonelle kliniske lederroller. I tillegg kommer utviklingen av evidensbaserte kliniske prosedyrer som legger premisser for både styring og behandling (Berg, 2006). Oppmerksomheten rettes mot telling av konsultasjoner, økonomisk inntjening, pasientgjennomstrømming, ventelistereduksjon, budsjettkontroll og innsparinger (Berg, 2006; Ekeland, 2014; Karlsson, 2015; Larsen & Røyrvik, 2017). Disse ytre kontroll- og rapporteringsmekanismene kan påvirke behandlernes autonomi, som for eksempel kontroll over eget arbeid og prosedyrer, men også kollegial autoritet, yrkesidentitet og kultur, rommet for skjønsmessige vurderinger, og relasjoner basert på tillit (Berg, 2006; Evetts, 2011; Friberg, 2015; Høyer, Kasa, & Tranøy, 2016).

Styringen av psykisk helsevern kritiseres for at det i altfor stor grad er påvirket av disse nyliberale styringsformene, men også for påvirkningen fra det evidensbaserte paradigmet (Ekeland, 2014; Karlsson, 2015). Ifølge Karlsson ligger det evidensbasert kunnskap til grunn for utvikling av nasjonale retningslinjer og prosedyrer for klinisk arbeid (Karlsson, 2015). Ekeland knytter så framveksten av evidensbasert medisin sammen med nyliberale styringslogikker, som forvandler klinisk arbeid til produksjon, klinkeren til økonomisk aktør, institusjons- og klinikeransvar til dokumentasjonspraksiser og «accountability», samt overvåking og objektivisering av praksis, fremfor transparens og tillitsbygging (Ekeland, 2014). Denne utviklingen

fører til at nasjonale myndigheter, i ly av det evidensbaserte regimet, fratrar klinikeren det faglige skjønnnet for å velge passende metode i møte med pasienten: «Mens klinikeren tidlegare sjølv har bestemt metodebruken sin, har vi no fått ei slags sentralstyrt vitskapsforvaltning på helse- og sosialfeltet som øver press på metodebruken, ofte nedfelt som statlege direktiv eller indirekte som som rettleiingar» (Ekeland, 2014, s. 217). Med andre ord beskrives et ovenfra og ned styrt psykisk helsevern, både administrativt og faglig, som utfordrer profesjonsautonomien. Høyer, Kasa og Tranøy (2016) legger frem lignende analyser for offentlig sektor generelt. De viser til at den nyliberale styringsdoktrinen bygger på en underliggende mistillit til ansatte som gjør kontroll nødvendig. Den Norske psykologforeningen ser ikke nødvendigvis det evidensbaserte paradigmat som en trussel. De peker på klinisk ekspertise og det kliniske skjønnnet som et viktig element av evidensbasert praksis, og anser derfor ikke disse aspektene som gjensidig utelukkende (Norsk psykologforening, 2007). Likevel, indikatorstyring – som den beskrevne styringsformen ofte blir kallet – kan svekke behandleres autonomi, ifølge kritikere (Dimmen & Ødegård, 2012; Ekeland, Stefansen, & Steinstø, 2011; Friberg, 2015; Høyer et al., 2016; Numerato, Salvatore, & Fattore, 2012).

Konsekvensene av styringsformene som Ekeland og Karlsson kritiserer får empirisk gjenklang i 22 nyutdannede psykologers beskrivelser av hvordan de håndterte, og erfarte yrket som nyansatte (Sagberg, 2014). Psykologene fortalte at de strevde med å forstå alle systemene, hvilke rettigheter som fantes, og hvordan ansvaret for pasientene fordelte seg mellom institusjoner. Slikt systemorientert arbeid opplevdes som et tidssluk, og stod i veien for det arbeidet de trodde de var ansatt for å gjøre. Psykologene opplevde også et høyt produksjonspress, og at dokumentasjonsarbeid, henvisninger og utskrivinger var tidkrevende. Videre erfarte de et stort press på å ta inn nye pasienter og på å skrive epikriser. Fokuset var like mye på sykehusets måloppnåelse, bestemt av Helsedepartementet eller Helsedirektoratet, som det var på å prestere profesjonelt.

Psykologforeningen har i nyere tid satt tilstanden i psykisk helsevern og psykologers arbeidsvilkår på dagsordenen. I en kartlegging som foreningen utførte i 2019, svarte

psykologene som deltok i undersøkelsen at mange pasienter ikke får god nok utredning, ikke hyppig nok behandling, og mange får også avsluttet behandlingen sin før den er ferdig. 60-80 prosent av de spurte mente at mangelen på god pasientbehandling skyldtes det nylig innførte pakkeforløpet, aktivitetskrav, ventetidskrav, krav om lavere avslagsrate, og kodingsarbeid (Norsk psykologforening, 2019). Psykologene trekker slik en årsakssammenheng mellom ytre krav og standarder, og tilbudet og kvaliteten på pasientbehandlingen. Lignende erfaringer fra spesialisthelsetjenesten fant også FAFO, som i 2014 spurte ledere, verneombud og tillitsvalgte ved norske sykehus om hvordan de opplevde arbeidsmiljøet. I følge disse preges det av tidspres, endringer, omstillingsprosesser, og nye kompetansekrav (Trygstad & Andersen, 2015).

Måltall og kvalitetsindikatorer gjør likevel noe mer enn å være arbeidskrevende, og de gjør også mer enn å plassere behandlere i et spenn mellom ytre krav og behandlingskvalitet. De former vår forståelse av virkeligheten som tallene representerer. Tallene får sin normative verdi gjennom sammenligninger, legger til rette for økt produksjon mot målbare faktorer, og påvirker også aktørers atferd (Redden, 2019). For eksempel skriver Friberg (2015) om hvordan hun etter en episode med en pasient, jublet over en «ekstra produksjon», noe som fikk henne til å reflektere over hvordan målstyringsregimet gradvis hadde endret hennes måte å tenke om behandling på:

Eksempelet kan virke banalt, men det tydeliggjør hvordan jeg som arbeidstaker skifter fokus fra å ville gjøre et godt faglig arbeid for pasienten til å bli opptatt av om sjefen er fornøyd med meg. Det viser hvordan jeg mister taket i det jeg vurderer som en sunn indre motivasjon og interesse for fag og pasient – å se verden innenfra og ut – til å begynne å vurdere meg selv som gjennom et kamera sett utenfra der målet er å gjøre det bra for meg selv og for institusjonen jeg jobber for.

Psykiske helsevern var moden for reformering

Om den nyliberale styringsideologien koloniserer behandlernes domener og øker arbeidspresset, er mål- og resultatstyring og kvalitetsindikatorer likevel et forsøk på å forbedre et psykisk helsevern, som ifølge stortingsmeldingen *Åpenhet og helhet*

sviktet både profesjonelt og strukturelt til langt ut på 1990-tallet (Sosial- og helsedepartementet, 1996). *Åpenhet og helhet* beredte grunnen for opptrappingsplanen for psykisk helse. Stortingsmeldingen beskriver utviklingen i behandlingen av psykiske lidelser som preget av skiftende faglige ideologier, og institusjoner som ikke holdt tritt med kunnskapsutviklingen. Norge gikk fra en institusjonaliseringspolitikk til en avinstitusjonaliseringspolitikk fra 1970-tallet og utover. Døgnplasser ble kraftig nedbygd, men uten at tjenestemottakerne ble sikret et alternativ (Benum, 2005; Hatland et al., 2018). Avinstitusjonaliseringen var i tråd med den faglige utviklingen ellers i Vesten, men kom sent i gang i Norge (Sosial- og helsedepartementet, 1996).

I følge *Åpenhet og helhet* var de psykiatriske langtidsinstitusjonene kjennetegnet av å være et botilbud inkludert pleie- og omsorgstjenester, selv om det også var store variasjoner mellom institusjonene. Beboerne fikk begrenset behandling, og personalet mente at mange var feilplassert og heller hadde behov for kommunal oppfølging. Gjennomsnittsalderen var høy, og oppholdstiden var i gjennomsnitt syv år. I privatpleien var gjennomsnittsalderen 67 år, og oppholdstiden 19 år.

Myndighetene fant det også vanskelig å kontrollere kvaliteten på behandlingen, og metodene som ble benyttet, ettersom dette foregikk bak lukkede dører. Den faglige praksisen varierte, og ofte beroende på hvilke metoder den ansvarlige overlege foretrakk. Slik oppstod det store variasjoner mellom institusjonene. I tillegg var det lange ventetider for å slippe til, samtidig som behandlerne i snitt hadde 1,5 pasientsamtaler om dagen (Sosial- og helsedepartementet, 1996).

Statlige myndigheter signaliserte behov for forbedringer, men var ikke fornøyd med fylkeskommunenes som institusjonseiere sin oppfølging. For eksempel hadde kun 17 av landets 134 psykiatriske sykehjem i 1990 blitt omstrukturert til distriktpsikiatriske sentre, fem år etter statens bestemmelse. Den svekkede tilliten gjald ikke kun psykisk helsevern. Det høye kostnadsnivået innenfor velferdstjenestene, kombinert med arbeidsledighet og stagflasjon bidro til en mistillit til den offentlige styringen av velferdstjenestene. Situasjonen i Norge var imidlertid

ikke unik, men gjenspeilet situasjonen i landene innenfor OECD (Høyer et al., 2016). Problemene innenfor det offentlige helsevesenet, banet vei for nye styringsformer preget av New Public Management. For å bedre effektiviteten og kontrollen med tjenestene ble konsernlogikker innført i offentlig forvaltning (Berg, 2006; Ramsdal, 2013).

Polikliniske konsultasjonsrater i psykisk helsevern for voksne har lenge fulgt en oppadgående trend (Pedersen, 2018), samtidig har kostnadsnivået per behandlet poliklinisk pasient minket (Bremnes & Aufles, 2019). En slik utvikling kan tas til inntekt for at styringen er blitt mer effektiv. Likevel fortsetter problemene, eller nye problemer oppstår, også etter reformene. I en oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 og 2009 av distriktpsikiatriske sentre, fant Helsetilsynet svikt på ett eller flere områder i 44 av 56 undersøkte DPS-er. Sviktene omfattet system for å fange opp og vurdere henvisninger og søknader, usystematiske og ufullstendige utredninger, og mangelfull ledelse og kontroll (Helsetilsynet, 2009).

Kritikere av rådende styringsideologier kan hevde at slik systemet er innrettet bidrar det til å konstruere den praksisen som rapporteres. Tilhengere kan på den annen side vise til at indikatorer og tall kan benyttes som grunnlag for å avdekke sviktende praksis, og bidra til å sikre et likeverdig og rettferdig behandlingstilbud. Innføringer av kvalitetsindikatorer, mål- og resultatstyring er likevel tveegget. Tidligere fagsjef i Psykologforeningen mener at systemet både gir større etterprøvbarehet og transparens, men samtidig gir det også feil mål på hva behandlingskvalitet er, og mindre rom for utøvelse av klinisk ekspertise og individuell tilpasning. Han argumenterer derfor for justeringer innenfor det rådende regimet (Høstmælingen, 2014).

I spennet mellom profesjonalisme og (ny) offentlig styring kan digitale kliniske tilbakemeldingssystemer tjene formål rettet mot ledelse- og myndighetsnivå, for eksempel ved kvalitetsforbedringsarbeid basert på data om behandlingsresultater, tid i behandling, og pasient-behandler relasjoner. Samtidig kan KTS også være et virkemiddel som styrker terapien (Rousmaniere et al., 2019). Et slikt scenario vil

imidlertid kreve en høy oppslutning om KTS, både blant brukerne og på systemnivået i psykisk helsevern.

2.2 Standarders sosiologi

Implementeringer i psykisk helsevern, enten det dreier seg om behandlingsprosedyrer eller kvalitetsindikatorer, kan kategoriseres under fellesbetegnelsen standarder. Ved å undersøke standarder som en del av en større helhet inntar jeg et sosiologisk perspektiv på fenomenet. Mer konkret handler det om standarders normative og formende dimensjoner (Timmermans & Epstein, 2010). Standardens sosiologi er en forholdsvis ny sosiologisk gren som hviler på et premiss om objekters handlingskapasitet, i likhet med aktør nettverksteori (Timmermans & Berg, 2003). Perspektivet er et av flere mulige for å forstå implementeringsutfordringer, og kan slik utfylle de mer dominerende implementasjonsvitenskapelige rammeverkene og modellene, som ofte er forankret i evidensbasert praksis. Begrunnelsen for hvorfor jeg velger akkurat denne type sosiologisk teori går jeg nærmere inn på i metodologikapittelet.

Standard er et vanlig begrep i dagligtalen og har en situasjonsbetinget betydning. Vi kan snakke om moralske standarder i en sammenheng, levestandard i en annen, og tekniske standarder i en tredje. Begrepet refererer til en myriade av ulike forhold, fra moral til tekniske egenskaper, og forsøkene på å definere begrepet varierer likeså. Brunsson og Jacobsson (2002) definerer standarder og standardisering som en form for regulering som koordinerer, muliggjør samarbeid, og skaper likheter og ensartethet i global skala. Lampland og Star (2009) identifiserer fem fellestrekk ved standarder: de er internt sammenflettede, er ujevnt sosiokulturelt distribuert, er relative til praksisfelleskaper, i økende grad koblet sammen på tvers av institusjoner, nasjoner, og tekniske system, og kodifiserer, kroppsliggjør og foreskriver etikk og verdier. I tillegg finner vi undertyper av standarder. Her finner vi designstandarder som definerer egenskaper ved standarder; terminologiske standarder, for eksempel ICD-10 som gir sams forståelse av gitte lidelser; prestasjonsstandarder som for eksempel måltall for pasientgjennomstrømning eller epikrisetider; og

prosedyrestandarder som for eksempel kliniske retningslinjer (Timmermans & Epstein, 2010). Vi ser at standarder kan forstås på ulike måter, men fellestrekket er at de ofte bygger på ekspertkunnskap og konsensuser (Brunsson & Jacobsson, 2002). I følge Brunsson og Jacobsson kan standarder derfor sees på som ekspertkunnskap lagret i form av regler, eller tekniske løsninger, og ofte med et vitenskapelig grunnlag.

Ideene til reformeringen av det norske helsevesenet kom fra den britiske New Public Management (NPM) reformen av offentlig sektor (Magnussen, Saltman, & Vrangbæk, 2009). NPM-doktrinen vektla profesjonell administrasjon og ledelse basert på modeller fra privat sektor, eksplisitte standarder og resultatmål, og budsjett disiplin (Hood, 1991). Forvaltning, ledelse og kvalitet som tidligere var individuelt opparbeidet og skjøttet gjennom profesjoner skulle underlegges standardisering, kontroll- og rapporteringssystemer for å gjøre tjenesteytere ansvarlig overfor tjenestebrukerne (Høyer et al., 2016; Redden, 2019). Mål- og resultatstyringen tilrettela samtidig både for institusjonell autonomi, men også en avstandsstyring med standarder og indikatorer som forsterket sentral politisk makt (Redden, 2019). Altså virker standarder politisk og gjør avstandsledelse mulig. Desentralisert kontroll og overvåking blir mulig fordi behovet for stedlig kontroll og inspeksjoner minsker. Om kvaliteten i medisinsk behandling er i henhold til visse standarder vil det forenkle inspeksjoner, i motsetning til fysisk tilstedeværelse og kvalitetsvurdering av innholdet i selve arbeidet (Brunsson & Jacobsson, 2002). Effektiv inspeksjon kan slik forklare hvorfor form og prosedyrer er ansett som viktigere enn innhold og formål, hevder Brunsson og Jacobsson. Samtidig skaper standarder også mer like institusjoner og praksiser (Timmermans & Epstein, 2010), som blir mer synlige og transparente for eksempel for myndigheter, media og lekfolk.

Hvilken nytte er det i å betrakte KTS som en standard, og hvilken type standard er det i så fall? For å svare på det må vi også undersøke hvilken funksjon det har, eller skal ha i sammenhenger det er utviklet for å nyttiggjøre. Vi må undersøke hvilke regler og føringer som tilknyttes, og hvordan praksisen påvirkes av innføringen av KTS. I

studien av Norse Feedback legger vi Timmermans og Bergs (2003) tre prinsipper til grunn: at kunnskap er situert, makt tilsløres, og politikken tilsynekomst. Første prinsippet dreier seg om å undersøke standarder fra aktørperspektivet – at ulike aktører kan erfare den samme hendelsen forskjellig. Det andre punktet handler om at standarder har handlingskapasitet når de inngår i nettverk med andre mennesker og artefakter. Siste prinsipp anser standarder som politiske, ikke i seg selv, men gjennom å være en del av et nettverk/arrangement hvori denne kapasiteten, både tilsiktet og utilsiktet, kan forme og endre konstellasjoner. For eksempel kan vi forestille oss at noen behersker KTS bedre i et kollegium og at dette påvirker denne personens status.

Styrken i en standards endringskapasitet ligger i de innebygde forutsetningene for bruken, eller hvordan ønsket utkomme eller praktisering er oversatt til handlingskapasitet ved tingen selv (Latour, 2007; Timmermans & Berg, 2003). Et eksempel på en sterk inskripsjon er alarmen som aktiveres når du kjører bil uten setebelte. Lyden skaper en ubehagelig opplevelse og et incentiv hos sjåføren for å feste setebeltet. I klinisk sammenheng kan eksempler være koblingen mellom diagnosekoder og finansieringsordninger, eller journalssystemgenererte varsler ved ufullførte oppgaver.

Om vi legger standardens sosiologi til grunn betyr det at samspillet mellom verktøyet og en rekke andre forhold er bestemmende for bruken, nytten og konsekvensene. Verktøyet både former konteksten det inngår i, og brukeropplevelsen av verktøyet formes av konteksten det benyttes innenfor. Dette premisset impliserer at i det forskning overføres til praksis blir også noe av kontrollen over implementeringen tapt. For eksempel viser erfaringer med implementering av EBM at kliniske retningslinjer sjelden praktiseres fullt ut etter prosedyren. Heller enn «guidelines» benyttes «mindlines» – et begrep som viser til at den kliniske konsultasjonen ofte ikke tillater at alle forhold kan tas i betraktning, men i stedet er et forhandlingsrom som begrenses av tid, taus kunnskap, erfaring, dialog, og prioritering av et potensielt stort tilfang av kunnskap (Wieringa & Greenhalgh, 2015). I et aktør-nettverksperspektiv kan vi derfor si at inskripsjonens egenskap og styrke påvirker hvorvidt praksisen ligger nærmere guidelines eller mindlines.

Standarders sosiologi har sitt vitenskapelige fundament i aktør-nettverksteori, som derfor gir metodologiske implikasjoner også. Det vitenskapsfilosofiske grunnlaget diskuteres videre i kapittel 4.

2.3 Kliniske tilbakemeldingssystemer som praksisbasert evidens

Vi kan, som vi har sett, betrakte KTS som et spesifikt verktøy for ulike formål, eller som en komponent i en type terapeutisk praksis. Hvilken innpakning det ikles påvirker også hvordan vi oppfatter verktøyet. Er det for eksempel *measurement based care* som implementeres, KTS i pakkeforløp for psykisk helse og rus, eller KTS som verktøy for kvalitetsforbedring? Innføres verktøyet for å styrke behandlernes autonomi over egen praksis, styrke pasientens medbestemmelse, kvalitetssikre tjenesten, eller alle formålene? Spørsmålene peker tilbake på KTS som et verktøy for noens interesser – altså et maktspørsmål. Hvorfor, og på hvilke måter KTS implementeres er derfor også politisk og vil kunne påvirke hvordan det blir mottatt.

KTS befinner seg i et fagpolitisk spenningsfelt, mellom evidensbasert praksis og en praksisbasert retning, selv om retningene ikke nødvendigvis er dikotome.

Praksisbasert evidens, som er en retning innenfor paradigmet *praksisorientert forskning* (Lambert & Bergin, 2013), utgjør KTS' faglige overbygning. Felles for den praksisorienterte forskningen er nedenfra-perspektivet, den lokale orienteringen, og fokuset på ekstern validitet (Lambert & Bergin, 2013). Retningen både utfordrer og komplementerer det evidensbaserte kunnskapssynet, og spesielt dets vektlegging av evidenshierarkiet (Barkham, Hardy, & Mellor-Clark, 2010). Praksisbasert evidens bygger videre på *pasientfokusert forskning*, introdusert som et nytt paradigme for «monitorering av et individs progresjon gjennom et terapiforløp, og denne informasjonens tilbakemelding til klinikerer, veilederen, eller behandlingsansvarlig» (min oversettelse) (Howard, Moras, Brill, Martinovich, & Lutz, 1996, s. 1059). Gjennom å måle pasientenes progresjon og forventede kurs ville de la behandleren selv vurdere om metodene i behandlingen hadde ønsket virkning eller ikke for den enkelte pasient, i motsetning til store randomiserte og kontrollerte studier som

undersøkte effekten av selve metoden. Barkham et al. (2010) påpeker at evidensbasert praksis med sitt utspring fra evidensbasert medisin utvilsomt har bidratt til å styrke psykoterapien. Samtidig peker også de på at EBM har utfordret behandlernes autonomi, og viser til at en leges autonomi ikke blir vesentlig utfordret av å bytte ut foretrukne medisiner når det foreligger evidens for en bedre, men det samme kan ikke sies for psykoterapeutisk praksis som baserer seg på samtaler.

En praksisnær orientering, hvor lokale spørsmål fra hverdagspraksis danner evidensbase, ville utgjøre et nødvendig tillegg for å utvikle kunnskap som er direkte relevant for klinikerne. Samtidig danner det grunnlag for forbedringsarbeid og politikktutforming (Barkham et al., 2010). Praksisbasert kunnskap skiller seg derfor fra evidensbasert kunnskap på flere områder. Data genereres fra ordinær praksis og reflekterer slik den hverdagslige naturen til klinikernes arbeid, for eksempel ulikheter i hvilken type terapi som benyttes, terapeuters ulike utdanning, og antall terapitimer. Målet er å reflektere mangfoldet, med fokus på pasienten heller enn behandlingsteknikken. Helt konkret viser forfatterne til forskjellene mellom paradigmen langs ulike akser. Viktigst er kanskje den overordnede filosofien, og spørsmålet om hvordan forskningsdesign bør utformes. Den praksisbaserte retningen er lokalt orientert hvor behandlere har eierskap til spørsmålene og evidensen. Motsatt legger evidensbasert forskning vekt på randomiserte-kontrollerte studier, gjerne initiert ovenfra av myndigheter og forskere. Her gjelder strenge formalkrav som spissede forskningsspørsmål, selekterte og målrettede utvalg, og testing av spesifikke manualbasert behandlingsmetoder som behandlere får ekstra trening i å bruke. Som kontrast, argumenterer den praksisbaserte retningen med at praksisen som konstrueres i de kontrollerte studiene ikke gjenspeiler den reelle virkeligheten for behandlere og pasienter, og sådan mangler tilstrekkelig validitet. Derfor bør forskning bygge på rutinemessig innsamlede data fra reelle behandlingsforløp. Det innbefatter alle pasienter, med komorbiditet, og alle typer behandlinger.

Videre vil de tilrettelegge for læringsløyper med utgangspunkt i klinisk relevante spørsmål som kan lede til prøvbare tiltak. Nøkkelen til å skape denne læringsløyfen er KTS. Gjennom KTS formidler pasienten informasjon som kan benyttes i

terapitimen og til planlegging av behandlingen, men også som grunnlag for behandlerens egenutvikling. KTS kan for eksempel hjelpe behandler med å finne ut hvor ens styrker og svakheter som behandler ligger. Forskning utført av Lambert og kollegaer peker nettopp på dette behovet. Mellom fem og ti prosent av pasientene forverres gjennom terapiforløpet, og mellom 40 og 60 prosent av pasientene har utbytte av terapien. Men når terapeuter blir spurt om hvor effektive de er, svarer de at omtrent 85 prosent av pasientene blir bedre (Hansen, Lambert, & Forman, 2002; Lambert & Harmon, 2018). Samtidig er det også vanskelig for behandlere å forutse negativt behandlingsutfall, i motsetning til dataalgoritmer som kan treffe i opptil 85 prosent av tilfellene (Hannan et al., 2005). I tillegg overvurderer mange behandlere styrken i alliansen med pasienten (Lambert & Harmon, 2018). Det er på bakgrunn av disse funnene at forfatterne argumenterer for at behandlere bør følge med på egen praksis.

I tillegg til at KTS kan generere informasjon til hjelp for behandler, kan informasjonen også hjelpe pasienter. Pasienter som får tilbakemelding på progresjonen sin kan bli mer oppmerksom på årsaker og symptomer, forbedringer eller forverringer, som igjen kan motivere for å endre ineffektive behandlingsplaner (Lambert & Harmon, 2018; Solstad, Castonguay, & Moltu, 2019).

Aggregerte data om tjenesten kan benyttes av institusjonene til kvalitetsvurdering, og som grunnlag for målrettede tiltak, til å matche behandlere og klienter, men også for å sammenligne resultater mellom klinikker (Rousmaniere et al., 2019). På den måten har KTS i seg selv et potensial som grunnlag for å utvikle kvalitetsindikatorer, og som et verktøy for innsikt i ulike behandlingsaspekter fra individ til gruppenivå. Men forfatterne advarer også om begrensninger i validitet, og konsekvenser for behandlere om informasjonen benyttes ukritisk, for eksempel til rangering, eller misbrukt for å understøtte personalavgjørelser.

Kliniske tilbakemeldingsverktøy slik jeg har kontekstualisert dem her, står delvis i kontrast til hva Ekeland omtalte som den sentralstyrte vitenskapsforvaltningen, og nyliberal styringsideologi. Men hvilken rolle KTS tilordnes handler også om hvilke

erfaringer klinikere gjør seg med verktøyet, og hvordan informasjonen som verktøyet generer blir benyttet av ulike interessehavere. KTS i seg selv er ingen garantist for at en institusjon praktiserer praksisbasert evidens som nødvendigvis må være et kollektivt foretagende. Derfor vil implementering av KTS også handle om innpakningen, og hvorvidt det er tillit til at KTS kan være et virkemiddel for å bedre praksisen.

2.4 Feedbackinformert behandling – virker det?

Hva vet vi om KTS og behandlingsresultater? For mitt prosjekt er det ikke like interessant å gå i dybden på hva ulike effektstudier forteller. Men vurdert innenfor et mål- og resultatstyrt system er det interessant hvor pålitelige resultatene er, og hvilken relevans de har i en norsk kontekst. Effektstudier skaper jo forventninger til hva som kan oppnås hvis en institusjon skulle velge å implementere KTS. I følge utviklerne av flere av de store tilbakemeldingssystemene er evidensgrunnlaget så solid at spørsmålet om hvorfor så få behandlere benytter KTS handler mer om utfordringer ved implementeringen (Boswell et al., 2015), og som jeg går inn på i fortsettelsen. Jeg skal likevel kort dvele litt ved effektstudier av KTS, for selv om litteraturen domineres av forskning som støtter innføring av KTS, har de siste årene frembragt kritiske studier som nyanserer bildet, med funn som også er interessant i et implementeringsperspektiv, og kanskje spesielt innenfor en universell velferdsstatsmodell som den norske, som skal sikre lik tilgang til helsetjenester.

Michael Lambert, utvikleren av tilbakemeldingssystemet OQ-45, og en toneangivende forkjemper for KTS peker selv på tilveksten av mer nyanserte studier, men lister også opp et antall metastudier og litteraturgjennomganger som viser de positive effektene av KTS (Lambert & Harmon, 2018). I løpet av de siste årene har forskning i Norge også vist motstridende resultater, noe jeg vil gå litt mer i dybden på senere.

Det generelle bildet som presenteres er at KTS-bruk i behandling gir bedre resultater enn uten. Særlig pasienter som er sårbare for behandlingsbrudd og forverring

gjennom behandlingsforløpet har hatt god effekt. Her viser metaanalyser at bruk av KTS kan gi opptil tredobbel behandlingseffekt (Carlier et al., 2012; Lambert & Harmon, 2018; Shimokawa, Lambert, & Smart, 2010). Effekten tilskrives blant annet systemer med indikatorer som gir varsler ved forverring eller ikke-oppnådd forventet bedring. I tillegg er noen utstyrt med kliniske støtteverktøy, en type beslutningstre, som gir behandlere konkrete forslag til hvordan de kan arbeide med å endre kursen (Lambert & Harmon, 2018). I tillegg, om forverring oppdages, og arbeides med tidligere i behandlingsforløpet, kan det også føre til reduksjon i antall innleggelses (Slade et al., 2006).

Nyere oppsummert forskning, har som jeg allerede har nevnt, nyansert tidligere funn, og også kritisert metodene (Davidson, Perry, & Bell, 2015; Kendrick et al., 2016; Mackrill & Sørensen, 2019; Peterson, Anderson, & Bourne, 2018). Cochrane-evalueringen av 17 studier, vurderte mange som svake, og fant ikke tilstrekkelig bevis for å støtte bruken av KTS (Kendrick et al., 2016). De pekte på en rekke forhold som også utfordrer funn fra tidligere metasynteser, som de også kritiserer for sin inklusjon av ikke-randomiserte studier. Halvparten av de inkluderte studiene opplyste om antall behandlingstimer, kun to studier opplyste om endringer i medisinbruk, eller pasienter henvist for videre behandling. Alle manglet informasjon om uheldige hendelser, sosial fungering, og kost-nytte spørsmål. Flere studier opplyste heller ikke om pasientenes underliggende diagnose, men etter opplysninger var innhentet viste det seg at de fleste hadde vanlige psykiske lidelser. Færre enn 10 % var diagnostisert med alvorlige psykiske lidelser, stoffmisbruk, læringsvansker, demens, eller spiseforstyrrelser. Fem undersøkelser av pasienter med alvorlige psykiske lidelser viste effekt, men ble utelukket fra metasyntesen ettersom de ikke var randomiserte. En nyere randomisert-kontrollert undersøkelse viste imidlertid ikke noen effekt av KTS på symptomreduksjon og velbefinnende hos pasienter med tunge psykiske problem (Tzur Bitan et al., 2019).

Kendricks metasyntese finner derfor at bruk av KTS ikke har en samlet positiv påvirkning på behandlingsutfall. De finner heller ikke noen effekt av å vise pasientene tilbakemeldingsrapport, versus til kun behandlere eller begge samtidig, ei

heller ved bruk av kliniske støtteverktøy. Dette står i kontrast til konklusjonen til Krägeloh og kollegaer (2014) som undersøkte nettopp slike sammenhenger. Videre kritiserer Kendrick metasynteser som på basis av ikke-randomiserte studier har konkludert med positiv effekt på pasienter med negativ progresjon. Av samme grunn utelot Kendrick og kollegaer de studiene som inkluderte spiseforstyrrelser og alvorlige psykiske lidelser. Imidlertid kritiseres Kendricks og hans medforfattere for ikke å forstå hvordan feedbackinformert behandling virker. For eksempel når de ekskluderer studier på grunnlag av at pasienter har fått medisinsk tilleggsbehandling, når et av formålene med KTS nettopp er å gi informasjon som vurderingsgrunnlag for behandlingsendringer (Lewis et al., 2019).

Davidson et al. (2015) står etter eget utsagn bak den første uavhengige litteraturgjennomgangen på KTS, og fant lignende svakheter ved studiene som hos Kendrick og medforfattere. De skriver med øye for en britisk kontekst. Artikler som gjennomgås kritiseres i så måte for hvor representative funnene er, og i hvilken grad funnene er overførbare til det offentlige britiske helsevesenet. For eksempel vises det til at flere av studiene på KTS er utført i amerikanske universitetsklinikker, på unge pasienter med milde symptomer. Mangelen på bredde i psykiske lidelser, alvorlighetsgrad, og alder mener de begrenser hvor anvendelig funnene er for den britiske helsetjenesten. Disse innvendingene er nok også relevant med henblikk på innføring av KTS i den norske helsetjenesten. I tillegg til disse forskjellene kommer at KTS implementeres i ulike kontekster og at implementeringsforskningen er gjort på ulike stadier i implementeringsprosessen (Mackrill & Sørensen, 2019).

Problemer med effektmålinger av KTS er også en viktig diskusjon blant forkjempere, for eksempel utfordringer ved at systemene er ulike, at de har moduler med ulike egenskaper, som betyr at vi ikke nøyaktig vet hva som er medvirkende årsaker, og som igjen kan påvirke hvor effektive de er (Boswell et al., 2015; Lyon et al., 2016; Wampold, 2015). Variasjonen dreier seg om hvilke dimensjoner som måles, hvor mange, om verktøyene er digitale eller analoge, om de måler progresjon kontinuerlig, samt hvor tidkrevende utfyllingen er (Boswell et al., 2015; Lyon et al., 2016). Blant 49 systemer som ble sammenlignet, fant Lyon et al. (2016) at av 28 mulige

egenskaper eller komponenter var den høyeste dekkprosenten for et KTS 50,6 prosent. De hyppigste forekommende komponentene var å *spore standardisert utfall og utfallsmonitorering for tjenesteyter*, som var integrert i 75 prosent av systemene. Overington og Ionita (2012) har med en lignende studie identifisert tre overordnede fellestrekk blant de til da vanligste systemene i bruk: symptomkartlegging, velvære, og sosial fungering. I følge Lyon (2016) er det ikke enkelt å svare på hvilke komponenter et KTS bør inneha ettersom det spørsmålet ikke har blitt empirisk undersøkt. Varierte resultater i effektstudier peker på nødvendigheten av forskning for å finne ut hvilke mekanismer ved KTS som er assosiert med bedre effekter (Lewis et al., 2019).

Tross varierte resultater i kontrollerte studier, systematiske oversikter og metasynteser, blir KTS ansett som en viktig del av behandlingen flere steder. For eksempel har den amerikanske psykologforeningen lenge anbefalt bruken (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). I land som Australia, New Zealand, Storbritannia, og Nederland er bruken langt på vei blitt pålagt gjennom forskjellige policyer. Kendrick og medforfattere (2016) mente at deres metasyntese ikke ga grunnlag for å støtte en policy om at pasienter med vanlige psykiske lidelser i Storbritannia og USA burde følges rutinemessig med KTS.

2.5 Feedbackinformert behandling – virker det hos oss?

I Norge ble KTS innført i januar 2019 som anbefalt praksis gjennom pakkeforløpet for psykisk helse. Men om vi legger den kritiske forskningen til grunn, og utfordringene med mange og ulike systemer, skulle det indikere behov for mer forskning på effekter av KTS, kombinert med implementeringsforskning i ulike norske kontekster, og med en større bredde i pasientutvalget. For eksempel peker Peterson, Anderson og Bourne (2018) på en lovende sammenheng mellom en intensiv implementeringsstrategi og positiv effekt av KTS i den norske Tillerstudien.

Oppmerksomheten og interessen for KTS i Norge øker. De siste årene har tre forskningsmiljø utført randomiserte-kontrollerte studier av KTS i bruk blant voksne

pasienter innenfor spesialisthelsetjenesten. Marit By Rise og hennes samarbeidspartnere har forsket på korttids- og langtidseffekter av tilbakemeldingssystemet PCOMS i poliklinisk behandling tilknyttet St. Olavs Hospital. Et lignende prosjekt har Heidi Brattland og kollegaer også gjennomført, med samme KTS, i en poliklinikk, også ved St. Olavs Hospital. Ingunn Amble og kollegaer ved Modum Bad har gjennomført to randomiserte kontrollerte studier av instrumentet OQ-45 i deres klinikk. Resultatene fra alle disse er ikke entydige.

Rise og samarbeidspartnere har undersøkt korttids- og langtidseffektene ved bruk av KTS henholdsvis i 2012 og 2016, men med ulike forskningsspørsmål. Korttidsstudien undersøkte effekten av KTS på terapeutisk allianse og pasienttilfredshet etter seks ukers behandling. Undersøkelsen tok utgangspunkt i et brukermedvirkningsperspektiv hvor KTS anses som et verktøy som kan styrke pasienters medvirkning i behandling, og videre at en slik medvirkning styrker terapeutisk allianse og pasienttilfredshet, som igjen vil øke sannsynligheten for et godt behandlingsutfall. Analysen ga imidlertid ikke støtte for hypotesen, men pasienter som benyttet KTS ble mer motiverte for behandling, og pasientaktivering og fungering ble forbedret (Rise, Eriksen, Grimstad, & Steinsbekk, 2012). Samme type undersøkelse foretok også Heidi Brattland og kollegaer (2019), men med motsatt konklusjon. Alliansemålene var bedre når KTS ble benyttet, som igjen predikerte bedre utfall etter endt behandling sammenlignet med kontrollgruppen. I artikkelen påpeker de at undersøkelsen til Rise og kollegaer ikke undersøkte om styrken i alliansen økte over tid. Senere undersøkte Rise, Eriksen, Grimstad og Steinbekk (2016) om det var forskjell mellom intervensjon- og kontrollgruppen på symptomer, fungering og pasientaktivering eller mestring ved bruk av KTS, også her uten signifikante resultater.

Brattland og hennes samarbeidspartnere fant at pasienter kan ha nytte av KTS uavhengig av hvor dårlig pasientene er ved behandlingsoppstart. Resultatet fra den fireårige implementeringsperioden av PCOMS viste at behandlingseffekten økte over tid. Forfatterne målte ikke implementeringsfaktorer som kunne forklare økningen,

men antok at det skyldtes kontinuerlige bestrebelse for å lykkes med implementeringen (Brattland et al., 2018b).

Ingunn Amble og kollegaer undersøkte, og fant positiv effekt av verktøyet OQ-45 hos pasienter rekruttert fra to klinikker for døgntil behandling, og fire poliklinikker hvorav den ene behandlet rusproblemer (Amble, Gude, Stubdal, Andersen, & Wampold, 2015). Kendrick og kollegaer trakk fram denne studien som eksepsjonell med tanke på hvor dedikert behandlerne var til å bruke KTS, og viste samtidig til De Jong (2012) som fant at slike faktorer hadde sammenheng med forbedring hos pasienter med negativ progresjon.

Både Amble og Brattland omtaler interessante implementeringsforhold i sine artikler. Begge arbeider på samme sted som forskningen pågår. Begge beskriver et systematisk og kontinuerlig opplegg for kursing av behandlerne, og rekruttering av pasienter. Utsiktede hendelser skjer likevel. For eksempel at inntaksteamet glemmer å vurdere pasienter til studien, og at hele 7 av 20 behandlere slutter i prosjektperioden (Brattland et al., 2018a). Amble og kollegaer peker i deres artikkel på en betydelig forskjell i rekrutteringen mellom prosjektleders arbeidssted og de andre klinikkene, og som sannsynligvis skyldtes en lokal forkjemper som fulgte opp implementeringen. Denne erfaringen sammenfaller også med funnene som viser bedre effekt når undersøkelsene ledes av dedikerte talsmenn for KTS (Kendrick et al., 2016; Wampold, 2015).

Kanskje disse erfaringene indikerer at KTS' effekter skapes gjennom mer sammensatte sosiale og materielle forhold. At det handler om å bygge tillit for at praksisen kan fungere, også fordi KTS-implementering kan være en svært vanskelig prosess som involverer mange aktører som må dra i samme retning (Roe, Mazor, & Gelkopf, 2019). Kanskje gir effektstudier bevis for at KTS har effekt, og ofte hos dedikerte KTS-forkjempere, men vel så viktig som evidensen i seg selv, blir da prosessen med å implementere og forankre praksisen hos de sentrale aktørene. Men implementering er vanskelig og medfølger mange hindre.

2.6 Implementering av kliniske tilbakemeldingssystemer

Et sentralt spørsmål i forskningsfeltet om KTS de siste årene har vært hvorfor så relativt få behandlere har innarbeidet KTS i sin behandling tross all publisert kunnskap som viser nytteeffekter. Hvor vanlig KTS er i ulike deler av verden varier. En amerikansk studie fra 2004 viste at 37 prosent av psykologer (n=996) benyttet KTS (Hatfield & Ogles, 2004). Nyere amerikanske resultater viser imidlertid kun 13,9 prosent bruk blant klinikere (n=504) (Jensen-Doss et al., 2018). En nyere studie fra Australia hvor KTS har vært benyttet i flere år som følge av myndighetskrav, benytter 69 prosent av et datamateriale på 204 psykologer KTS (Chung & Buchanan, 2019). Dette tallet er vesentlig høyere enn i Canada hvor bare 12 prosent (n=1168) benyttet KTS, og hvor KTS var ukjent for 2/3 av psykologene (Ionita & Fitzpatrick, 2014). Hvor utbredt KTS bør være, for hvilke pasientgrupper, og hvor hyppig sier forskningslitteraturen lite om.

Svaret på utbredelsesspørsmålet har vært å undersøke implementeringsprosesser for primært å kartlegge barrierer og fasilitatorer. Interessen for implementeringsforskning har økt i takt med at gapet mellom KTS' effekt på behandlingsresultat og den relativt beskjedne praksisen av KTS har blitt synlig. Implementeringsforskning generelt har også ekspandert som forskningsfelt i helsesektoren, mellom annet som følge av vanskeligheter med innføring og etterlevelse av evidensbaserte kliniske retningslinjer. Disse retningslinjene har økt i omfang, men ofte vist seg vanskelig å praktisere fullt ut (Greenhalgh, Howick, & Maskrey, 2014). Implementering defineres ulikt, og en begrepsavklaring er derfor nødvendig før jeg går inn på implementeringsforskning av KTS.

Hele 106 definisjoner beskriver prosesser som angår overføring av kunnskap til praksis (Rabin & Brownson, 2018). Av disse trekker den samme artikkelen fram denne definisjonen: «Implementering er prosessen med å ta i bruk, eller integrere evidensbaserte intervensjoner i en setting» (Rabin & Brownson, 2018, s. 22) (min oversettelse). En lignende definisjon rettet mot implementering av innovasjoner forstås som (i min oversettelse): «aktive og planlagte bestrebelser for å gjøre

innovasjonen vanlig (mainstream) i en organisasjon» (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004, s. 582). Videre har vi *implementasjonsvitenskapen* som er:

[D]en vitenskapelige studien av metoder for å fremme systematisk opptak av forskningsfunn og andre evidensbaserte praksiser til å bli rutinemessig praktisert, og slik forbedre helsetjenestens kvalitet (effektivitet, pålitelighet, trygghet, formålstjenlighet, rettferdighet). Det inkluderer studien av påvirkninger på behandleres og organisasjoners adferd (min oversettelse).

Denne definisjonen inkluderer forskning på barrierer, fasilitatorer, og strategier for implementeringer (Eccles et al., 2009, s. 2). For å komplisere bildet ytterligere er implementeringsforskning også en gren innenfor samfunnsvitenskapen som spesielt konsentrerer seg om prosesser rundt iverksetting av offentlige policyer, men som også overlapper implementasjonsvitenskapen i interessen for helsetjenestepolicyer, som for eksempel retningslinjer eller administrative avgjørelser som kan påvirke bruk av forskning i klinisk praksis (Nilsen, Ståhl, Roback, & Cairney, 2013). I følge den samme artikkelen er det imidlertid minimalt med kunnskapsoverføring mellom de to tradisjonene. Et sentralt verk innenfor den samfunnsvitenskapelige retningen definerer implementering som iverksetting og fullføring (Hill & Hupe, 2009). Implementeringsforskning involverer her også adferd og intensjoner, handlinger så vel som passivitet, samt utilsiktede konsekvenser av policyer (Nilsen et al., 2013).

Definisjonene som her er presentert inneholder ulike begreper som evidensbasert, innovasjon og policy, men fellestrekket er at det dreier seg om noe som skal innføres og integreres som en vanlig del av praksisen. Norse Feedback kan sies å falle inn under alle tre begrepene. For eksempel kan vi hevde at NF er bygget på grunnlag av evidens om KTS' behandlingseffekter, er innovativ med tanke på bruk av dynamisk persontilpassede spørsmål, og innfører en policy om styrking av brukermedvirkning og/eller praktisering av praksisbasert evidens.

Betyr det da at hvordan vi definerer implementeringsobjektet skal legge føringer på hvordan vi bør forske på implementeringen? Nei, men det trenger heller ikke utelukke en sammenheng. Likevel har implementeringsforskningen tidligere vært

preget av en lineær tenkning som ikke tar høyde for det komplekse samspillet som fenomenene inngår i, mens kompleksitetsperspektiver har kommet til i nyere tid (Braithwaite, Churrua, Long, Ellis, & Herkes, 2018). Med utgangspunkt i Ludwig Wittgensteins språkfilosofi kan det hevdes at forskning kan bidra til å bedre forstå hva det implementerte objektet er, ut fra hvordan det virker i et kontekstuellet samspill (Wittgenstein, 2010). Fenomenologisk kan vi på lignende vis hevde at intensjonene med implementeringsobjektet ikke trenger være lik mottakernes opplevelse av det. Slike påstander peker da i retning av hvem som har, eller skal ha makt til å definere noe som noe, og at dette ikke trenger være gitt på forhånd.

Av forskning på implementering av KTS i psykiske helsetjenester er det imidlertid den implementasjonsvitenskapelige retningen som er rådende, i den grad det eksplisitt er uttrykt i studiene. Den empiriske forskningen har imidlertid en mer pragmatisk tilnærming hvor kartlegging av barrierer og fasilitatorer dominerer, uten noen referanse til implementasjonsvitenskapen. Pionerer i utviklingen og forskning på KTS peker imidlertid konkret på implementasjonsvitenskapelige strategier eller modeller til hjelp i implementeringen av KTS (Boswell et al., 2015; Mellor-Clark, Cross, Macdonald, & Skjulsvik, 2016). De peker også på behovet for mer kunnskap om implementering, innarbeiding og vedvarende bruk av KTS. Jeg kjenner imidlertid ikke til at slike strategier og modeller er empirisk undersøkt med KTS som implementeringsobjekt.

Mange studier kan være relevante for innsikt i implementeringsproblemer uten at det må foreligge et eksplisitt implementeringsspørsmål til grunn, men jeg vil her redegjøre for noen empiriske studier som har undersøkt hva som fremmer eller hindrer implementering av KTS. Funnene er i stor grad hentet fra studier i en voksenpopulasjon hvor konteksten nødvendigvis ikke er sammenlignbare, hvor temaene ikke er tilstede i alle settinger, hvor ulike KTS-er benyttet, hvor noe foregår i privat sammenheng og andre innenfor det offentlige, og hvor sammenhengen mellom komponentene ikke er utforsket. Likevel vil det gi et overblikk over problemområdet, og kanskje synliggjøre noen fellestrekk. Senere vil jeg påpeke nødvendigheten av å

diskutere sammenhengen mellom komponentene kontekstuell, innenfor samme setting.

2.7 Forhold som påvirker implementering

Uavhengig av hvor KTS praktiseres påvirkes klinikere, pasienter og administrativt ansatte av KTS i varierende grad. Implementering i institusjoner skjer ofte gjennom ulike stadier, beslutningsprosesser og berører ulike aktører. Tre litteraturgjennomganger av KTS-implementering finner en rekke forhold av betydning for en vellykket innføring og bruk.

Tabell 1: Implementeringsfaktorer*

Boyce, Brown og Greenhalgh (2014)	(Mackrill & Sørensen, 2019)	Solstad, Castonguay og Moltu (2019)
– Praktiske hensyn	– Administrasjon/ledelse	– Mistenksomhet til tilbydere
– Verdsette dataene	– Inter-organisatoriske faktorer	– Fleksibilitet og støtte, for å gripe kompleksiteten
– Metodologiske hensyn	– Ovenfra-og-ned og nedenfra-og-opp prosesser	– Myndiggjøre pasienter
– Innvirkning på pasientbehandling	– Kultur for tilbakemelding	– Utvikle en samarbeidsorientert praksis
	– Implementeringsteam	
	– Koordinatorer/forkjempere	
	– Personale	
	– Overvåke/konsultasjon	
	– Opplæring/trening	
	– Måleinstrument	
	– Rapporter	
	– Utvikle et språk for KTS til bruk i klinisk praksis	
	– Klientfaktorer	

*Min oversettelse

Boyce, Brown og Greenhalgh (2014) har utført, etter eget sigende, den første systematiske litteraturgjennomgang av kvalitativ forskning av barrierer og fasilitatorer ved bruk av KTS innenfor både psykiske og somatiske helsetjenester. De fant flere faktorer som gikk igjen i de ulike studiene. Mye handlet om praktiske forhold som tidsaspektet, administrering, samarbeid, veiledninger, ledelse, kursing,

teknologi, og støttefunksjoner. For eksempel kunne det være ulike oppfatninger av hvorvidt KTS var tidkrevende, eller ei. Noen behandlere mente arbeidet rundt innsamlingen av data tok for mye tid, mens andre mente at systemene var tidsbesparende fordi de formidlet pasientinformasjon på en effektiv og systematisk måte. Teknologien kunne også være både en barriere og en fasilitator. I så måte var manglende tilgang til PC, trege nettverk, manglende dataferdigheter, glemte passord, og vansker med å forstå grafene tema som hyppig forekom. At pasienter kunne fylle ut skjemaene hjemmefra ble positivt ansett.

Et annet tema handlet om hvordan dataene ble verdsatt. For eksempel viktigheten av åpenhet rundt formålene med implementering, noe som kan hindre mistenksomhet rundt vikarierende motiv. Andre betraktet KTS som et røntgenbilde av egen praksis som ga muligheten for læring. De fant noe støtte for å hevde at en positiv oppfatning av KTS var koblet til bruken av KTS som et individuelt behandlingsverktøy, heller enn et verktøy som leverte prestasjonsdata om pasientbehandlingen.

I 2019 kom en bredt anlagt systematisk litteraturgjennomgang av KTS implementeringer (Mackrill & Sørensen, 2019). Inkludert i litteraturgjennomgangen er både kvalitative og kvantitative undersøkelser, men også grålitteratur som konsulentrapporter, ledelsesrapporter og manualer. Funnene er sortert under 13 kategorier som inneholder både individuelle, kulturelle og systemmessige faktorer. Litteraturgjennomgangen skiller seg fra den førnevnte ved at den ikke hovedsakelig rapporterer om deskriptive beskrivelser av relevante implementeringsfaktorer, men også hva som kan gjøres. Slik kan litteraturgjennomgangen også leses som en tekst med mange forslag for å fremme implementering av KTS. Blant annet belyser de den inter-organisasjonelle faktoren, en faktor som er relevant i en norsk kontekst. Her trekkes en norsk studie fram, som fant at når bestemmelsen om å innføre KTS ble gjort eksternt ble det utfordrende å engasjere behandlerne (Bie, 2017). I den norske studien foreslås det også å sentralisere støttefunksjoner, men som kan arbeide på tvers av lokaliteter. Videre foreslås stegvise implementeringsprosesser som muliggjør læring og forbedring fra sted til sted.

Det er spesielt to forhold som Mackrill og Sørensen (2019) trekker frem som spesielt viktig, og som svar på hvorfor KTS er lite utbredt. Det ene dreier seg om den tilsynelatende fraværende forskningen på KTS som dialogverktøy og for personlig utvikling. Her anses mer kunnskap, trening, og undervisning som helt sentralt om KTS skal kunne bli en relevant og integrert del av terapeutisk praksis. Det andre forholdet dreier seg om det uforløste potensialet i koblingen mellom den individuelle praktiseringen av KTS og institusjonenes anvendelse av aggregerte data. Aggregerte data kan utgjøre grunnlag for å tilpasse tjenesten med bakgrunn i hva KTS data viser om hva som faktisk hjelper pasientene. Denne type forskning på koblingen mellom mikro- og makronivå for å strategisk innrette institusjonenes mot klientutkomme mangler (Mackrill & Sørensen, 2019).

Den siste litteraturgjennomgangen jeg vil trekke fram er Solstad, Castonguay og Moltu (2019) sin gjennomgang av kvalitative undersøkelser av pasienters erfaringer med KTS. Litteraturgjennomgangen peker på at implementeringsutfordringene også henger sammen med hvilke erfaringer pasientene har med verktøyet. Erfaringer som dreier seg om skepsis til motiver, hvor fleksible verktøyene er, hvordan flytte makt til pasientene, og utvikling av samarbeidspraksiser. Skepsisen antyder at motivene for hvorfor KTS benyttes bør komme tydeligere fram, og at pasienter bør inkluderes i avgjørelser om hvordan KTS skal benyttes som en del av terapien. Funnene beskriver faktorer som peker i retning av KTS som et verktøy som også setter i gang positive endringsprosesser, for eksempel mer selvbevissthet og oppmerksomhet mot følelsesmessige tilstander. Pasienter ble også mer involvert i planleggingen av behandlingen. En annen studie viste også at pasienter ikke anså utfyllingen som belastende bortsett fra etter spesielt krevende terapitimer (Lucock et al., 2015).

Holdninger til KTS blant klinikere

En hypotese tilsier at klinikernes holdninger påvirker implementeringen av KTS, men en nyere australsk undersøkelse fant ingen vesentlig forskjell i holdninger mellom psykologer som brukte KTS og de som ikke gjorde det. Heller enn holdninger handlet det om å monitorere pasientens utvikling som viktigste årsaken til å benytte KTS, mens tidkrevende KTS, og pasienter som opplevde det som en byrde var de viktigste

grunnene når det ikke ble benyttet (Chung & Buchanan, 2019). Men holdninger kan også relateres til hvilke type KTS det dreier seg om. Jensen-Doss et al. (2018) fant positive holdninger til KTS, men at flest behandlere foretrakk individualiserte progresjonsverktøy.

Om klinikere er skeptiske til KTS, trenger det ikke bety at skepsisen vedvarer. Ionita et al. (2016) fant for eksempel at klinikere gjorde ulike tiltak for å forbedre sin egen situasjon og oppfatning. Noen benyttet KTS fleksibelt ved å tilpasse målene til pasientenes behov, for eksempel ved å hoppe over irrelevante spørsmål og justere brukshyppigheten. Videre fant de at noen leste seg opp på teorien bak KTS, mens andre innledningsvis skeptiske klinikere lærte seg å sette pris på tilbakemeldingene fra pasientene og anerkjente pasientenes positive erfaring med verktøyet.

Holdningsendringer kan også henge sammen med en tilvenningsprosess. Lucock et al. (2015) fant at klinikerens integrasjon av KTS i terapi fremmet engasjementet og et positivt syn på verktøyet, men også at dette var relatert til hvor kompatibelt KTS syntes å være med foretrukken terapeutisk tilnærming.

Målrettede tiltak

Ut fra denne sammensatte litteraturen og de mange forholdene som virker inn på implementeringen er det ikke enkelt å gi en sammenfatning som sirkler inn hovedproblemer, eller løsninger. Selv om vi finner samme faktorer flere steder hvor KTS implementeres vil det likevel være ulike kontekster. I tillegg er det begrenset hjelp å hente fra systematiske oversikter som har undersøkt effekter av ulike tiltak for å bedre klinikerens praksis (“Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer,” u.å.). Revisjon og tilbakemeldinger er tiltak som har vist liten eller ingen effekt (Ivers et al., 2012), og det samme gjelder e-læring (Vaona et al., 2018). Tiltak som kanskje bidrar til endret praksis er datamaskingenererte påminnelser (Arditi, Rège-Walther, Wyatt, Durieux, & Burnand, 2012), trykket undervisningsmateriale (Giguère et al., 2012), kurs og oppsøkende opplæringsaktiviteter, og bruk av lokale opinionsformidlere (Flodgren, Parmelli, et al., 2011), finansielle incentiver (Flodgren, Eccles, et al., 2011), og skreddersydde implementeringsprosesser basert på kartlagte faktorer som kan påvirke

implementeringen (Baker et al., 2015). Oversetting av evidens til praksisretningslinjer betyr lite i seg selv (Bighelli et al., 2016), men om de kombineres med verktøy kan tilslutningen bedres (Flodgren et al., 2016). Utfordringen med slike forslag er at de ofte er lineære og ikke tar høyde for at nye tiltak også kan sees på som nye implementeringer i seg selv, som krever tid, og som også kan gi andre konsekvenser enn forutsett. Fra et kompleksitetsperspektiv kan vi spørre: I settingen hvor KTS implementeres, hvor mange andre kliniske retningslinjer, forbedringsprosjekt, organisasjonsendringer og administrative endringer, pågår eller planlegges? Hvilke endringer oppfattes som viktigst? Bør KTS-implementering prioriteres? Hvor mange tiltak skal knyttes til implementeringsstrategier? Hvor krevende blir det? Hvilke ressurser kreves? Hva krever det av ansatte?

Mackrill og Sørensen (2019) etterlyser mer kritisk forskning, for eksempel på ulike måter å integrere KTS på, behandleres refleksjoner omkring måter å benytte KTS på, og benyttelsen av aggregerte data på ledelsesnivå. Gitt koblingen de peker på mellom mikro- og makronivå mener jeg det også er relevant å undersøke om innføring av KTS kan medføre endringer i praksiser som bidrar til mindre arbeidspress for ansatte. For det tredje, hvis store ressurser kreves for å implementere KTS kan det også bety at verktøyet for eksempel er vanskelig å forstå, anvende i praksis, og har manglende kompatibilitet med andre system. Ergo peker dette på tiltak rettet mot avsender og produktet, heller enn mottakerproblematikk.

2.8 Hvorfor et norskutviklet tilbakemeldingsverktøy?

Norse Feedback er resultatet av et utviklingsprosjekt som startet i Helse Førde i 2014, og har inkludert pasienter og behandlere i utviklings- og evalueringsarbeidet (Moltu, Stefansen, Nøtnes, Skjølberg, & Veseth, 2017; Moltu et al., 2018). Norse er det første norskutviklede tilbakemeldingsverktøyet for psykisk helsevern. Formålet med prosjektet var å bedre behandlingseffekten, øke den reelle brukermedvirkningen i egen terapi, og å skape en fagkultur hvor tilbakemelding og empiri sees som nyttig, i tråd med PBE. I følge prosjektdokumentasjonen ligger følgende observasjon av praksisfeltet til grunn:

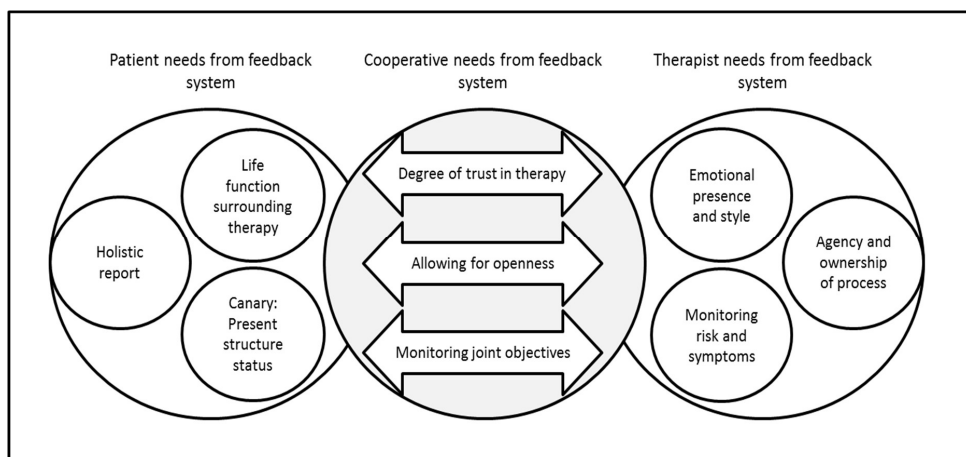
I Psykisk Helsevern (PHV) i Noreg i no-situasjonen finnast lite strukturert bruk av kliniske instrument, anna enn i avgrensa forskingsprosjekt. Det finnast ei rekke solide kliniske instrument, som vert brukt etter kliniskar sine vurderingar. Desse vert i hovudsak administrert i papirform, og går ikkje inn som ein strukturert del av behandlingtdokumentasjonen. Papiradministrasjon er tidkrevjande for kliniskar og pasient, og inneheld risikovariablar knytt til manuell feilskåring og informasjonstryggleik. Kliniske instrument som målar tilstand / symptom på einskiltidspunkt vert brukt framfor instrument som dokumenterer endring og prosessar.

Det er satt følgende psykometriske spesifikasjoner til systemet:

Instrumentet NORSE som skal ligge til grunn for systemet skal ha ypparlege psykometriske eigenskaper som gir solid pasientinformasjon over ei rekke dimensjonar og som har samarbeidsledd som gjer mogleg reell brukarmedverknad om tenester. Det pasientrapporterte instrumentet tar to til fem minutt å fylle ut på nettbrett før timar, eller til fast dag på sengepost. Tilbakemeldinga som genererast som skreddersydd visuell rapport til ulike behandlarnivå tek maksimalt 30 sekund å forhalde seg til. Systemet skal implementerast for alle pasientar, ved alle kontaktformer, dvs. før polikliniske timar eller under innlegging, i fullelektronisk format.

Prosjektet ble utviklet «nedenfra» ved at pasienter og klinikere fikk medvirke med sine behov og ønsker for systemet (Moltu et al., 2018). En visuell fremstilling av resultatet fra denne artikkelen er her gjengitt med tillatelse fra forfatterne:

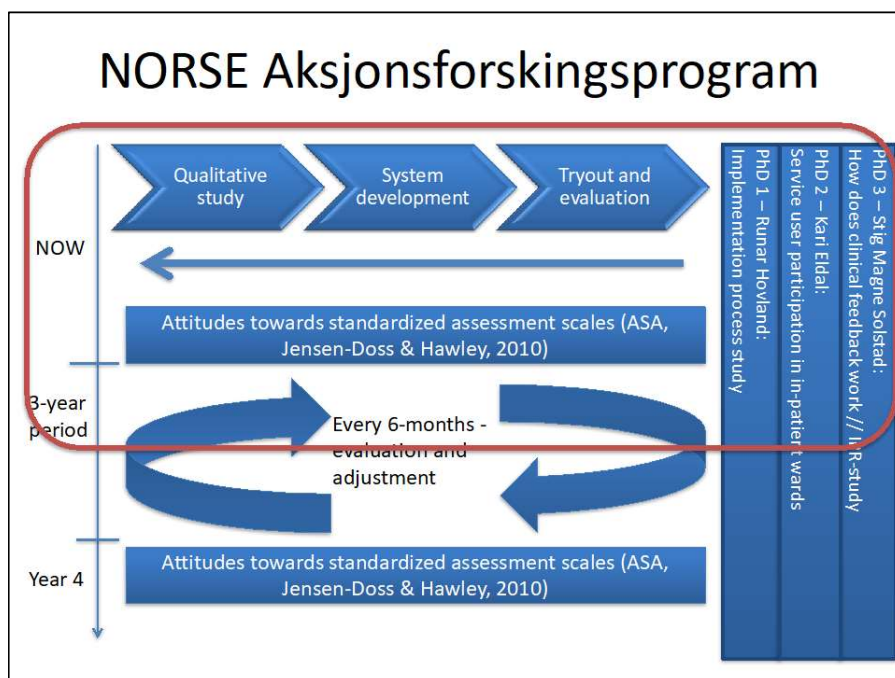
Figur 1: Visuell fremstilling av brukerbehov (Moltu et al., 2018)



Modellen viser at både pasientene og behandlerne hadde noen felles behov som et KTS burde inkludere. Tilbakemeldingssystemet skulle bidra til å løfte fram spørsmål om tillit, åpenhet om uheldige behandlingsfaktorer eller for å avklare misforståelser, samt bidra til å strukturere terapien mot gitte mål. Pasientene ønsket i tillegg at verktøyet skulle vise et helhetlig bilde av situasjonen deres, både psykiske, somatiske, relasjonelle og sosiale forhold som alle opplevdes som integrerte. Det var også viktig at de kunne formidle hvordan de fungerte i sine spesifikke omgivelser i hverdagen. Systemet måtte også kunne signalisere tidlig om situasjonen ble forverret. Behandlerne ønsket at systemet bidro til å formidle pasientenes følelsesmessige tilstand, pasientenes bevissthet omkring disse og endringer over tid som kunne bidra til målrettede terapeutiske intervensjoner. For det andre ville de at det skulle tilrettelegge for samtaler som kunne styrke pasientens eget grep om endringsprosesser. For det tredje ønsket de å kunne følge med på symptomutvikling og risikofaktorer.

Norse er organisert som et aksjonsforskningsprogram med gjentakende faser i utviklingsløpet (se figur 2). Den kvalitative undersøkelsen som er sitert over, utgjorde grunnlaget for utviklingen av selve systemet. Etter utviklingsfasen er det lagt inn faser med testing og evaluering. Evalueringer av systemet skal skje med hyppige intervaller. Både pasienter og ansatte inviteres til disse, og innspillene benyttes til forbedringsarbeid. Ansattes holdninger til KTS skal måles med jevne mellomrom. Per nå er fem doktorgradsprosjekt innrettet mot ulike sider ved Norse Feedback, hvorav mitt er det ene. I tillegg kommer to postdoktorprosjekter.

Figur 2: En tidlig versjon av aksjonsforskningsprogrammet illustrert³



En vesentlig faktor som skiller Norse fra andre digitale tilbakemeldingssystemer er bruk av teknologi for å persontilpasse spørsmålene. Det vil si at datateknologien muliggjør et dynamisk system som lærer av pasientens svarrespons og sørger for at pasienten slipper å svare på spørsmål som er irrelevant. Når pasienten har svart på 90 innledende karleggingsspørsmål vil antall spørsmål reduseres og være mer relevant i de påfølgende behandlingstimer. Mitt doktorgradsprosjekt tar for seg første versjon av Norse Feedback. Norse feedback 2.0, som per nå er gjeldende versjon, er en videreutvikling med et annet layout, brukergrensesnitt og teknologisk løsning.

NF er utviklet av min veileder Christian Moltu (fagsjef i Helse Førde og professor II ved Høgskolen på Vestlandet) og Samuel Nordberg (direktør for Mental Health,

³ Figuren er hentet fra Christian Moltus orientering om Norse til styret i Helse Vest, 11. mai 2017, og gjengitt her med tillatelse.

Reliant, Boston, USA). Selv har jeg ikke deltatt i hverken utviklingen av verktøyet, ei heller i implementeringen av det.

2.9 Kapittelsammendrag

Kliniske tilbakemeldingssystemer knyttes til paradigmet praksisorientert forskning hvis formål er å knytte forskning og praksis tettere sammen. Feedbackinformert behandling anvender pasientrapporterte data i pasientsamtaler, monitorerer progresjon, og bruker kunnskapen for å diskutere tiltak. Flere år med forskning har bygget opp et kunnskapsgrunnlag for implementering av KTS som anbefalt praksis for å bedre behandlingsresultater. Men særlig fra 2015 og utover har det kommet kritiske studier som har utfordret evidensgrunnlaget og generaliserbarheten. I Norge er det gjort få effektstudier og med sprikende resultater. Disse er utført på tilbakemeldingssystemer som er utviklet utenfor en norsk kontekst. Norse Feedback er det eneste norskutviklede tilbakemeldingssystemet, utviklet av og for pasienter og behandlere for å være tilpasset konteksten det skal benyttes innenfor.

KTS er forbundet med implementeringsvansker. Flere forhold er rapportert i forskningslitteraturen, men få studier undersøker hvordan KTS interagerer med andre forhold i komplekse settinger. Psykisk helsevern innenfor spesialisthelsetjenesten kjennetegnes av kompleksitet og mål- og resultatstyring. Standarder er ikke passive. Hvordan de ulike standarder virker, bidrar til og former kompleksiteten. Av den grunn er det viktig å undersøke KTS som situert praksis.

3. Formål og problemstilling

Flere studier har pekt på ulike barrierer ved implementering og bruk av KTS. Få har undersøkt hvordan ulike faktorer samspiller. Samtidig vet vi at offentlig helsevesen kjennetegnes av kompleksitet. Det overordnede målet med denne avhandlingen var derfor å undersøke implementeringen og bruken av KTS innenfor ordinær praksis i psykisk helsevern, med henblikk på hvilke parter som ble berørt. Men valg av forskningsspørsmål, og prosessen med å sirkle seg inn mot en passende metode og empiri, var krevende. Sentralt stod spørsmålet om vi skulle avgrense problemstillingen til visse aspekter ved enten implementering eller praktiseringen av KTS. På den andre siden hadde vi et uklart situasjonsbildet av implementeringen og hvor utbredt bruken var. Med ansettelsen av en prosjektutvikler til å lede implementeringsprosessen videre i klinikken, åpnet det seg nye muligheter. Når det i tillegg var gjort relativt lite forskning på feltet, og spesielt innenfor en norsk kontekst, mente vi det var formålstjenlig med et åpent design som rettet seg mer mot å «kartlegge terrenget» i klinikken, og ved å bruke intervjuer, feltarbeid og arkivdata som kilder. Det overordnede forskningsspørsmålet var: Hvordan kan implementeringsprosessen og praktiseringen av Norse Feedback forstås innenfor en ordinær klinisk hverdag?

Etter at datamaterialet var analysert satt vi igjen med en rekke kategorier, og hvor de mest fremtredende har resultert i tre artikler som svarer på følgende forskningsspørsmål:

- 1: a) Hvordan beskriver klinikere rutinemessig arbeid? b) Hvilke følger har implementering av KTS? c) Hvordan påvirker a og b klinkernes prioriteringer og bruk av KTS?
- 2: Hvordan oversetter pasienter og klinikere KTS til en meningsfull praksis?
- 3: Hva kjennetegner pasienter som bruker KTS? Hvem tjener på å bruke KTS i lys av en brukermedvirkningspolicy?

4. Metodologi

Prosjektet er gjennomført som en casestudie bestående av intervjudata, feltobservasjoner og arkivdata. Casestudier er svært vanlig innenfor samfunnsvitenskapene, finnes i mange ulike varianter, og egner seg til å utforske sammensatte forhold. I mitt arbeid har jeg hovedsakelig støttet meg på metodebøkene til Yin (2013) og Tjora (2017). I analysearbeidet har jeg støttet meg på metodebøkene til Tjora (2017) og Saldañas (2015). Datamaterialet ble samlet inn over en periode på ti måneder, og systematisert og analysert i Nvivo 12 (*NVivo qualitative data analysis Software*, 2018).

Fleksibiliteten til casestudier gjør det viktig med en redegjørelse for premissene forskningsdesignet hviler på. Jeg har lagt til grunn både analytisk filosofi, relasjonell ontologi, og hermeneutikk. I det følgende presenterer jeg det vitenskapelige grunnlaget, deretter forskningsdesign, metode, analyse, og til sist refleksjoner.

4.1 Vitenskapelig grunnlag

Metode kan defineres som de teknikkene og prosedyrene som anvendes for å samle inn og analysere data (Corbin & Strauss, 2014) – etymologisk betyr ordet å følge en viss vei mot et mål. I dette kapittelet vil jeg nettopp forsøke å redegjøre for veien jeg valgte, og hvilke teknikker og prosedyrer jeg benyttet meg av. Jeg skal imidlertid dvel litt til ved veimetforen, fordi jeg er ikke så sikker på om veien er så lineær og strukturert som både ordets betydning og definisjonen av metode impliserer. Selve veivalget kan by på utfordringer, og veier har også sideveier som kan lede en av sted til et annet sted. Om vi også tenker oss at ontologien er veiens begynnelse og analysen er enden, kan det også være slik at når prosjektet starter er man allerede et stykke opp i veien og må gjøre rede for dens begynnelse. Motsatt, om man starter med veiens begynnelse, ontologien, er den gjerne roten til flere hovedveier. I tillegg vil valgene man gjøre være preget av pragmatikk og ikke-linearitet. Hvilken kunnskap har jeg om feltet jeg skal utforske, hva observerer jeg, og hva tenker jeg er en fornuftig måte å angripe problemstillingen på? I tillegg er det kanskje heller ikke

slik at det virkelig er én metode jeg benytter, men en samling av flere. Det jeg forsøker å si med denne metaforen er at jeg i det følgende redegjør for hvordan jeg har anlagt mitt spor for å svare på prosjektets problemstilling, samtidig som jeg anerkjenner at det finnes andre måter å gjøre det på, og som gir andre og nødvendige perspektiver.

Prosjektet har med andre ord ontologiske og epistemologiske spørsmål som bør drøftes og avklares som forutsetninger for metodevalget. Uten en slik redegjørelse vil sentrale forståelser fremstå som gitte. En klargjøring av de filosofiske antagelsene som prosjektet hviler på er også viktig for både transparens og legitimering av de forskningsmessige valgene (Neuman, 2013). Jeg vil her vise hvordan de filosofiske antagelsene bidrar til å forme metodevalg, metodeanvendelse, analyse og til sist resultatene. Videre vil jeg forsøke å tydeliggjøre når og hvordan jeg tar bevisste, og ofte rent subjektive og pragmatiske valg som staker ut retninger for prosjektet.

Ontologien fremstilles ofte som et kontinuum mellom realisme og nominalisme/relativisme. Hvor realismen hevder tingenes eksistens uavhengig av våre forestillinger om dem, hevder nominalismen at allmenne begreper ikke bærer referanse til en selvstendig eksistens. En realist vil da kunne hevde at hva vi ser eksisterer, og ved riktige metodebruk kan objektiv kunnskap etableres. Nominalisten vil på den andre siden hevde at hvordan vi betrakter verden er dypt formet av subjektive og kulturelle forhold. Verden slik den er kan derfor ikke forstås uten at disse forholdene også vektlegges (Neuman, 2013). I mitt forskningsspørsmål bruker jeg begrepet *erfaring*, som peker mot et nominalistisk ståsted langs dette ontologiske kontinuumet. Begrepsvalget innebærer at både prosessen (implementering og bruk) og tingen (klinisk tilbakemeldingssystem) må kritisk vurderes med tanke på hvilken status verktøyet tildeles i forskningssammenheng. Etersom jeg spør pasienter og ansatte om deres erfaringer, kan jeg velge å la deres forståelse av prosessens og tingens betydning ligge til grunn, og la dette legge føringer for intervjuene. Jeg lar derfor intervjuene åpne opp for informantenes subjektive forståelse av hva som implementeres. Min teoretiske og kunnskapsmessige bakgrunn gir perspektiver på hva implementering, kliniske tilbakemeldingsverktøy og en organisasjon kan

betraktes som, og bidrar til å forme også min forståelse av hva jeg observerer. Det samme gjelder metodiske forestillinger om hvordan fenomenet kan utforskes. I tillegg har implementeringsaktørene sine forestillinger om organisasjon, prosess og det implementerte verktøyet. Med andre ord fortolker jeg andres fortolkninger av fenomener (Gilje & Grimen, 1995). Noen grunntanker innenfor hermeneutikken utgjør bunnplanker i samfunnsvitenskapene. For det første har vi allerede med oss forståelser som forutsetninger for å forstå noe, for eksempel erfaringer, språk, verdier og holdninger. Disse forforståelsene kan vi være mer eller mindre bevisste på. For det andre forstår vi bare fenomener i lys av konteksten de forekommer i og gjennom våre førforståelser, og for det tredje forstår vi konteksten kun om vi forstår delene den utgjør (Gilje & Grimen, 1995). Men som forsker gjør jeg også noe mer. I henhold til Anthony Giddens doble hermeneutikk rekonstruerer jeg disse fortolkningene i et samfunnsvitenskapelig språk, som til en viss grad overskrider informantenes erfaringsnære begreper (Gilje & Grimen, 1995).

Jeg legger til grunn at kunnskapen, forståelsen og praksiser som oppstår ved implementeringen av KTS formes av, og fortolkes innenfor kontekster som dannes av et sosialt samspill mellom ulike aktører. Jeg leter ikke etter en essensialistisk forståelse av KTS. Prosjektet lener seg heller mot en forståelse av at ord og fenomeners betydninger er flertydig og situert betinget. I en relativ forstand betyr det at KTS som fenomen og praksis ikke er gitt på forhånd. For, hva er egentlig fenomenet jeg studerer? Er det kliniske tilbakemeldingsverktøyet et fenomen, eller flere fenomen? I hvilken grad skal utviklernes formål ved verktøyet legges til grunn? I hvilken grad farges det av konteksten? Er det foranderlig, eller uforanderlig?

Ifølge analytisk filosofi er mening låst til språket og uten essens. Tanker uttrykkes i tekst eller lyd, og farges av iscenesettelse, ifølge Wittgenstein (2010). Språkspillet (språkbruk og praksiser, individuelt og sosialt) muliggjør hva som kan snakkes om. Wittgenstein hevder at vi blir forledet til å tro at begreper referer til essens fordi de virker enhetlige når vi uttrykker dem, og samtidig overser vi forskjellene mellom dem. I realiteten er begreper og utsagnenes betydning situasjonsbetinget (Wittgenstein, 2010). Bak alle ordvariasjoner finnes altså ingen essens, men heller

familielikheter. Språket forbindes gjennom komplekse likhetsrelasjonene. Oversatt til vår studie innebærer denne forståelsen en kritisk holdning til begrepsbruk, og oppmerksomheten rettet mot situert bruk av kliniske tilbakemeldingssystemer. Når jeg velger denne retningen blir også variasjoner over bruk interessant – en forståelse som ligger bak vårt valg av formål og problemstilling. Her går det også et epistemologisk skille mellom at mening kontinuerlig skapes og endres, og en forståelse av at noe kan ha en stabil essens. Det siste lagt til grunn gir muligheten for en mer spisset, dypere og rikere fenomenologisk undersøkelse av KTS praktisert i en bestemt sammenheng (Van Manen, 2007).

En språkfilosofisk tilnærming til fenomenet er likevel ikke et tilstrekkelig fundament, ettersom fenomenene vi undersøker ikke kun eksisterer innenfor en språklig konstruksjon. Skillet mellom objektet og ideen om objektet er viktig å opprettholde, ettersom objektet kan være ensartet, mens idéene om objektet vil være sosialt konstruerte og varierende (Hacking, 1999). Vi kan for eksempel ha språklige konstruksjoner om KTS formål, mens artefaktet i seg selv gjør noe annet.

Vi kan også spørre i hvilken grad artefaktene – menneskeskapt objekter – påvirker det sosiale samspillet, om disse kan påvirke handlinger og virke som aktører. Denne type spørsmål, som oppstod i miljøer med en sosiologisk forskningsinteresse for vitenskap og teknologi (Sociology of Science and Technology Studies), utfordrer både strukturalisme, sosialkonstruksjonisme og språkfilosofiske retninger ved å oppheve skillet mellom subjekter og objekters handlingsskapende kapasitet. Her forstås aktører som enhver materialitet eller menneske som får noe til å skje, eller skaper forandring i en tilstand eller situasjon, som igjen betyr at det inngår i et samspill eller nettverk med andre aktører (Brenna, Moser, & Asdal, 2001; DeLanda, 2016; Fox & Alldred, 2017; Latour, 2007). Som jeg redegjorde for i kapittel 2.2 kan artefaktens evne til å påvirke være mer eller mindre tilsiktet. De kan for eksempel konstrueres som bærere av sosiale verdier eller interesser, og slik legge føringer for tingens anvendelse. Slike inskripsjoner gjør det mulig å regulere atferd på avstand, for eksempel gjennom standarder (Timmermans & Berg, 2003). I nyere tid har ulike retninger med fellestrekket «turn to matter» og ikke-human agens, for eksempel

«assemblage theory» og aktør-nettverksteori (ANT), blitt sortert under begrepet nymaterialisme (Fox & Alldred, 2017). Nymaterialismen er mer opptatt av ontologi, enn epistemologi. Den materielle verdenen anses som relasjonell, ujevn, og i kontinuerlig forandring. Heller enn sosial konstruksjon, undersøkes det hvordan det sosiale produseres av relasjoner mellom ulike entiteter. Relasjoner kan knyttes gjennom krefter som ønsker, behov, meninger, følelser, og makt.

En grunntanke innenfor aktør-nettverksteori er idéen om at forskeren gjennom sitt verdensbilde og vitenskapelige metoder like gjerne konstruerer den virkeligheten som de forsker på, slik at den fremstår som mer ryddig og ordnet enn den i virkeligheten er. Siden vi blander oss inn i den verden vi forsker på, vil vi påvirke den og endre den som resultat (Law, 2004). Law argumenterer derfor for metodemangfold og kreativitet, samt revurdering av krav til presisjon og rigiditet, og vil heller snakke om en villet upresis metode. Latour argumenterer på lignende vis når han sier at ANT ikke er en teori, men heller en metode for å spore assosiasjoner som utgjør aktør-nettverk (Latour, 2007). Bak ligger en forståelse av at verden er flytende, kontekstuell og begrenset. Personer fremstår som mer skiftende, fleksible og i kontinuerlig endring. Det samme gjelder strukturer, som skapes kontinuerlig gjennom gjensidige påvirkninger mellom forskjelligartede elementer. Denne forståelsen av ANT som metode har inspirert også min metodiske og analytiske fremgangsmåte. ANT avviser imidlertid ikke strukturer, men legger vekt på at nettverkene er mer eller mindre stabile, og holdes sammen av rutiniserte praksiser. Derfor hevder Latour at teorier, systemer, institusjoner, og grupper ikke er noe vi kan ta for gitt som eksisterende i verden uavhengig av oss, og heller ikke legge til grunn når vi forsker på ulike fenomener. Slik Wittgenstein hevdet språkets betydning gitt en situert praksis, kan vi her snakke om en materiell semiotikk hvor et fenomenets betydning må forstås i den sosiale og materielle konteksten det befinner seg i, og utforskningen må skje gjennom et møysommelig arbeid med å spore assosiasjonene mellom ulike faktorer (Latour, 2007).

De vitenskapelige metodene er lite egnet til å fange slike flytende og irregulære fenomener, kun avgrensede aspekter (Law, 2004). Metodene våre kan imidlertid gi et

bilde av midlertidig stabilitet. Et slikt perspektiv gir metodiske implikasjoner for: 1) Behovet for sikkerhet – at vi kan komme frem til mer eller mindre stabile konklusjoner om hvordan ting egentlig er. 2) Troen på at samfunnsvitere har en spesiell innsikt som gjør oss i stand til å se lenger enn andre inn i spesielle virkeligheter. 3) Forventningen om generaliserbarhet (Law, 2004).

Hvis nye realiteter *der ute* og ny kunnskap om disse realitetene *her inne* skal kunne skapes, så må vi også skape og opprettholde *praksiser* som kan håndtere et *hinterland* (bakland) av pre-eksisterende sosiale og materielle realiteter (Law, 2004). For implementering av KTS og forskning på disse betyr dette at vi skaper, eller aktualiserer et bakland av sosiale og materielle realiteter som praksisen hviler på. KTS virker ikke nødvendigvis i seg selv uten at noen har tillit til at det virker. For eksempel behøver det å hvile på teknologiske forutsetninger, og digitale ferdigheter både hos ansatte og brukere. Ikke minst må også teorier om at informasjon fra pasienten gjennom dette systemet bidrar til mer effektiv terapi aktualiseres. Kanskje også aktualisere forskning på terapeuter som viser at de er mer eller mindre effektive, mer eller mindre flinke til å vurdere pasienters tilstand og progresjon, eller vise til policyer om brukermedvirkning. Spørsmålet deretter blir om disse momentene finnes, og allerede er virksomt til stede i organisasjonen, eller om de trer frem fra et uvirksomt liv i et bakland i det vi påkaller dem i tjeneste for å bygge tillit til at implementeringen vil gagne behandlingen? Og videre, hva med andre konkurrerende praksiser og bakland som vi kan anta eksisterer i komplekse helseinstitusjoner?

Denne studien er inspirert av premissene til nymaterialismen, at både ord, fenomeners og praksisers betydning er situert. Konkret retter vi oppmerksomheten på hva kliniske tilbakemeldingssystemer *gjør* som grunnlag for å si noe om hva KTS blir til i praksis. Imidlertid vil metoden og teknikkene for å samle inn og analysere datamaterialet preges av pragmatiske tilpasninger nødvendiggjort av begrensninger ved å forske innenfor en psykiatrisk klinikk, og valg av metode og teknikker. Disse valgene medfører en avstand mellom ideell metodebruk og analyse – om noe slikt finnes – og hva som faktisk ble gjort.

4.2 Forskningsdesign

Casestudie er epistemologisk nøytral og kan orientere seg mot enten et realistisk, eller et fortolkende perspektiv (Yin, 2013). Selv om metoden er vanlig innen samfunnsvitenskapen mangler det en omforent forståelse om hva en casestudie er, om det er en metode, eller en type forskning, og blir også kritisert for dette (Starman, 2013). Samtidig gir det en fleksibilitet til å kombinere metode og analyseteknikker som vi vurderte som nødvendig gitt den begrensede kunnskapen vi hadde om Norse' status i klinikken. Et kjennetegn er bruken av flere typer kilder i datainnsamlingen. Jeg har støttet meg på Yins (2013) og Tjoras (2017) metodebøker i gjennomføringen av prosjektet. Yin definerer casestudie som: «en empirisk undersøkelse som: undersøker et samtidfenomen (caset) i dybden og innenfor den virkelige verdens kontekst, spesielt når grensene mellom fenomenet og konteksten ikke er åpenbar» (Yin, 2013, s. 16, min oversettelse). Metoden er egnet for å forstå komplekse sosiale fenomen på en virkelighetsnær måte i naturalistiske kontekster hvor forskeren spør hvordan eller hvorfor noe virker, og hvor forskeren har liten kontroll over deltakerne og kontekst. I det påfølgende holder jeg meg nær en prosedyremessig beskrivelse av hvordan jeg har fulgt den metodiske fremgangsmåten, og kommenterer utvalgte punkter grundigere i delkapittelet under om forskerrefleksivitet.

Noe standard casedesign finnes ikke, men noen hovedkomponenter bør adresseres:

- 1) Forskningsspørsmålet bør være klart definert og forankret i en kjennskap til litteraturen på området. Forskningsspørsmålet i dette prosjektet begrunnes med et relativt få antall kvalitative implementeringsstudier av kliniske tilbakemeldingssystemer, med varierende forskningsdesign, og hvor forholdet mellom systemene og kontekst er lite utforsket. For øvrig viser jeg til gjennomgangen i bakgrunnskapittelet.
- 2) Forskningsspørsmålet bør, men må ikke nødvendigvis, følges opp av et sett av antagelser (propositions) om sammenhenger i caset og som kan utforskes. Vi har valgt et eksplorativt utgangspunkt, med ulike typer kilder og relativt åpne intervjuer som muliggjør for å undersøke ulike sammenhenger underveis.

3) Identifisere, definere og avgrense analyseenheten – caset. Dette er kanskje den vanskeligste oppgaven, og tilnærmingen til hvordan denne oppgaven ble løst var preget av tvil. Et case kan være mye, fra et individ, hendelser, prosesser, organisasjoner osv. Om vi tar utgangspunkt i utviklernes intensjon med det kliniske tilbakemeldingsverktøyet er formålet flerdelt. Det skal bidra til kulturendring, øke brukermedvirkningen, og bedre den kliniske praksisen og tjenesten. Med bakgrunn i nymaterialisme kan vi si at dette er noe utviklerne tilskriver fenomenet, men vi kan ikke *vite* hvordan fenomenet faktisk former konteksten det implementeres i, ei heller hva *noe* brukerne ser på verktøyet som. Ved å innta utviklernes posisjon risikerer vi dermed å bidra til en ubalansert konstruksjon av fenomenet vi prøver å undersøke. Vi må også spørre oss om det er en policy som implementeres, og med det kliniske tilbakemeldingssystemet som virkemiddel. Hvis så, kan for eksempel brukermedvirkningspolicyen defineres som caset. Definisjonen av caset landet til slutt på en pragmatisk løsning. Ettersom Norse var et digitalt verktøy som organisasjonen var pålagt å bruke, ble det naturlig å undersøke erfaringene med innføringen og den praktiske anvendelsen, og uten å skule for mye til utviklernes intensjoner, ei heller til eksisterende litteratur om disse systemene.

Når caset er definert gjenstår oppgaven med å avklare hvordan det skal avgrenses og utforskes. Her er det flere muligheter. Casestudier kan være enkle (et case, en kontekst), integrerte (et case, flere analyseenheter, en kontekst), multiple (flere caser og kontekster), og multiple integrerte casestudier (Yin, 2013). Alle utenom den første varianten muliggjør både inngående undersøkelser av hvert enkelt case og en komparativ analyse på tvers. I vårt tilfelle kunne et interessant design for eksempel være å undersøke hvordan KTS ble erfart innenfor henholdsvis to døgn- og dagsesksjoner, eller forholdet mellom ledelse- og brukerperspektiv (pasienter og klinikere), og deretter foretatt en komparativ analyse. Slik kunne vi undersøkt om det fantes situerte praksiser og erfaringer innenfor hvert case, og deretter sammenlignet på tvers for å undersøke om det også fantes likheter. I stedet valgte vi å undersøke implementeringen som et singelcase design, med hovedvekten på mottakerne av KTS. Valget begrunnes med følgende forhold: Norse var en innovasjon utviklet innenfor samme organisasjon som det skulle implementeres i, og på det tidspunktet i

2016 når datainnsamlingen til implementeringsstudien skulle starte opp var det usikkert hvor mange klinikere som benyttet seg av verktøyet, og hvor hyppig. Implementeringen foregikk også i etapper, først i en seksjon, så i den neste. En casestudie fremstod slik ikke som et perfekt design, men en pragmatisk ramme for å strukturere prosjektet.

Setting

Norse var et innovasjonsprosjekt i Helse Førde, og ble først tatt i bruk i 2015 innenfor Psykiatrisk klinikk i Førde, og fra høsten 2016 innført ved Nordfjord Psykiatrisenter (NPS), begge er avdelinger under Klinikk for psykisk helsevern i Helse Førde. Opprinnelig skulle Nordfjord Psykiatrisenter også starte opp i 2015, men den gang lyktes ikke innføringen. Casestudien omfattet to dagposter og to døgnposter på hver av stedene. Hovedveileder hadde en sentral rolle, både som fagsjef og utvikler av Norse Feedback og hadde et overordnet ansvar for implementeringen sammen med en styringsgruppe. Jeg går nærmere inn på disse forholdene under (kap. 4.3.5).

Datainnsamling

Vi valgte tidspunktet for oppstart av datainnsamlingen slik at den sammenfalt i tid med innføringen av Norse hos en dagseksjon og en døgnseksjon som var neste ut i implementeringsrekkefølgen. Dette var høsten 2016. En annen og viktig grunn var at på dette tidspunktet ble en prosjektutvikler ansatt med et særskilt ansvar for den praktiske gjennomføringen av implementeringsprosessen. De to andre seksjonene hadde fått verktøyet til bruk i 2015. Ansettelsen av prosjektutvikleren løste et annet viktig spørsmål: hvordan følge implementeringen av Norse. Med en prosjektutvikler på plass falt det seg naturlig å følge hans arbeid, og prosjektutvikler ble slik en nøkkelinformant gjennom fire intervjuer, og ved å la meg observere møter og kurs i forbindelse med implementeringen. Av pragmatiske hensyn, særskilt med tanke på progresjon i doktorgradsarbeidet, ble casestudien avgrenset i tid til ti måneder.

Yin beskriver ytterligere to prosesser som dreier seg om analyse, og koblingen mellom datamateriale og hypoteser for studien, og som er mer innrettet mot å konstruere forklaringer. Jeg har anlagt en induktiv og utforskende tilnærming og

støtter meg i denne fasen hovedsakelig på den stegvis-deduktiv induktive metoden (Tjora, 2017).

For å håndtere kildematerialet og prosessen fra datagenerering til analyse er det anbefalt å benytte en database (Yin, 2013). Jeg har benyttet meg av programvaren Nvivo 12 gjennom hele prosessen både for å strukturere datamaterialet og til analysearbeidet (*NVivo qualitative data analysis Software*, 2018).

4.2.2 Deltakere

Jeg rekrutterte deltakere både av strategiske grunner og gjennom snøballmetoden (Tjora, 2017). Strategisk fordi jeg ønsket å intervju personer som hadde benyttet Norse, og/eller hadde særskilte oppgaver eller funksjoner knyttet til verktøyet. Vi rekrutterte fire seksjonsledere, koordinatore eller assisterende ledere, gruppeledere, og superbrukere. Superbrukerne var personer hvis oppgave var å kunne Norse, og være til hjelp for andre. Noen kombinerte funksjonene sine med terapeutisk arbeid. Andre terapeuter uten særskilte funksjoner ble rekruttert ut fra tips, eller med hjelp fra andre terapeuter. Rekrutteringen var utfordrende og tok lang tid. Selv om informasjon var meddelt klinikken og informasjonsplakater og skriv var delt ut, var det ingen som meldte seg. Mitt opprinnelige utgangspunkt var at jeg ikke skulle være for pågående, for ikke å påvirke implementeringen mer enn nødvendig. I etterkant anser jeg denne strategien for å være altfor optimistisk. Noen intervjuavtaler ble inngått ganske raskt, for andre ansatte måtte det gjentatte purringer til, både gjennom e-post, telefonoppringninger og sms-er. Slik kunne det gå flere uker mellom første kontakt til intervjuene ble gjennomført. I samme vending skal det også sies at alle ansatte og pasienter møtte meg med velvilje og åpenhet. Ansatte ved NPS intervjuet jeg to ganger med mellom tre og seks måneders mellomrom. På den måten kunne jeg undersøke tidlige erfaringer med Norse, og status etter noen måneders praksis. To ansatte lyktes jeg ikke å avtale oppfølgingsintervju med.

Personene som gikk i poliklinisk behandling rekrutterte jeg gjennom to terapeuter som aktiv benyttet Norse i sin praksis. Personer i døgntilrettelagt ble rekruttert til fokusgruppeintervju av ansatte ved NPS, etter at jeg først hadde et informasjonsmøte

med pasientene. Vi ønsket opprinnelig to fokusgruppeintervju, men forsøket med å rekruttere fra en annen døgnsesjon lyktes ikke.

Tabell 1: Deltakeroversikt

Deltakere	N	Alders- spenn	kjønn	Sted*	Enhet
Pasienter døgn	6	20–60	Kvinner (4) Menn (2)	A	Døgn
Pasienter polikl.	6	20–45	Kvinner (3) Menn (3)	A (4) B (2)	Polikl.
Terapeuter	14	25–60	Kvinner (8) Menn (7)	A (6) B (8)	Polikl. (11) Døgn (4)
Miljøterapeuter	4	45–60	Kvinner (4)	A (3) B (1)	Døgn
Ledelse	4	35–65	Kvinner (3) Menn (2)	A (3) B (2)	Ledere for Polikl., Døgn, Rusbehandling, og prosjektutvikler

*A = NPS, B = Psykiatrisk klinikk, Førde

4.2.3 Kilder

Yin og Tjora argumenterer for triangulering av flere typer kilder for å øke validiteten og påliteligheten i analysen. Kildematerialet mitt består av 16 arkivdokument, 23 feltobservasjoner og 43 intervjuer fordelt på 34 personer.

Arkivdata

Institusjonen ga tilgang til alt arkivert materiale relevant for implementeringen. Materialet inneholdt prosjektplan og mandat, søknader om finansiering, og referater og presentasjoner fra styringsgruppemøter. Datamaterialet ble analysert og benyttet som bakgrunnsinformasjon.

Feltnotater

I dette datamaterialet inngår fjorten observasjoner av ansattopplæringer, fem observasjoner av morgenmøter, en observasjon av et styringsgruppemøte, en observasjon i Helse Førdes kvalitetsutvalg, og to observasjoner av evalueringsmøter av implementeringen på en av seksjonene. Observasjonene og notatene kan ikke sammenlignes med tradisjonelt etnografisk feltarbeid hvor for eksempel handlingsmønstre, rutiner, interaksjoner o.l. blir studert (Tjora, 2017).

Observasjonene mine var deskriptive nedtegnelser av hva som ble sagt i de ulike foraene knyttet til implementeringen og praktiseringen av Norse. Dette er også i tråd med casestudiemetodologi (Yin, 2013). Hovedformålet med feltnotatene var å gi utfyllende informasjon og kontekst til dybdeintervjuene, men er også kodet og analysert sammen med intervjudata. De bidro til at jeg hadde mer kunnskap med meg inn i intervjusituasjoner, samtidig bidro de til at jeg fikk oversikt over bredden i ulike erfaringer, meninger og praksiser av Norse. Antall deltakere varierte mellom tre og tretti. Totalt ca. 216 personer. Av og til forlot noen møter og andre kom til, noe som gjør at jeg ikke med sikkerhet kan tallfeste samlet antall deltakere helt presist. Hvor mange unike personer som har deltatt vet jeg ikke ettersom noen deltok på flere møter. Hvilke fora jeg observerte ble avtalt med prosjektutvikler, som også deltok i alle fora jeg observerte. Observasjonene var basert på muntlig informert samtykke.

Tabell 2: Oversikt over feltnotater

Tid	Formål	Sted	Deltakere
Sep. 16	Opplæring generell	NPS	30
Sep. 16	Opplæring av ledere og superbrukere	NPS	7
Sep. 16	Opplæring generell	NPS	7
Okt. 16	Opplæring, klinisk bruk av Norse	Psyk. Kl. Førde	8
Okt. 16	Opplæring, oppsamlingsmøte	NPS	3
Okt. 16	Opplæring, oppsamlingsmøte	NPS	5
Nov. 16	Opplæring, klinisk bruk av Norse	Psyk. Kl. Førde	4
Nov. 2016	Opplæring generell	Psyk. Kl. Førde	5
Nov. 2016	Opplæring generell	Psyk. Kl. Førde	11
Nov. 2016	Morgenmøte	Psyk. Kl. Førde	12
Nov. 2016	Morgenmøte	Psyk. Kl. Førde	15
Nov. 2016	Morgenmøte	Psyk. Kl. Førde	10
Des. 2016	Ledelse og superbrukerne, evaluering	NPS	5
Des. 2016	Styringsgruppemøte	Helse Førde	11
Des. 2016	Møte om Norse i kvalitetsutvalget	Helse Førde	7
Jan. 2017	Ledelse og superbrukerne, evaluering	NPS	5
Jan. 2017	Morgenmøte	Psyk. Kl. Førde	14
Feb. 2017	Morgenmøte	Psyk. Kl. Førde	16
Feb. 2017	Opplæring generell	NPS	5
Feb. 2017	Opplæring generell	NPS	19
Apr. 2017	Møte om Norse og hvem det passer for	Psyk. Kl. Førde	7
Jun. 2017	Fagdag, del 1	Psyk. Kl. Førde	5
Jun. 2017	Fagdag, del 2	Psyk. Kl. Førde	5

Dybdeintervjuer

I det analytiske arbeidet la jeg hovedvekten på dybdeintervjuene. Det var disse som ga meg mest innsikt i dybden og bredden i implementeringen og bruken, og utgjorde også den desidert største tekstmengden. Intervjuguiden bestod av to hovedspørsmål

og et knippe spørsmål som fungerte som påminnere (se vedlegg 11-14).

Underspørsmålene varierte noe med hensyn til om det var ledere, terapeuter eller pasienter som var intervjuet. Hovedspørsmålene dreide seg om hvordan personen erfarte implementeringsprosessen, og Norse i dagligdags bruk. Målet med intervjuene var å få til en samtale om informantenes erfaringer og refleksjoner knyttet til temaet. Ettersom et av siktemålene våre var å undersøke variasjoner og kontekstuelle forhold, ble det også viktig å følge opp informantenes assosiasjoner og digresjoner (Tjora, 2017). For å forberede og utarbeide intervjuet, benyttet jeg meg av metodebøkene til Kvale og Brinkmann (2009), Aksel Tjora (2017), og King og Horrocks (2010). Alle intervjuene var basert på skriftlig informert samtykke.

Til planleggingen og gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet fikk jeg hjelp av en kollega. Vi lagde en enkel plan for gjennomføringen og en introduksjon (vedlegg 15), basert på eksempelet til Krueger & Casey, i King og Horrocks (2010), og fulgte ellers malen. Min kollega bidro også med spørsmål under intervjuet, og passet på at alle fikk anledning til å svare, eller kommentere.

Prosjektutvikler intervjuet jeg ved fire anledninger. En gang om høsten 2016, to ganger vinteren 2017, og det siste intervjuet i august 2017. I tillegg holdt han meg oppdatert på ukentlig basis om hva som skjedde i implementeringsprosessen. Jeg hadde opprinnelig tenkt å benytte disse intervjuene som en del av analysearbeidet, men i løpet av kodearbeidet ombestemte jeg meg. Hovedsakelig på grunn av vanskeligheten med å bevare anonymiteten tilstrekkelig i rapporteringen. Samtidig gjorde analysearbeidet og forskningsspørsmål for de tre artiklene som inngår i avhandlingen det naturlig å konsentrere seg om mottakerperspektivet, og ikke ledelsesperspektivet. Samtalene med prosjektutvikler var likevel en viktig kilde til innsikt i implementeringsprosessen.

Intervjuene utgjorde totalt 37 timer. Lengden på intervjuene varierte mellom 30 og 80 minutter med et gjennomsnitt på 50 minutter. Halvparten av intervjuene, inkludert alle pasientintervju, ble transkribert av meg. Resten ble transkribert av et profesjonelt oversettelses- og transkriberingsbyrå.

4.2.4 Analyse

På grunn av dataomfanget støttet jeg meg på Saldañas anbefalinger om første- og andresyklus koding (Saldaña, 2015). Saldaña anbefaler som første syklus å tillegge kildene med rene deskriptive koder som demografiske data, tid og sted, og type kildemateriale. Vi koblet dette også med holistisk koding, som ga et grovt skille mellom et faglig, eller et teknisk administrativt fokus i intervjuene. Denne innledende strategien ga et overordnet bilde av materialet. Utover dette hadde det ingen praktiske konsekvenser. Andresyklus kodingen bestod av en detaljert kode- og analyseprosess. Her benyttet jeg SDI-metoden (Tjora, 2017). Metoden er induktiv, og har likheter med *grounded theory*, men et viktig skille er Tjora sin erstatning av *theoretical sampling* med iterative kodetester innenfor det allerede innsamlede materialet. Kode- og analyseprosessen beskriver en konkret fremgangsmåte gjennom fire steg, fra empirinær koding av rådata, til kodegruppering, konseptutvikling, og eventuelt til teoriutvikling. Hvert steg har en deduktiv test som utgangspunkt for iterasjonen mellom stegene. For å holde fokuset, og følge en stringens praksis i kodingen, sammenfattet jeg de sentrale stegene i SDI til å passe inn på et A4 ark (vedlegg nr. 16).

Tjora tilrår også at forskeren noterer seg såkalte empirisk analytiske referansepunkt. Med det mener han koder eller sitat som kan trigge analytiske idéer eller konseptuelle retninger. I kodearbeidet markerte jeg disse referansepunktene med farger. Noen ganger hentet jeg ut sitater og lagret de i memoer og noterte meg idéer, andre ganger benyttet jeg meg av annoteringsfunksjonen i Nvivo (*NVivo qualitative data analysis Software*, 2018). Viktige punkt i arbeidet med kodingen, og valgene jeg foretok underveis, ble loggført i et memo. Jeg erfarte SDI som et praktisk verktøy og metodologisk kompatibelt med nymaterialistisk tenkning. Når kodearbeidet også er gjort i NVivo blir alle koblinger fra konsept/kategori til empirinære utsagn holdt rede for (se figur 3, s. 58). Men programvaren opplevdes ikke like funksjonell med tanke på å kode relasjoner mellom kategorier.

Jeg kodet materialet i denne rekkefølgen: 1) arkivmateriale, 2) prosjektutvikler, 3) feltnotater, 4) ledere. 5) superbrukere, koordinatore og gruppeledere, 6) behandlere,

og 7) pasienter. Jeg var usikker på i hvilken rekkefølge jeg skulle starte, og om dette var et spørsmål av betydning. I metodelitteraturen fant jeg ikke noen svar. For å følge kronologien i implementeringen valgte jeg også samme kronologi i kodingen, fra ledelsesperspektiver til brukere.

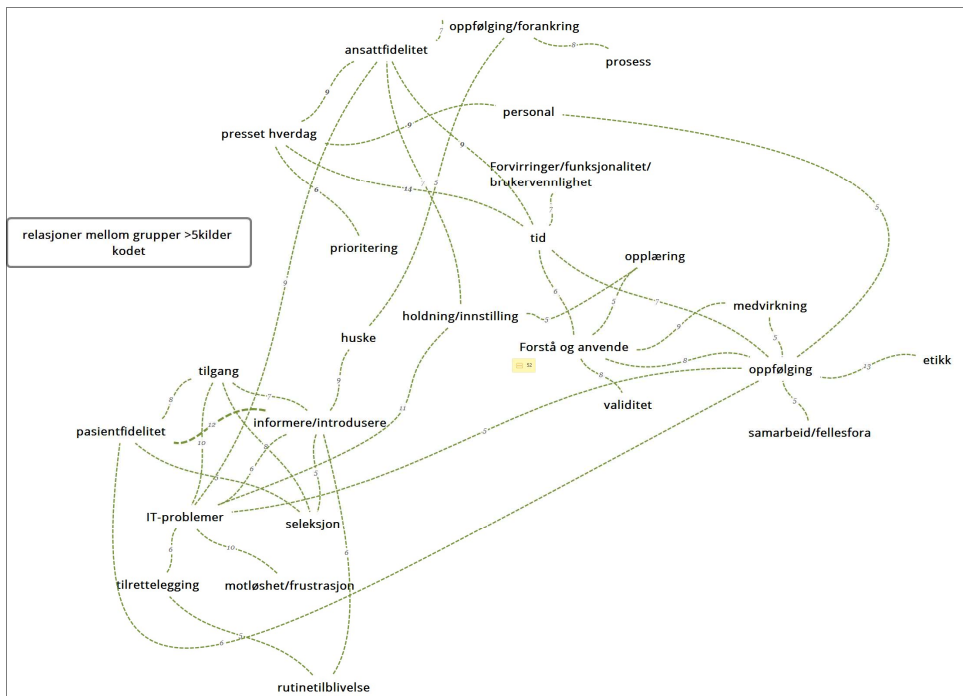
Arkivmaterialet tjente mest som bakgrunn for innsikt i utviklings- og implementeringsprosesser sett fra ledelsesperspektivet. Kodingen her fulgte en enklere prosess enn resten av materialet. Først foretok jeg en empirinær koding, deretter sorterte jeg og grupperte kodene, og kondenserte de ytterligere i en Nvivomatrikse som grunnlag for revisjon av overordnede kodegrupper. Disse la grunnlaget for seks kategorier: planene fremover, implementeringsstatus, motivasjon, tiltak, kvaliteter ved Norse, og rammer for prosjektet. Resten av datamaterialet ble kodet i henhold til SDI.

Figur 2: Kodetre, intervjuer og feltnotater

Name	Files	References
25. FORSTÅELSE og ANVENDELSE AV FEEDBACKRAPPORTEN	52	525
2. Tilordne mening	48	261
2a. Samordning av intensjon og forståelse	18	42
2d. Oversensitivitet svekker tilliten til NORSE	17	33
2b. Tvil og usikkerhet	15	25
2f. Klinisk inntrykk samsvarer ikke med NORSE-rapport	13	21
2e. Klinisk inntrykk samsvarer med NORSE-rapport	11	11
2c. Intuitivt	9	12
Node lett å forstå smilefjesene	2	2
Alle kan lese et surt fjes og et smilefjes	1	1
ikke vanskelige å forstå scorene	1	1
kunne tolke det med et øyekast	1	1
resultatene er enkle å tolke	1	1
som regel er det helt greit å kjenne igjen pasienten	1	1
grafene er veldig lett å skjønne	1	1
det er lett å se hva som er denne uken, men det er vanskeligere å se hva som har vært f	1	1
Med NORSE så hjelper det veldig at det er så visuelt med disse fjesene	1	1
trenger du ikke mer enn kanskje et halvt minutt eller minutt på å tolke det,	1	1
trenger ikke forstå statistikken bak	1	1
2g. Ser etter endringer	8	11
2i. Ingen fasit	8	9
2h. Tolker alene	7	12

I prosessen med å utvikle kodegrupper og konsepter/kategorier benyttet jeg flere teknikker. Jeg brukte prinsippet fokusert koding som vektlegger de hyppigst forekommende kodene som fremtredende kategorier (Saldaña, 2015, p. 240). I tillegg benyttet jeg *tabletop* teknikken som betyr å jobbe analogt med kategoriene i relasjon til hverandre for å utforske mulige mønstre (Saldaña, 2015, p. 230). En annen variant var å kjøre matrisespørring i Nvivo for å undersøke krysskoding mellom kategorier, både for å undersøke konsistens i kodingen, men og for å finne relasjoner mellom kategoriene. Ut fra denne spørringen laget jeg et kart som viste relasjoner mellom kategorier hvor fem eller flere kilder var kodet (figur 3). Disse teknikkene gjorde at jeg både kunne kontrollere for stringens i kodingen, og undersøke andre mulige tolkninger av datamaterialet.

Figur 3: Relasjoner mellom kategorier



Figur 2 viser hvordan jeg har visualisert sammenhenger mellom kodegrupper. En matrisespørring i Nvivo gir krysningspunkt mellom grupper som kan være tegn på

relasjon. Relasjon oppstår når et tekstsegment kodes på to eller flere grupper. Her har jeg avgrenset til koding fra 5 kilder eller mer.

Sluttproduktet utgjorde 36 overordnede kodegrupper som la grunnlaget for mer spissede forskningsspørsmål. Totalt utgjorde kodetreet 3267 empirinære koder inkludert duplikater. Selv om prosessen var omstendelig og tidkrevende ble sluttresultatet svært anvendelig. Eksempelet over (figur 2) viser den hyppigst forekommende kategorien i analysen. Den illustrerer også hvordan man på en enkel måte kan navigere mellom nivåene, samt flytte koder mellom kategorier.

De meste fremtredende kategoriene utgjør grunnlaget for de tre artiklene som er inkludert i avhandlingen. Kodegruppene ble skrevet ut og bearbeidet til konsepter i tre ulike tekstdokument som et ledd i å skrive artiklens resultatdel. Disse tre dokumentene samt kodearbeidet ble kritisk gjennomgått av veiledere i et eget analyseseminar. I artiklene presenterer jeg konseptene som temaer, og som jeg mener bedre kommuniserer resultatene til leseren.

4.3 Forskerrefleksivitet

I dette kapitlet reflekterer jeg over vurderinger, valg og premisser som har bidratt til å forme sluttproduktet. Jeg legger til grunn Alvesson og Sköldbbergs (2008) forståelse av refleksivitet som en tenkning omkring premissene for egen tenkning, observasjoner og språkbruk, og ikke først og fremst en utlegning av forskerens subjektivitet.

4.3.1 Om vitenskapsfilosofi og teori

Min egen opplevelse av å gjennomføre dette doktorgradsarbeidet kan oppsummeres i tre ord: leting, tvil, og valg. Det overordnede spørsmålet om hvordan utforme en slik studie var ikke umiddelbart klart. Hvordan skulle vi for eksempel betrakte fenomenet Norse? Som et KTS, en spesiell variant av alle KTS-er, som en innovasjon, en policy, en forskningsbasert praksis, eller en som en blanding? Hva ville betraktningen i så fall bety, og har slike benevelser noe å si, i en innledende fase? Hos meg dannes ulike assosiasjoner alt etter hvordan man betrakter fenomenet, og jeg tror assosiasjonene foregriper noen forskningsmessige valg, om hvordan undersøke

praktiseringen av fenomenet. Om vi for eksempel skulle velge å betrakte prosjektet som implementeringsforskning av evidensbasert kunnskap ville prosjektet lede i retning av implementasjonsvitenskapen, godt forankret i paradigmet evidensbasert medisin med sine teorier, modeller og rammeverk (Bauer, Damschroder, Hagedorn, Smith, & Kilbourne, 2015; Nilsen, 2015). Ville ikke et slikt retningsvalg også bety at vi definerte fenomenet og konteksten allerede før de faktiske brukerne fikk sagt sitt, altså at fenomenet i seg selv unntas kritisk granskning, at definisjonsmakten allerede er gitt? Til en viss grad må det jo være slik også for at ikke relativismen skal viske ut enhver betydning, men en bevisstgjøring opplevdes som skjerpene med tanke på forskningsmessige valg.

Statsvitenskapelig implementeringsforskning undersøker offentlige myndigheters policy-implementeringer. Denne retningen har andre teorier og tilnærminger som skiller seg fra implementeringsvitenskapen (Nilsen et al., 2013). Vi kunne argumentert for å plassere forskningen vår innenfor dette fagfeltet også, men det ville også bety en anvendelse av andre begrepsapparat, metoder, analyser, og rapporteringer av funn, som igjen ville være knyttet opp til språkspillet, eller diskursene om en vil, som bygger premissene for hvordan funnene kan forstås. Ville det for eksempel være riktig å koble funnene våre til et determinantrammeverk, som er en mulighet innenfor implementasjonsvitenskapen? Hvilke vitenskapsfilosofiske premisser ville vi så akseptert – positivistisk orienterte? Samme spørsmål kan stilles til den statsvitenskapelige retningen, om hvilke implikasjoner det ville ha å knytte an til for eksempel governanceteorier. Slik kunne vi fortsatt fra bod til bod på den vitenskapelige markedsplassen, og for eksempel sett på hva vi kan lære fra innovasjon i næringslivet, implementeringsforskning i skolen, ledelses- og organisasjonsteorier, psykologiske adferdsteorier etc., og fenomenet farges tilsvarende. På en annen side, kunne vi antatt en relativistisk tilnærming, samlet empiri, avdekket mønster, og så vende tilbake til markedsplassen. Men metodevalg er heller ikke teoretisk og vitenskapelig nøytralt.

Jeg anser teorier og fagfelt som konkurrerende, i den forstand at ulike perspektiv er viktige for å belyse ulike fenomen – og nødvendig for kunnskapsproduksjonen. Jeg

tvilte meg fram til mitt vitenskapsfilosofiske utgangspunkt, og begrunner valget med at Norge var nytt, det var nytt for klinikken, og jeg var interessert i hva situert praksis har å si for hvordan fenomener kan forstås. Innenfor forskning på KTS håper jeg dette bidrar til et konkurrerende og utfyllende perspektiv på KTS.

4.3.2 Om design

Valg av forskningsspørsmål og design var utfordrende. Vi ønsket ikke kun å gjøre intervjuer med utvalgte personer, ettersom vi ikke visste nøyaktig hvor mange og hvem som brukte det, og hvor hyppig. Selv om dette også kunne vært løst mente vi det var mest interessant med et bredt perspektiv som fanget mange aspekter ved implementeringen og bruken. Samtidig ønsket vi ikke å legge for mange føringer i intervjuene, men følge opp informantenes betraktninger og beskrivelser. Jeg vurderte også et etnografisk design, eller «grounded theory» som spennende og formålstjenlig med tanke på målet med prosjektet, men vurderte det som vanskelig å gjennomføre med tanke på tilgang og personvern innenfor psykiatrien. Samtidig tenkte vi også at en sterk synlig tilstedeværelse ville påvirket implementeringen i for stor grad. Et casestudie virket derfor som en fleksibel og håndterlig løsning. Utfordringen i etterkant var det store datamaterialet som tillot flere vinklinger og spørsmål som kunne analyseres og sammenlignes, for eksempel ledelsesperspektiver opp mot ansatteperspektiver, noe som datamaterialet innbyr til, og som kanskje vil bli belyst gjennom artikler i framtiden. Vi kunne også valgt å presentere et helhetlig perspektiv for så å gå i dybden på ulike aspekter, og kanskje slik holdt oss mer til en idealpresentasjon av caset. Vi landet likevel på skrive om de kategoriene som stod sterkest i materialet da det ville gi den beste presentasjonen fra brukernes side. Samtidig fant vi også at de kunne være interessante bidrag til forskningslitteraturen på feltet.

4.3.3 Om intervjuene og feltobservasjonene

Et avlyst seminar om forskningsintervjuer medførte at forberedelsene mine ikke var optimale. Jeg merket likevel at intervjuene ble bedre etter hvert som jeg fikk trening, og hørte gjennom og transkriberte intervjuene. Slik ble jeg også mer bevisst hva som fungerte og ikke. For eksempel merket jeg at jeg kunne formulere meg omstendelig

når jeg prøvde å unngå å stille ledende spørsmål. Et annet moment jeg merket meg i de tidlige intervjuene, var at jeg noen ganger ikke stilte oppfølgingsspørsmål når jeg hadde dannet meg et bilde av hva informanten snakket om. Slik fikk jeg ikke informantens egne begrunnelser, eller jeg konkluderte selv. Selv om det ikke skjedde ofte, er det kjedelig i en kodeprosess å oppdage disse momentene.

Jeg erfarte at en samtalebasert intervju praksis fungerte bra. Mange intervjuer ble rike. Hvor gode de ble hadde mindre med meg å gjøre som intervjuer, men heller med den andre parten. Noen informanter hadde observasjoner som ga meg mange knagger å følge opp. Disse intervjuene ble gode også fordi mesteparten foregikk på informantenes premisser og assosiasjoner.

Spesielt gjennom kodearbeidet ble jeg oppmerksom på meningstettheten i intervjuene. Kodeteknikken i SDI «tvinger» en frem til kjernen i ulike beskrivelser. Slik ble jeg og oppmerksom på intervjuer som jeg i utgangspunktet var fornøyd med, fordi informantene hadde fått snakke mye om mange relaterte temaer, i realiteten heller var ordrike, men mindre rike på konkrete meningsutsagn eller opplevelser. Motsatt var også tilfelle. Kortere intervjuer kunne ha informanter som leverte premisser for konkrete utsagn og opplevelser, som til gjengjeld ble enklere å kode. Disse erfaringene gjorde meg mer oppmerksom på nytten av teoretisk sampling i *grounded theory*.

Feltobservasjonene var nedtegnelser av hva om ble sagt. Nedtegnelsene bidro til at ulike aspekter av Norse-implementeringen og praksis ble sirklet inn. Etersom ganske mange ansatte har blitt observert, følte jeg meg ganske trygg på at funnkategoriene var representative til en viss grad. For, et viktig ankepunkt er om det er slik at alle uttrykker motstand, misnøye, fornøydhet osv. i plenumsforsamlinger, og når de vet at en forsker er til stede?

De fleste observasjonene opplevdes likevel som uproblematisk. Jeg sitter i et møterom med flere andre og skriver, og det virker ikke som noen tar notis av deg. Vanskeligst var kardeksmøtene – morgenrapporten på døgnposten. Disse var klinisk orienterte og handlet ikke om Norse i seg selv, men Norse ble benyttet som en del av

vanlig rutine. Her kom min manglende helsefaglige kompetanse til kort for å tolke møtets funksjon, format, roller og betydning. Dette ble tydelig for meg i uformelle samtaler med prosjektutvikler i etterkant, som også deltok.

De mange intervjuene og feltobservasjonene gjorde at jeg var synlig i klinikken under datainnsamlingsperioden. I et par intervjuer nevner informantene dette, og så på meg som en Norse-påminner. Slike utsagn sier noe om vanskelighetene med å skille implementeringsprosessen fra forskningen, jeg blir til en viss grad et virkemiddel uansett.

4.3.4 Om koding og analyse

Kodeprosessen var noe av det mest krevende jeg gjorde, men samtidig kanskje det mest interessante også. Kodingen opplevdes som en kritisk fase. Arbeidet som gjøres her har stor betydning for tolkning og formidling. Tross en del litteratur om metoder og teknikker, er det lite litteratur som går i dybden og for eksempel redegjør for konkret koding og tankeprosesser i reelle eksempler. En sak er å lese seg godt opp på teori, metode og analyseteknikker. En annen sak er å overføre den teoretisk kunnskapen til praksis. For eksempel, hvordan vet jeg at jeg har laget en empirinær kode, og hvilken mening jeg har innkapslet? Hvor tett på informantens utsagn skal jeg kode? Hva skjer om jeg legger på et tolkningslag tidlig i prosessen? Hvordan vet jeg at jeg har startet riktig slik at jeg grupperer koder på en meningsfull måte senere i prosessen. Selv om noen svar er å finne i litteraturen, og prosessen diskuteres med veiledere, opplevdes det likevel som om hver empirinære kode likevel hadde flere tolkningsmuligheter. Etter hvert som kodearbeidet skred fremover fikk jeg likevel en følelse av å finne «riktig» nivå. For meg bestod det av å finne en balanse mellom korte koder, og mening som trigget hukommelsen. Det betyr nok også at kodetreet jeg endte opp med, er mer funksjonelt for meg, enn om noen utenfra skulle anvende det. Selvsagt finnes det ikke, og skal heller ikke finnes noen fasit. Likevel er det med ydmykhet arbeidet er gjort, og med en forståelse av at jeg setter mitt individuelle preg på kodingen og analysen. Jeg deler Saldanās syn om at koding er tolkning. I den empirinære kodingen jeg utførte var det alltid tolkninger som lå til grunn for valg av

tekstsegmenter, gruppering og kategorisering. Slik blir små steg til min konstruksjon av en virkelighet som det forsøkes å gis et representativt bilde av.

4.3.5 Om veilederforholdet

I tillegg til å være min hovedveileder har hovedveileder flere roller som kan ha innvirkninger på prosjektet. Han har utviklet Norse, skrevet søknaden som ga finansiering til doktorgradsprosjektet, og er medforfatter på alle tre artiklene. I tillegg er han en sentral fagperson i klinikken. Spørsmålet som melder seg er om, og hvordan disse rollene påvirker deler av, eller hele prosjektet? En erklæring kunne kanskje sagt noe om forholdet, eller jeg kunne sagt noe om balansen ved å ha flere veiledere, men til sist vil det likevel handle om tillit. Tilliten til at jeg som gjennomfører prosjektet gjør det i tråd med vitenskapelige prinsipper om redelighet, og tilliten til at jeg opplevde veilederforholdet på en positiv måte. Min vurdering er at tillit må etableres gjennom å vise åpenhet og utrede mitt metodologiske ståsted og metodiske fremgangsmåte. I tillegg til at funnene slik de er formidlet reflekterer mønster som er avdekket gjennom koding, og som følger gitte metodiske begrunnede kriterier. Et annet spørsmål er om ansatte oppfattet rollene som problematiske, og om det har påvirket datainnsamlingen. Dette vet jeg ikke, og vil være en uavklart usikkerhet. Intervjuene bærer, etter mitt skjønn, preg av åpenhet.

4.4 Etikk og datasikkerhet

På grunn av usikkerhet om hvilke opplysninger som skulle innsamles søkte jeg først De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskning (REK) for godkjenning etter helseforskningsloven. Loven er formålsstyrt og regulerer medisinsk og helsefaglig forskning som søker å «skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom» (Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)— Lovdata, 2009). REK sin vurdering var at prosjektet falt utenfor deres mandat (vedlegg 3). Jeg søkte derfor om tilråding etter personopplysningsloven, og fikk denne fra personvernombudet for forskning (PVO), NSD Norsk senter for forskningsdata (vedlegg 4 og 5). Selv om prosjektet er basert på informert samtykke og har etiske aspekter ved seg, vurderer ikke PVO forskningsetikk som sådan. Jeg har

derfor støttet meg på Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (NESH, 2011).

I et prosjekt hvor jeg både samler arkivdata, observerer åpent i fora, og gjør dybdeintervjuer stilles det noen krav til åpenhet om prosjektets formål og hvordan dataene behandles, samt konfidensialitet – at opplysninger lagres og behandles på en sikker måte og ikke gjøres kjent for uvedkommende. Jeg søkte klinikkdirektør for psykisk helsevern om tilgang til å forske i klinikken (vedlegg 1 og 2). Opplysninger om prosjektet, informasjons- og samtykkeskriv og PVOs tilråding lå til grunn for forespørselen som også ble sendt Helse Førdes forskningsseksjon. Etter tilgang la jeg ut informasjons- og samtykkeskriv på venterommene til klinikken (vedlegg 6, 7 og 8), og hengt opp informasjonsplakater ved inngangspartiene. Jeg fikk også informere om prosjektet på Helse Førdes intranettside (vedlegg 10). For å kunne gjøre feltarbeid i Helse Førde krevde institusjonen taushetserklæring. Det vil si at før innsamling av data var jeg like bundet av taushetsplikten som helsepersonellet (vedlegg 9).

Halvparten av datamaterialet ble transkribert av et profesjonelt transkriberings- og oversettelsesbyrå (Easy Translate). Høgskolen inngikk en institusjonell databehandleravtale med byrået for å sikre konfidensialitet. Alle pasientintervjuene transkriberte jeg selv. Datamaterialet ble lagret på Høgskolen på Vestlandets forskningsserver med tilgangsbegrensning. I tillegg aidentifiserte jeg datamaterialet i NVivo og passordbeskyttet filen. Koblingsnøkkelen ble også lagret på passordbeskyttet fil, på forskningsserveren. Etter endt prosjektperiode blir lydfilene slettet og datamaterialet anonymisert.

5. Resultater

5.1 Artikkel 1

Første artikkel heter «Making way for clinical feedback systems in the narrow space between sessions. Navigating competing demands in complex health care settings» (Hovland & Moltu, 2019a). I denne artikkelen konsentrerer vi oss om kontekstuelle forhold basert på en tolkning av ansattes beskrivelser, og feltobservasjoner. Vi organiserte funnene i tre deler. Den første delen tar for seg hva som følger i kjølvannet av Norse-implementeringen: forvirringer og frustrasjon, logistiske utfordringer, håndtering og orientering i Norse-systemet, etiske og personvernmessige bekymringer, tekniske feil, supportbehov, og motivasjon. I den andre delen undersøkte vi hva annet som skjer rundt klinikerne. Her fant vi at organisatoriske endringer og multiple krav gir stort arbeidspress. Særsilt gjelder det oppmerksomheten på pasientgjennomstrømning, personalgjennomtrekk, konkurrerende krav, og en følelse av å være bakpå arbeidsmessig. Til slutt undersøkte vi hvordan Norse passet inn i det landskapet som skisseres og hvordan noen oppgaver forblir, mens andre kan svinne hen. Her fant vi at ansatte opererte med uformelle prioriteringsregler, eller kjennetegn på hva som ble oppfattet som viktig eller ikke. Dette tematiserte vi som «arbeid som telles, teller.» Høyt arbeidspress medførte tidspress når oppgaver skulle gjøres i hva vi beskriver som det trange rommet mellom timene. Funnene våre viser betydningen av å zoome ut forbi et definert fenomen, og hvordan mange ulike forhold veves sammen og påvirker praksisen. Jeg vil være forsiktig med å antyde om resultatene kan benyttes til endringsarbeid, eller som grunnlag for å utvikle metoder for å fremme implementering.

5.2 Artikkel 2

Den andre artikkelen har vi kalt «How patients and clinicians experience the utility of a personalized clinical feedback system in routine practice» (Hovland, Ytrehus, Mellor-Clark, & Moltu, u.å.). Artikkelen utforsker potensialet ved bruk av KTS når både pasient og behandler verdsetter bruken. Vi presenterte funnene i fire

overordnede temaer: 1) Pasienters bruk av KTS for forbedret oppmerksomhet og innsikt, 2) Pasienter forøkte å gjøre KTS til et kommunikasjonsmiddel, 3) Pasienter og klinikere ble enige om KTS som et middel for å påvirke behandlingen, og 4) Tilbakemeldingen nødvendiggjør et meningsskapende samspill. Vi diskuterer hvordan meningen og bruken av KTS er noe som skapes gjennom dialog. Hvor artikkel 1 setter KTS i en kontekst med arbeidspress og ulike krav, viser denne artikkelen potensialet til KTS som et ledd i et virksomt triangel med behandler og pasient. KTS fremstår her ikke som et stumt skjema som kartlegger eller måler pasienters opplevelse. Det setter i gang noe hos pasienten, samtidig som pasienten forsøker å formidle sin situasjon til behandler. Sammen kan de bruke rapporten som KTS genererer til å bli enige om hvordan det kan tolkes, og som utgangspunkt for å sirkle inn dialogen mot viktige dimensjoner.

5.3 Artikkel 3

Artikkel 2 viste hvordan KTS kan oppleves som en meningsfull praksis av behandler og pasient. I artikkel 3 analyserer vi klinikerens beskrivelser av hvordan de prøver å praktisere er krav om å tilby KTS til alle pasienter. Artikkel tre heter «The challenges of making clinical feedback in psychotherapy benefit all users: A qualitative study» (Hovland & Moltu, 2019b). Vanskelighetene de beskriver gjelder: 1) Et tilbud for alle, eller er det for alle?, 2) Sykdomstilstanden hindrer deltakelse, 3) Enda en ting, 4) Distanserer eldre, 5) Mer til gagn for norsktalende uten lese- og skrivevansker, og 6) Mer til gagn for velfungerende yngre mennesker. Temaene diskuteres i lys av brukermedvirkningsperspektivet, krav om likeverdig og rettferdig tilgang til nye behandlingsformer, og i lys av nyere oppsummert forskning som kritiserer effektstudier av KTS for ikke å ta hensyn til mangfoldet innenfor offentlige helseinstitusjoner. Gitt premisset om at KTS har en positiv virkning på behandlingen, har artikkelen et normativt anslag. Noen ekskluderer seg selv fra å benytte det, hos andre er verktøyet selv ekskluderende. Gitt variasjonen i pasientpopulasjonen i norsk helsevesen peker funnene på behovet for mer tilpasning og utforskning av KTS.

6. Diskusjon

Med bakgrunn i nymaterialistisk sosiologi har jeg undersøkt hvilke arrangement Norse Feedback inngikk i, og gjort et forsøk på å tilføre et annet perspektiv på kunnskapen og forståelsen av KTS' komplekse interaksjoner. I litteraturen om implementering av KTS pekes det på en rekke faktorer som påvirker integreringen av KTS som en rutinemessig del av behandlingen (Boswell et al., 2015; Boyce et al., 2014; Mackrill & Sørensen, 2019; Solstad et al., 2019). Implementeringsforskningen på KTS har i mindre grad orientert seg i retning et bredere kompleksitetsperspektiv, som assosierer implementeringsvansker i helsetjenestene med deres komplekse strukturer og funksjoner, hvor blant annet volumet av kliniske retningslinjer kan være en utfordring i seg selv (Greenhalgh et al., 2014; Greenhalgh & Papoutsi, 2018). Ekeland og Karlsson koblet EBM-inspirert standardisering innenfor psykisk helsevern med nyliberale styringsmekanismer i offentlig sektor – en kobling som utfordrer behandleres autonomi og skjønnsutøvelse (Ekeland et al., 2011; Karlsson, 2015). Sosiologien om standarder, og aktør-nettverksteori belyser hvordan tilsynelatende ulike forhold innenfor samme område veves sammen i nettverk/arrangement av mennesker og artefakter, og hvordan inskripsjoner i standarder søker å påvirke handlingsmønstre i en ønsket retning, for eksempel ved incentiver (Timmermans og Berg, Redden og Røyrvik et al.). Jeg har i tre artikler presentert ulike sider ved implementeringen og bruken av Norse, og vist hvordan interaksjoner skaper muligheter og begrensinger. Selv om mottakelsen og viljen til å implementere Norse var til stede i klinikken, skapte situerte handlingsmønstre varierte praksiser og utfordringer.

Ettersom casestudien handler om KTS kan vi gjennom denne avhandlingen og publiserte artikler uforvarende risikere å konstruere verktøyet som uforholdsmessig betydningsfullt, blant annet ved at resultatene inngår i det baklandet som KTS trenger for å være virksomt (Law, 2004). Motsatt kan vi ved å innta et fugleperspektiv på komplekse og konkurrerende forhold som ansatte må sjonglere i hverdagen vurdere den relative betydningen som redusert, ettersom mange anser KTS som ett gjøremål blant mange andre viktige arbeidsoppgaver.

I det følgende vil jeg drøfte og argumentere for at tillit er et sentralt bindelev i både implementeringsprosessen og i den kliniske bruken. Jeg vil gjøre det med et øye for den norske konteksten, og klinikere som «bakkebyråkrater» (Lipsky, 2010). Tillit er et begrep som typisk får sin betydning i hvilken sammenheng det anvendes i, og er gjenstand for forskning innenfor en rekke fagområder (Grosse, 2007). Sørhaug (1996) knytter tillit og makt sammen som begrepspar, og som basis for organisering. Tillit utgjør grunnlaget for handling og samhandling, sier han, men er også paradoksalt fordi tillitsforhold «består i gjensidige forventninger til noe som ennå ikke er realisert, og som derfor bare har sin eksistens i kraft av disse forventningene» (Sørhaug, 1996, s. 23). Tillit er slik sett risikofyllt, og både trues og opprettholdes av makt. Makt defineres av Sørhaug som «kapasiteter i personer og institusjoner som får folk til å gjøre ting de (sannsynligvis) ellers ikke ville ha gjort» (Sørhaug, 1996, s. 22). Slike kapasiteter kan være alt fra ting, til språk og prosesser. Sett i lys av standarders sosiologi er inskripsjoner på praksiser som ønskes utført en form for maktutøvelse, og som styrker tilliten til at ønsket politikk blir iverksatt.

Makt og tillit står sentralt innenfor brukermedvirkning, KTS som behandlingsverktøy, og som vilkår for å praktisere PBE, eller målebasert behandling. Både grunnbetydninger og avledninger av ordet tillit er relevante for å diskutere ulike aspekter av det, så som å *stole på*, *rette seg etter*, *håpe på* og *støtte seg til* (våre arveord).

Som Mackrill og Sørensen (2019) viser, er litteraturen omkring KTS relativt ny, og forskningen er gjort i ulike kontekster og med ulike tilbakemeldingssystemer. I diskusjonen vil jeg forsøke å relatere KTS til problemstillinger som aktualiseres i en norsk sammenheng, og resonnerer ut fra gitte premisser. I artiklene har vi lagt mye vekt på system- og behandlerperspektivet. Den første artikkelen om hvordan komplekse kontekstuelle forhold påvirker implementeringen av Norse Feedback. I den andre artikkelen hvordan KTS kan spille en viktig rolle i dialogen mellom pasient og behandler. Den siste artikkelen viser hvordan praktiseringen av Norse Feedback passer inn i en sammensatt pasientpopulasjon, og opp mot en policy som sier at pasientene skal bli tilbudt Norse. Med bakgrunn i at artiklene i sum drøfter system-

og behandlerperspektiv fra ulike vinkler, vil jeg i denne oppsummerende diskusjonen vende oppmerksomheten mot brukerperspektivet, og vilkårene for skjønnsutøvelse og autonomi hos behandlere.

6.1 Å bygge tillit for å fremme tillit til KTS som et behandlingsverktøy

Analysene av implementeringen og bruken av NF viste at implementeringen både påvirker og blir påvirket av en rekke ulike forhold. Vi har sett at gjennom å studere implementeringen får vi øye på hvordan ansatte erfarer en presset og sammensatt hverdag, og hvordan implementeringen skaper både ytterligere forstyrrelser i arbeidshverdagen, men også muligheter for å styrke pasient-behandlerrelasjoner for noen pasientgrupper. Samtidig ble også forhold ved NF i seg selv belyst som følge av at mange utfordringer først kom til syne gjennom implementeringen.

6.1.1 Brukermedvirkning

Norse Feedback bygger på brukermedvirkning i utviklingen, og tar mål av seg å styrke brukernes medvirkning også i behandlingen. Tillit og respekt for pasientenes egne erfaringer og kompetanse er en grunnstein i prinsippet om brukermedvirkning (Rappana Olsen, 2017). I tillegg til at pasienter skal kunne ha en stemme i beslutninger som gjelder sin egen behandling, som en demokratisk rettighet, ligger det også en tiltro til at pasienter som brukere kan anvende sin forbrukermakt til å påvirke tjenestetilbudet, for eksempel gjennom fritt behandlingsvalg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Et underliggende premiss er at bedre produkter utvikles på bakgrunn av kundenes etterspurte behov. Både rettighetstenkningen og forbrukertenkningen er forankret i nasjonal politikk. Norse Feedback sin forståelse av brukermedvirkning er forankret i retningen med utspring fra demokratiske verdier, rettigheter og medborgerskap: *ingenting om oss, uten oss* (Borg & Kristiansen, 2009). Det regnes også i seg selv som et gode for behandlingen at pasienten mobiliserer egne krefter, motivasjon og ressurser (Hibbard, Stockard, Mahoney, & Tusler, 2004).

Data fra KTS har potensiale som grunnlag for kvalitetsforbedringsarbeid på flere nivå, for eksempel som behandlers verktøy for selvmonitorering av styrker og forbedringspotensialer, som grunnlag for at pasienter kan gjøre informerte valg av tjenestetilbyder, og som grunnlag for å utvikle effektive helsetjenester (Rousmaniere et al., 2019). I Norge har vi ingen nasjonal policy som sier noe om hvordan informasjon fra kliniske tilbakemeldingssystemer skal benyttes, annet enn at det kan være en type samvalgsverktøy (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Høie, 2018), eller et virkemiddel for brukermedvirkning (Napha - Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, u.d.). Anvendelsen av data avgrenses slik av kapasiteter ved verktøyet selv, lovverk og lokale policyer. Muligheter og utfordringer ved en skalering av KTS til kvalitetsforbedringsverktøy, og som sammenligningsgrunnlag av tjenester for å fremme fritt behandlingsvalg, skal jeg derfor la ligge. Men selv om nasjonale og lokale policyer indikerer at KTS er et verktøy for behandler og pasient, er det likevel grader av medvirkning som kan problematiseres, og som aktualiseres gjennom de resultatene som vi har publisert. Om vi legger til grunn Arnsteins stige (Rappana Olsen, 2017), og skiller mellom ulike grader av medvirkning, fra ikke-deltakelse til grader av borgermakt, handler KTS om å etterstrebe partnerskap – en reell medvirkning i behandlingen. Som jeg drøfter under, er ikke reell medvirkning ensbetydende med reell makt til å medvirke. KTS som brukermedvirkningsverktøy realiseres gjennom dialog i timen (Hovland & Moltu, 2019b), men forutsetter at en slik anledning gis (Hovland & Moltu, 2019b, 2019a; Hovland et al., u.å.), og hvordan en tolkning av feedbackrapporten skjer (Hovland et al., u.å.). Jeg skal gå nærmere inn på disse aspektene i den resterende delen av brukermedvirkningsdiskusjonen.

Skeptiske pasienter

Selv om hjelpeapparatet har tillit til betydningen av pasientenes meninger, erfaringer og kompetanse, er ikke det ensbetydende med at tilliten er gjensidig i alle tilfeller, eller at brukerne har tillit til KTS som brukermedvirkningsverktøy. Solstad et al.'s (2019) litteraturgjennomgang, og Börjessons (2019) kvalitative undersøkelse av brukererfaringer med KTS, viste at pasienter ikke alltid har tillit til motivene for å bruke KTS. Særlig dreide skepsisen seg om hvorvidt dataene kan anvendes til annet enn terapeutiske formål. Dette var ikke et tema hos pasientene jeg intervjuet, som

heller anså det som et tillitsskapende verktøy. Behandlere derimot, fortalte om pasienter som hadde lignende bekymringer som kommer frem i Solstad og kollegaers litteraturgjennomgang. Behandlers kunnskap og erfaring med KTS, og hvordan informasjonen formidles til pasientene, vil nok ha innflytelse på pasientenes egne vurderinger (Hovland et al., u.å.). KTS blir altså et verktøy hvis tillit ikke er implisitt, men som er knyttet til en giver og en mottaker, og som dermed innebærer risiko (Sørhaug, 1996). For eksempel, er informasjonen om KTS fra behandler pålitelig? Eller er det slik at KTS «gir meg tillit til at behandler vet nok om meg til å planlegge behandlingen» (Hovland et al., u.å.).

Makt og tillit

Resultatene fra dette ph.d.-prosjektet gir grunnlag for å spørre hvordan behandlere bruker den pasientgenererte informasjonen: hvorvidt pasienter kan ha tillit til at feedbackrapporten i alle tilfeller blir sett; hvilken kompetanse behandlere har til å tolke informasjonen, og i hvilken grad den tas hensyn til i behandlingen. Gjennom ulik praksis risikeres både et tillitsgap og et legitimitetsgap.

Å fylle ut KTS kan gi rom for at pasienter kan formidle det som er viktig for dem. En form for selvutlevering gjennom å redusere tanker, følelser og erfaringer til grafer, scorer og figurer. Samtidig er denne reduksjonen paradoksal ved at den også skaper nye sammenhenger og tanker (Hovland et al., u.å.). Den første reduksjonen er en oversettelse og formidling til behandler gjennom KTS. Paradokset, eller den nye meningen som oppstår ved siden av, er ikke gitt at blir artikulert i dialogen mellom behandler og pasient, men for noen gjør denne doble virkningen det nødvendig med et kort tidsrom fra utfylling til terapitime (Hovland et al., u.å.). Oversettelsen, eller reduksjonen, er myntet på behandlere. Den overfører tolkningsmakt til behandler, og en innsikt som kan deles med pasientene, men som ikke alltid gjøres (Hovland et al., u.å.). Pasientene åpner seg opp, og gjør seg sårbar uten alltid å vite hvordan det blir tatt imot, fordi det ikke alltid skjer i en dialog med behandler. Enveiskommunikasjon i praktiseringen av KTS kan derfor være problematisk tidlig i terapiforløpet hvor tillitsbygging er viktig, og særskilt hvis pasienten har formidlet misnøye relatert til alliansefaktorer (Hovland et al., u.å.). Å utlevere seg selv er å vise tillit, sier Løgstrup

(2000). Ettersom selvutlevering forrykker maktrelasjoner fordrer det tillit til mottakeren. Kommunikasjon og selvutlevering fra mottaker er svar på tilliten, og tillit utgjør derfor grunnlaget for enhver kommunikasjon (Løgstrup, 2000). Slik berører praktiseringen av KTS ikke bare sentrale etiske prinsipper om å ta vare på det som den andre utleverer, men også makten til å medvirke til egen behandling som mer enn bare symbolske handlinger (Rappana Olsen, 2017).

Brattland et al (2019) fant at alliansemålene var bedre med KTS, enn uten, og hadde bedre effekt på behandlingsutfallet enn hos kontrollgruppen. Men som vist kan spørsmålet snues: Hvordan påvirkes makt- og tillitsforhold når behandler ikke anerkjenner innsatsen og prosessene som pasientene går i gjennom ved utfyllingen av KTS? Enveiskommunikasjon i praktiseringen av KTS risikerer å forrykke makt i behandlers favør, snarere enn å jevne den ut.

Tillit til (selekterte) pasienters egne ressurser

Å diskutere rapporten med pasienter på en strukturert måte, har vist seg å ha en positiv virkning (Krägeloh et al., 2014). Noen pasienter forteller at de blir mer selvbevisste, eller oppmerksom på hvordan de har det (Börjesson & Boström, 2019; Hovland et al., u.å.; Unsworth, Cowie, & Green, 2012). Men hverken i min egen studie, eller i andre kvalitative studier er det stilt mer inngående spørsmål til hvilken betydning denne selvbevisstheten, eller oppmerksomheten har for pasienten, eller terapien. Styrker prosessen med å fylle ut KTS pasientens egne evner til arbeide med sine egne problemer? Betyr det at pasienten kommer mer forberedt til behandling?

I forskningen på KTS, og i PBE er oppmerksomheten hovedsakelig rettet mot pasientutfall, behandlers utbytte av feedbackrapporten, og dens anvendelse i pasientsamtale. Men vi kan også spekulere i hvilken grad selve utfyllingsprosessen påvirker pasientenes egne evner til å bearbeide problemene sine, og artikulere disse i behandlingen. Mer forskning som undersøker disse aspektene kan kanskje også bidra til ikke bare selvbevissthet, men også pasientenes tiltro til selve prosessene de gjennomgår ved utfylling, kan være av positiv verdi for behandlingen (Hovland et al., u.å.; Solstad et al., 2019).

Forskningen på brukererfaringer med KTS ansporer til flere spørsmål, utover De Jong et al.'s (2012) funn om sammenhengen mellom behandleres positive holdning til KTS og bruken. Gitt premisset om positive behandlingseffekter av KTS (Boswell et al., 2015; Lambert, Whipple, & Kleinstäuber, 2018), og grupper som faller utenfor (Davidson et al., 2015; Hovland & Moltu, 2019b), er det relevant å spørre: Hvem er KTS generelt, eller varianter av KTS spesielt, til nytte for i en sammensatt pasientpopulasjon? For hvilke aldersgrupper? For hvilke kulturer? Fremskaffer KTS mer pålitelig informasjon om noen grupper, og mindre for andre? Skal KTS som et brukermedvirkningsverktøy være for en selvselektert gruppe, eller bør det etterstrebes mer mangfold? Gode resultater ved bruk av KTS gir gode argumenter for å implementering i psykisk helsevern, men skaper også forventninger. Dette erfarte behandlerne idet de forsøkte å gi Norge tilbud til alle pasienter, og spørsmålene over ble aktualisert.

6.1.2 Behandlers selvtillit i praktiseringen av KTS

Over argumenterte jeg for at forståelsen og tolkningen av feedbackrapporten bør være en delt praksis mellom behandler og pasient, og som spesielt er viktig tidlig i behandlingsforløpet. Et annet interessant aspekt er hvordan behandlere betrakter feedbackrapportene. Stoler de på sin egen kompetanse til å forstå betydningen av rapporten, hvordan den kan anvendes til utbytte for behandlingen, og planleggingen av behandlingen? Eller, betraktet fra en annen synsvinkel: Hvordan kan pasientene stole på behandlerens tolkning av feedbackrapportene?

At feedbackrapporter tolkes og brukes på ulike måter (Hovland & Moltu, 2019b; Ionita et al., 2016; Krägeloh et al., 2014), kan betraktes som positivt. Fleksibilitet gir grunnlag for å koble rapportene til egen ekspertise, erfaring og skjønnsutøvelse. Men ulike praksiser kan også bety at KTS berører noe uvant, som skaper usikkerhet, og at behandlere støtter seg til sitt kliniske inntrykk når de vurderer feedbackrapporten (Hovland et al., u.å.). I seg selv er ikke det problematisk, men det interessante er *hvordan* behandlere vurderer feedbackrapporten sammenlignet med det kliniske inntrykket av pasientene. For eksempel, hvordan leses grafene? Hvordan mottas negative tilbakemeldinger på allianse? Og videre, kan pasientene ha tillit til at det

ikke eksisterer en risiko om dataene feiltolkes, eller tillegges for mye, eller for lite, vekt? At KTS praktiseres og mottas forskjellig, både blant mine informanter og av hva som fremkommer i litteraturen, kan tyde på at kontinuerlig opplæring og erfaringsdeling innenfor trygge rammer er viktig, slik mange studier er inne på. Noen tiltak som foreslås er å introdusere KTS tidlig i opplæringsplaner (Ionita et al., 2016; Unsworth et al., 2012). Praktisk trening med verktøyet, og rollespill for å øve på å introdusere og bruke verktøyet i behandling (Unsworth et al., 2012). Andre tiltak er å anvende verktøy som er enkle å administrere, være åpen om målene med innføringen, eller forankre implementeringen hos en velansett og respektert kollega (Boswell et al., 2015).

Behandlere har som regel lang tid på å tilvenne seg den nye praksisen, og mer erfaring virker å gi bedre resultat (Brattland et al., 2018). Pasienter er derimot innom psykisk helsevern i kortere eller lengre tid. Fra et makt- og tillitsperspektiv kan vi derfor stille spørsmål ved hvorvidt feedbackrapporters utforming bør tilstrebe en lavere terskel for tolkning og betydning for videre behandling. I lys av KTS som et dialogverktøy (Hovland et al., u.å.; Unsworth et al., 2012), kan vi spørre om det også er hensiktsmessig om rapportene i seg selv, kan kommunisere noe tilbake til pasientene, altså uten først å ha vært gjennom behandlers tolkning. Og til sist, at det foreligger behov for ulike tiltak for å fremme implementeringen, som kurs, trening og veiledning, kan jo også bety at der ligger et forbedringspotensial i verktøyet selv.

6.1.3 KTS – Enda en ting?

Nye tiltak innenfor komplekse helsetjenester vil alltid berøre andre eksisterende forhold (Braithwaite et al., 2018; Greenhalgh & Papoutsi, 2018). Barrierer som hindrer eller bremser implementeringen og bruken av KTS, kan derfor likeså godt sees på som en nødvendig brytning mellom de som implementerer og mottakerne, som en modnings- og tillitsbyggende prosess med implikasjoner for både det som implementeres og organisasjonen. Tiltak som motivasjonsarbeid og kontinuerlig arbeid med IT-problematikk kan på et slikt grunnlag ansees som tillitsbygging. Når frustrasjon knyttet til teknologien oppstår (Boyce et al., 2014; Hovland & Moltu,

2019a), handler det også om at behandlere må kunne stole på at verktøyet faktisk virker.

Erfaringene med Norge som analysert i artikkel 1, viste hvordan samspillet mellom ulike standarder og krav, og behandleres reaksjoner, er et samspill mellom politikk på mikronivå og behandleres vurderinger av handlingsalternativer knyttet til disse. Uavhengig av på hvilket nivå i organisasjonen de ulike virksomme standardene er forankret, har de til felles at knutepunktet er behandlere nærmest pasienten. Dette arrangementet av handlingskrevende aktiviteter samsvarer ikke alltid med behandlerens foretrukne gjøremål mellom timene. Den faglige autonomien og skjønnsutøvelsen, frigjort fra disse handlingskrevende standardene utfolder seg derfor i selve terapitimen. Lipsky (2010) kaller offentlige ansatte i slike posisjoner for bakkebyråkrater. De arbeider i direkte kontakt med klienter (eller borgerne), og står i et konstant krysspress mellom tjenestemottakernes forventninger om bedre og effektiv behandling, og befolkningens krav om at tjenestene skal både ha effekt og være kostnadseffektive, som i praksis betyr å behandle flere på kortere tid med utilstrekkelige ressurser. Behandlere tvinges til å manøvrere mellom skjønn og behandlerautonomi på den ene siden, og styring og kontroll på den andre (Lipsky, 2010). De enkelte avgjørelser som bakkebyråkraterne foretar på individnivå blir på samme tid, og samlet sett, helsetjenestens reelle policy. Slik konstruerer denne dualiteten en forskjell mellom policyer slik de er vedtatt og slik de blir praktisert, eller ut i fra en balanse mellom å gjøre noe overflatisk, eller å støtte oppunder og praktisere policyen fullt ut (Tonkens, Bröer, van Sambeek, & van Hassel, 2013). Oversatt til praktiseringen av KTS-policyer, betyr dette at hvordan behandlere praktiserer KTS blir til den faktiske policyen, uavhengig av intensjonene med implementeringen. Sagt på en annen måte, tillit til KTS som brukermidvirkningsverktøy løses ikke med forsikringer om at det *er* et brukermidvirkningsverktøy, tilliten kan bare vise seg gjennom å *gjøre* den manifest (Høyer et al., 2016).

Som innsikt i behandlerens virke som bakkebyråkrater er den første artikkelen i denne avhandlingen relevant. Manøvreringen mellom autonomi og kontroll som

bakkebyråkrat, handler om å utvikle individuelle strategier for å gjøre unna arbeid, og samtidig unngå negative sanksjoner. Telling og kontrollen av behandlere i psykisk helsevern kan derfor også tolkes som myndighetenes manglende tillit til at ekspertise og skjønn samsvarer med offentlige politikk, eller brukernes forventinger til tjenesten (Høyer et al., 2016), og motsatt: Behandlers skepsis og motstand, kan tolkes som manglende tillit til at arbeidsoppgaver som telles er av vesentlig verdi for behandlingens kvaliteten. Fra et innbyggerperspektiv med høye forventninger til tjenesten, kan telling og kontroll, gjort mulig gjennom den digitale revolusjonen, derimot sees som et viktig demokratisk virkemiddel for innsikt med kvaliteten på tilbudet, hindre maktmisbruk, og slik danne grunnlag for hvilken tillit vi har til tjenesten. I en slik kontekst handler implementeringen og praktiseringen av KTS også om tillit – tillit til KTS som et hjelpsomt tillegg i behandlingen, eller om det blir til «enda en ting» behandlere må forholde seg til. Byggingen og mobiliseringen av et bakland av tillitsbyggende faktorer og vedlikeholdet av disse, som beskrevet i foregående kapitler, kan være nødvendig for å unngå at KTS for noen ender opp som «enda en ting» i det komplekse offentlige helsevesenet. Hvordan konstruere KTS, og KTS praksis, til å fungere mikropolitisk uten å svekke tilliten til verktøyet og arbeidsmåten, er derimot en vanskelig balansegang, samtidig som tillit og kulturbygging er tidkrevende.

6.1.4 KTS som en pålitelig kilde til å fremme autonomi og skjønn

KTS kan, tross utfordringer, også ansees som et politisk verktøy for å styrke bakkebyråkrats makt, autonomi og skjønnsutøvelse i en presset, ovenfra-og-ned styrt hverdag. Høyer, Kasa og Tranøy (2016) argumenterer for at den økende kompleksiteten i tjenestene, og den underliggende mistilliten i NPM-doktrinen, øker behovet for profesjonell autonomi og kompetanse. Ved å anvende data fra egne pasienter, planlegge behandlingen ut i fra disse, bli kjent med egne sterke og svake sider, og studere pasientenes progresjon, kan praksisbasert evidens anvendes som et dokumentasjonsverktøy over behandlers egen og/eller klinikkens praksis, og gi mulige svar på effekter av evidensbaserte innføringer, eller egne behandlingstiltak (Barkham et al., 2010). Vi er imidlertid ikke der enda i Norge, og vi kan heller ikke snakke om betydningen av KTS på ulike nivåer, fra behandling til kvalitetssikring av

psykisk helsevern. Selv om praksisbasert evidens foreslås som komplementær til det evidensbaserte paradigmet, er det fremdeles preget av lokale nedefra-og-opp initiativ uten store gjennomslag i nasjonale policyer, og som må konkurrere med et paradigme med fotfeste i nasjonale myndigheter. PBE er også mer enn KTS, og handler om å bygge en kultur for åpenhet og gjensidig tillit til hvordan dataene kan benyttes for å forbedre behandlingen og tjenesten. Det betyr også at profesjonell autonomi og skjønnsutøvelse ikke trenger å være et individuelt anliggende, men noe som kan utvikles gjennom praksisfelleskaper preget av gjensidig tillit (Barkham et al., 2010).

Oppsummert kan implementering og bruk av KTS i psykisk helsevern sees på som en rekke like og ulike forhold, på ulikt hierarkisk nivå, som gjensidig må samvirke for å være fremmende for behandling og brukervedvirkning. Variasjoner av makt og tillit kan sees som sentrale faktorer som styrker, eller svekker dette arrangementet. For å «virke» må det eksistere et pålitelig bakland av forhold som spenner fra IT-infrastruktur, arbeidsforhold, og pasient og behandlerrelasjoner.

6.2 Implikasjoner

Vi kan ikke trekke logiske slutninger fra observasjoner av virkeligheten til hvordan noe bør være, uten å trekke inn normative premisser. Vi har ikke undersøkt hvordan noe bør være. Selv om artiklene peker på momenter som kan tolkes kritisk, her i betydningen av noe negativt, for eksempel klinikers arbeidssituasjon i artikkel 1, kan vi ikke trekke gyldig slutninger om hva som bør gjøres, selv om jeg noen steder gir hint i slike retninger. På samme måte som forskningsprosjektet har synliggjort hva som følger i kjølvannet av implementeringer, og hvordan KTS inngår i situerte praksiser, kan vi også slutte at mer skjer i tilbaketrekkinger, endringer i organisasjonen og videre. Det betyr også at jeg som forsker ikke nødvendigvis har bedre løsninger, enn andre som leser denne undersøkelsen. Med disse forbeholdene skal jeg likevel antyde noen implikasjoner.

6.2.1 Implikasjoner for forskning og implementering

Jeg har konsentrert meg om å undersøke varierte forhold som aktualiseres ved implementeringen av KTS, uten at det har vært mulig å gå dypt nok inn i hvert tema. KTS har vist seg vanskelig å implementere. Forskningen på implementeringen av Norse Feedback kan indikere det samme, tross at forskningen er gjort i en tidlig fase. Barrierer og mulighetsfremmende faktorer kan vanskelig reduseres til enkeltfaktorer. Skal KTS inngå som del av en helhetlig praktisering av PBE vil det handle om tålmodig tillits- og kulturbyggende arbeid over tid, samt brytninger mot konkurrerende ideologier, standarder og aktiviteter i psykisk helsevern.

Mer dyptgående forskning innenfor følgende tema vil være interessante med tanke på å øke kunnskapen om implementering og rutinemessig bruk av KTS:

- Mer innsikt i den «svarte boksen» – om hvordan vurdere feedbackrapporten og hvordan snakke om den.
- Hvordan konstruere og tilrettelegge KTS for det brede spekteret av pasienter som benytter seg av psykisk helsevern.
- Hvordan tilrettelegge for KTS innenfor en hektisk og omskiftelig hverdag.
- Hvordan KTS kan styrke reell brukermedvirkning.
- Longitudinelle studier, både kvalitative og kvantitative, for å undersøke kulturbygning og erfaring med KTS over tid.

6.2.2 Implikasjoner for praksis

Denne avhandlingen viser, tross begrensinger, at KTS implementeringer i psykisk helsevern kan både være komplekst og komplisert. Et punkt, som for meg tydeligst fremstår som viktig å bygge videre på, handler om hva vi betrakter KTS som. Innpakningen tilsier et klinisk verktøy, sett fra en behandlers synsvinkel. Fra pasientenes side kan det betraktes som en måte å formidle sin selvopplevde tilstand. Men en god dialog om hvilken mening dataene skal ha for behandlingen synes å være viktig. En slik dialog kan gi en god, tillitsbyggende og fokusert inngang til samtaler for pasienter som kan, og ønsker å benytte seg av KTS. Effektivitetshensyn satt til side, er det kanskje en verdi i seg selv at en praktisering av KTS bygger tillit og

fremmer en god inngang til en dialog om sentrale sider ved problemene som pasientene søker hjelp for. Og da er vi tilbake til Wittgenstein og nymaterialisme: hva blir KTS til i praksis? Er det et skjema, verktøy, kartleggingsinstrument, eller ulike ting på ulike tider og kontekster? På sitt beste, og ut fra mine funn, vil jeg mene at det er et funksjonelt hjelpemiddel i et triangel mellom KTS, pasient og behandler, og fremmer en tillitsfull dialog om vesentlige aspekter, eller mønster ved pasienters strukturerte selvutlevering. Men måten KTS blir implementert, anvendt på, og konteksten det inngår i, er viktige forhold som påvirker hva KTS blir til.

6.3 Begrensninger

Resultatene av forskningen min må tolkes innenfor visse begrensninger. 1) Utvalget av informanter er ikke rekruttert med tanke på representativitet i kjønn og alder. Jeg utelot også ansatte som ikke hadde noen erfaringer med Norge. Disse personene kunne selvsagt gitt andre perspektiver på implementeringen. 2) Pasientene jeg intervjuet var heller ikke rekruttert med tanke på representativitet, men heller tilgjengelighet. 3) Feltarbeidet var begrenset, og kan ikke sammenlignes med en etnografisk studie som typisk ville gitt et mer omfangsrikt bilde. 4) Datamaterialet rommer flere spørsmål som ikke er besvart med denne avhandlingen. 5) Det teoretiske rammeverket jeg benytter er bare en av flere måter å tolke datamaterialet på. 6) Konseptene jeg har utviklet er basert på analyser innenfor en bestemt setting, men ved å koble resultatene til teori har jeg forsøkt å gjøre de gyldige utover denne begrensningen. 7) Forskningen er utført i en tidlig implementeringsfase. Det ga tilgang til tidlige og viktige erfaringer, men også andre erfaringer enn hva som ville vært tilfelle om forskningen var gjort i en mer etablert fase.

7. Konklusjon

Implementeringer av kliniske tilbakemeldingssystemer (KTS) i psykisk helsevern er forbundet med både utfordringer og potensiale. Utfordringene er spesielt knyttet til at implementeringer fører med seg mer arbeid og uforutsette hendelser. Samtidig er klinikken preget av høyt tids- og arbeidspress hvor klinikere føler at de ikke når over alle gjøremål, og kjenner et press på å prioritere sterkere incentiverte oppgaver. Når KTS likevel blir benyttet av behandlere og pasienter som ser verdien av det, blir KTS et potent kommunikasjonsverktøy for pasientene, og muliggjør en fokusert dialog når timen starter med en gjennomgang av tilbakemeldingsrapporten. Likevel, psykisk helsevern behandler en sammensatt gruppe pasienter. Her treffer ikke KTS alle. Verktøyet kan være ekskluderende i seg selv, noen pasienter ekskluderer seg selv, og andre ganger vurderer behandlerne at pasientene er for syke til å ha nytte av det.

Samlet sett gjenspeiler funnene kompleksiteten som vi finner i kritiske drøftinger av KTS' relevans for større og komplekse helsetjenester, som vist tidligere. Til forskjell fra andre implementeringsartikler om KTS peker vi særlig på viktigheten av å forstå KTS som et aktivt verktøy som både former, og finner sin form og betydning gjennom hvilke arrangementer det inngår i. Dette innebærer en vektlegging av den mikropolitiske kapasiteten til standarder, som kan variere både innenfor og mellom organisasjoner og som fordrer bevissthet om makt og tillit som mer enn abstrakte fenomen.

Litteratur

Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Amble, I., Gude, T., Stubdal, S., Andersen, B. J., & Wampold, B. E. (2015). The effect of implementing the Outcome Questionnaire-45.2 feedback system in Norway: A multisite randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research, 25*(6), 669–677. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.928756>

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist, 61*(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>

Arditi, C., Rège-Walther, M., Wyatt, J. C., Durieux, P., & Burnand, B. (2012). Computer-generated reminders delivered on paper to healthcare professionals; effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001175.pub3>

Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E. J., Cheater, F., Flottorp, S., ... Jäger, C. (2015). Tailored interventions to address determinants of practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005470.pub3>

Barkham, M., Hardy, G. E., & Mellor-Clark, J. (2010). *Developing and Delivering Practice-Based Evidence: A Guide for the Psychological Therapies*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Bauer, M. S., Damschroder, L., Hagedorn, H., Smith, J., & Kilbourne, A. M. (2015). An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychology, 3*(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0089-9>

Benum, E. (2005). *Aschehougs norgeshistorie: Overflod og fremtidsfrykt 1970-1997*. H. Aschehoug.

Berg, O. (2006). *Fra politikk til økonomikk: Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Oslo: Den norske lægeförening.

Bie, M. (2017). The Norwegian Directorate for Children, Youth and Family Affairs' Efforts to Implement Feedback in Routine Couple and Family Therapy. In T. Tilden & B. E. Wampold (Eds.), *Routine Outcome Monitoring in Couple and Family Therapy: The Empirically Informed Therapist* (pp. 103–119).

https://doi.org/10.1007/978-3-319-50675-3_6

Bighelli, I., Ostuzzi, G., Giralda, F., Cipriani, A., Becker, T., Koesters, M., & Barbui, C. (2016). Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009780.pub3>

Borg, M., & Kristiansen, K. (Eds.). (2009). *Medforskning-å forske sammen for kunnskap om psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Börjesson, S., & Boström, P. K. (2019). "I want to know what it is used for": Clients' perspectives on completing a routine outcome measure (ROM) while undergoing psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 0(0), 1–11.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1630780>

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

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

Boyce, M. B., Browne, J. P., & Greenhalgh, J. (2014). The experiences of professionals with using information from patient-reported outcome measures to improve the quality of healthcare: A systematic review of qualitative research. *BMJ Qual Saf*, 23(6), 508–518. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002524>

Braithwaite, J., Churrua, K., Long, J. C., Ellis, L. A., & Herkes, J. (2018). When complexity science meets implementation science: A theoretical and empirical

analysis of systems change. *BMC Medicine*, 16(1), 63.

<https://doi.org/10.1186/s12916-018-1057-z>

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

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

Brattland, H., Koksvik, J. M., Burkeland, O., Klöckner, C. A., Lara-Cabrera, M. L., Miller, S. D., ... Iversen, V. C. (2019). Does the working alliance mediate the effect of routine outcome monitoring (ROM) and alliance feedback on psychotherapy outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial. *Journal of Counseling Psychology*, 66(2), 234–246. <https://doi.org/10.1037/cou0000320>

Bremnes, R., & Aufles, B. (2019). *Kostnadsnivå og produktivitet i psykisk helsevern og TSB 2014-2018*. Oslo: Helsedirektoratet.

Brenna, B., Moser, I., & Asdal, K. (Eds.). (2001). *Teknovitenskapelige kulturer*. Oslo: Spartacus.

Brunsson, N., & Jacobsson, B. (2002). *A World of Standards*. Oxford: Oxford University Press.

Carlier, I. V. E., Meuldijk, D., Vliet, I. M. V., Fenema, E. V., Wee, N. J. A. V. der, & Zitman, F. G. (2012). Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: Evidence and theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(1), 104–110. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01543.x>

Chung, J., & Buchanan, B. (2019). A Self-Report Survey: Australian Clinicians' Attitudes Towards Progress Monitoring Measures. *Australian Psychologist*, 54(1), 3–12. <https://doi.org/10.1111/ap.12352>

Corbin, J., & Strauss, A. (2014). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. SAGE Publications.

Davidson, K., Perry, A., & Bell, L. (2015). Would continuous feedback of patient's clinical outcomes to practitioners improve NHS psychological therapy services? Critical analysis and assessment of quality of existing studies. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(1), 21–37.

<https://doi.org/10.1111/papt.12032>

DeLanda, M. (2016). *Assemblage Theory*. Edinburgh University Press.

Dimmen, Ø., & Ødegård, A. (2012). Du må vite hvordan kassaapparatet virker: En kvalitativ studie om endringer i et poliklinisk tjenestetilbud innenfor psykisk helse for voksne. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Retrieved from

<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2012/11/du-ma-vite-hvordan-kassaapparatet-virker-en-kvalitativ-studie-om-endringer-i-et>

Eccles, M. P., Armstrong, D., Baker, R., Cleary, K., Davies, H., Davies, S., ... Sibbald, B. (2009). An implementation research agenda. *Implementation Science*, 4(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-18>

Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer. (u.å.). Retrieved April 13, 2019, from Folkehelseinstituttet website: <http://www.fhi.no/publ/2015/effekt-av-tiltak-for-implementering-av-kliniske-retningslinjer/>

Ekeland, T.-J. (2014). Frå objekt til subjekt – og tilbake? - Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(03), 211–220.

Ekeland, T.-J., Stefansen, J., & Steinstø, N.-O. (2011). Klinisk autonomi i evidensens tid. Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 14(1).

Evetts, J. (2011). A new professionalism? Challenges and opportunities. *Current Sociology*, 59(4), 406–422. <https://doi.org/10.1177/0011392111402585>

Flodgren, G., Eccles, M. P., Shepperd, S., Scott, A., Parmelli, E., & Beyer, F. R. (2011). An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in

changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009255>

Flodgren, G., Hall, A. M., Goulding, L., Eccles, M. P., Grimshaw, J. M., Leng, G. C., & Shepperd, S. (2016). Tools developed and disseminated by guideline producers to promote the uptake of their guidelines. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010669.pub2>

Flodgren, G., Parmelli, E., Doumit, G., Gattellari, M., O'Brien, M. A., Grimshaw, J., & Eccles, M. P. (2011). Local opinion leaders: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000125.pub4>

Fox, N. J., & Alldred, P. (2017). *Sociology and the new materialism: Theory, research, action*. Los Angeles, Calif: Sage.

Friberg, J. H. (2015). New Public Management og helseprofesjonenes ansvar. *Matrix–Nordisk Tidsskrift for Psykoterapi*, 32(2), 69–79.

Giguère, A., Légaré, F., Grimshaw, J., Turcotte, S., Fiander, M., Grudniewicz, A., ... Gagnon, M.-P. (2012). Printed educational materials: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004398.pub3>

Gilje, N., & Grimen, H. (1995). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.

Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: A movement in crisis? *BMJ*, 348, g3725. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>

Greenhalgh, T., & Papoutsis, C. (2018). Studying complexity in health services research: Desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine*, 16(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1089-4>

- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629.
<https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
- Grosse, J. (2007). *Nordisk tillitsforskning: En kartläggning och värdering av det vetenskapliga läget*. Ersta Sköndal högskola.
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge, Massachusetts and London, England: Harvard university press.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155–163.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The Psychotherapy Dose-Response Effect and Its Implications for Treatment Delivery Services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 329–343.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.9.3.329>
- Hatfield, D. R., & Ogles, B. M. (2004). The use of outcome measures by psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(5), 485–491. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.35.5.485>
- Hatland, A., Kuhnle, S., & Romøren, T. I. (2018). *Den Norske velferdsstaten* (5. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan* [Meld. St. 11 (2016-2019)].
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan* [Meld. St. 7 (2019-2020)].

Helsetilsynet. (2009). *DPS: Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet?* (No. 4). Retrieved from <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2009/oppsummering-landsomfattende-2008-09/>

Hibbard, J. H., Stockard, J., Mahoney, E. R., & Tusler, M. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers. *Health Services Research, 39*(4p1), 1005–1026. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x>

Hill, M., & Hupe, P. (2009). *Implementing Public Policy: An Introduction to the Study of Operational Governance* (2nd edition). Los Angeles: SAGE Publications Ltd.

Høie, B. (2018, January 16). *Sykehustalen 2018*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2018/id2585683/>

Hood, C. (1991). A Public Management for All Seasons? *Public Administration, 69*(1), 3–19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>

Høstmælingen, A. (2014). Klinisk ekspertise og New Public Management. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Retrieved from <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/06/klinisk-ekspertise-og-new-public-management>

Hovland, R. T., & Moltu, C. (2019a). Making way for clinical feedback system in the narrow space between sessions. Navigating competing demands in complex health care settings. *Journal of Mental Health Systems*.

Hovland, R. T., & Moltu, C. (2019b). The challenges of making clinical feedback in psychotherapy benefit all users: A qualitative study. *Nordic Psychology*.

Hovland, R. T., Ytrehus, S., Mellor-Clark, J., & Moltu, C. (u.å.). How patients and clinicians experience the utility of a personalized clinical feedback system in routine practice. *Journal of Clinical Psychology*.

Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of Psychotherapy: Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress. *American Psychologist*, *51*(10), 1059–1064. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.51.10.1059>

Høyer, H. C., Kasa, S., & Tranøy, B. S. (2016). *Tillit, styring, kontroll*. Universitetsforlaget.

Ionita, G., & Fitzpatrick, M. (2014). Bringing science to clinical practice: A Canadian survey of psychological practice and usage of progress monitoring measures. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, *55*(3), 187–196. <https://doi.org/10.1037/a0037355>

Ionita, G., Fitzpatrick, M., Tomaro, J., Chen, V. V., & Overington, L. (2016). Challenges of using progress monitoring measures: Insights from practicing clinicians. *Journal of Counseling Psychology*, *63*(2), 173–182. <https://doi.org/10.1037/cou0000122>

Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., ... Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>

Jensen-Doss, A., Haimes, E. M. B., Smith, A. M., Lyon, A. R., Lewis, C. C., Stanick, C. F., & Hawley, K. M. (2018). Monitoring Treatment Progress and Providing Feedback is Viewed Favorably but Rarely Used in Practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *45*(1), 48–61. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0763-0>

Jong, K. de, Sluis, P. van, Nugter, M. A., Heiser, W. J., & Spinhoven, P. (2012). Understanding the differential impact of outcome monitoring: Therapist variables that moderate feedback effects in a randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, *22*(4), 464–474. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.673023>

-
- Karlsson, B. (2015). Markedsliberalistiske forskyvninger i det psykiske helsefeltet – om forholdet mellom politisk styring og faglig disiplinering. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(2), 153–162. <https://doi.org/10.7557/14.3719>
- Kendrick, T., El-Gohary, M., Stuart, B., Gilbody, S., Churchill, R., Aiken, L., ... Moore, M. (2016). Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011119.pub2>
- King, N., & Horrocks, C. (2010). *Interviews in Qualitative Research*.
- Krägeloh, C. U., Czuba, K. J., Billington, D. R., Kersten, P., & Siegert, R. J. (2014). Using Feedback From Patient-Reported Outcome Measures in Mental Health Services: A Scoping Study and Typology. *Psychiatric Services*, 66(3), 224–241. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400141>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: New York: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Lambert, M. J., & Harmon, K. L. (2018). The merits of implementing routine outcome monitoring in clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(4), e12268. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12268>
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy*, 55(4), 520–537. <https://doi.org/10.1037/pst0000167>
- Lampland, M., & Star, S. L. (2009). *Standards and Their Stories: How Quantifying, Classifying, and Formalizing Practices Shape Everyday Life*. Cornell University Press.

- Larsen, T., & Røyrvik, E. (2017). *Trangen til å telle: Objektivisering, måling og standardisering som samfunnspraksis*. Oslo: Scandinavian Academic Press.
- Latour, B. (2007). *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. OUP Oxford.
- Law, J. (2004). *After method: Mess in social science research*. Routledge.
- Lewis, C. C., Boyd, M., Puspitasari, A., Navarro, E., Howard, J., Kassab, H., ... Kroenke, K. (2019). Implementing Measurement-Based Care in Behavioral Health: A Review. *JAMA Psychiatry*, *76*(3), 324–335. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3329>
- Lipsky, M. (2010). *Street-Level Bureaucracy, 30th Anniversary Edition: Dilemmas of the Individual in Public Service*. Russell Sage Foundation.
- Løgstrup, K. E. (2000). *Den etiske fordring* (B. Engen, Trans.). Oslo: Cappelen.
- Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)—Lovdata*. , (2009).
- Lucock, M., Halstead, J., Leach, C., Barkham, M., Tucker, S., Randal, C., ... Saxon, D. (2015). A mixed-method investigation of patient monitoring and enhanced feedback in routine practice: Barriers and facilitators. *Psychotherapy Research*, *25*(6), 633–646. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1051163>
- Lyon, A. R., Lewis, C. C., Boyd, M. R., Hendrix, E., & Liu, F. (2016). Capabilities and Characteristics of Digital Measurement Feedback Systems: Results from a Comprehensive Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *43*(3), 441–466. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0719-4>
- Mackrill, T., & Sørensen, K. M. (2019). Implementing routine outcome measurement in psychosocial interventions – a systematic review. *European Journal of Social Work*, *0*(0), 1–19. <https://doi.org/10.1080/13691457.2019.1602029>

-
- Magnussen, J., Saltman, R. B., & Vrangbæk, K. (2009). *Nordic health care systems: Recent reforms and current policy challenges*. Open University Press.
- Mellor-Clark, J., Cross, S., Macdonald, J., & Skjulsvik, T. (2016). Leading Horses to Water: Lessons from a Decade of Helping Psychological Therapy Services Use Routine Outcome Measurement to Improve Practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(3), 279–285. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0587-8>
- Moltu, C., Stefansen, J., Nøtnes, J. C., Skjølberg, Å., & Veseth, M. (2017). What are “good outcomes” in public mental health settings? A qualitative exploration of clients’ and therapists’ experiences. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0119-5>
- Moltu, C., Veseth, M., Stefansen, J., Nøtnes, J. C., Skjølberg, Å., Binder, P.-E., ... Nordberg, S. S. (2018). This is what I need a clinical feedback system to do for me: A qualitative inquiry into therapists’ and patients’ perspectives. *Psychotherapy Research*, 28(2), 250–263. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1189619>
- Napha - Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (u.å.). Feedbackinformerte tjenester. Retrieved January 21, 2019, from <http://www.napha.no/content.ap?thisId=20929>
- NESH, T. (2011). *The National Committee for Research Ethics in the Social Sciences and the Humanities* (p. 2010).
- Neuman, W. L. (2013). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*.
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>
- Nilsen, P., Ståhl, C., Roback, K., & Cairney, P. (2013). Never the twain shall meet? - A comparison of implementation science and policy implementation research. *Implementation Science : IS*, 8, 63. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-63>

Norsk psykologforening. *Prinsipperklæring (1) om evidensbasert psykologisk praksis (2)*. , (2007).

Norsk psykologforening. (2019). *Rapport fra kartlegging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Retrieved from <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/nyheter-og-kommentarer/aktuelt/psykologforeningen-har-undersokt-mulighetene-for-aa-gi-god-behandling-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling>

Numerato, D., Salvatore, D., & Fattore, G. (2012). The impact of management on medical professionalism: A review. *Sociology of Health & Illness*, 34(4), 626–644. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01393.x>

NVivo qualitative data analysis Software (Version 12). (2018). QSR International Pty Ltd.

Overington, L., & Ionita, G. (2012). Progress monitoring measures: A brief guide. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 53(2), 82.

Pedersen, P. B. (2018). *Bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne 2013-2017* (Analysenotat No. 6). Helsedirektoratet.

Peterson, K., Anderson, J., & Bourne, D. (2018). *Evidence Brief: Use of Patient Reported Outcome Measures for Measurement Based Care in Mental Health Shared Decision-Making*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536143/>

Psykisk helsevernloven med kommentarer. (2017, November 29). Retrieved August 1, 2019, from Helsedirektoratet website: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser#%C2%A7-1-2.-psykisk-helsevern>

Rabin, B. A., & Brownson, R. C. (2018). Terminology for dissemination and implementation research. In R. C. Brownson, G. A. Colditz, & E. K. Proctor (Eds.), *Dissemination and implementation research in health: Translating science to practice* (Vol. 2). Oxford; New York: Oxford University Press.

Ramsdal, H. (2013). Styring og organisering av tjenestene. In R. Norvoll (Ed.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Rappana Olsen, B. C. (2017). Om å vite best ... Sammen—Brukermedvirkning i helse- og sosialsektoren. In M. A. Stamsø (Ed.), *Velferdsstaten i endring: Om norsk helse- og sosialpolitikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Redden, G. (2019). *Questioning Performance Measurement: Metrics, Organizations and Power*. SAGE.

Rise, M. B., Eriksen, L., Grimstad, H., & Steinsbekk, A. (2012). The short-term effect on alliance and satisfaction of using patient feedback scales in mental health out-patient treatment. A randomised controlled trial. *BMC Health Services Research*, *12*(1), 348.

Rise, M. B., Eriksen, L., Grimstad, H., & Steinsbekk, A. (2016). The long-term effect on mental health symptoms and patient activation of using patient feedback scales in mental health out-patient treatment. A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, *99*(1), 164–168. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.016>

Roe, D., Mazor, Y., & Gelkopf, M. (2019). Patient-reported outcome measurements (PROMs) and provider assessment in mental health: A systematic review of the context of implementation. *International Journal for Quality in Health Care*, (mzz084). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz084>

Rousmaniere, T., Wright, C. V., Boswell, J., Constantino, M. J., Castonguay, L., McLeod, J., ... Nordal, K. (2019). Keeping psychologists in the driver's seat: Four perspectives on quality improvement and clinical data registries. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*. <https://doi.org/10.1037/pst0000227>

Sagberg, I. (2014). Frustrated with the system: The professional entry of psychologists. *Nordic Psychology*, *66*(3), 187–201. <https://doi.org/10.1080/19012276.2014.931814>

Saldaña, J. (2015). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. SAGE.

Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(3), 298–311. <https://doi.org/10.1037/a0019247>

Slade, M., McCrone, P., Kuipers, E., Leese, M., Cahill, S., Parabiaghi, A., ... Thornicroft, G. (2006). Use of standardised outcome measures in adult mental health services: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 189*(4), 330–336. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.015412>

Solstad, S. M., Castonguay, L. G., & Moltu, C. (2019). Patients' experiences with routine outcome monitoring and clinical feedback systems: A systematic review and synthesis of qualitative empirical literature. *Psychotherapy Research, 29*(2), 157–170. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1326645>

Sørhaug, T. (1996). *Om ledelse: Makt og tillit i moderne organisering*. Oslo: Universitetsforl.

Sosial- og helsedepartementet. (1996). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (St.Meld. No. 25). Oslo.

Starman, A. B. (2013). The case study as a type of qualitative research. *Journal of Contemporary Educational Studies/Sodobna Pedagogika, 64*(1).

Timmermans, S., & Berg, M. (2003). *The gold standard: The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Philadelphia, Pa: Temple University Press.

Timmermans, S., & Epstein, S. (2010). A World of Standards but not a Standard World: Toward a Sociology of Standards and Standardization. *Annual Review of Sociology, 36*(1), 69–89. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102629>

-
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tonkens, E., Bröer, C., van Sambeek, N., & van Hassel, D. (2013). Pretenders and performers: Professional responses to the commodification of health care. *Social Theory & Health, 11*(4), 368–387. <https://doi.org/10.1057/sth.2013.5>
- Trygstad, S. C., & Andersen, R. K. (2015). *Arbeidsmiljø i norske sykehus 2014* (No. 17). Retrieved from <https://www.fafo.no/index.php/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/arbeidsmiljo-i-norske-sykehus-2014>
- Tzur Bitan, D., Kivity, Y., Ganor, O., Biran, L., Grossman-Giron, A., & Bloch, Y. (2019). The effect of process and outcome feedback in highly distressed outpatients: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1627014>
- Unsworth, G., Cowie, H., & Green, A. (2012). Therapists' and clients' perceptions of routine outcome measurement in the NHS: A qualitative study. *Counselling and Psychotherapy Research, 12*(1), 71–80. <https://doi.org/10.1080/14733145.2011.565125>
- Van Manen, M. (2007). Phenomenology of practice. *Phenomenology & Practice, 1*(1).
- Vaona, A., Banzi, R., Kwag, K. H., Rigon, G., Cereda, D., Pecoraro, V., ... Moja, L. (2018). E-learning for health professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011736.pub2>
- Wampold, B. E. (2015). Routine outcome monitoring: Coming of age-with the usual developmental challenges. *Psychotherapy, 52*(4), 458–462. <https://doi.org/10.1037/pst0000037>
- Wieringa, S., & Greenhalgh, T. (2015). 10 years of mindlines: A systematic review and commentary. *Implementation Science, 10*(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0229-x>

Williams, B., Perillo, S., & Brown, T. (2015). What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review. *Nurse Education Today*, 35(2), e34–e41.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.012>

Wittgenstein, L. (2010). *Filosofiske undersøkelser*. Oslo: Pax Forlag.

Yin, R. K. (2013). *Case Study Research: Design and Methods*. SAGE Publications.

I

RESEARCH

Open Access



Making way for a clinical feedback system in the narrow space between sessions: navigating competing demands in complex healthcare settings

Runar Tengel Hovland^{1*} and Christian Moltu²

Abstract

Background: Although substantial empirical research supports the clinical value of routine outcome measures/clinical feedback systems (ROM/CFS), translation into routine practice poses several challenges. The present case study investigated how stakeholders, clinicians, patients and clinical managers related to the implementation of the Norse Feedback (NF) in ordinary practice.

Methods: We did an in-depth qualitative case study of the implementation of NF in a public mental-health institution. The settings were two outpatient clinics and two in-patient clinics organized under the same health trust. Data were drawn from three sources: archival sources (n = 16), field notes (n = 23), and 43 in-depth interviews with clinicians (n = 19), clinical managers (n = 5) and patients (n = 12). Ten of the participants were interviewed twice. The data were coded inductively and analyzed using a stringent qualitative methodology.

Results: We present our findings under three inter-related domains. First, we describe what followed the clinical feedback implementation. Second, we present the context experienced as being complex and high on work-pressure. Third, we describe the situated rules about the priority between competing tasks.

Conclusions: The preliminary results complement and contextualize understandings of known barriers to implementing ROM/CFS in clinical settings. We apply a socio-material perspective to discuss clinicians' responses to complexity, implementation, and why some incentivized tasks prevailed over others regardless of therapists' perceived benefits.

Keywords: Implementation research, Clinical feedback systems, Norse feedback, Complex adaptive systems

Background

Research has demonstrated that clinical feedback systems/routine outcome measurement systems (CFS/ROM, hereafter called clinical feedback) can have positive effects on psychotherapy outcomes in mental-health settings. Clinical feedback involves systematically collecting client process and progress self-reports on standardized measures just before or after sessions, where both

patients and therapist review the data to evaluate and re-evaluate the treatment plan [1]. Using clinical feedback may prevent treatment failure, reduce suicidality rates, and help patients who are not on-track, compared to treatment as usual [2–6]. Some governments have translated the benefits of clinical feedback into policies to improve mental-health services. Australia and New Zealand have collected outcome data for several years [7], and the United Kingdom's Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) program includes outcome monitoring and, in part, clinical feedback [8], and the Norwegian government has implemented clinical

*Correspondence: runar.hovland@hvl.no

¹ Department of Health and Caring Sciences, Western Norway University of Applied Sciences, Førde, Norway

Full list of author information is available at the end of the article



feedback as a part of standardized mental-health and substance-abuse treatment pathways [9].

Despite research evidence that demonstrates the potential effects of clinical feedback, which have been reified in clinical practice recommendations, studies indicate that few clinicians make use of clinical feedback even when they report having positive attitudes about it [10, 11]. Research reports and experiential accounts have identified barriers on both the individual and organizational level, such as philosophical issues, practical issues, time-consuming clinical-feedback tools, financial concerns, privacy and ethical questions, interference with autonomy, fear, and mistrust [12]. Boyce, Browne, and Greenhalgh's [13] systematic review of implementation studies on Patient Reported Outcome Measures (PROM) found the salient issues were practical considerations, attitudes, and the perceived lack of causality between PROM use and improved patient outcomes.

Grounded in the evidenced-based medicine paradigm, Implementation Science (IS) attempts to bridge the gap between research evidence and routine practice in healthcare settings. It does so by identifying barriers and facilitators associated with the use of evidence in clinical practice, and evaluating strategies, theories, and models aimed at enhancing evidence-based practice [14–16]. Clinical feedback is associated with the Practice-Oriented Research's (POR) integration of science and practice, which involves a broadening of the EBM-paradigm to also including complementary practice-based evidence. Through simultaneously serving clinicians, service delivery, and research, it takes a bottom-up perspective to enhancing therapy outcomes [17, 18]. Both approaches attend to questions about how to overcome implementation barriers, and clinical feedback researchers have adopted IS methods and techniques [19–21]. In addition, Boswell et al. [12] propose research on different implementation stages, single factors, and implementation models.

However, there is a lack of evidence to support the effectiveness of different implementation strategies and models [22, 23]. Multifaceted approaches and tailored intervention strategies have gained some support in the research literature [24, 25], and some evidence supports combining different intervention strategies with opinion leaders' input to promote evidence-based practice in hospitals and primary care settings [26].

Some implementation challenges may be rooted in medical and health research, criticized for applying linear models that are more commonly used in industry and the natural sciences [27, 28]. For example, Greenhalgh et al. [29] argue that the sheer volume of implemented clinical guidelines produce complexity that, paradoxically, hinders further implementation. Braithwaite et al.

[30] claimed that former implementation models based on a linear and reductionist paradigm failed to account for interactions and contextual and contingent features in the settings in which they took place, thereby masking the complexity of the practices. They have shown how the relationships between the components of complex adaptive systems (CAS),¹ such as healthcare systems, are more important than their individual parts. In theory building, emergent patterns, factors, feedback loops, and both intended and unintended consequences, are integral for understanding implementation processes [30].

Modern public-service institutions are, to some extent, characterized by reconfigured professionalism [31], managerialism through systems of monitoring and control in healthcare institutions [32–34], commodification, financial and performance pressure [35], and high professional burnout due to increased workload [36]. Given these characteristics, it is pertinent to produce and implement knowledge that fits these complex settings, balances professional autonomy and managerialism, and integrates perspectives about how clinicians navigate between competing demands.

In this article, we apply a socio-material perspective to study complexity [37]. A socio-material perspective contrasts traditional views about agency [38–40]. Both within implementation science and within complex systems thinking, agency is limited to individuals, which can underestimate the inherent potential agency of implemented artefacts and standards, such as a clinical guideline or a clinical feedback system. In this perspective, context is constantly produced and re-produced by agentic relations. These relations operate within networks or arrangements in which the wholes' capacity is not reducible to its individual components [39]. Groups or arrangements, and even institutions are considered temporary, and they are only stabilized by maintaining the relations that keep the arrangements together [38, 40].

These premises mandate research to examine how clinicians describe the arrangements that make up their work context, and how these form conditions that affect clinicians' work and their use of clinical feedback. Knowledge produced from such research can provide new insights into implementation processes. Clinical feedback in complex public healthcare systems competes with multitudes of existing standards, routines, tools, and people that demand the clinicians' attention. If one accepts these premises, clinical feedback system developers have limited power to determine the universal meaning of clinical feedback when it is translated to different

¹ CAS is defined as "a dynamic, self-similar collectivity of interacting, adaptive agents and their artefacts" [30].

Table 1 Overview of the participants

Participants ^a	N	Age range	Gender (n)	Site	Unit	Additional information
Inpatients	6	20–60	Women (4) Men (2)	A	IP	
Outpatients	6	20–45	Women (3) Men (3)	A (4) B (2)	OP	Focus group interview
Individual psychotherapists	14	25–60	Women (8) Men (6)	A (6) B (8)	IP (11) Op (4)	Some were patients from both units; some had dual roles as NF superusers and unit coordinators
Milieu therapists	4	45–60	Women (4)	A (3) B (1)	OP	Three had dual roles as NF superusers and unit coordinators
Management	4	35–65	Women (3) Men (1)	A (2) B (2)	IP, OP and AT	All were unit leaders
Project leader	1					Project leader worked across all units

IP inpatient unit, OP outpatient unit, AT addiction treatment unit

^a Nine of the eleven employees at site A were interviewed twice

settings and situations. The clinicians' own interests, micro-politics inherent in standards, and other contextual factors will affect the practice of clinical feedback similar to other standards implemented for quality purposes [41]. In the current study, we (1) explore how clinicians describe everyday work, (2) explore how the implementation of a dynamic clinical feedback system, which was developed in-house, affects its setting, and (3) how points 1 and 2 affect clinicians' decision-making and practice of clinical feedback.

Methods

Setting and context

The implementation object was Norse Feedback (NF), an in-house innovation of a mental health clinic in a Norwegian publicly funded district general hospital. NF's purpose is to increase patient involvement and to support empowerment and service improvements through the systematic use of outcome and process documentation based on clients' self-report data [42].

NF incorporates several basic features of similar systems, such as routinely measuring client progress and collecting feedback about treatment responses [43–45]. Moreover, the system is a computer-only adaptive system, which means that questions asked are adapting to each patient's profile session by session. Clinicians and clients were participants in the development and subsequent improvements of NF, influencing the system's features, the purposes it serves, and the items included in it [42]. The NF system (1) invites patients to report information on a personalized digital form prior to each treatment session, (2) instantaneously compares their responses to questions to norm-databases, and (3) provides the patient and clinician with a customized visual report to inform treatment. It also provides opportunities

for direct alliances and requires feedback from the patient to the therapist.

NF is situated within an overarching action-research program, including various research projects and the systematic collection of clinical experiences with use. To continuously develop NF in annual cycles, the results of this study and other parallel studies form the basis for improvements. Alongside the present study, a hospital employed project developer worked to implement NF, support staff, and handle technical issues. Especially technical issues are, and have been a significant part of the continuous development process.

Case study design

The case study design is pertinent to explore complex implementation processes in naturalistic settings with its combination of data sources, sampling, and analysis techniques [46]. We defined and bounded our case to be coherent with the overall research questions, and limited it to the first two hospital units to implement NF. Interviews and field observations were conducted over a pre-defined ten-month period.

Data collection

We collected policy documents, meeting summaries, and field documents, and conducted in-depth interviews with stakeholders. Patients, individual therapists, milieu therapists, super-users, and managers were recruited using purposive and convenience sampling. Patients and staff who had not used NF and had no assigned role in its implementation were excluded from the study.

Participants and data sources

Table 1 provides an overview of the participants. We recruited 15 female and eight male employees. Eleven worked at site A, and 12 at site B. In sum, four unit

leaders, 14 individual therapists, four milieu therapists, and one project leader contributed their experiences. Five male and seven female patients participated. Half of the patients received treatment from the inpatient unit, the other half from the outpatient units. The first author interviewed the participants based on a semi-structured, open-ended interview guide. Participants at site A began the NF system a year before our implementation study. Participants at site B started the systematic implementation of NF at the beginning of our project. We, therefore, limited the interviews at site A to one per participant. At site B, we did a follow-up interview with participating staff to be able to track developments during the implementation process. Follow-up interviews were done between 3 and 6 months after the first interview. The interviews had an average length of 50 min, ranging from 30 to 80 min. The first author, with the help of an assistant moderator, interviewed the outpatients in a focus-group setting. Although not an inclusion criterion, in general, participants had a positive attitude towards the NF implementation.

We conducted our field research in ten educational courses, five meetings with key stakeholders, and seven morning-report meetings in one inpatient unit. The hospitals' administrations provided archival data, such as meeting summaries, presentations, and policy documents.

The principal investigator observed and recorded various meetings with management and clinicians and of training events lead by the project leader. The project leader was interviewed on four occasions to gain insight into the implementation process. Archival data were analyzed, but used primarily to provide a context for the interviews and field studies. In-depth interviews constituted the primary source of data when constructing categories, and field reports were the secondary source. The inductive process used in the data analyses yielded several categories related to the research questions.

The present article reports one of three major findings of the case study. Another article discusses which clients clinical feedback systems fit [47], and another article reports how patients and therapists experienced NF to support therapeutic processes [48].

Data analysis

We wanted to better understand implementation challenges in complex public health-care systems. The main empirical basis for exploring our research questions are located in interviews and field observations of employees. However, we also found it suitable to the context to include a few patient perspectives in the result section, where these adds nuances or complements employees' perspectives. The total amount of data consisted of 37 h

of interviews and 23 short field reports. The first author transcribed half the interviews and a professional transcription agency transcribed the other half.

We used QSR International's NVivo software to structure the data material, and as a tool in the analysis process, in accordance with case-study methodology [46]. Case-study methodology does not favor specific data analysis methods. We found the stepwise deductive inductive methods' (SDI) coding techniques were suitable for the analyses. SDI shares similarities with grounded theory, but replaces theoretical sampling with iterative tests for code development. Coding techniques resembles *open coding* or *eclectic coding* [49]. We coded the data in vivo, and merged, sorted, and reused codes during the process to keep the number of codes on a comprehensive level. We, then, grouped the codes based on thematic similarities before we developed concepts and categories. This last step was based on abductive reasoning, thematic similarities, and the frequency of sources coded.

The principal researcher's academic supervisors audited the research process, read the data material, and reviewed the analysis for consistency and rigor.

Results

We present a brief illustration of our findings below. The first section covers issues that followed the clinical feedback implementation. The second section presents contextual issues that affected implementation, and the third section describes the situated and informal rules clinicians applied to manage competing demands in a complex setting (Fig. 1).

What follows clinical feedback implementation?

Despite emergent impeding issues during the implementation process, the participants' generally expressed being in favor of the implementation initiative. Still, all the issues that followed the implementation spurred reluctances and critical judgements. We address these issues under the subsequent themes.

Technical solution causes confusion and frustration at first

NF was a pilot project on a larger digital platform aimed at digitalizing common clinical forms and measures within the regional health trust—a parallel implementation in itself that transpired independently. The two separate implementation processes were a source of confusion and frustration at first. There was confusion because employees mixed the names of the projects, which on one occasion caused some staff to attend to the wrong introductory course. There was frustration because the serving digital platform had technical implementation challenges, which in turn, affected the user experience of NF. The problems included access difficulties, logistics,

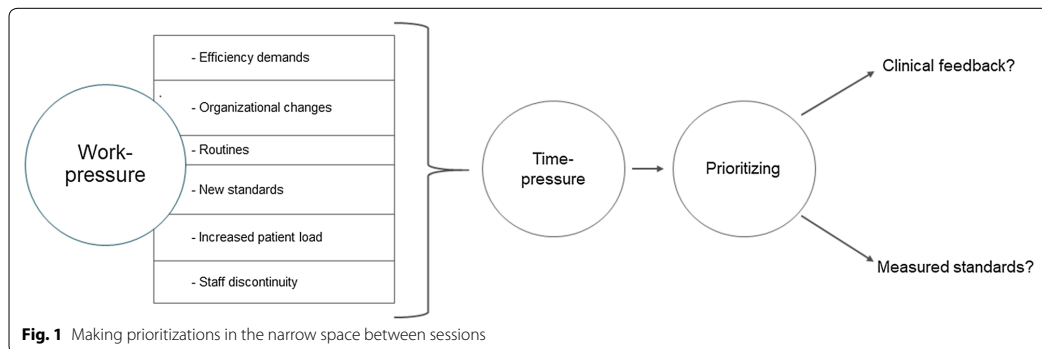


Fig. 1 Making prioritizations in the narrow space between sessions

navigating the system, and many unexplainable errors. The opinion of the clinicians was, especially in the early phase of implementation, that when problems arose, it was critical to allocate sufficient resources to support functions. This need was particularly felt at the site that was not where the project’s management was located. In their view, physical presence could inspire and would signal determination. Clinicians found help was more accessible after a project developer was appointed to lead the implementation process further. A common issue was that the security and privacy protection policy required bank issued electronic IDs to access the clinical feedback system. Clinicians reported that many patients forgot to bring their ID and some did not have an electronic ID—for example, the elderly. Some patients were also under custody and, therefore, deprived of access to their bank account.

Logistical challenges

The logistics were set-up so that patients could pick up tablets at the reception office and answer the NF questions in the waiting room a few minutes prior to their session. This routine had different consequences. According to employees, patients forgot to come early, forgot to report to reception, or forgot to bring their E-ID. Clinicians’ said that office personnel sometimes forgot to offer clinical feedback to patients. When they did ask, patients sometimes had not heard about the clinical feedback system, which left the office personnel insecure. Some clinicians who were not located near the reception office had to administer the logistics themselves, which sometimes interfered with sessions. Due to these challenges, many clinicians told their patients to fill-out the measures at home the day prior to consultation. They wrote down their patients next scheduled session on a piece of reprinted paper with the NF’s URL-link, reminding their patients to remember to attend the session.

Since this was a hospital setting, it was also discussed whether the tablets were subject to the hygienic standards and needed sterilization between use.

Navigating and managing the system

Many clinicians found it difficult to schedule and look-up feedback reports because of difficulty with the interface and the terminology used on the serving platform—that is, the other active implementation that was occurring in parallel. Some felt navigation was illogical and counter-intuitive, and the terminology was misleading and not adapted to the clinicians’ language. A confusing example of both was the discovery of finding unanswered patient reports. These “unanswered forms” were filed under “finished mappings.” Later, as part of development of NF, feedback reports were automatically transferred to the medical health record, which made access easier since the therapists regularly consulted the health record before a session. One therapist regarded this integration as especially positive since “everything that just flows without the need for keystrokes is positive.”

Ethical and privacy concerns

Employees reported privacy and ethical concerns about both practical and principled issues, from introducing and completing the clinical feedback report to storing and retrieving feedback reports. Some clinicians worried about how the patients would feel about filling out clinical feedback forms in the waiting room, for example, how patients with paranoia would feel, or just if the tablet signaled that you were a patient. Outpatients we interviewed said they felt they were taken seriously when they were allowed to tell how they felt and thought through the feedback system. However, some of the interviewed inpatients felt that they did not get enough information, and that they complied without really knowing what they had consented to. This was often the case when

temporary staff handed out the tablets on the scheduled day. Interviewed patients told that they often felt that temporary staff did not have knowledge about what they were handing out.

Many in management, as well as the clinicians, had concerns about unread feedback reports. They regarded it as disrespectful to the patients who spent time and effort to fill them out, and unethical to collect so much information without using it. There was also a fear that if a patient committed suicide, an unread feedback report could reveal an increased risk of suicide.

The health record integration of feedback reports made access a lot easier. However, the integration made the reports pre-approved in the journal system. This meant that the feedback report was not visible on a clinician's work-list. One therapist said she discovered such a "hidden" report with a heightened risk score, and summoned the patient, only to find out it was a false high. Clinicians conveyed mixed feelings concerning medical health-record integration. They had patients who worried about others' access to their reports, feeling that this was a private matter concerning only patients and their therapists. Others disagreed, arguing that the journal system was the most secure and safest way to store the feedback reports.

Motivation

After solving most initial technological and logistic challenges, super-users and leaders still reported that too few patients and therapists used the system compared to the organization's expectations: "Now, the technical solution works. One cannot, in a way, put the blame on that anymore."

The project management focused on unit leader ownership from early on. The need to continually motivate staff was a common understanding. They all regarded troublesome implementation as something normal. Unit leaders hoped to maintain the clinicians' attention by talking about the upside when implemented, calming clinicians, keeping the discussions on a professional level, and appealing to the clinicians' professional curiosity.

"That's the problem [prioritization], because it competes with many other important activities—it does, but by focusing on advantages that we get out of clinical feedback, we will overcome the start-up problems quite efficiently."

The project management and the unit leaders were reluctant to offer incentives to speed up the adaptation process. Their policy stated that clinical feedback should be the clinicians' and patients' tool to strengthen therapy. They feared incentives and measuring clinicians' fidelity would only lead to reduced motivation. Clinicians did not feel pressure from the management to use NF. They

felt the driving force was more their own motivation and sense of duty: "It has been said that everybody will use it, but then, it is just like it has become voluntarily after all."

Context: organizational changes and multiple demands increase work-pressure

Implementing clinical feedback, as we have seen, also raised a range of different issues other than those pertaining directly to the feedback system. These issues added weight to clinicians' workload and became challenging also due to specific contextual characteristics that we attend to in this section. We further explore the setting that clinical feedback entered. We explored this by analyzing how employees perceived their everyday working conditions as a seed-bed for implementation.

Work-pressure sums up participants' experiences of the organization as being in a constant flux caused by efficiency demands and a variety of concurrent activities that employees experienced as disproportional to the time allotted. More specifically, clinicians ascribed the causes behind work-pressure to different recurrent factors, such as efficiency demands, organizational changes, discontinuity among staff members, everyday routines, new standards, and increased patient load. Despite having a positive attitude towards clinical feedback, for many it became yet another thing to do among these competing demands. We explore these issues further in the following section.

Patient through-put demands

The therapists' nearest leaders concurred with their experience regarding workload and pressure. They pointed out that increased patients referrals resulted in increased demand on patient through-put. "People come to me and complain about too much work and say 'Can I get an exemption from receiving new patients?' Allocating patients is an everlasting toil, and I hear that when I talk to... after all, I have regular meetings with other section leaders, or when you talk to people from other places in the country—it is like that. We struggle to get enough patients out so that we can take more in."

Staff turnover

Turnover rates and discontinuity made implementation challenging and vulnerable. Many therapists pointed to high turnover among staff and key personnel as demanding. Continuity was especially lacking among specialist psychologists and psychiatrists. "Many temporary psychiatrists come and only stay here for 1 week, 2 weeks, a month." Participants stated that temporary employees did not have time to acquaint themselves with NF. Additionally, when there was a staff shortage, each therapist had more patients, more work, and less time to engage

with NF, or they simply forgot. Due to the staffing situation, some patients had to change therapists. When this happened, NF reports sometimes were still connected to former therapists. Staff also reported about turnover and sick leaves among the leadership that affected the processes' continuity.

Competing demands

Most clinicians described the extra-therapeutic work as extensive. One leader said: "There are extremely many demands on what we should do." Similarly strong expressions were common to describe everything clinicians needed to relate to besides NF. Topics revolved around registration demands, deadlines, and tasks in connection with patient intake. One clinician said that even if the task itself was small; the sum of it became large. Some clinicians described the situation as a never-ending flow of other things that happened: "There are new forms to adhere to all the time," and "We have systems for everything, and they all come with their own data tool, with their own login." One senior clinician said the things they were asked to be involved in and to comment on were "endless and insatiable." Another senior clinician said that years of this situation, perhaps, made her blunt to new things.

Many felt that regular tasks and demands were not clinically relevant, but still prioritized: "One develops routines which suggest that every patient has the same needs." In meetings with management, one therapist said that the agenda seldom was about professional issues. It was rather about routines, and administrative and economic issues. One example of tasks mentioned by some clinicians that they felt were irrelevant, was the newly implemented national suicide screening. It demanded actions, but drew attention away from significant clinical work.

"You know, it is very intensive, and it is obvious, all these new things become hard to swallow, because you do not feel the same needs as the management. Because, they want to make sure we have good routines, while the individual therapists say that we do not have time to follow all the routines on the dot. We have to be pragmatic, because this is how ordinary work days are.

Behind on work

Workloads made many feel overwhelmed and created a feeling of never doing a proper job. All tasks had to be done between sessions: "Actually, it is like if you have many things to do already, you now get another thing. It is not as if something is removed, or made easier. It is just more work, and more to relate to." They did some tasks

just once, others on a more regular basis, and some were not scheduled to be part of any routine. For some fresh therapists, the workload meant lack of time for professional development, which meant more work brought back home.

The situated rules of priority: counted work counts Clinical feedback disappears in the crowd

Although all interviewed clinicians were positive about implementing clinical feedback, their competing demands, expectations, and personal situation reduced their use of clinical feedback. Several clinicians described lack of time, due to work-pressure, as a challenge both to learning NF and to practicing it. They experienced that clinical feedback was "drowned" in other tasks. It was "just one of these things that slides away," and that "there are so many projects, and so many new things. Everything is at the expense of everything." A few therapists had their 1st year of practice, and felt that differentiating between expectations was challenging. "There is something new all the time, so in a way, it [NF] was just a part of it all."

However, one therapist expressed the view that even though clinical feedback took time it would probably save time in the end, especially considering the time required to develop a therapist-patient relationship. Especially outpatients supported this view. Some of them felt that using clinical feedback saved time during the initial talk about how things were, and that it speeded up the process of presenting their stories. Another therapist who was initially reluctant to integrate another tool in the dialectical behavioral therapy process, found the diary card became richer after patients began answering the clinical feedback.

Signs of voluntary tasks

Participants who were clinicians did not recall any new tasks that were later eliminated, but they said tasks could fade away. If management did not follow-up on tasks in any formal way, some clinicians would regard it as a sign of voluntariness. One therapist said she always worried what would happen when she forgot, or did not follow-up on new tasks, and that this worrying could last for a very long time. Another therapist reported that implementations survived only if clinicians quickly regarded it as a good tool that saved time. If the management no longer had their eyes on implementation, then a task only survived as long as the clinicians regarded it as a meaningful thing to do.

Clinicians said they had strategies for how to prioritize multiple demands in a limited amount of time. Tasks regarded as useful could sometimes be given priority, but more often urgent tasks were prioritized, for

example writing patient referrals. National guidelines and tasks regulated by law were given high priority among clinicians. Incentives often followed these tasks, such as counting or reminders—computer-generated, or by email. All statutory tasks came before NF. Clinicians felt that the management more closely followed up tasks initiated from “the top.” By “the top” they meant the ministry of health, directorate of health, or the regional health trust administration. Even if management informed clinicians of clinical feedback’s mandatory status, no consequences were enacted for avoiding to inform patients, or if feedback reports were not followed-up. “I am not afraid of being hanged by the Chief County Medical Officer because I did not start up NF.” Not “counting” or imposing incentives to increase use was a deliberate choice of the steering group, fearing it would be associated with measured tasks that felt irrelevant, and created resistance. Many clinicians supported this view, but one therapist, although skeptical of the “counting regime,” thought since counting is a part of everyday life it could perhaps help her to practice clinical feedback:

“We are measured on everything. Referral rates and absolutely everything, so why then can one not just measure if therapists use NF? For example, I am prepared to be questioned: ‘Why have you only eight out of twenty?’ I think it is an interesting question. Perhaps I need help to get 12 out of twenty.”

Discussion

Interconnected barriers

The staff, even though they had a positive attitude towards clinical feedback, had to negotiate the competing demands of implementing a comprehensive clinical feedback system and their routine work in a setting characterized by high workloads and time-pressure. We showed how and why some tasks prevailed over clinical feedback. We have also described multiple heterogeneous standards that worked performatively together in some socio-material arrangements, but became internally disruptive in others, especially when turned into micro-political means. In the following, we discuss why this might happen. To this end, we apply a socio-material perspective, introduced by Timmermans and Berg [37], to discuss responses to complexity, with special attention to what embedded micro-politics do, as part of both creating complexity and guiding therapists’ actions towards intended goals. Implementing clinical feedback can be regarded as the implementations of different standards in one wrapper that need to be compatible with other standards at work to succeed; for example, technical standards, therapeutic standards, or validity standards [37, 41]. During the implementation phase, when NF was in the

process of achieving its intended purpose, it also became a frustration and work-producing machine due to the extended workload it created. The system was associated with many diverse and not always understandable technical challenges, resonating with known practical and philosophical issues discussed in the implementation literature [12]. While the NF project management solved many problems, additional concerns and relationships that needed persistent problem-solving emerged. The complex and unpredictable nature of health-care systems points to the importance of anchoring clinical feedback in an action-research program that addresses continual improvement efforts.

The feedback system was not equipped with sufficient conditions for a smooth integration, nor was the social processes of adapting it sufficient. It came with logistic, managerial, privacy, and technical challenges, and thus, became disruptive and re-configurative. Clinical feedback proved difficult to fit within this complex system during this phase.

Unintended chains of events

Considering this case through the lens of complex adaptive systems (CAS) theory, idiosyncratic events generated new patterns and influenced chain of events [30]. For example, hospital security standards led to the need for patients to bring a Bank ID to the hospital. In turn, this led to the need to remind patients, presupposing the ability and resources of staff to implement reminder routines. Moreover, standard letters needed to be reformulated to include reminders in written communication in such a way that they were understood, and automated letters with meeting times drawn from the scheduling system needed to be changed to allow sufficient time in the waiting area before sessions. However, such letters were standardized and regional, and changing them involved work tasks for workers initially far outside the implementation scope. This example illustrates CAS responses when trying to solve issues, and how one issue might bite the next one in its tail. Considered within a relational ontology, this illustration may improve our understanding of previously reported barriers to clinical feedback. For example, Boswell et al. [12] reported that technical issues are one key barrier. As illustrated, a technical issue, understood contextually in a CAS framework, evokes relationships beyond the technical realm, reorganizes work-flow outside the technical scope, and thus, increases the barriers to implementing clinical feedback [12, 50, 51]. As another example, for a limited time the suicidal screening item of the clinical feedback tool was too sensitive, resulting in false highs. At the same time clinical feedback reports became automatically registered in the electronic patient journal as read and approved,

which also meant that it was not visible on the list of the clinicians' daily work tasks. This made clinicians concerned about the consequences of both real highs and false highs that were not discovered. Additionally, they became worried about how a governmental audit would assess the legal status of the clinical feedback reports, fearing sanctions.

Outcomes other than those intended

The results also underscore how the apparent redundancies that follow implementations require attention. Cumbersome navigating and managing tablet logistics were small issues in themselves, but when combined with other pressing issues they added up to be significant concerns. As evident in the participants' experiences, the pressured work setting did not have space for redundancies. Concretely, participants described an ever-changing environment of staff turnover, efficiency demands, and competing tasks that, in sum, produced work-pressure. Within this environment, although participants expressed their acceptance that NF represented good intentions and was an initiative to improve service quality, the situated meaning of the clinical feedback was that it increased the work of clinicians. From the perspective of some of the clinicians, many of the existing standards did not add up and build capacity to help them perform better within a therapist-patient arrangement.

Re-configurative sanctions

The standards of micro-political efficiency were inherent sanctions. When having to choose between competing demands, situated priority rules emerged among the staff. Counting meant a lot, statutory tasks and national guidelines had priority, and the higher in hierarchy that the standards originated, the higher the fidelity was. It was a pretended bureaucratic exercise, a strategic balance between performing and reporting [35].

Prioritizing was especially strong among the work demands in the often narrow space between sessions that had consequences for clinical feedback. Leaders and the steering committee were reluctant to count and incentivize NF. It was intended to be a tool to enhance therapy, and not to be associated with negative administrative work. The main strategy to improve NF uptake was motivational work, training, constant problem-solving, and embedding feedback reports as part of clinical meetings. Counter to this strategy, the work of other incentivized standards seemed more efficient in affecting therapists' behavior in between sessions. Competing standards worked as micro-political agents of socially inscribed intentions, and this meant that they reconfigured how therapists acted, away from desired therapist-patient related work, towards wanted actions decided by distant

actors. These findings show competing quality improvements logics and policies, and support critical perspectives on public health-care governance [33, 52].

However, clinicians did not regard all standards as disruptive. When clinical feedback, for example, eased their everyday work, adherence would increase regardless of incentives, and the integration of feedback reports with medical records was a step in that direction. In this workplace where therapists were under constant pressure, the use of clinical feedback rested solely on the therapist's conscience and interests, and not following-up NF had no consequences. As such, the micro-political governance in this case seems incongruent. On one hand, incentives can be effective tools in regulating clinicians' behavior, and simultaneously, they can be necessary because of the ever-changing working environment and work-pressure they partake in producing. On the other hand, clinicians accept changes that feel relevant within their performative arrangements, but clinical feedback without incentives risks being given less priority due to prioritization of tasks that are less performative, but more incentivized.

Implications for implementation of clinical feedback in practice

Implemented in complex adaptive healthcare systems, incentivized standards produced by government actors have a fast lane to frontline professionals treating patients. Therefore, the normative question becomes: given the chain of outcomes other than the ones intended, should it not also be the implementer's obligation to attend to all aspects of their product? Is not the redundant part an outcome, as well as the intended one? One risk of not accounting for complexity is that redundant parts are privatized as being the responsibility of actors in the CAS. Moreover, if redundancies outweigh intended outcomes, how can we still stick to essential definitions of the implemented object? We showed in another study how NF as an idiographic clinical feedback system goes into a performative therapist-patient arrangement [48]. Thus, the coined questions above are vital for CAS implementation of clinical feedback.

The NF is a digital solution only that relies on, and needs to be compatible with, existing technological infrastructure. This, and that its implementation demands considerable human and technological resources, limits its scope of implementation to health systems with less resources.

Implications for implementation research on clinical feedback systems

Our findings challenge an essential and linear understanding of clinical feedback implementation, and problematize how other outcomes than the intended ones

cannot be treated as barriers in the hands of the adopters to solve. A contrary approach, the socio-material perspective, shows that what is redundant is part of a continuum of events produced interacting with the setting.

We have argued that redundancies and other-than-outcomes could be beneficially integrated into implementation science models, as suggested by Braithwaite et al. [30]. Finally, we have exemplified how CAS can provide a useful framework for understanding implementation in complex health organizations.

Acknowledgements

The authors thank the subjects whose participation made this study possible.

Authors' contributions

RTH collected, coded and analyzed the data. CM read the material and reviewed the data analyses for consistency and rigor. Preliminary results were discussed in an analytic seminar, and finalized by the first author based on these discussions. CM contributed to the writing process of the final article. Both authors read and approved the final manuscript.

Funding

The Western Norway University of Applied Sciences financed the study.

Availability of data and materials

The datasets generated during the current study are not publicly available due to individual privacy considerations.

Ethics approval and consent to participate

We collected fully informed and written consent from the participants. No identifiable information from participants' accounts were available to anyone other than the first author. Participants could withdraw from the study at any time prior to publication. We stored the data on a secure institutional server designed for research purposes. Only the first author had access to participants' IDs. The project was submitted to the Regional Committee for Medical and Health Research Ethics and was determined to fall outside the purview of the Norwegian law on research ethics and medical research. The project followed the ethical standards as laid down by the National Committee for Research Ethics in the Social Sciences and the Humanities [53]. NSD Data Protection Services, which provides data protection services for all Norwegian universities and university colleges, approved the project (reference number 48939).

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The last author has been part of developing NF Feedback, and will benefit financially from its use in commercial settings. The first author has not contributed to the development of NF Feedback, nor the implementation process. He is a social scientist by education and employed by The Western Norway University of Applied Sciences.

Author details

¹ Department of Health and Caring Sciences, Western Norway University of Applied Sciences, Førde, Norway. ² Department of Psychiatry, District General Hospital of Førde, Førde, Norway.

Received: 15 July 2019 Accepted: 25 October 2019

Published online: 02 November 2019

References

1. Lewis CC, Boyd M, Puspitasari A, Navarro E, Howard J, Kassab H, et al. Implementing measurement-based care in behavioral health: a review. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(3):324–35.

2. Delgadillo J, de Jong K, Lucock M, Lutz W, Rubel J, Gilbody S, et al. Feedback-informed treatment versus usual psychological treatment for depression and anxiety: a multisite, open-label, cluster randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(7):564–72.
3. Knaup C, Koesters M, Schoefer D, Becker T, Puschner B. Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2009;195(1):15–22.
4. Lambert MJ, Whipple JL, Kleinstäuber M. Collecting and delivering progress feedback: a meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy*. 2018;55(4):520–37.
5. Lambert MJ, Whipple JL, Smart DW, Vermeersch DA, Nielsen SL, Hawkins EJ. The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: are outcomes enhanced? *Psychother Res*. 2001;11(1):49–68.
6. Shimokawa K, Lambert MJ, Smart DW. Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78(3):298–311.
7. Coombs T, Stapley K, Pirakis J. The multiple uses of routine mental health outcome measures in Australia and New Zealand: experiences from the field. *Aust Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr*. 2011;19(3):247–53.
8. Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *Int Rev Psychiatry*. 2011;23(4):318–27.
9. Helsedirektoratet. Pakkeforløp for psykisk helse og rus. 2018. <https://helse.direktoratet.no/folkhelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>. Accessed 6 Nov 2018.
10. Ionita G, Fitzpatrick M. Bringing science to clinical practice: a Canadian survey of psychological practice and usage of progress monitoring measures. *Can Psychol Can*. 2014;55(3):187–96.
11. Jensen-Doss A, Haimes EMB, Smith AM, Lyon AR, Lewis CC, Stanick CF, et al. Monitoring treatment progress and providing feedback is viewed favorably but rarely used in practice. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res*. 2018;45(1):48–61.
12. Boswell JF, Kraus DR, Miller SD, Lambert MJ. Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: benefits, challenges, and solutions. *Psychother Res*. 2015;25(1):6–19.
13. Boyce MB, Browne JP, Greenhalgh J. The experiences of professionals with using information from patient-reported outcome measures to improve the quality of healthcare: a systematic review of qualitative research. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(6):508–18.
14. Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H, Smith J, Kilbourne AM. An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychol*. 2015;3(1):32.
15. Bhattacharyya O, Reeves S, Zwarenstein M. What is implementation research?: rationale, concepts, and practices. *Res Soc Work Pract*. 2009;19(5):491–502.
16. Eccles MP, Armstrong D, Baker R, Cleary K, Davies H, Davies S, et al. An implementation research agenda. *Implement Sci*. 2009;4(1):18.
17. Castonguay LG, Youn SJ, Xiao H, Muran JC, Barber JP. Building clinicians-researchers partnerships: lessons from diverse natural settings and practice-oriented initiatives. *Psychother Res*. 2015;25(1):166–84.
18. Barkham Michael, Hardy Gillian E, Mellor-Clark John. *Developing and delivering practice-based evidence: a guide for the psychological therapies*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2010.
19. Mellor-Clark J, Cross S, Macdonald J, Skjulsvik T. Leading horses to water: lessons from a decade of helping psychological therapy services use routine outcome measurement to improve practice. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res*. 2016;43(3):279–85.
20. Powell BJ, Proctor EK, Glass JE. A systematic review of strategies for implementing empirically supported mental health interventions. *Res Soc Work Pract*. 2014;24(2):192–212.
21. Proctor EK, Landsverk J, Aarons G, Chambers D, Glisson C, Mittman B. Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res*. 2009;36(1):24–34.
22. Brusamento S, Legido-Quigley H, Panteli D, Turk E, Knai C, Saliba V, et al. Assessing the effectiveness of strategies to implement clinical guidelines for the management of chronic diseases at primary care level in EU Member States: a systematic review. *Health Policy*. 2012;107(2):168–83.

23. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess Winch Engl*. 2004;8(6):iii–iv, 1–72.
24. Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies—a synthesis of systematic review findings. *J Eval Clin Pract*. 2008;14(5):888–97.
25. Baker R, Comosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005470.pub2>.
26. Flodgren G, Parmelli E, Doumit G, Gattellari M, O'Brien MA, Grimshaw J, et al. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000125.pub4>.
27. Greenhalgh T, Papoutsi C. Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Med*. 2018;16(1):95.
28. Junghans T. "Don't Mind the Gap!" reflections on improvement science as a paradigm. *Health Care Anal*. 2018;26(2):124–39.
29. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*. 2014;348:g3725.
30. Braithwaite J, Churrua K, Long JC, Ellis LA, Herkes J. When complexity science meets implementation science: a theoretical and empirical analysis of systems change. *BMC Med*. 2018;16(1):63.
31. Noordegraaf M. Reconfiguring professional work: changing forms of professionalism in public services. *Adm Soc*. 2016;48(7):783–810.
32. Lægred P, Roness PG, Rubecksen K. Performance management in practice: the Norwegian way. *Financ Account Manag*. 2006;22(3):251–70.
33. Larsen T, Røyrvik E. *Trangen til å telle: Objektivisering, måling og standardisering som samfunnspraksis*. Oslo: Scandinavian Academic Press; 2017.
34. Numerato D, Salvatore D, Fattore G. The impact of management on medical professionalism: a review. *Social Health Illn*. 2012;3(4):626–44.
35. Tonkens E, Brøer C, van Sambeek N, van Hassel D. Pretenders and performers: professional responses to the commodification of health care. *Soc Theory Health*. 2013;11(4):368–87.
36. O'Connor K, Muller Neff D, Pitman S. Burnout in mental health professionals: a systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *Eur Psychiatry*. 2018;53:74–99.
37. Timmermans S, Berg M. *The gold standard: The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Philadelphia: Temple University Press; 2003.
38. DeLanda M. *Assemblage theory*. Edinburgh: Edinburgh University Press; 2016.
39. Fox NJ, Alldred P. *Sociology and the New Materialism: Theory, Research, Action*. Los Angeles, Calif: Sage; 2017.
40. Latour B. *Reassembling the social: an introduction to actor-network-theory*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
41. Brunsson N, Jacobsson B. *A world of standards*. Oxford: Oxford University Press; 2002. <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199256952.001.0001/acprof-9780199256952>. Accessed 25 June 2018.
42. Moltu C, Veseth M, Stefansen J, Nøtnes JC, Skjølberg Å, Binder P-E, et al. This is what I need a clinical feedback system to do for me: a qualitative inquiry into therapists' and patients' perspectives. *Psychother Res*. 2018;28(2):250–63.
43. Drapeau M. The value of tracking in psychotherapy. *Integr Sci Pract*. 2012;2(2):5–6.
44. Overington L, Ionita G. Progress monitoring measures: a brief guide. *Can Psychol*. 2012;53(2):82.
45. Lambert MJ, Shimokawa K. Collecting client feedback. *Psychotherapy*. 2011;48(1):72.
46. Yin RK. *Case study research: design and methods*, 5th edn. Los Angeles, Calif: SAGE Publications; 2013.
47. Hovland RT, Moltu C. The challenges of making clinical feedback in psychotherapy benefit all users: a qualitative study. *Nord Psychol*. 2019. <https://doi.org/10.1080/19012276.2019.1684348>
48. Hovland RT, Ytrehus S, Mellor-Clark J, Moltu C. How patients and clinicians experience the utility of a personalized clinical feedback system in routine practice. *J Clin Psychol*. 2019 (**in review**).
49. Tjora AH. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017.
50. Ionita G, Fitzpatrick M, Tomaro J, Chen W, Overington L. Challenges of using progress monitoring measures: insights from practicing clinicians. *J Couns Psychol*. 2015;63:173–82.
51. Unsworth G, Cowie H, Green A. Therapists' and clients' perceptions of routine outcome measurement in the NHS: a qualitative study. *Couns Psychother Res*. 2012;12(1):71–80.
52. Redden G. *Questioning performance measurement: metrics, organizations and power*. Thousand Oaks: SAGE; 2019.
53. NESH. *The National Committee for Research Ethics in the social sciences and the humanities*; 2011.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



6. September 2016

Helse Førde,
Klinikk for psykisk helsevern

Forespørsel om å forske på NORSE i Klinikk for psykisk helsevern

Jeg vil med dette brevet rette en formell forespørsel om tillatelse til å gjøre forskningsarbeid i Klinikk for psykisk helsevern fra dags dato til 1. august 2017. Forskningsarbeidet er en del av et doktorgradsløp finansiert av Høgskulen i Sogn og Fjordane og skal ferdigstilles innen 1. mars 2019. Formålet med forskningsarbeidet er å studere ulike sider ved implementeringen av NORSE. Prosjektet er definert som helsetjenesteforskning og faller utenfor mandatet til REK (se vedlegg med referanse 2015/2111). Informasjon om pasienters helseforhold skal ikke samles inn. NSD Personvernombudet for forskning har vurdert prosjektet og gitt sin tilrådning (vedlagt er to brev fra NSD).

Forskningsansvarlig institusjon: Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Prosjektleder, daglig ansvarlig: Runar Tengel Hovland, stipendiat HiSF og UiB, Institutt for klinisk psykologi.

Hovedveileder: Christian Moltu, fagsjef, Helse Førde

Hva innebærer forskningsarbeidet?

Forskningsarbeidet vil være en kombinasjon av *feltarbeid* (som å være passiv deltaker på møter, opplæringer o.l. som angår NORSE. Jeg noterer fra møtene, men tar ikke opp lyd), *tekstarbeid* (tilgang på møterefater, styringsdokumenter o.l. som angår NORSE) og *intervjuarbeid* med et utvalg ansatte i ulike stillinger, samt pasienter som har erfaring med NORSE.

Aktiviteter i perioden:

- Intervju med administrativt ansatte og ledelse: 1 – 3 intervjuer i perioden. Antall personer: 5-10
- Intervju med klinikere: 1 – 3 intervjuer i perioden. Antall personer: 5 – 10
- Intervju med pasienter: 1 – 3 intervjuer i perioden. Antall personer: 5 – 10
- Møtedeltakelse og tekstdokumenter: alle relevante. Avklares med prosjektkoordinator Geir Helge Møller.

Intervjuene skal gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overfor pasientene overholdes. På samme måte vil jeg be pasienter om å ikke navngi terapeuten sin, eller andre tredjepersoner.

Hvordan påvirker forskningsarbeidet Helse Førde?

Jeg ønsker ikke å forstyrre driften, eller påvirke implementeringsprosessen, men ber om at ansatte gis anledning til å gjennomføre intervjuer i arbeidstiden om andre tidspunkter ikke passer.

NSD Personvernombudet setter som vilkår at det blir opplyst om at referater kan bli brukt som grunnlag for forskning. Videre anbefaler de at møterefater anonymiseres før de sendes til meg. Med tanke på mulige intervjupersoner blant møtedeltakere ønsker jeg ikke å følge denne anbefalingen, men vil heller be Helse Førde om å informere i kommende møter at referater kan bli brukt i forskningssammenheng, og at det er mulig å reservere seg. Ingen personer vil bli navngitt i formidlingen av forskningen.

Jeg vil anbefale rådføring med Helse Førdes interne personvernombud. Taushetserklæring er levert. Ta kontakt dersom andre forhold må avklares.

6. September 2016

Hva skjer med informasjonen som samles inn?

Alt som samles inn av data vil bli behandlet aidentifisert av prosjektleder. Kun prosjektleder har tilgang til navneliste. Datamaterialet lagres og analyseres på sikker forskningsserver i HiSF.

Informasjon om prosjektet i organisasjonen

Dersom det er ønskelig stiller jeg gjerne opp og presenterer meg selv og prosjektet.

Interesserte kan ta uforpliktende kontakt med meg om prosjektet.

Beste hilsener

Runar Tengel Hovland

Stipendiat

Høgskulen i Sogn og Fjordane, Universitetet i Bergen

Tlf. 402 28 142

E-post: runar.hovland@hisf.no

Vedlegg:

1. REK sør-øst: 2015/2111. Implementering av rutinemessig utkommemåling i psykisk helsevern
2. NSD: 48939/3/AGH. Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger
3. NSD: 48939/5/AGH/LR. Bekreftelse på endring
4. Informasjon- og samtykkebrev til ansatte
5. Informasjon- og samtykkebrev til pasienter
6. Informasjon- og samtykkebrev observatørstatus og tilgang til dokumenter

Runar Tengel Hovland

Fra: Alisøy, Svein Ove <svein.ove.alisoy@helse-forde.no>
Sendt: mandag 19. september 2016 11:57
Til: Runar Tengel Hovland
Kopi: Moltu, Christian
Emne: Forespørsel om å forske på NORSE i Klinikk for psykisk helsevern

Hei,
Eg godkjenner prosjektet/søknaden din. Du kan i din kontakt med leiarane ute vise til at eg har godkjent din søknad.
Eg skal også sende dette ut til leiarane.
Helsing
Svein Ove Alisøy
Kst.klinikkdirektør psykisk helsevern
svein.ove.alisoy@helse-forde.no
mobil 91816510

Fra: Runar Tengel Hovland [<mailto:Runar.Hovland@hisf.no>]
Sendt: 19. september 2016 11:55
Til: Alisøy, Svein Ove
Kopi: Moltu, Christian
Emne: SV: Forespørsel om å forske på NORSE i Klinikk for psykisk helsevern

Hei!
Jeg har planlagt observasjon på Eid torsdag og fredag denne uken. Kan du si noe om når jeg kan forvente svar på forespørselen, evt. et foreløpig svar?
Hilsen Runar

Fra: Alisøy, Svein Ove [<mailto:svein.ove.alisoy@helse-forde.no>]
Sendt: 6. september 2016 14:18
Til: Runar Tengel Hovland <Runar.Hovland@hisf.no>
Emne: Forespørsel om å forske på NORSE i Klinikk for psykisk helsevern

Hei,
Du spør om å få intervju 15-30 personar i 1-3 intervju pr person hos tilsette. Kor lang tid er planlagt på intervju?
Dei tilsette du refererer til har allereie mange oppgaver og vil måtte delta i andre prosjekt utover hausten ogv vinter/vår 2017.
Helsing
Svein Ove Alisøy
Kst.klinikkdirektør psykisk helsevern
svein.ove.alisoy@helse-forde.no
mobil 91816510

Fra: Runar Tengel Hovland [<mailto:Runar.Hovland@hisf.no>]
Sendt: 6. september 2016 12:30
Til: Alisøy, Svein Ove
Kopi: Postboks, HFD, Postmottak Helse Førde; HSF Postmottak; Mjanger, Guro; Moltu, Christian
Emne: Forespørsel om å forske på NORSE i Klinikk for psykisk helsevern

Hei!
Vedlagt følger en forespørsel om å forske på NORSE i klinikken. Selve forespørselen er merket med BREV i begynnelsen av filnavnet. Resten av dokumentene er vedlegg.
Ta kontakt dersom noe er uklart.
Ha en fin dag!
Vennlig hilsen

Runar Tengel Hovland

Stipendiat
Avdeling for helsefag, forskningsgruppe for psykisk helse og rus,
Høgskulen i Sogn og Fjordane

Vedlegg 3



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Gjøril Bergva	Telefon: 22845529	Vår dato: 14.12.2015	Vår referanse: 2015/2111 REK sør-øst D
			Deres dato: 27.10.2015	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Runar Tengel Hovland
Høgskulen i Sogn og Fjordane

2015/2111 Implementering av rutinemessig utkommemåling i psykisk helsevern

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst D) i møtet 25.11.2015. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Forskningsansvarlig: Høgskulen i Sogn og Fjordane
Prosjektleder: Runar Tengel Hovland

Prosjektleders prosjektbeskrivelse

Dette doktorgradsprosjektet vil undersøke pasienter og behandlere sin erfaring med implementering og bruk av behandlingssystemet NORSE (Normative Outcome System for Evaluation) i psykisk helsevern. Målsetningen med NORSE er å bedre behandlingseffekten, øke den reelle brukervedvirkningen i egen terapi, og å skape en fagkultur der tilbakemelding og empiri sees som nyttig. NORSE er et av flere såkalte ROM-systemer (Routine outcome monitoring systems/clinical feedback tools) som benyttes i klinisk praksis. Bakgrunnen for dette prosjektet er den manglende forskningsbaserte kunnskapen om hvordan ROM-systemer virker til å bedre utfallet av pasientbehandling og hvilken rolle implementeringen spiller. Resultatet fra prosjektet kan gi verdifull kunnskap til forbedring av implementeringsprosesser, samt anvendelsen av kliniske feedbacksystemer i psykisk helsevern - hvordan ROM påvirker behandlingen og hvordan brukerne opplever helsenytten av behandlingsverktøyet.

Vurdering

I dette prosjektet skal man studere implementering av kvalitetshevende og kontrollerende systemer i psykisk helsevern. Det er pasienters og behandleres erfaringer med NORSE som er fokus i prosjektet. Etter komiteens syn vil ikke prosjektet gi ny kunnskap om sykdom og helse som sådan. Prosjektet faller derfor utenfor REKs mandat etter helseforskningsloven, som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe til veie "ny kunnskap om helse og sykdom", se lovens § 2 og § 4 bokstav a).

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern samt innhenting av stedlige godkjenninger.

Vedtak

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2 og § 4 bokstav a). Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Klageadgang

REKs vedtak kan påklages, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst D. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst D, sendes klagen videre

til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn på korrekt skjema via vår saksportal:
<http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post
til: post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Finn Wisløff
Professor em. dr. med.
Leder

Gjøril Bergva
Rådgiver

Kopi til: Randi.Skar@hisf.no

Høgskulen i Sogn og Fjordane ved øverste administrative ledelse: post@hisf.no

Runar Tengel Hovland
Avdeling for helsefag Høgskulen i Sogn og Fjordane
Postboks 523
6800 FØRDE

Vår dato: 08.08.2016

Vår ref: 48939 / 3 / AGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.06.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

48939	<i>Hvordan virker rutinemessig utkommemåling (ROM) i Psykisk helsevern. En kvalitativ studie</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Runar Tengel Hovland</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.06.2020, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Agnete Hessevik

Kontaktperson: Agnete Hessevik tlf: 55 58 27 97

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.



FORMÅL

Formålet er å undersøke pasienter og behandlere sin erfaring med implementering og bruk av behandlingssystemet NORSE (Normative Outcome System for Evaluation) i psykisk helsevern.

UTVALG OG REKRUTTERING

Utvalget består av behandlere og pasienter over 18 år som går til behandling hos terapeut og i poliklinisk behandling.

Behandlere rekrutteres gjennom ledelsen i Helse Førde. Pasienter rekrutteres ved at behandlere gir ut informasjonsskriv, samt oppslag på klinikken. Personvernombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for rekrutteringen, og at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltagelse ivaretas. Det er særlig viktig å legge vekt på frivilligheten når deltakere rekrutteres gjennom personer de har et avhengighetsforhold til; her arbeidsgivere og behandlingsklinikk.

Personvernombudet legger til grunn at det kun inkluderes pasienter som ikke vil oppleve deltakelsen som en uforholdsmessig belastning.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

DATAMATERIALETS INNHOLD

Personopplysninger innhentes i datainnsamlingen gjennom personlig intervju og dagbokføring. Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Dersom du utarbeider intervjuguider for delstudie 3, ber vi om å få de tilsendt før intervjuene gjennomføres.

TAUSHETSPLIKT OG TREDJEPERSONSOPPLYSNINGER

Vi minner om at terapeutene har taushetsplikt overfor pasienter, og at de ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkeltpasient direkte eller indirekte. Det er svært viktig at intervjuene gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Vi anbefaler at du rutinemessig minner terapeutene på dette, samt ber dem omtale andre (kollegaer) på måte som ikke identifiserer enkeltpersoner.

Det samme gjelder for pasienter: Vi anbefaler at du ber dem omtale andre pasienter på en måte som ikke identifiserer enkeltpersoner. Fordi pasientene omtaler terapeuten, ber vi om at terapeuten blir informert om studien.

DATASIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskulen i Sogn og Fjordane sine interne rutiner for datasikkerhet.

Det er oppgitt at datamateriale vil deles anonymt med andre forskere. Personvernombudet minner om at anonyme data ikke kan inneholde informasjon som indirekte kan identifisere enkeltpersoner (heller ikke behandlere).

PROSJEKTSLUTT

Forventet prosjektslutt er 20.06.2020. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

Runar Tengel Hovland
Avdeling for helsefag
Høgskulen i Sogn og Fjordane
Postboks 523
6800 FØRDE

Vår dato: 01.09.2016

Vår ref: 48939/5/AGH/LR

Deres dato:

Deres ref:

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Vi viser til endringsmelding mottatt 29.08.2016 for prosjektet;

48939

Hvordan virker rutinemessig utkommemåling (ROM) i Psykisk helsevern. En kvalitativ studie

Endringene gjelder delstudie 2.

Vi har nå registrert følgende endringer ved prosjektet:

- Utvalget utvides til også å gjelde andre ansatte i Helse Førde (f.eks. administrativt ansatte) som har en rolle relatert til NORSE.
- Det vil gjøres flere enn et intervju med ansatte ved Helse Førde og pasienter.
- Metodisk opplegg utvides og inkluderer observasjon av relevante møter og analyse av møtereferater.

Personvernombudet legger til grunn at du innhenter et informert samtykke fra alle det behandles personopplysninger om i prosjektet, som inkluderer pasienter, ansatte ved Helse Førde og alle møtedeltakere som deltar i studien. Det skal være frivillig for alle møtedeltakere å delta i forskning og at deres opplysninger benyttes i forskningsprosjektet. Informasjonsskrivene vedlagt endringsmeldingen er godt utformet.

Dersom du behandler personopplysninger ved å få utlevert møtereferater, har du informasjonsplikt overfor de som blir identifisert i referatene. Vi anbefaler at møtereferater anonymiseres før du mottar dem, slik at du kun behandler anonyme opplysninger.

Vi forutsetter at det ikke publiseres direkte eller indirekte identifiserbare personopplysninger basert på møter eller møtereferater, uten at du innhenter samtykke fra den det gjelder til dette.

Du vil ikke notere pasientopplysninger eller taushetsbelagte opplysninger fra møter og møtereferater. Personvernombudet forutsetter at Helse Førde (eller rette institusjon) godkjenner at forsker er til stede ved møter og får utlevert møtereferater. Vi forutsetter at taushetsplikten ikke er til hinder for gjennomføring av datainnsamlingen, og at dette er avklart med Helse Førde.

Personvernombudet forutsetter at prosjektopplegget for øvrig gjennomføres i tråd med det som tidligere er innmeldt, og personvernombudets tilbakemeldinger.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen

for 
Kjersti Haugstvedt



Agnete Hessevik

FORESPØRSEL TIL ANSATTE I HELSE FØRDE OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT.

Erfaringer med innføring av klinisk tilbakemeldingssystem i psykisk helsevern

BAKGRUNN OG FORMÅL

Dette prosjektet skal undersøke erfaringer med innføringen av det behandlingsrettede tilbakemeldingssystemet (NORSE) i psykisk helsevern i Helse Førde.

Bakgrunnen for prosjektet er behovet for å vite mer om hvordan innføringer av komplekse systemer, som NORSE, påvirker organisasjonen. Det finnes mye forskning som forteller oss at strukturerte tilbakemeldinger har en positiv virkning på behandlingen. Likevel er det ikke alle plasser slike systemer innført. Vi ønsker å undersøke om forhold ved selve innføringen kan ha noe å si på hvordan pasienter, behandlere og administrativt personell vurderer nytten av slike systemer.

I dette prosjektet er vi interessert i erfaringer, meninger, refleksjoner og tanker fra ansatte som er involvert i NORSE. Det kan dreie seg om alt fra erfaringer med vedtak om å ta det i bruk, planlegging av innføringen, opplæring i systemet, opplevelse av nytten, utfordringer av teknologisk eller klinisk art, tid som brukes på å snakke om tilbakemeldingsrapporten, eller tanker om hva slike systemer kan bidra til, med mer.

Høgskulen i Sogn og Fjordane (HiSF) er forskningsansvarlig institusjon og finansierer prosjektet. Prosjektleder er Runar Tengel Hovland, doktorgradskandidat og ansatt i HiSF.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Prosjektet innebærer intervju med ansatte i Helse Førde og pasienter som har erfaring med NORSE, enten det gjelder innføring og/eller bruk av systemet. Som deltaker i prosjektet vil du bli intervjuet en, eller flere ganger på avtalte tidspunkt. Hvert intervju kan ta fra 1 til 2 timer å gjennomføre og blir spilt inn på lydopptaker før det senere blir nedskrevet og lagret i en tekstfil. Intervjuet vil være i form av en samtale rundt et knippe åpne spørsmål. Du velger selv hvor og når intervjuet kan gjennomføres. Høgskulen kan også stille med egnet møterom.

Resultatene fra prosjektet vil bli publisert i vitenskapelig tidskrift. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne deltakere i de publiserte artiklene.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Deltakelse i prosjektet kan gi mer kunnskap om innføringen av behandlingssystemer i helsetjenesten. En ulempe kan være tiden det tar å gjennomføre intervjuet. I tillegg kan lange intervjuer være krevende å gjennomføre, men vi vil legge til rette for at rammene rundt blir så gode som mulig.

For pasienter vil deltakelse i prosjektet ikke ha noen konsekvenser for videre behandling. For ansatte vil deltakelse i prosjektet ikke påvirke arbeidsforhold.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlende opplysninger. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte meg på telefon: 402 28 142, e-post: runar.hovland@hisf.no.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Undertegnet er prosjektleder og har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet, og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i dette skrevet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alt vi spør deg om blir behandlet uten navn og fødselsnummer, eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger, og lagret forsvarlig i samsvar med våre forskningsrutiner. Kun prosjektleder vil ha tilgang til lydfilene og intervjuavskriften. En forskningsassistent kan bli brukt som avlastning for å gjøre intervjuene om til tekst. Etter at intervjuene er transskribert til tekst og kvalitetssikret vil lydfilene bli slettet.

Informasjon om deg vil bli oppbevart frem til prosjektslutt 20. juni 2020 i tilfelle vi ønsker å kontakte deg på nytt for et oppfølgingsprosjekt. Etter prosjektslutt vil all informasjon bli anonymisert. Det vil si at alt som kan identifisere deg, enten direkte eller indirekte i materialet, vil bli permanent slettet.

UTLEVERING AV OPPLYSNINGER TIL ANDRE

Samarbeidspartnere fra Helse Førde og Universitetet i Bergen kan få tilgang til anonymiserte intervjuavskrifter.

Samarbeidspartnerne i prosjektet er veileder Christian Moltu (psykolog og fagsjef i Helse Førde, førsteamanuensis ved Universitet i Bergen), Per Einar Binder (professor ved Universitetet i Bergen) og John Roger Andersen (førsteamanuensis i HiSF og forsker i Helse Førde).

Det er kun undertegnede som har tilgang til listen med navn over prosjektdeltakere.

GODKJENNING

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

Ønsker du å delta? Du kan kontakte meg på tre måter:

- Du kan ringe eller sende en sms til meg på telefon 40 22 81 42
- sende en e-post til runar.hovland@hisf.no
- Skrive under på denne siden og sende den i posten i vedlagte ferdigfrankerte konvolutt

Når jeg hører fra deg tar jeg kontakt med deg i løpet av noen dager for å avtale nærmere om tid og sted for intervjuet. Dersom du har spørsmål om dette eller annet vedrørende prosjektet kan du når som helst ta kontakt med meg.

Vennlig hilsen
Runar Tengel Hovland

Førde, dato

Jeg har lest og forstått informasjonen som er gitt meg og gir mitt samtykke til å delta i prosjektet.

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg ønsker helst å bli kontaktet på (sett kryss):

dagtid__ eller kveldstid__ og på telefon:_____ eller e-post_____

FORESPØRSEL TIL PASIENTER OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT.

Erfaringer med innføring av klinisk tilbakemeldingssystem i psykisk helsevern

BAKGRUNN OG FORMÅL

Dette prosjektet skal undersøke erfaringer med innføringen av det behandlingsrettede tilbakemeldingssystemet (NORSE) i psykisk helsevern i Helse Førde.

Bakgrunnen for prosjektet er behovet for å vite mer om hvordan pasienter og behandlere opplever innføringen av slike systemer som NORSE. Det finnes mye forskning som forteller oss at strukturerte tilbakemeldinger har en positiv virkning på behandlingen. Likevel er det ikke alle plasser slike systemer er innført. Vi ønsker å undersøke om forhold ved selve innføringen kan ha noe å si på hvordan pasienter og behandlere vurderer nytten av slike systemer.

I dette prosjektet er vi interessert i dine refleksjoner og tanker som pasient, om hvordan innføringen av NORSE i klinikken har fungert. Det kan dreie seg om alt fra erfaringer med vedtak om å ta det i bruk, opplæring i systemet, opplevelse av nytten, utfordringer, tid som brukes på å snakke om tilbakemeldingsrapporten og dine tanker om hva slike systemer kan bidra til med mer.

Høgskulen i Sogn og Fjordane (HiSF) er forskningsansvarlig institusjon og finansierer prosjektet. Prosjektleder er Runar Tengel Hovland, doktorgradskandidat og ansatt i HiSF.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Prosjektet innebærer intervju med både pasienter og ansatte som har erfaring med NORSE, både innføring og bruk. Som deltaker i prosjektet vil du bli intervjuet en gang, eller flere etter avtale. Intervjuet kan ta fra 1 til 2 timer å gjennomføre og blir spilt inn på lydoptaker før det senere blir nedskrevet og lagret i en tekstfil. Intervjuet vil være i form av en samtale rundt et knippe åpne spørsmål. Du velger selv hvor og når intervjuet kan gjennomføres. Høgskulen kan også stille med egnet møterom.

Resultatene fra prosjektet vil bli publisert i vitenskapelig tidsskrift. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne deltakere i de publiserte artiklene.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Deltakelse i prosjektet kan gi mer kunnskap om innføringen av behandlingssystemer i helsetjenesten. En ulempe kan være tiden det tar å gjennomføre intervjuet. I tillegg kan lange intervju være krevende å gjennomføre, men vi vil legge til rette for at rammene rundt blir så gode som mulig.

Deltakelse i prosjektet ikke få noen konsekvenser for din videre behandling.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlende opplysninger. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte meg på telefon: 402 28 142, e-post: runar.hovland@hisf.no.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Undertegnet er prosjektleder og har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet, og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i dette skrevet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alt vi spør deg om blir behandlet uten navn og fødselsnummer, eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger, og lagret forsvarlig i samsvar med våre forskningsrutiner. Kun prosjektleder og veileder vil ha tilgang til lydfilene og intervjuavskriften. En forskningsassistent kan bli brukt som avlastning for å gjøre intervjuene om til tekst. Etter at intervjuene er transkribert til tekst og kvalitets sikret vil lydfilene bli slettet.

Informasjon om deg vil bli oppbevart frem til prosjektslutt 20. juni 2020 i tilfelle vi ønsker å kontakte deg på nytt for et oppfølgingsprosjekt. Etter prosjektslutt vil all informasjon bli anonymisert. Det vil si at alt som kan identifisere deg, enten direkte eller indirekte i materialet, vil bli permanent slettet.

UTLEVERING AV OPPLYSNINGER TIL ANDRE

Samarbeidspartnere fra Helse Førde og Universitetet i Bergen kan få tilgang til anonymiserte intervjuavskrifter.

Samarbeidspartnerne i prosjektet er veileder Christian Moltu (psykolog og fagsjef i Helse Førde, førsteamanuensis ved Universitet i Bergen), Per Einar Binder (professor ved Universitetet i Bergen) og John Roger Andersen (førsteamanuensis i HiSF og forsker i Helse Førde).

Det er kun undertegnede som har tilgang til listen med navn over prosjektdeltakere.

GODKJENNING

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

Ønsker du å delta? Du kan kontakte meg på tre måter:

- Du kan ringe eller sende en sms til meg på telefon 40 22 81 42
- sende en e-post til runar.hovland@hisf.no
- Skrive under på denne siden og sende den i posten i vedlagte ferdigfrankerte konvolutt

Når jeg hører fra deg tar jeg kontakt med deg i løpet av noen dager for å avtale nærmere om tid og sted for intervjuet. Dersom du har spørsmål om dette eller annet vedrørende prosjektet kan du når som helst ta kontakt med meg.

Vennlig hilsen
Runar Tengel Hovland

Førde, dato

Jeg har lest og forstått informasjonen som er gitt meg og gir mitt samtykke til å delta i prosjektet.

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg ønsker helst å bli kontaktet på (sett kryss):

dagtid__ eller kveldstid__ og på telefon:_____ eller e-post_____

FORESPØRSEL OM OBSERVATØRSTATUS I MØTER OG TILLTATELSE TIL Å TA NOTATER, SAMT BENYTTE REFERATER SOM GRUNNLAG FOR FORSKNING.

Erfaringer med innføring av klinisk tilbakemeldingssystem i psykisk helsevern.

BAKGRUNN OG FORMÅL

Dette prosjektet skal undersøke erfaringer med innføringen av det behandlingsrettede tilbakemeldingssystemet (NORSE) i psykisk helsevern i Helse Førde.

Bakgrunnen for prosjektet er behovet for å vite mer om hvordan innføringer av komplekse systemer, som NORSE, påvirker organisasjonen. Det finnes mye forskning som forteller oss at strukturerte tilbakemeldinger har en positiv virkning på behandlingen. Likevel er det ikke alle plasser slike systemer er innført. Vi ønsker å undersøke om forhold ved selve innføringen kan ha noe å si på hvordan pasienter, behandlere og administrativt personell vurderer nytten av slike systemer.

I dette prosjektet er vi interessert i erfaringer, meninger, refleksjoner og tanker fra ansatte som er i kontakt med NORSE. Det kan dreie seg om alt fra erfaringer med vedtak om å ta det i bruk, planlegging av innføringen, opplæring i systemet, opplevelse av nytten, utfordringer av teknologisk eller klinisk art, tid som brukes på å snakke om tilbakemeldingsrapporten, eller tanker om hva slike systemer kan bidra til, med mer.

Høgskulen i Sogn og Fjordane (HiSF) er forskningsansvarlig institusjon og finansierer prosjektet. Prosjektleder er Runar Tengel Hovland, doktorgradskandidat og ansatt i HiSF.

HVA INNEBÆRER DET Å GI FORSKEREN OBSERVATØRSTATUS I MØTER?

Observatørstatus betyr i dette forskningsprosjektet følgende: Deltakerne i møtet gir sitt samtykke til at jeg kan være tilhører uten talerett i alle møter som angår implementeringen av NORSE i Helse Førde. Som observatør kan jeg ta notater som senere kan bli til en del av kildemateriale i forskningsprosjektet. Møtedeltakerne vil ikke bli sitert direkte når resultatet av forskningsarbeidet skal formidles. Taushetsbelagte opplysninger, navn som fremkommer i møtet og lignende vil ikke bli notert. Lydopptaker vil ikke bli benyttet. Helse Førdes skjema om taushetsplikt er signert 29. aug. 2016. Deltakere i møtet kan få spørsmål på et senere tidspunkt motta forespørsel om å intervjues som en del av forskningsprosjektet. Du vil da motta et nytt informasjons- og samtykkeskriv.

Innsyn i referat

Som en del av prosjektet bes det om samtykke til innsyn i ugraderte referat knyttet til implementeringen og bruken av NORSE.

Resultatene fra prosjektet vil bli publisert i vitenskapelige tidsskrift. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne deltakere i de publiserte artiklene.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Deltakelse i prosjektet kan gi mer kunnskap om innføringen av behandlingssystemer i helsetjenesten. Observatøren kan på den annen side påvirke gruppedynamikken i møtet. Deltakelse i prosjektet vil ikke påvirke arbeidsforhold.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du gir ditt samtykke, muntlig eller skriftlig, dersom du tillater til at jeg deltar i møter uten talerett, samt får innsyn i referat. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for deg videre. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte meg på telefon: 402 28 142, e-post: runar.hovland@hisf.no.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Undertegnet er prosjektleder og har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet, og at opplysninger om blir behandlet på en sikker måte. Informasjonen som registreres skal kun brukes slik som beskrevet i dette skrivet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alt jeg registrer blir behandlet uten navn og fødselsnummer, eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger, og lagret forsvarlig i samsvar med Høgskulen i Sogn og Fjordane sine forskningsrutiner. Kun prosjektleder og veileder vil ha tilgang til datamaterialet.

Informasjonen vil bli oppbevart frem til prosjektslutt 20. juni 2020. Etter prosjektslutt vil all informasjon bli anonymisert. Det vil si at altså som kan identifisere deg, enten direkte eller indirekte i materialet, vil bli permanent slettet.

UTLEVERING AV OPPLYSNINGER TIL ANDRE

Samarbeidspartnere fra Helse Førde og Universitetet i Bergen kan få tilgang til anonymisert informasjon.

Samarbeidspartnerne i prosjektet er veileder Christian Moltu (psykolog og fagsjef i Helse Førde, førsteamanuensis ved Universitet i Bergen), Per Einar Binder (professor ved Universitetet i Bergen) og John Roger Andersen (førsteamanuensis i HiSF og forsker i Helse Førde).

Det er kun undertegnede som har tilgang til listen med navn over prosjektdeltakere.

GODKJENNING

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.

SAMTYKKE TIL OBSERVATØRSTATUS OG INNSYN I REFERAT

Informasjon er gitt om:

- Hva prosjektet handler om
- Hvordan informasjonen blir lagret og behandlet
- Taushetsbelagt informasjon
- Fordeler og ulemper
- Hva som skjer videre med informasjonen som registres

Jeg har lest, eller blitt muntlig informert om forskningsprosjektet. Jeg gir mitt samtykke til at Runar Tengel Hovland kan delta på møter som angår implementeringen av NORSE, samt få innsyn i ugraderte referat.

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

ERKLÆRING OM TEIEPLIKT I HELSE FØRDE

Eg har sett meg inn i lovreglane som står på baksida av dette skrivet.

Eg forstår:

- at eg i arbeid ved Helse Førde kan få kjennskap til tilhøve som det av omsyn til pasientar, pårørende eller andre er nødvendig å oppretthalde teieplikt om.
- at dette arbeidet krev ansvarskjensle, lojalitet og pliktruskap.

Eg forpliktar meg til å oppretthalde teieplikta slik lov for helsepersonell fastset.

Eg er klar over:

- at brot på teieplikta kan medføre straffeansvar og eventuell oppseiing frå stilling.
- at teieplikta gjeld også etter at eg har slutta i tenesta i Helse Førde.

Namn <i>RUNAR TENGEL HOVLAND</i>		Født <i>25.10.77</i>	
Klinikk <i>Høgskulen i Sogn og Fjordane</i>	Avdeling <i>Avd. for helsefag</i>		Stilling <i>stipendiat</i>
Dato <i>29/8-16</i>		Underskrift <i>Runar H</i>	

Gjelder forskning i forbindelse med NORSE.

Avdelingar

Leiarportal

Tilsetteportal

Telefon

Helse Førde 2035

Stab og støtte

Forskjing

Folkehelse, livsstil og overvekt

Psykisk helse og rus

Kvalitet og innovasjon i eldreomsorg

Samhandling og kvalitet i helsetenestene

Analyse av bruk og variasjon av helsetenester

Helseatlas

Samhandlingsbarometer

Innovasjon

Publikasjonar

Bli kjent med ein forskar

Stig Magne Solstad

Runar Tengsel Hovland

Anja M.Hjelle

Kari Eldal

Maria Holsen

Toril Marie Terum

Eili Nygard Riise

Internside FoU leiarar

Biobank Helse Førde

Fjordomics

Dokument Fjordomics

Internrutinar

NORSE: NFR midlar 2017-2021

Områdeinnhold

Runar Tengsel Hovland

Forskningsgruppa Psykisk helse og rus



1. Kven er du?

- Eg jobbar i Høgskulen i Sogn og Fjordane på avd. for helsefag. For tida har eg eit stipend frå Høgskulen for å ta doktorgrad på implementering av NORSE. Eg er tatt opp som doktorgradsstipendiat på Institutt for klinisk psykologi ved UiB. Bakgrunnen min er samfunnsviter.

2. Kva forskar du på?

- Eg forskar på implementeringa av NORSE i klinikken. Eg skal undersøke korleis brukarane opplever NORSE, både implementeringa og praktisk bruk, frå deira ståstad. Med brukarar meiner eg både klinikkarar, pasientar, og administrativt tilsette. Alle som er i berøring av NORSE vil vere interessante å lytte til. Eg ønskjer å sjå på korleis det påverkar ein organisasjon å implementere eit slikt verktøy.

3. Kvifor er dette viktig å forske på?

- Fordi ein i forskningslitteraturen elles på dette feltet kan finne at slike verktøy nyttar i praksis, men ein har problem når ein skal innføre dette i kliniske settingar. Det fins ingen eintydige svar på kva som er problemet med implementeringa, men ein treng ei breiare forståing om kva systemet *gjer* i ulike settingar meir enn at det berre gir betre utkomme på pasientmåling. Vi må undersøke kva andre ting som også skjer som følgje av slike endringar.

4. Korleis vil ditt arbeid påvirke dei tilsette i PHV?

- Eg vil intervju eit utvalg tilsette og pasientar 2-3 gongar. Dette arbeidet vil eg begynne med no i haust, og halde fram til sommaren 2017. I tillegg vil eg delta på møter og lese referat for å danne meg ei breiare bilete av ulike aspekter ved implementeringa. T.d møter som gjeld opplæring i bruken av NORSE, styringsgruppemøter, og andre relevante møter. Eg skal kun lytte og lære, og komme på innsida av praksis.

5. Kva håpar du forskinga di skal bidra til (nytte)?

- Eg håpar det skal bidra til ei større forståing av kompleksiteten i innføring av slike kliniske verktøy. At ulike sider ved slike prosjekt skal komme fram, smått og stort. Så håpar eg at resultatata vil verte relevante for korleis en vel å ta i bruk slike system i framtida.

6. Når skal du vere ferdig med arbeidet?

- Datainnsamling skal vere ferdig til sommaren 2017. Sjelve doktorgraden skal vere ferdig i mars 2019.

Dette er NORSE:

- Eit elektronisk, klinisk tilbakemeldingssystem som skal forbetre pasientbehandlinga i psykisk helsevern
- Brukartilpassa verktøy som skal gje grunnlag for meir individualisert behandling og auka brukarmedverknad
- Målet med NORSE er å kunne betre effekten av behandlinga generelt, og spesielt for sårbare pasientgrupper.
- Del av den strategiske forskingssatsinga Psykisk helse og rus i Helse Førde

Intervjuguide pasientintervju

Generelt om hvordan det er å være pasient her. Hva du tenker om tjenesten som tilbys osv.

A. OM INNFØRINGEN AV NORSE

- Hvordan fikk du først høre om NORSE, hvem, når, på hvilken måte, i hvilken sammenheng
- Begrunnelser for å ta det i bruk
- Tanker du gjorde deg
- Opplæring?
- Hvor lett er det å forstå hva som blir/ble sagt om NORSE og hva det skal brukes til?
- Er det andre kartlegginger eller lignende som du har måttet gjennomføre?
- Virker behandlerne motiverte for å bruke NORSE?

B. OM Å BRUKE NORSE

- Fortell om hvordan NORSE praktiseres, når fyller du det ut og hvor, hvilken informasjon får du/har du fått?
- Hvordan er det å svare? Er det enkelt å komme seg innpå? Passer spørsmålene? Tar det lang tid å fylle det ut? Osv.
- Påvirker det deg på noen måte å fylle ut NORSE?
- Hvor ofte fyller du ut NORSE? Hvordan er det å gjenta prosessen hver uke? Foregår rutinen på samme måte? Er det ulike praksiser?

C. HVA BRUKES INFORMASJONEN FRA NORSE TIL

- Hva skjer med rapportene når du er ferdig? Hva bruker behandleren rapportene til?
- Får du se den visuelle rapporten/svarene dine? Når og på hvilken måte?
- Spør behandlerne hva du tenker om grafene og ansiktene osv?
- Opplever du at svarene dine blir tatt hensyn til?
- blir informasjonen fra NORSE brukt i planleggingen av behandlingen videre?
- opplever du at behandleren forstår hvordan norserapportene skal benyttes?
- Er NORSE til hjelp i behandlingen?

D. NOE ANNET SOM DERE HAR TENKT PÅ?

- ting som ikke er blitt snakket om. Ting som vi bør snakke mer om

En eller annen plass, spør om:

- hvordan de opplever NPS Døgn? Arbeidsmiljø? Mange nye? Stresset/rolig?

DEBRIEF

INTERVJUGUIDE DELSTUDIE 2 – BEHANDLERE

Notat til meg selv: husk å fortelle om formålet med studien og hva jeg ønsker å snakke om.

Del 1: implementering av NORSE i klinikken

Innledning:

- A. Kan du si litt om din egen faglige bakgrunn og hva arbeidet ditt består av i det daglige?
- B. Husker du første gang du hørte om NORSE? (er NORSE ordet som blir brukt om det i det daglige?)
Husker du hva du tenkte om planene om å innføre systemet i klinikken?
- C. Hva tenker du om slike tilbakemeldingssystemer?
- D. Kan du fortelle om hvordan du opplevde implementeringen av NORSE i klinikken?

Undertema og eventuelle spørsmål for oppfølging:

- Hvordan ble behovet for NORSE kommunisert ut til de ansatte? Hvilke forventninger har du til NORSE?
Hvordan fungerte opplæringen? Hva tenker du om ressurser som er knyttet til implementeringen?
Hvordan opplever du omfanget av implementeringsarbeidet?
- E. Hva er din opplevelse av hvordan dine kollegaer har opplevd implementeringen av NORSE?
- F. Er det flere andre prosjekter eller endringer som pågår i klinikken?
- G. Hva er din oppfatning av hvordan pasientene har opplevd implementeringen av NORSE?
- H. Er det forhold ved implementeringen som kunne vært annerledes?

Del 2: Bruken av NORSE i det daglige arbeidet

- A. Kan du beskrive hvordan NORSE fungerer i behandlingen i det daglige?

Undertema og eventuelle spørsmål for oppfølging:

- Føler du at NORSE er blitt en integrert del av din praksis?
- Hvordan bruker du rapportene?
- Bruker du mye tid på NORSE?
- Har det ført til endringer i hvordan du legger opp behandlingen til pasientene?
- Opplever du at rapportene samsvarer med din egen forståelse av pasientene sin tilstand?
- Opplever du at rapportene fanger opp helheten i pasientens tilstand?
- Opplever du at det er et samsvar mellom bakgrunnen og formålene ved NORSE slik de ble formidlet før implementeringen og hvordan det fungerer i praksis?
- B. Hva er din oppfatning av hvordan dine kollegaer erfarer og bruker NORSE i det daglige?
- C. Hva er din oppfatning av hvordan pasientene opplever å bruke NORSE?

INTERVJUGUIDE DELSTUDIE 2 – LEDERE

Notat til meg selv: husk å fortelle om formålet med studien og hva jeg ønsker å snakke om.

Del 1: implementering av NORSE i klinikken

Innledning:

Kan du si litt om hva arbeidet ditt ved NPS består av i det daglige?

Husker du første gang du hørte om NORSE? (er NORSE ordet som blir brukt om det i det daglige?) Husker du hva du tenkte om planene om å innføre systemet i klinikken?

Hva tenker du selv om slike tilbakemeldingssystemer?

- A. Kan du fortelle om hvordan du opplever implementeringen av NORSE i klinikken?

Undertema og eventuelle spørsmål for oppfølging:

- Hvordan ble behovet for NORSE kommunisert ut til de ansatte?
 - Hvilke forventninger har du til NORSE?
 - Hvordan fungerte opplæringen?
 - Hva tenker du om ressurser som er knyttet til implementeringen?
 - Hvordan opplever du omfanget av implementeringsarbeidet?
- B. Hva er din opplevelse av hvordan dine ansatte har opplevd implementeringen av NORSE? Hvordan reagerer de på implementeringen?
- C. Hva er din oppfatning av hvordan ansatte håndterer endringer i organisasjonen av denne type som NORSE?
- D. I hvilken grad betyr det noe at det er flere seksjoner som skal ta det i bruk?
- E. Hva er din rolle i innføringsarbeidet?
- F. Må det organisatoriske endringer til, eller tekniske endringer til for å få det til å fungere?
- G. Er det flere andre prosjekter eller endringer som pågår i klinikken samtidig som med norske- implementeringen? Hvordan påvirker dette impl arbeidet? Hva gjør det med en organisasjon?
- H. Hva er din oppfatning av hvordan pasientene har opplevd implementeringen av NORSE
- I. Er det forhold ved implementeringen som kunne vært annerledes?

Del 2: Bruken av NORSE i det daglige arbeidet

- A. Kan du fortelle om hvordan NORSE fungerer i behandlingen i det daglige? Har du selv pasienter?

Undertema og eventuelle spørsmål for oppfølging:

- Føler du at NORSE er blitt en integrert del av din praksis?
- Hvordan bruker du rapportene?
- Bruker du mye tid på NORSE?
- Har det ført til endringer i hvordan du legger opp behandlingen til pasientene?
- Opplever du at rapportene samsvarer med din egen forståelse av pasientene sin tilstand?
- Opplever du at rapportene fanger opp helheten i pasientens tilstand?

- Opplever du at det er et samsvar mellom bakgrunnen og formålene ved NORSE slik de ble formidlet før implementeringen og hvordan det fungerer i praksis?
- B. Hva er din oppfatning av hvordan dine kollegaer erfarer og bruker NORSE i det daglige?
- C. Hva er din oppfatning av hvordan pasientene opplever å bruke NORSE?

Vedlegg 14

28.03.17

Intervjuguide fokusgruppeintervju

A. OM INNFØRINGEN AV NORSE

- Hvordan har de fått vite om NORSE, hvem, når, på hvilken måte, i hvilken sammenheng
- Begrunnelser for å ta det i bruk
- Tanker de gjorde seg
- opplæring?
- hvor lett er det å forstå hva som blir/ble sagt om NORSE og hva det skal brukes til
- andre kartlegginger som de har måttet ta
- Virker behandlerne motiverte for å bruke NORSE?

B. OM Å BRUKE NORSE

- Fortell om hvordan NORSE praktiseres, når fylles det ut, hvem kommer med brettet, hvem henter det, hvor lang tid tar det å fylle ut, hvilken informasjon får de,
- hvordan er det å svare? Er det enkelt å komme seg innpå? Passer spørsmålene? Tar det lang tid å svare? Osv.
- å fylle ut NORSE, gjør det noe med hvordan du tenker omkring din egen tilstand?
- hvordan er det å gjenta prosessen hver uke? Foregår rutinen på samme måte? Er det ulike praksiser blant personellet?

C. HVA BRUKES INFORMASJONEN FRA NORSE TIL

- Hva skjer med rapportene når dere er ferdig? Hva bruker behandlerne rapportene til?
- Får dere se den visuelle rapporten? Når, hvor, fra hvem, på hvilken måte
- Spør behandlerne hva dere tenker om grafene og ansiktene osv?
- Opplever dere at hva dere rapporterer blir tatt hensyn til?
- blir informasjonen fra NORSE brukt i planleggingen av behandlingen videre?
- opplever dere at behandlerne forstår hvordan de skal lese norserapportene?
- Er NORSE til hjelp i behandlingen?

D. NOE ANNET SOM DERE HAR TENKT PÅ?

- ting som ikke er blitt snakket om. Ting som vi bør snakke mer om

En eller annen plass, spør om:

- hvordan de opplever NPS Døgn? Arbeidsmiljø? Mange nye? Stresset/rolig?

DEBRIEF

Vedlegg 15

29.03.2017

Introduksjon til gruppeintervjuet

God morgen og takk for at dere ønsker å snakke med oss om NORSE! Jeg heter Runar Tengel Hovland og skal lede dette intervjuet. Jeg jobber ved Høgskulen på Vestlandet i Førde og tar en doktorgrad på innføringen av NORSE. Med meg har jeg Kristina Osland Lavik som er psykologistudent med praksis i Helse Førde. Hun skal assistere og hjelpe meg med å holde tråden i samtalen og kan også stille spørsmål.

Formålet med samtalen i dag er å få informasjon om deres erfaringer med NORSE, og hva dere tenker om å bruke NORSE som en del av behandlingen her. Vi har invitert dere fordi NORSE blant annet skal være et verktøy for å bedre behandlingen og øke brukermedvirkningen. Å få kunnskap om deres erfaringer er derfor viktig for forskningen.

Det er ingen rette eller gale svar på spørsmålene som jeg stiller og om dere gir forskjellig svar på spørsmålene så er det helt greit. Føl dere frie til å dele synspunktene deres, selv om de ikke er de samme som andre sine. Om dere ønsker å følge opp noe som andre her har sagt, om dere er uenig eller enig, eller vil gi et eksempel, så må dere gjerne gjøre det.

Dere må gjerne snakke med hverandre om temaer som tas opp. Ikke føl at samtalen trenger å gå via meg. Min rolle er å stille spørsmål og å lytte, og sørge for at alle får en sjanse til å si noe. Vi er interessert i å lytte til hver og en.

Vi kommer til å ta notater for å hjelpe oss å huske tråden i samtalen, og vi tar intervjuet opp på lydopptaker. Lydopptaket blir overført til en sikker forskningsserver og skrevet av til tekst.

Forsyn dere gjerne med kaffe og kjeks underveis.

Vi har taushetsplikt.

STEGVIS – DEDUKTIV INDUKTIV METODE

3) EMPIRINÆR KODING

- Hva sier informanten?
- Tett på deltakerutsagn
 - Ala: åpen, initiell, linje for linje, eklektisk
- Virkningsfulle subst., handlingsorienterte verb, ordvalg, fraser som stikker seg ut, lignelser, metaforer etc.

EAR (empirisk analytiske referansepunkt):

- Triggere av analytiske ideer
- Konseptuelle retninger
- Marker og lag memo

3) Kodetest:

1. Kunne koden vært laget på forhånd?
JA-> lag ny kode
NEI-> empirinær koding? ->
2. Hva forteller bare koden?
- tematiserer segment: hva det ble snakket om = sorteringskode-> lag ny kode.
- gjenspeiler konkret koding: hva som ble sagt = GOD KODE

4) KODEGRUPPERING

- Strukturering forutfor analyse
- Staker ut en retning
- Kan være på ulikt analytisk nivå
- Kan av og til være nødvendig med et ytterligere nivå
- Åpen for teoretiske innspill
- **Induktivt:**
 - a) koder med innbyrdes tematikk grupperes-> indre konsistens
 - b) irrelevante koder skilles ut i en restgruppe

4) Grupperingstest:

- Koble til eksisterende gruppe?
- Eller opprette ny gruppe?
- Er det indre konsistens?
- Er det tematisk skille mellom gr.?

5) KONSEPTUTVIKLING

- Typologier eller metaforer
- Skal være abstrakte mtp tid, sted og mennesker
- Har «standhaftige klør»
- Konseptene formidler funn
- Reduserer behovet for mange sitat
- Er abduktive: et tilfelle av hva...? Semiotisk forstått
- Generiske konsepter kan være sluttresultat

5) Konsepttest:

- Hva er det dette handler om?
- Finnes det en mer generell merkelapp?
- Finnes det teori som er relevant?
-> Hva er det et tilfelle av?

6) TEORIUTVIKLING

- konsepter som generisk nok til å være frigjort fra tid, sted og mennesker
- For spesielt utviklede konsepter
- Må være falsifiserbart og prøvbart

6) Teoritest

- Falsifiserbarhet
- Gjendrivbarhet
- Prøvbar

PROSESS:

1) Generering av empiriske data-> 2) bearbeiding av rådata-> 3) koding-> 4) kodegruppering-> 5) konseptutvikling-> 6) konsepter-> 7) teori
1 og 2) <- utvalgs- og datatester

3 - 6) <-deduktive tester

Doctoral Theses at The Faculty of Psychology,
University of Bergen

1980	Allen, Hugh M., Dr. philos.	Parent-offspring interactions in willow grouse (<i>Lagopus L. Lagopus</i>).
1981	Myhrer, Trond, Dr. philos.	Behavioral Studies after selective disruption of hippocampal inputs in albino rats.
1982	Svebak, Sven, Dr. philos.	The significance of motivation for task-induced tonic physiological changes.
1983	Myhre, Grete, Dr. philos.	The Biopsychology of behavior in captive Willow ptarmigan.
	Eide, Rolf, Dr. philos.	PSYCHOSOCIAL FACTORS AND INDICES OF HEALTH RISKS. The relationship of psychosocial conditions to subjective complaints, arterial blood pressure, serum cholesterol, serum triglycerides and urinary catecholamines in middle aged populations in Western Norway.
	Værnes, Ragnar J., Dr. philos.	Neuropsychological effects of diving.
1984	Kolstad, Arnulf, Dr. philos.	Til diskusjonen om sammenhengen mellom sosiale forhold og psykiske strukturer. En epidemiologisk undersøkelse blant barn og unge.
	Løberg, Tor, Dr. philos.	Neuropsychological assessment in alcohol dependence.
1985	Hellesnes, Tore, Dr. philos.	Læring og problemløsning. En studie av den perseptuelle analysens betydning for verbal læring.
	Håland, Wenche, Dr. philos.	Psykoterapi: relasjon, utviklingsprosess og effekt.
1986	Hagtvet, Knut A., Dr. philos.	The construct of test anxiety: Conceptual and methodological issues.
	Jellestad, Finn K., Dr. philos.	Effects of neuron specific amygdala lesions on fear-motivated behavior in rats.
1987	Aarø, Leif E., Dr. philos.	Health behaviour and socioeconomic Status. A survey among the adult population in Norway.
	Underlid, Kjell, Dr. philos.	Arbeidsløyse i psykososialt perspektiv.
	Laberg, Jon C., Dr. philos.	Expectancy and classical conditioning in alcoholics' craving.
	Vollmer, Fred, Dr. philos.	Essays on explanation in psychology.
	Ellertsen, Bjørn, Dr. philos.	Migraine and tension headache: Psychophysiology, personality and therapy.
1988	Kaufmann, Astrid, Dr. philos.	Antisocial atferd hos ungdom. En studie av psykologiske determinanter.

	Mykletun, Reidar J., Dr. philos.	Teacher stress: personality, work-load and health.
	Havik, Odd E., Dr. philos.	After the myocardial infarction: A medical and psychological study with special emphasis on perceived illness.
1989	Bråten, Stein, Dr. philos.	Menneskedyaden. En teoretisk tese om sinnets dialogiske natur med informasjons- og utviklingspsykologiske implikasjoner sammenholdt med utvalgte spedbarnsstudier.
	Wold, Bente, Dr. psychol.	Lifestyles and physical activity. A theoretical and empirical analysis of socialization among children and adolescents.
1990	Flaten, Magne A., Dr. psychol.	The role of habituation and learning in reflex modification.
1991	Alsaker, Françoise D., Dr. philos.	Global negative self-evaluations in early adolescence.
	Kraft, Pål, Dr. philos.	AIDS prevention in Norway. Empirical studies on diffusion of knowledge, public opinion, and sexual behaviour.
	Endresen, Inger M., Dr. philos.	Psychoimmunological stress markers in working life.
	Faleide, Asbjørn O., Dr. philos.	Asthma and allergy in childhood. Psychosocial and psychotherapeutic problems.
1992	Dalen, Knut, Dr. philos.	Hemispheric asymmetry and the Dual-Task Paradigm: An experimental approach.
	Bø, Inge B., Dr. philos.	Ungdoms sosiale økologi. En undersøkelse av 14-16 åringers sosiale nettverk.
	Nivison, Mary E., Dr. philos.	The relationship between noise as an experimental and environmental stressor, physiological changes and psychological factors.
	Torgersen, Anne M., Dr. philos.	Genetic and environmental influence on temperamental behaviour. A longitudinal study of twins from infancy to adolescence.
1993	Larsen, Svein, Dr. philos.	Cultural background and problem drinking.
	Nordhus, Inger Hilde, Dr. philos.	Family caregiving. A community psychological study with special emphasis on clinical interventions.
	Thuen, Frode, Dr. psychol.	Accident-related behaviour among children and young adolescents: Prediction and prevention.
	Solheim, Ragnar, Dr. philos.	Spesifikke lærevansker. Diskrepanskriteriet anvendt i seleksjonsmetodikk.
	Johnsen, Bjørn Helge, Dr. psychol.	Brain asymmetry and facial emotional expressions: Conditioning experiments.
1994	Tønnessen, Finn E., Dr. philos.	The etiology of Dyslexia.
	Kvale, Gerd, Dr. psychol.	Psychological factors in anticipatory nausea and vomiting in cancer chemotherapy.

	Asbjørnsen, Arve E., Dr. psychol.	Structural and dynamic factors in dichotic listening: An interactional model.
	Bru, Edvin, Dr. philos.	The role of psychological factors in neck, shoulder and low back pain among female hospital staff.
	Braathen, Eli T., Dr. psychol.	Prediction of excellence and discontinuation in different types of sport: The significance of motivation and EMG.
	Johannessen, Birte F., Dr. philos.	Det flytende kjønnnet. Om lederskap, politikk og identitet.
1995	Sam, David L., Dr. psychol.	Acculturation of young immigrants in Norway: A psychological and socio-cultural adaptation.
	Bjaalid, Inger-Kristin, Dr. philos.	Component processes in word recognition.
	Martinsen, Øyvind, Dr. philos.	Cognitive style and insight.
	Nordby, Helge, Dr. philos.	Processing of auditory deviant events: Mismatch negativity of event-related brain potentials.
	Raaheim, Arild, Dr. philos.	Health perception and health behaviour, theoretical considerations, empirical studies, and practical implications.
	Seltzer, Wencke J., Dr. philos.	Studies of Psychocultural Approach to Families in Therapy.
	Brun, Wibecke, Dr. philos.	Subjective conceptions of uncertainty and risk.
	Aas, Henrik N., Dr. psychol.	Alcohol expectancies and socialization: Adolescents learning to drink.
	Bjørkly, Stål, Dr. psychol.	Diagnosis and prediction of intra-institutional aggressive behaviour in psychotic patients
1996	Anderssen, Norman, Dr. psychol.	Physical activity of young people in a health perspective: Stability, change and social influences.
	Sandal, Gro Mjeldheim, Dr. psychol.	Coping in extreme environments: The role of personality.
	Strumse, Einar, Dr. philos.	The psychology of aesthetics: explaining visual preferences for agrarian landscapes in Western Norway.
	Hestad, Knut, Dr. philos.	Neuropsychological deficits in HIV-1 infection.
	Lugoe, L.Wycliffe, Dr. philos.	Prediction of Tanzanian students' HIV risk and preventive behaviours
	Sandvik, B. Gunnhild, Dr. philos.	Fra distriktsjordmor til institusjonsjordmor. Fremveksten av en profesjon og en profesjonsutdanning
	Lie, Gro Therese, Dr. psychol.	The disease that dares not speak its name: Studies on factors of importance for coping with HIV/AIDS in Northern Tanzania
	Øygaard, Lisbet, Dr. philos.	Health behaviors among young adults. A psychological and sociological approach
	Stormark, Kjell Morten, Dr. psychol.	Emotional modulation of selective attention: Experimental and clinical evidence.

	Einarsen, Ståle, Dr. psychol.	Bullying and harassment at work: epidemiological and psychosocial aspects.
1997	Knivsberg, Ann-Mari, Dr. philos.	Behavioural abnormalities and childhood psychopathology: Urinary peptide patterns as a potential tool in diagnosis and remediation.
	Eide, Arne H., Dr. philos.	Adolescent drug use in Zimbabwe. Cultural orientation in a global-local perspective and use of psychoactive substances among secondary school students.
	Sørensen, Marit, Dr. philos.	The psychology of initiating and maintaining exercise and diet behaviour.
	Skjæveland, Oddvar, Dr. psychol.	Relationships between spatial-physical neighborhood attributes and social relations among neighbors.
	Zewdie, Tekla, Dr. philos.	Mother-child relational patterns in Ethiopia. Issues of developmental theories and intervention programs.
	Wilhelmsen, Britt Unni, Dr. philos.	Development and evaluation of two educational programmes designed to prevent alcohol use among adolescents.
	Manger, Terje, Dr. philos.	Gender differences in mathematical achievement among Norwegian elementary school students.
1998	Lindstrøm, Torill Christine, Dr. philos.	«Good Grief»: Adapting to Bereavement.
V	Skogstad, Anders, Dr. philos.	Effects of leadership behaviour on job satisfaction, health and efficiency.
	Haldorsen, Ellen M. Håland, Dr. psychol.	Return to work in low back pain patients.
	Besemer, Susan P., Dr. philos.	Creative Product Analysis: The Search for a Valid Model for Understanding Creativity in Products.
H	Winje, Dagfinn, Dr. psychol.	Psychological adjustment after severe trauma. A longitudinal study of adults' and children's posttraumatic reactions and coping after the bus accident in Måbødalen, Norway 1988.
	Vosburg, Suzanne K., Dr. philos.	The effects of mood on creative problem solving.
	Eriksen, Hege R., Dr. philos.	Stress and coping: Does it really matter for subjective health complaints?
	Jakobsen, Reidar, Dr. psychol.	Empiriske studier av kunnskap og holdninger om hiv/aids og den normative seksuelle utvikling i ungdomsårene.
1999	Mikkelsen, Aslaug, Dr. philos.	Effects of learning opportunities and learning climate on occupational health.
V	Samdal, Oddrun, Dr. philos.	The school environment as a risk or resource for students' health-related behaviours and subjective well-being.
	Friestad, Christine, Dr. philos.	Social psychological approaches to smoking.
	Ekeland, Tor-Johan, Dr. philos.	Meining som medisin. Ein analyse av placebofenomenet og implikasjoner for terapi og terapeutiske teoriar.

H	Saban, Sara, Dr. psychol.	Brain Asymmetry and Attention: Classical Conditioning Experiments.
	Carlsten, Carl Thomas, Dr. philos.	God lesing – God læring. En aksjonsrettet studie av undervisning i fagtekstlesing.
	Dundas, Ingrid, Dr. psychol.	Functional and dysfunctional closeness. Family interaction and children's adjustment.
	Engen, Liv, Dr. philos.	Kartlegging av leseferdighet på småskoletrinnet og vurdering av faktorer som kan være av betydning for optimal leseutvikling.
2000 V	Hovland, Ole Johan, Dr. philos.	Transforming a self-preserving "alarm" reaction into a self-defeating emotional response: Toward an integrative approach to anxiety as a human phenomenon.
	Lillejord, Sølvi, Dr. philos.	Handlingsrasjonalitet og spesialundervisning. En analyse av aktørperspektiver.
	Sandell, Ove, Dr. philos.	Den varme kunnskapen.
	Oftedal, Marit Petersen, Dr. philos.	Diagnostisering av ordavkodingsvansker: En prosessanalytisk tilnæringsmåte.
H	Sandbak, Tone, Dr. psychol.	Alcohol consumption and preference in the rat: The significance of individual differences and relationships to stress pathology
	Eid, Jarle, Dr. psychol.	Early predictors of PTSD symptom reporting; The significance of contextual and individual factors.
2001 V	Skinstad, Anne Helene, Dr. philos.	Substance dependence and borderline personality disorders.
	Binder, Per-Einar, Dr. psychol.	Individet og den meningsbærende andre. En teoretisk undersøkelse av de mellommenneskelige forutsetningene for psykisk liv og utvikling med utgangspunkt i Donald Winnicotts teori.
	Roald, Ingvild K., Dr. philos.	Building of concepts. A study of Physics concepts of Norwegian deaf students.
H	Fekadu, Zelalem W., Dr. philos.	Predicting contraceptive use and intention among a sample of adolescent girls. An application of the theory of planned behaviour in Ethiopian context.
	Melesse, Fantu, Dr. philos.	The more intelligent and sensitive child (MISC) mediational intervention in an Ethiopian context: An evaluation study.
	Råheim, Målfrid, Dr. philos.	Kvinneres kroppserfaring og livssammenheng. En fenomenologisk – hermeneutisk studie av friske kvinner og kvinner med kroniske muskelsmerter.
	Engelsen, Birthe Kari, Dr. psychol.	Measurement of the eating problem construct.
	Lau, Bjørn, Dr. philos.	Weight and eating concerns in adolescence.
2002 V	Ihlebak, Camilla, Dr. philos.	Epidemiological studies of subjective health complaints.

	Rosén, Gunnar O. R., Dr. philos.	The phantom limb experience. Models for understanding and treatment of pain with hypnosis.
	Høines, Marit Johnsen, Dr. philos.	Fleksible språkrom. Matematikklæring som tekstutvikling.
	Anthun, Roald Andor, Dr. philos.	School psychology service quality. Consumer appraisal, quality dimensions, and collaborative improvement potential
	Pallesen, Ståle, Dr. psychol.	Insomnia in the elderly. Epidemiology, psychological characteristics and treatment.
	Midthassel, Unni Vere, Dr. philos.	Teacher involvement in school development activity. A study of teachers in Norwegian compulsory schools
	Kallestad, Jan Helge, Dr. philos.	Teachers, schools and implementation of the Olweus Bullying Prevention Program.
H	Ofte, Sonja Helgesen, Dr. psychol.	Right-left discrimination in adults and children.
	Netland, Marit, Dr. psychol.	Exposure to political violence. The need to estimate our estimations.
	Diseth, Åge, Dr. psychol.	Approaches to learning: Validity and prediction of academic performance.
	Bjuland, Raymond, Dr. philos.	Problem solving in geometry. Reasoning processes of student teachers working in small groups: A dialogical approach.
2003 V	Arefjord, Kjersti, Dr. psychol.	After the myocardial infarction – the wives' view. Short- and long-term adjustment in wives of myocardial infarction patients.
	Ingjaldsson, Jón Þorvaldur, Dr. psychol.	Unconscious Processes and Vagal Activity in Alcohol Dependency.
	Holden, Børge, Dr. philos.	Følger av atferdsanalytiske forklaringer for atferdsanalysens tilnærming til utforming av behandling.
	Holsen, Ingrid, Dr. philos.	Depressed mood from adolescence to 'emerging adulthood'. Course and longitudinal influences of body image and parent-adolescent relationship.
	Hammar, Åsa Karin, Dr. psychol.	Major depression and cognitive dysfunction- An experimental study of the cognitive effort hypothesis.
	Sprugevica, Ieva, Dr. philos.	The impact of enabling skills on early reading acquisition.
	Gabrielsen, Egil, Dr. philos.	LESE FOR LIVET. Lesekompetansen i den norske voksenbefolkningen sett i lys av visjonen om en enhetsskole.
H	Hansen, Anita Lill, Dr. psychol.	The influence of heart rate variability in the regulation of attentional and memory processes.
	Dyregrov, Kari, Dr. philos.	The loss of child by suicide, SIDS, and accidents: Consequences, needs and provisions of help.
2004 V	Torsheim, Torbjørn, Dr. psychol.	Student role strain and subjective health complaints: Individual, contextual, and longitudinal perspectives.

	Haugland, Bente Storm Mowatt Dr. psychol.	Parental alcohol abuse. Family functioning and child adjustment.
	Milde, Anne Marita, Dr. psychol.	Ulcerative colitis and the role of stress. Animal studies of psychobiological factors in relationship to experimentally induced colitis.
	Stornes, Tor, Dr. philos.	Socio-moral behaviour in sport. An investigation of perceptions of sportspersonship in handball related to important factors of socio-moral influence.
	Mæhle, Magne, Dr. philos.	Re-inventing the child in family therapy: An investigation of the relevance and applicability of theory and research in child development for family therapy involving children.
	Kobbeltvedt, Therese, Dr. psychol.	Risk and feelings: A field approach.
2004 H	Thomsen, Tormod, Dr. psychol.	Localization of attention in the brain.
	Løberg, Else-Marie, Dr. psychol.	Functional laterality and attention modulation in schizophrenia: Effects of clinical variables.
	Kyrkjebø, Jane Mikkelsen, Dr. philos.	Learning to improve: Integrating continuous quality improvement learning into nursing education.
	Laumann, Karin, Dr. psychol.	Restorative and stress-reducing effects of natural environments: Experiential, behavioural and cardiovascular indices.
	Holgersen, Helge, PhD	Mellom oss - Essay i relasjonell psykoanalyse.
2005 V	Hetland, Hilde, Dr. psychol.	Leading to the extraordinary? Antecedents and outcomes of transformational leadership.
	Iversen, Anette Christine, Dr. philos.	Social differences in health behaviour: the motivational role of perceived control and coping.
2005 H	Mathisen, Gro Ellen, PhD	Climates for creativity and innovation: Definitions, measurement, predictors and consequences.
	Sævi, Tone, Dr. philos.	Seeing disability pedagogically – The lived experience of disability in the pedagogical encounter.
	Wiiium, Nora, PhD	Intrapersonal factors, family and school norms: combined and interactive influence on adolescent smoking behaviour.
	Kanagaratnam, Pushpa, PhD	Subjective and objective correlates of Posttraumatic Stress in immigrants/refugees exposed to political violence.
	Larsen, Torill M. B. , PhD	Evaluating principals` and teachers` implementation of Second Step. A case study of four Norwegian primary schools.
	Bancila, Delia, PhD	Psychosocial stress and distress among Romanian adolescents and adults.
2006 V	Hillestad, Torgeir Martin, Dr. philos.	Normalitet og avvik. Forutsetninger for et objektivt psykopatologisk avviksbegrep. En psykologisk, sosial, erkjennelsesteoretisk og teorihistorisk framstilling.

	Nordanger, Dag Øystein, Dr. psychol.	Psychosocial discourses and responses to political violence in post-war Tigray, Ethiopia.
	Rimol, Lars Morten, PhD	Behavioral and fMRI studies of auditory laterality and speech sound processing.
	Krumsvik, Rune Johan, Dr. philos.	ICT in the school. ICT-initiated school development in lower secondary school.
	Norman, Elisabeth, Dr. psychol.	Gut feelings and unconscious thought: An exploration of fringe consciousness in implicit cognition.
	Israel, K Pravin, Dr. psychol.	Parent involvement in the mental health care of children and adolescents. Empirical studies from clinical care setting.
	Glasø, Lars, PhD	Affects and emotional regulation in leader-subordinate relationships.
	Knutsen, Ketil, Dr. philos.	HISTORIER UNGDOM LEVER – En studie av hvordan ungdommer bruker historie for å gjøre livet meningsfullt.
	Matthiesen, Stig Berge, PhD	Bullying at work. Antecedents and outcomes.
2006	Gramstad, Arne, PhD	Neuropsychological assessment of cognitive and emotional functioning in patients with epilepsy.
H	Bendixen, Mons, PhD	Antisocial behaviour in early adolescence: Methodological and substantive issues.
	Mrumbi, Khalifa Maulid, PhD	Parental illness and loss to HIV/AIDS as experienced by AIDS orphans aged between 12-17 years from Temeke District, Dar es Salaam, Tanzania: A study of the children's psychosocial health and coping responses.
	Hetland, Jørn, Dr. psychol.	The nature of subjective health complaints in adolescence: Dimensionality, stability, and psychosocial predictors
	Kakoko, Deodatus Conatus Vitalis, PhD	Voluntary HIV counselling and testing service uptake among primary school teachers in Mwanza, Tanzania: assessment of socio-demographic, psychosocial and socio-cognitive aspects
	Mykletun, Arnstein, Dr. psychol.	Mortality and work-related disability as long-term consequences of anxiety and depression: Historical cohort designs based on the HUNT-2 study
	Sivertsen, Børge, PhD	Insomnia in older adults. Consequences, assessment and treatment.
2007	Singhammer, John, Dr. philos.	Social conditions from before birth to early adulthood – the influence on health and health behaviour
V	Janvin, Carmen Ani Cristea, PhD	Cognitive impairment in patients with Parkinson's disease: profiles and implications for prognosis
	Braarud, Hanne Cecilie, Dr. psychol.	Infant regulation of distress: A longitudinal study of transactions between mothers and infants
	Tveito, Torill Helene, PhD	Sick Leave and Subjective Health Complaints

	Magnussen, Liv Heide, PhD	Returning disability pensioners with back pain to work
	Thuen, Elin Marie, Dr.philos.	Learning environment, students' coping styles and emotional and behavioural problems. A study of Norwegian secondary school students.
	Solberg, Ole Asbjørn, PhD	Peacekeeping warriors – A longitudinal study of Norwegian peacekeepers in Kosovo
2007	Søreide, Gunn Elisabeth, Dr.philos.	Narrative construction of teacher identity
H	Svensen, Erling, PhD	WORK & HEALTH. Cognitive Activation Theory of Stress applied in an organisational setting.
	Øverland, Simon Nygaard, PhD	Mental health and impairment in disability benefits. Studies applying linkages between health surveys and administrative registries.
	Eichele, Tom, PhD	Electrophysiological and Hemodynamic Correlates of Expectancy in Target Processing
	Børhaug, Kjetil, Dr.philos.	Oppseding til demokrati. Ein studie av politisk oppseding i norsk skule.
	Eikeland, Thorleif, Dr.philos.	Om å vokse opp på barnehjem og på sykehus. En undersøkelse av barnehjemsbarns opplevelser på barnehjem sammenholdt med sanatoriebarns beskrivelse av langvarige sykehusopphold – og et forsøk på forklaring.
	Wadel, Carl Cato, Dr.philos.	Medarbeidersamhandling og medarbeiderledelse i en lagbasert organisasjon
	Vinje, Hege Forbech, PhD	Thriving despite adversity: Job engagement and self-care among community nurses
	Noort, Maurits van den, PhD	Working memory capacity and foreign language acquisition
2008	Brevik, Kyrre, Dr.psychol.	The Adjustment of Children and Adolescents in Different Post-Divorce Family Structures. A Norwegian Study of Risks and Mechanisms.
V	Johnsen, Grethe E., PhD	Memory impairment in patients with posttraumatic stress disorder
	Sætrevik, Bjørn, PhD	Cognitive Control in Auditory Processing
	Carvalho, Susana Fonseca, PhD	Prevention of bullying in schools: an ecological model
2008	Brønnick, Kolbjørn Selvåg	Attentional dysfunction in dementia associated with Parkinson's disease.
H	Posserud, Maj-Britt Rocio	Epidemiology of autism spectrum disorders
	Haug, Ellen	Multilevel correlates of physical activity in the school setting
	Skjerve, Arvid	Assessing mild dementia – a study of brief cognitive tests.

	Kjønniksen, Lise	The association between adolescent experiences in physical activity and leisure time physical activity in adulthood: a ten year longitudinal study
	Gundersen, Hilde	The effects of alcohol and expectancy on brain function
	Omvik, Siri	Insomnia – a night and day problem
2009 V	Molde, Helge	Pathological gambling: prevalence, mechanisms and treatment outcome.
	Foss, Else	Den omsorgsfulle væremåte. En studie av voksnes væremåte i forhold til barn i barnehagen.
	Westrheim, Kariane	Education in a Political Context: A study of Knowledge Processes and Learning Sites in the PKK.
	Wehling, Eike	Cognitive and olfactory changes in aging
	Wangberg, Silje C.	Internet based interventions to support health behaviours: The role of self-efficacy.
	Nielsen, Morten B.	Methodological issues in research on workplace bullying. Operationalisations, measurements and samples.
	Sandu, Anca Larisa	MRI measures of brain volume and cortical complexity in clinical groups and during development.
	Guribye, Eugene	Refugees and mental health interventions
	Sørensen, Lin	Emotional problems in inattentive children – effects on cognitive control functions.
	Tjomsland, Hege E.	Health promotion with teachers. Evaluation of the Norwegian Network of Health Promoting Schools: Quantitative and qualitative analyses of predisposing, reinforcing and enabling conditions related to teacher participation and program sustainability.
	Helleve, Ingrid	Productive interactions in ICT supported communities of learners
2009 H	Skorpen, Aina Øye, Christine	Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: En analyse av miljøterapeutiske praksiser
	Andreassen, Cecilie Schou	WORKAHOLISM – Antecedents and Outcomes
	Stang, Ingun	Being in the same boat: An empowerment intervention in breast cancer self-help groups
	Sequeira, Sarah Dorothee Dos Santos	The effects of background noise on asymmetrical speech perception
	Kleiven, Jo, dr.philos.	The Lillehammer scales: Measuring common motives for vacation and leisure behavior
	Jónsdóttir, Guðrún	Dubito ergo sum? Ni jenter møter naturfaglig kunnskap.
	Hove, Oddbjørn	Mental health disorders in adults with intellectual disabilities - Methods of assessment and prevalence of mental health disorders and problem behaviour
	Wageningen, Heidi Karin van	The role of glutamate on brain function

	Bjørkvik, Jofrid	God nok? Selvaktelse og interpersonlig fungering hos pasienter innen psykisk helsevern: Forholdet til diagnoser, symptomer og behandlingsutbytte
	Andersson, Martin	A study of attention control in children and elderly using a forced-attention dichotic listening paradigm
	Almås, Aslaug Grov	Teachers in the Digital Network Society: Visions and Realities. A study of teachers' experiences with the use of ICT in teaching and learning.
	Ulvik, Marit	Lærerutdanning som dannning? Tre stemmer i diskusjonen
2010	Skår, Randi	Læringsprosesser i sykepleieres profesjonsutøvelse. En studie av sykepleieres læringserfaringer.
V	Roald, Knut	Kvalitetsvurdering som organisasjonslæring mellom skole og skoleeigar
	Lunde, Linn-Heidi	Chronic pain in older adults. Consequences, assessment and treatment.
	Danielsen, Anne Grete	Perceived psychosocial support, students' self-reported academic initiative and perceived life satisfaction
	Hysing, Mari	Mental health in children with chronic illness
	Olsen, Olav Kjellevoid	Are good leaders moral leaders? The relationship between effective military operational leadership and morals
	Riese, Hanne	Friendship and learning. Entrepreneurship education through mini-enterprises.
	Holthe, Asle	Evaluating the implementation of the Norwegian guidelines for healthy school meals: A case study involving three secondary schools
H	Hauge, Lars Johan	Environmental antecedents of workplace bullying: A multi-design approach
	Bjørkelo, Brita	Whistleblowing at work: Antecedents and consequences
	Reme, Silje Endresen	Common Complaints – Common Cure? Psychiatric comorbidity and predictors of treatment outcome in low back pain and irritable bowel syndrome
	Helland, Wenche Andersen	Communication difficulties in children identified with psychiatric problems
	Beneventi, Harald	Neuronal correlates of working memory in dyslexia
	Thygesen, Elin	Subjective health and coping in care-dependent old persons living at home
	Aanes, Mette Marthinussen	Poor social relationships as a threat to belongingness needs. Interpersonal stress and subjective health complaints: Mediating and moderating factors.
	Anker, Morten Gustav	Client directed outcome informed couple therapy

	Bull, Torill	Combining employment and child care: The subjective well-being of single women in Scandinavia and in Southern Europe
	Viig, Nina Grieg	Tilrettelegging for læreres deltakelse i helsefremmende arbeid. En kvalitativ og kvantitativ analyse av sammenhengen mellom organisatoriske forhold og læreres deltakelse i utvikling og implementering av Europeisk Nettverk av Helsefremmende Skoler i Norge
	Wolff, Katharina	To know or not to know? Attitudes towards receiving genetic information among patients and the general public.
	Ogden, Terje, dr.philos.	Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og ungdom. Evaluering og implementering av evidensbaserte behandlingsprogrammer i Norge.
	Solberg, Mona Elin	Self-reported bullying and victimisation at school: Prevalence, overlap and psychosocial adjustment.
2011	Bye, Hege Høivik	Self-presentation in job interviews. Individual and cultural differences in applicant self-presentation during job interviews and hiring managers' evaluation
V	Notelaers, Guy	Workplace bullying. A risk control perspective.
	Moltu, Christian	Being a therapist in difficult therapeutic impasses. A hermeneutic phenomenological analysis of skilled psychotherapists' experiences, needs, and strategies in difficult therapies ending well.
	Myrseth, Helga	Pathological Gambling - Treatment and Personality Factors
	Schanche, Elisabeth	From self-criticism to self-compassion. An empirical investigation of hypothesized change processes in the Affect Phobia Treatment Model of short-term dynamic psychotherapy for patients with Cluster C personality disorders.
	Våpenstad, Eystein Victor, dr.philos.	Det tempererte nærvær. En teoretisk undersøkelse av psykoterautens subjektivitet i psykoanalyse og psykoanalytisk psykoterapi.
	Haukebø, Kristin	Cognitive, behavioral and neural correlates of dental and intra-oral injection phobia. Results from one treatment and one fMRI study of randomized, controlled design.
	Harris, Anette	Adaptation and health in extreme and isolated environments. From 78°N to 75°S.
	Bjørknes, Ragnhild	Parent Management Training-Oregon Model: intervention effects on maternal practice and child behavior in ethnic minority families
	Mamen, Asgeir	Aspects of using physical training in patients with substance dependence and additional mental distress
	Espevik, Roar	Expert teams: Do shared mental models of team members make a difference
	Haara, Frode Olav	Unveiling teachers' reasons for choosing practical activities in mathematics teaching

2011	Hauge, Hans Abraham	How can employee empowerment be made conducive to both employee health and organisation performance? An empirical investigation of a tailor-made approach to organisation learning in a municipal public service organisation.
H	Melkevik, Ole Rogstad	Screen-based sedentary behaviours: pastimes for the poor, inactive and overweight? A cross-national survey of children and adolescents in 39 countries.
	Vøllestad, Jon	Mindfulness-based treatment for anxiety disorders. A quantitative review of the evidence, results from a randomized controlled trial, and a qualitative exploration of patient experiences.
	Tolo, Astrid	Hvordan blir lærerkompetanse konstruert? En kvalitativ studie av PPU-studenters kunnskapsutvikling.
	Saus, Evelyn-Rose	Training effectiveness: Situation awareness training in simulators
	Nordgreen, Tine	Internet-based self-help for social anxiety disorder and panic disorder. Factors associated with effect and use of self-help.
	Munkvold, Linda Helen	Oppositional Defiant Disorder: Informant discrepancies, gender differences, co-occurring mental health problems and neurocognitive function.
	Christiansen, Øivin	Når barn plasseres utenfor hjemmet: beslutninger, forløp og relasjoner. Under barnevernets (ved)tak.
	Brunborg, Geir Scott	Conditionability and Reinforcement Sensitivity in Gambling Behaviour
	Hystad, Sigurd William	Measuring Psychological Resiliency: Validation of an Adapted Norwegian Hardiness Scale
2012	Roness, Dag	Hvorfor bli lærer? Motivasjon for utdanning og utøving.
V	Fjermestad, Krister Westlye	The therapeutic alliance in cognitive behavioural therapy for youth anxiety disorders
	Jenssen, Eirik Sørnes	Tilpasset opplæring i norsk skole: politikeres, skolelederes og læreres handlingsvalg
	Saksvik-Lehouillier, Ingvild	Shift work tolerance and adaptation to shift work among offshore workers and nurses
	Johansen, Venke Frederike	Når det intime blir offentlig. Om kvinners åpenhet om brystkreft og om markedsføring av brystkreftsaken.
	Herheim, Rune	Pupils collaborating in pairs at a computer in mathematics learning: investigating verbal communication patterns and qualities
	Vie, Tina Løkke	Cognitive appraisal, emotions and subjective health complaints among victims of workplace bullying: A stress-theoretical approach
	Jones, Lise Øen	Effects of reading skills, spelling skills and accompanying efficacy beliefs on participation in education. A study in Norwegian prisons.

2012 H	Danielsen, Yngvild Sørebo	Childhood obesity – characteristics and treatment. Psychological perspectives.
	Horverak, Jøri Gytre	Sense or sensibility in hiring processes. Interviewee and interviewer characteristics as antecedents of immigrant applicants' employment probabilities. An experimental approach.
	Jøsendal, Ola	Development and evaluation of BE smokeFREE, a school-based smoking prevention program
	Osnes, Berge	Temporal and Posterior Frontal Involvement in Auditory Speech Perception
	Drageset, Sigrunn	Psychological distress, coping and social support in the diagnostic and preoperative phase of breast cancer
	Aasland, Merethe Schanke	Destructive leadership: Conceptualization, measurement, prevalence and outcomes
	Bakibinga, Pauline	The experience of job engagement and self-care among Ugandan nurses and midwives
	Skogen, Jens Christoffer	Foetal and early origins of old age health. Linkage between birth records and the old age cohort of the Hordaland Health Study (HUSK)
	Leveresen, Ingrid	Adolescents' leisure activity participation and their life satisfaction: The role of demographic characteristics and psychological processes
	Hanss, Daniel	Explaining sustainable consumption: Findings from cross-sectional and intervention approaches
Rød, Per Arne	Barn i klem mellom foreldrekonflikter og samfunnsmessig beskyttelse	
2013 V	Mentzoni, Rune Aune	Structural Characteristics in Gambling
	Knudsen, Ann Kristin	Long-term sickness absence and disability pension award as consequences of common mental disorders. Epidemiological studies using a population-based health survey and official ill health benefit registries.
	Strand, Mari	Emotional information processing in recurrent MDD
	Veseth, Marius	Recovery in bipolar disorder. A reflexive-collaborative exploration of the lived experiences of healing and growth when battling a severe mental illness
	Mæland, Silje	Sick leave for patients with severe subjective health complaints. Challenges in general practice.
	Mjaaland, Thera	At the frontiers of change? Women and girls' pursuit of education in north-western Tigray, Ethiopia
	Odéen, Magnus	Coping at work. The role of knowledge and coping expectancies in health and sick leave.
	Hynninen, Kia Minna Johanna	Anxiety, depression and sleep disturbance in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Associations, prevalence and effect of psychological treatment.

	Flo, Elisabeth	Sleep and health in shift working nurses
	Aasen, Elin Margrethe	From paternalism to patient participation? The older patients undergoing hemodialysis, their next of kin and the nurses: a discursive perspective on perception of patient participation in dialysis units
	Ekornås, Belinda	Emotional and Behavioural Problems in Children: Self-perception, peer relationships, and motor abilities
	Corbin, J. Hope	North-South Partnerships for Health: Key Factors for Partnership Success from the Perspective of the KIWAKKUKI
	Birkeland, Marianne Skogbrott	Development of global self-esteem: The transition from adolescence to adulthood
2013	Gianella-Malca, Camila	Challenges in Implementing the Colombian Constitutional Court's Health-Care System Ruling of 2008
H	Hovland, Anders	Panic disorder – Treatment outcomes and psychophysiological concomitants
	Mortensen, Øystein	The transition to parenthood – Couple relationships put to the test
	Årdal, Guro	Major Depressive Disorder – a Ten Year Follow-up Study. Inhibition, Information Processing and Health Related Quality of Life
	Johansen, Rino Bandlitz	The impact of military identity on performance in the Norwegian armed forces
	Bøe, Tormod	Socioeconomic Status and Mental Health in Children and Adolescents
2014	Nordmo, Ivar	Gjennom nåløyet – studenters læringserfaringer i psykologutdanningen
V	Dovran, Anders	Childhood Trauma and Mental Health Problems in Adult Life
	Hegelstad, Wenche ten Velden	Early Detection and Intervention in Psychosis: A Long-Term Perspective
	Urheim, Ragnar	Forståelse av pasientaggresjon og forklaringer på nedgang i voldsrate ved Regional sikkerhetsavdeling, Sandviken sykehus
	Kinn, Liv Grethe	Round-Trips to Work. Qualitative studies of how persons with severe mental illness experience work integration.
	Rød, Anne Marie Kinn	Consequences of social defeat stress for behaviour and sleep. Short-term and long-term assessments in rats.
	Nygård, Merethe	Schizophrenia – Cognitive Function, Brain Abnormalities, and Cannabis Use
	Tjora, Tore	Smoking from adolescence through adulthood: the role of family, friends, depression and socioeconomic status. Predictors of smoking from age 13 to 30 in the "The Norwegian Longitudinal Health Behaviour Study" (NLHB)
	Vangsnes, Vigdis	The Dramaturgy and Didactics of Computer Gaming. A Study of a Medium in the Educational Context of Kindergartens.

	Nordahl, Kristin Berg	Early Father-Child Interaction in a Father-Friendly Context: Gender Differences, Child Outcomes, and Protective Factors related to Fathers' Parenting Behaviors with One-year-olds
2014 H	Sandvik, Asle Makoto	Psychopathy – the heterogeneity of the construct
	Skotheim, Siv	Maternal emotional distress and early mother-infant interaction: Psychological, social and nutritional contributions
	Halleland, Helene Barone	Executive Functioning in adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). From basic mechanisms to functional outcome.
	Halvorsen, Kirsti Vindal	Partnerskap i lærerutdanning, sett fra et økologisk perspektiv
	Solbue, Vibeke	Dialogen som visker ut kategorier. En studie av hvilke erfaringer innvandererungdommer og norskfødte med innvanderforeldre har med videregående skole. Hva forteller ungdommenes erfaringer om videregående skoles håndtering av etniske ulikheter?
	Kvalevaag, Anne Lise	Fathers' mental health and child development. The predictive value of fathers' psychological distress during pregnancy for the social, emotional and behavioural development of their children
	Sandal, Ann Karin	Ungdom og utdanningsval. Om elevar sine opplevingar av val og overgangsprossessar.
	Haug, Thomas	Predictors and moderators of treatment outcome from high- and low-intensity cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. Association between patient and process factors, and the outcome from guided self-help, stepped care, and face-to-face cognitive behavioral therapy.
	Sjølie, Hege	Experiences of Members of a Crisis Resolution Home Treatment Team. Personal history, professional role and emotional support in a CRHT team.
	Falkenberg, Liv Eggset	Neuronal underpinnings of healthy and dysfunctional cognitive control
Mrdalj, Jelena	The early life condition. Importance for sleep, circadian rhythmicity, behaviour and response to later life challenges	
Hesjedal, Elisabeth	Tverrprofjonelt samarbeid mellom skule og barnevern: Kva kan støtte utsette barn og unge?	
2015 V	Hauken, May Aasebø	« <i>The cancer treatment was only half the work!</i> » A Mixed-Method Study of Rehabilitation among Young Adult Cancer Survivors
	Ryland, Hilde Katrin	Social functioning and mental health in children: the influence of chronic illness and intellectual function
	Rønsen, Anne Kristin	Vurdering som profesjonskompetanse. Refleksjonsbasert utvikling av læreres kompetanse i formativ vurdering

	Hoff, Helge Andreas	Thinking about Symptoms of Psychopathy in Norway: Content Validation of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) Model in a Norwegian Setting
	Schmid, Marit Therese	Executive Functioning in recurrent- and first episode Major Depressive Disorder. Longitudinal studies
	Sand, Liv	Body Image Distortion and Eating Disturbances in Children and Adolescents
	Matanda, Dennis Juma	Child physical growth and care practices in Kenya: Evidence from Demographic and Health Surveys
	Amugsi, Dickson Abanimi	Child care practices, resources for care, and nutritional outcomes in Ghana: Findings from Demographic and Health Surveys
	Jakobsen, Hilde	The good beating: Social norms supporting men's partner violence in Tanzania
	Sagoe, Dominic	Nonmedical anabolic-androgenic steroid use: Prevalence, attitudes, and social perception
	Eide, Helene Marie Kjærgård	Narrating the relationship between leadership and learning outcomes. A study of public narratives in the Norwegian educational sector.
2015	Wubs, Annegreet Gera	Intimate partner violence among adolescents in South Africa and Tanzania
H	Hjelmervik, Helene Susanne	Sex and sex-hormonal effects on brain organization of fronto-parietal networks
	Dahl, Berit Misund	The meaning of professional identity in public health nursing
	Røykenes, Kari	Testangst hos sykepleierstudenter: «Alternativ behandling»
	Bless, Josef Johann	The smartphone as a research tool in psychology. Assessment of language lateralization and training of auditory attention.
	Løvvik, Camilla Margrethe Sigvaldsen	Common mental disorders and work participation – the role of return-to-work expectations
	Lehmann, Stine	Mental Disorders in Foster Children: A Study of Prevalence, Comorbidity, and Risk Factors
	Knapstad, Marit	Psychological factors in long-term sickness absence: the role of shame and social support. Epidemiological studies based on the Health Assets Project.
2016	Kvestad, Ingrid	Biological risks and neurodevelopment in young North Indian children
V	Sælør, Knut Tore	Hinderløyper, halmstrå og hengende snører. En kvalitativ studie av håp innenfor psykisk helse- og rusfeltet.
	Mellingen, Sonja	Alkoholbruk, partilfredshet og samlivsstatus. Før, inn i, og etter svangerskapet – korrelerer eller konsekvenser?
	Thun, Eirunn	Shift work: negative consequences and protective factors

	Hilt, Line Torbjørnsen	The borderlands of educational inclusion. Analyses of inclusion and exclusion processes for minority language students
	Havnen, Audun	Treatment of obsessive-compulsive disorder and the importance of assessing clinical effectiveness
	Slåtten, Hilde	Gay-related name-calling among young adolescents. Exploring the importance of the context.
	Ree, Eline	Staying at work. The role of expectancies and beliefs in health and workplace interventions.
	Morken, Frøydis	Reading and writing processing in dyslexia
2016	Løvoll, Helga Synnevåg	Inside the outdoor experience. On the distinction between pleasant and interesting feelings and their implication in the motivational process.
H	Hjeltnes, Aslak	Facing social fears: An investigation of mindfulness-based stress reduction for young adults with social anxiety disorder
	Øyeflaten, Irene Larsen	Long-term sick leave and work rehabilitation. Prognostic factors for return to work.
	Henriksen, Roger Ekeberg	Social relationships, stress and infection risk in mother and child
	Johnsen, Iren	«Only a friend» - The bereavement process of young adults who have lost a friend to a traumatic death. A mixed methods study.
	Helle, Siri	Cannabis use in non-affective psychoses: Relationship to age at onset, cognitive functioning and social cognition
	Glabek, Mats	Workplace bullying and expulsion in working life. A representative study addressing prospective associations and explanatory conditions.
	Oanes, Camilla Jensen	Tilbakemelding i terapi. På hvilke måter opplever terapeuter at tilbakemeldingsprosedyrer kan virke inn på terapeutiske praksiser?
	Reknes, Iselin	Exposure to workplace bullying among nurses: Health outcomes and individual coping
	Chimhutu, Victor	Results-Based Financing (RBF) in the health sector of a low-income country. From agenda setting to implementation: The case of Tanzania
	Ness, Ingunn Johanne	The Room of Opportunity. Understanding how knowledge and ideas are constructed in multidisciplinary groups working with developing innovative ideas.
	Hollekim, Ragnhild	Contemporary discourses on children and parenting in Norway. An empirical study based on two cases.
	Doran, Rouven	Eco-friendly travelling: The relevance of perceived norms and social comparison
2017	Katisi, Masego	The power of context in health partnerships: Exploring synergy and antagonism between external and internal ideologies in implementing Safe Male Circumcision (SMC) for HIV prevention in Botswana
V		

Jamaludin, Nor Lelawati Binti	The “why” and “how” of International Students’ Ambassadorship Roles in International Education
Berthelsen, Mona	Effects of shift work and psychological and social work factors on mental distress. Studies of onshore/offshore workers and nurses in Norway.
Krane, Vibeke	Lærer-elev-relasjoner, elevers psykiske helse og frafall i videregående skole – en eksplorerende studie om samarbeid og den store betydningen av de små ting
Søvik, Margaret Ljosnes	Evaluating the implementation of the Empowering Coaching™ program in Norway
Tonheim, Milfrid	A troublesome transition: Social reintegration of girl soldiers returning ‘home’
Senneseth, Mette	Improving social network support for partners facing spousal cancer while caring for minors. A randomized controlled trial.
Urke, Helga Bjørnøy	Child health and child care of very young children in Bolivia, Colombia and Peru.
Bakhturidze, George	Public Participation in Tobacco Control Policy-making in Georgia
Fismen, Anne-Siri	Adolescent eating habits. Trends and socio-economic status.
2017	
H	
Hagatun, Susanne	Internet-based cognitive-behavioural therapy for insomnia. A randomised controlled trial in Norway.
Eichele, Heike	Electrophysiological Correlates of Performance Monitoring in Children with Tourette Syndrome. A developmental perspective.
Risan, Ulf Patrick	Accommodating trauma in police interviews. An exploration of rapport in investigative interviews of traumatized victims.
Sandhåland, Hilde	Safety on board offshore vessels: A study of shipboard factors and situation awareness
Blågestad, Tone Fidje	Less pain – better sleep and mood? Interrelatedness of pain, sleep and mood in total hip arthroplasty patients
Kronstad, Morten	Frå skulebenk til deadlines. Korleis nettjournalistar og journaliststudentar lærer, og korleis dei utviklar journalistfagleg kunnskap
Vedaa, Øystein	Shift work: The importance of sufficient time for rest between shifts.
Steine, Iris Mulders	Predictors of symptoms outcomes among adult survivors of sexual abuse: The role of abuse characteristics, cumulative childhood maltreatment, genetic variants, and perceived social support.
Høgheim, Sigve	Making math interesting: An experimental study of interventions to encourage interest in mathematics

2018 V	Brevik, Erlend Joramo	Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Beyond the Core Symptoms of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
	Erevik, Eilin Kristine	User-generated alcohol-related content on social media: Determinants and relation to offline alcohol use
	Hagen, Egon	Cognitive and psychological functioning in patients with substance use disorder; from initial assessment to one-year recovery
	Adólfisdóttir, Steinunn	Subcomponents of executive functions: Effects of age and brain maturations
	Brattabø, Ingfrid Vaksdal	Detection of child maltreatment, the role of dental health personnel – A national cross-sectional study among public dental health personnel in Norway
	Fylkesnes, Marte Knag	Frykt, forhandlinger og deltakelse. Ungdommer og foreldre med etnisk minoritetsbakgrunn i møte med den norske barnevernstjenesten.
	Stiegler, Jan Reidar	Processing emotions in emotion-focused therapy. Exploring the impact of the two-chair dialogue intervention.
	Egelandsdal, Kjetil	Clickers and Formative Feedback at University Lectures. Exploring students and teachers' reception and use of feedback from clicker interventions.
	Torjussen, Lars Petter Storm	Foreningen av visdom og veltalenhet – utkast til en universitetsdidaktikk gjennom en kritikk og videreføring av Skjervheims pedagogiske filosofi på bakgrunn av Arendt og Foucault. <i>Eller hvorfor menneskelivet er mer som å spille fløyte enn å bygge et hus.</i>
	Selvik, Sabreen	A childhood at refugees. Children with multiple relocations at refugees for abused women.
2018 H	Leino, Tony Mathias	Structural game characteristics, game features, financial outcomes and gambling behaviour
	Raknes, Solfrid	Anxious Adolescents: Prevalence, Correlates, and Preventive Cognitive Behavioural Interventions
	Morken, Katharina Teresa Enehaug	Mentalization-based treatment of female patients with severe personality disorder and substance use disorder
	Braatveit, Kirsten Johanne	Intellectual disability among in-patients with substance use disorders
	Barua, Padmaja	Unequal Interdependencies: Exploring Power and Agency in Domestic Work Relations in Contemporary India
	Darkwah, Ernest	Caring for "parentless" children. An exploration of work-related experiences of caregivers in children's homes in Ghana.
	Valdersnes, Kjersti Bergheim	Safety Climate perceptions in High Reliability Organizations – the role of Psychological Capital

2019 V	Kongsgården, Petter	Vurderingspraksiser i teknologirike læringsmiljøer. En undersøkelse av læreres vurderingspraksiser i teknologirike læringsmiljøer og implikasjoner på elevenes medvirkning i egen læringsprosess.
	Vikene, Kjetil	Complexity in Rhythm and Parkinson's disease: Cognitive and Neuronal Correlates
	Heradstveit, Ove	Alcohol- and drug use among adolescents. School-related problems, childhood mental health problems, and psychiatric diagnoses.
	Riise, Eili Nygard	Concentrated exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder in adolescents: the Bergen 4-day treatment
	Vik, Alexandra	Imaging the Aging Brain: From Morphometry to Functional Connectivity
	Krossbakken, Elfrid	Personal and Contextual Factors Influencing Gaming Behaviour. Risk Factors and Prevention of Video Game Addiction.
	Solholm, Roar	Foreldrenes status og rolle i familie- og nærmiljøbaserte intervensjoner for barn med atferdsvansker
	Baldomir, Andrea Margarita	Children at Risk and Mothering Networks in Buenos Aires, Argentina: Analyses of Socialization and Law-Abiding Practices in Public Early Childhood Intervention.
	Samuelsson, Martin Per	Education for Deliberative Democracy. Theoretical assumptions and classroom practices.
Visted, Endre	Emotion regulation difficulties. The role in onset, maintenance and recurrence of major depressive disorder.	
2019 H	Nordmo, Morten	Sleep and naval performance. The impact of personality and leadership.
	Sveinsdottir, Vigdis	Supported Employment and preventing Early Disability (SEED)
	Dwyer, Gerard Eric	New approaches to the use of magnetic resonance spectroscopy for investigating the pathophysiology of auditory-verbal hallucinations
	Synnevåg, Ellen Strøm	Planning for Public Health. Balancing top-down and bottom-up approaches in Norwegian municipalities.
	Kvinge, Øystein Røsseland	Presentation in teacher education. A study of student teachers' transformation and representation of subject content using semiotic technology.
	Thorsen, Anders Lillevik	The emotional brain in obsessive-compulsive disorder
	Eldal, Kari	Sikkerhetsnettet som tek imot om eg fell – men som også kan fange meg. Korleis erfarer menneske med psykiske lidingar ei innlegging i psykisk helsevern? Eit samarbeidsbasert forskingsprosjekt mellom forskarar og brukarar.

	Svendsen, Julie Lillebostad	Self-compassion - Relationship with mindfulness, emotional stress symptoms and psychophysiological flexibility
2020	Albæk, Ane Ugland	Walking children through a minefield. Qualitative studies of professionals' experiences addressing abuse in child interviews.
V	Ludvigsen, Kristine	Creating Spaces for Formative Feedback in Lectures. Understanding how use of educational technology can support formative assessment in lectures in higher education.
	Hansen, Hege	Tidlig intervensjon og recoveryprosesser ved førsteepisode psykose. En kvalitativ utforskning av ulike perspektiver.



Grafisk design: Kommunikasjonseksperimenter, UIB / Trykk: Skjerve Kommunikasjon AS



uib.no

9788230857557 (print)

9788230869628 (PDF)