

Fra oppslagsverk til pest og plage

- en kvalitativ studie om betydning og iverksetting av kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet



Universitetet
i Stavanger

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Institutt for Helsefag

Master i Helsevitenskap, spesialisering i rusproblematikk

Masteroppgave, 30 studiepoeng

Kandidat: Ingrid R. Strømsvold

Veileder: Førstemanuensis Kristin Humerfelt, UiS

JUNI 2017

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Våren 2017

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Ingrid Rasmussen Strømsvold

VEILEDER: Førsteamanuensis Kristin Humerfelt, Universitetet i Stavanger

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Nordisk tittel: Fra oppslagsverk til pest og plage - en kvalitativ studie om betydning og iverksetting av kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet

Engelsk tittel: From encyclopedia to nuisance – a qualitative study of the importance of knowledge-based guidelines for substance abuse treatment services and their implementation

EMNEORD/STIKKORD:

Kunnskapsbaserte retningslinjer, kunnskapsbasert praksis, iverksetting, implementering, rusmiddelproblematikk, bidrag til praksis, kommunale tjenester

Knowledge-based guidelines, evidence-based practice, implementation, substance abuse, impact on practice, welfare services

ANTALL SIDER: 59

Stavanger, juni 2017

Forord

Med denne masteroppgaven avsluttes en faglig spennende, men også utfordrende periode. Det er mange som fortjener en stor takk for at jeg nå står på målstreken.

Tusen takk til min veileder, førsteamanuensis Kristin Humerfelt, for alle konstruktive tilbakemeldinger som ledet meg på vei og holdt meg målrettet.

Tusen takk til informantene som stilte opp og bidro i en travel arbeidshverdag.

Takk til arbeidsgiver, KoRus vest Stavanger v/ Rogaland A – Senter, som har gjort det mulig for meg å gjennomføre dette masterstudiet.

Tusen takk til kollega og forskningsleder v/Rogaland A – Senter, Anne S. Selbekk, for alle kloke spørsmål og verdifulle innspill.

Oliva Teigland fortjener en stor takk for interesse og reflekterte tilbakemeldinger. Takk også til Astrid M. Kleppe for konstruktiv hjelp, og Eva S. Chapman for smått og stort.

Sist, men ikke minst, må jeg takke mine fine der hjemme:

Tusen takk for datakyndig hjelp, Bjørn. Men mest av alt: takk for din forståelse og tålmodighet i krevende studieperioder med en tidvis fraværende og distrè kone.

Simen og Sander: Takk for at dere gir meg så mange gleder i livet! Nå er mamma endelig ferdig på skolen, og vi skal nyte ferietid, helger og hverdager. Alle sammen sammen!

Stavanger, 01. juni 2017

Ingrid Rasmussen Strømsvold

INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag.....	1
1.0 Innledning	2
1.1 Nasjonale føringer for fagfeltet.....	2
1.2 Tidligere forskning.....	4
1.3 Studiens hensikt	7
1.4 Problemstilling	7
1.4.1 Presisering av problemstilling og begrepsavklaringer	7
1.5 Oppgavens disposisjon.....	8
2.0 Ruspolitiske føringer og kunnskapsbasert praksis	10
2.1 Kommunenes rolle på rusfeltet	10
2.2 Nasjonale faglige retningslinjer	12
2.2.1 «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet».....	12
3.0 Teoretiske perspektiv	14
3.1 Teoretiske forståelser av iverksetting av endring.....	14
3.2 Forståelsesramme for kunnskapsbaserte intervensjoner	15
3.3 Kapasitet og kollektiv mestringstro	16
4.0 Metode	18
4.1 Vitenskapsteoretisk forankring	18
4.2 Innsamling av data	18
4.2.1 Fokusgruppeintervju som metode for datainnsamling.....	18
4.2.2 Rekruttering	19
4.2.3 Utvalg.....	20
4.2.4 Sammensetning av fokusgruppene.....	20
4.2.5 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene	21
4.3 Analyse.....	22
4.3.1 Transkribering.....	22
4.3.2 Analyseprosessen.....	22
4.4 Forforståelse.....	24

4.5 Forskningsetiske vurderinger	25
4.6 Studiens troverdighet	25
5.0 Presentasjon av resultater	28
5.1 Betydning av kunnskapsbaserte retningslinjer	28
5.2. Forutsetninger for iverksetting	32
6.0 Diskusjon	40
6.1 Betydning av kunnskapsbaserte retningslinjer	40
6.1.1 Økt kunnskapsbasert praksis	40
6.1.2 Betydning for samarbeid og samhandling	41
6.2 Forutsetninger for iverksetting av kunnskapsbaserte retningslinjer	43
6.2.1 Strategier for iverksetting	44
6.2.2 Relevans og tilpasning	45
6.2.3 Systematisk iverksetting	48
6.3 Kritisk tilbakeblikk	50
7.0 Avslutning	53
7.1 Oppsummering	53
7.2 Implikasjoner for praksis og videre forskning	54
Referanser	56

Tabell med eksempler fra analyse

Vedlegg

1 Informasjonsskriv om deltakelse

2 Samtykkeskjema

3 Tilbakemelding fra NSD

4 Intervjuguide

SAMMENDRAG

Bakgrunn: For å imøtekomme ruspolitiske målsettinger er det utviklet en rekke kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet. Tjenesteytere og ledere innenfor kommunale tjenester er blant målgruppene. Tidligere forskning viser at det har vært mindre fokus på systematisk iverksetting og forhold som må ligge til grunn for at kunnskapsbaserte retningslinjer skal nå praksisfeltet.

Problemstilling: Studiens problemstillingen var *Hvilken betydning for praksis tillegger fagansvarlige ved kommunale tjenestetiltak kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet, og hvilke forutsetninger mener de er avgjørende for å lykkes med iverksetting av disse?* Studiens hensikt var å gi økt forståelse om kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet sin betydning for praksis, og hva som kan være sentrale forutsetninger for iverksetting av disse i kommunale tjenester.

Metode: Studien var kvalitativ med fokusgruppeintervju som metode for datainnsamling. To fokusgrupper med fem informanter i hver ble gjennomført. Informantene var fagansvarlige ved kommunale tjenester. For analyse av datamaterialet ble det benyttet kvalitativ innholdsanalyse.

Resultater: Erfaringene fra fagansvarlige i denne studien tilsier at kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet er betydningsfulle for å imøtekomme oppgaver og krav kommunene er tillagt. Det erfares derimot et spenningsfelt mellom konkrete kunnskapsbaserte anbefalinger og rusmiddelproblematikkens kompleksitet. Fagansvarlige erfarer at kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet ikke bidrar til klarhet i hva kommunenes rolle skal være i et rusbehandlingsforløp. Fagansvarlige vektlegger at det bør inkluderes strategier for iverksetting i de kunnskapsbaserte retningslinjene. Fagansvarlige synliggjør at ledelse, felles engasjement og prioritering over tid er sentrale forutsetninger iverksetting. Samtidig erfarer fagansvarlige utfordringer med systematisk iverksetting. Dette kan forstås i lys av kommuners og kommunale tjenesters kapasitet for utvikling og endring.

Nøkkelord: Kunnskapsbaserte retningslinjer, rusmiddelproblematikk, iverksetting, implementering, kommunale tjenester

1.0 INNLEDNING

Denne studiens tema er kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet sitt bidrag til praksis og forutsetninger for iverksetting av disse. Studiens fokus er kommunale tjenester for personer med rusmiddelproblematikk.

1.1 Nasjonale føringer for fagfeltet

I Norge har det vært sterke politiske og faglige strømninger tilknyttet synet på rusmiddelproblematikk og hva tjenestetilbudet til personer med rusmiddelproblematikk skal bestå av. Forståelsen av rusmiddelproblematikk har pendlet mellom tradisjonell sykdomsoppfatning og sosialpsykologisk forståelse, mellom helsefaglig og sosialfaglig tilnærming. Med rusmiddelproblematikk følger det ofte en kompleksitet i problemområder og sammensatte hjelpebehov. Det har i Norge, som i mange andre land, vært store utfordringer for å imøtekomme disse behovene og å tilby tjenester til det beste for personer med rusmiddelproblematikk.

Etter tusenårsskiftet har det vært gjennomført en rekke nasjonale reformer og tiltak i Norge med mål om å imøtekomme disse utfordringene. Rusreformen (Helsedepartementet, 2004) trådte i kraft 1. januar 2004. Den hadde en overordnet målsetting om et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud til personer med misbruk av eller avhengighet til rusmidler. Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) tydeliggjorde betydningen av koordinerte tjenester, i tillegg til behovet for økt kompetanse og bedre kvalitet. Ny opptrappingsplan for rusfeltet 2016-2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) ble vedtatt november 2015. Planens hensikt er å bidra til bedre og samordnet innsats på feltet med særlig vekt på kommunesektoren.

Kunnskapsbasert praksis har vært et sentralt ledd i målsettingen om bedre tjenester til personer med rusmiddelproblematikk og deres pårørende. Nasjonale faglige retningslinjer er sentralt virkemiddel i denne utviklingen. § 12-5 i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og § 7-3 i Spesialisthelsetjenesteloven (1999) fastslår at «Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten».

Av forordet til Helsedirektoratets «Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer» fremgår det at disse føringene må følges opp med «effektiv implementering slik at praksis justeres etter retningslinjenes anbefalinger» (Helsedirektoratet, 2012a, s. 3). Av kapittel 4 i samme veileder følger det at

Implementering av retningslinjer går ut på å få helse- og omsorgstjenesten til å ta i bruk råd og anbefalinger slik de er beskrevet i retningslinjene. Med implementering menes det å endre daglige rutiner...En reell fornyelse av handlingsmønstre krever gjerne en omfattende, planlagt og kontrollert implementeringsstrategi (s. 41).

Av «Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet og resultatoppnåelse i Helsedirektoratet» fremgår det at «arbeidet med å implementere retningslinjer og veiledere er lite systematisk». Det belyses også at «mer systematikk i dette arbeidet ville kunne styrket den normerende effekten av retningslinjer og veiledere for praksis innen helse- og omsorgssektoren» (Riksrevisjonen, 2013, s. 7).

Det finnes en rekke nasjonale føringer av relevans for rusfeltet. Ved søk på Helsedirektoratets nettsider etter «nasjonale faglige retningslinjer og rus» fremkommer totalt ni treff. Fem av disse er spesifikt for rusfeltet. Disse er «Avrusning fra rusmidler og vanedannende medikamenter», «Legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet», «Gravide i ledemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder», «Utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser – ROP-lidelser» og «Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet». Til sammen presenterer de 513 anbefalinger. Kommunale tjenester er målgruppe for samtlige av de fem retningslinjene. Det benyttes derimot ulike benevnelser om målgruppen som «ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjeneste», «helsepersonell i kommunehelsetjenesten», «ansatte i NAV og sosialtjeneste» og «ansatte i helse-, barnevern- og sosialtjenesten i kommunen». Andre målgrupper for retningslinjene er blant annet spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen. Av de fem nasjonale faglige retningslinjene for rusfeltet har kun «Utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser – ROP-lidelser» (Helsedirektoratet, 2012b) eget kapittel om implementering.

De resterende fire retningslinjene omhandler psykisk helse. Målgruppene for disse er ansatte innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjeneste og kommune. Den kompleksiteten som ofte følger av rusmiddelproblematikk medfører at retningslinjer for flere fagfelt er av betydning. Dette kan være fagområder som somatikk og psykiatri. I tillegg til nasjonale faglige retningslinjer foreligger også en rekke nasjonale veiledere. Disse omtaler og beskriver enkelte fagområder på et overordnet nivå. De kan også inneholde anbefalinger for håndtering av spesifikke tilstander innen et gitt fagområde (Helsedirektoratet, 2012a). Av nasjonale veiledere av relevans for rusfeltet kan «Sammen

om mestring» nevnes. Denne er et sentralt verktøy for kommune og spesialisthelsetjeneste for å understøtte lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (Helsedirektoratet, 2014).

Oppsummert har det gjennom en årrekke vært en rekke rusmiddelpolitiske satsninger på rusfeltet. Flere nasjonale føringer på fagfeltet er lansert med målsetting om å tilby tjenester som på best mulig måte imøtekommer behovene til personer med rusmiddelproblematikk. Kunnskapsbaserte retningslinjer er blant disse. Det har derimot vært mindre oppmerksomhet på systematisk implementering av disse (Riksrevisjonen, 2013). Innen studiens kontekst er det av interesse å fokusere på kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet. Det er av interesse å se nærmere på deres betydning for praksis. Det er også av interesse å se nærmere på hvilke forhold som kan bidra til at kunnskapsbaserte retningslinjer i større grad settes ut i praksis til nytte for personer med rusmiddelproblematikk og deres pårørende.

1.2 Tidligere forskning

Jeg har gjennomført systematiske søk for å finne frem til tidligere forskning om forhold knyttet til bidrag og iverksetting av retningslinjer i praksis. Søkene er i all hovedsak gjort i databasene Oria og Academic Search Premier. Søkene har hovedsakelig vært internasjonale. Følgende søkeord er benyttet med ulike kombinasjoner, og både på engelsk og norsk: implementering og iverksetting, retningslinjer, bidrag til praksis, kunnskapsbasert praksis, helsetjenester, sosialtjenester, rusmiddelproblematikk. På engelsk tilsvarer dette søkeordene: implementation, knowledge-based guidelines, impact on practice, evidence-based practice, health services, social services, substance abuse. For å sikre nyeste forskning ble søkene avgrenset til å gjelde de ti siste årene. Mine søk ga ingen treff på retningslinjers bidrag til praksis. Søkene ga heller ingen treff spesifikt på implementering eller iverksetting av retningslinjer for rusfeltet. Derimot fremkom svært mange treff relatert til implementering på andre fagfelt. Treff relatert til helse- og omsorgstjenester ble inkludert. Ettersom denne studien omhandler fagutøveres praksis har jeg sett bort fra artikler og forskningsfunn som omhandler pasienteffekter. Referanselister er også brukt som inspirasjon til videre manuelle søk.

I det følgende presenteres noen utvalgte systematiske reviews. Studiene omhandler retningslinjer, og ser på ulike forhold som er av betydning for å oppnå praksisendring hos fagutøvere innen helse- og omsorgssektoren. Det er verdt å påpeke at ulike benevnelser

blir benyttet om retningslinjer i studiene. Dette er begreper som kliniske eller faglige retningslinjer, protokoller og prosedyrer. Dette har blant annet sammenheng med at det internasjonalt er ulik organisering av hvilke instanser som utvikler retningslinjer. Samtlige studier legger derimot til grunn at retningslinjene skal bidra til at det utøves praksis til det beste for brukere og pasienter. De legger også til grunn at retningslinjene er basert på den beste tilgjengelige kunnskapen og forskningen på det aktuelle tidspunktet.

Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 10-2015 «Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer» oppsummerer forskningsresultater vedrørende effekter av tiltak for iverksetting av faglige retningslinjer (Fretheim, Flottorp & Oxman, 2015). Studien inkluderte systematiske oversikter med helsepersonell som målgruppe. I tillegg til å se på helsepersonells etterlevelse av retningslinjene ble det også tatt med forhold som pasientutfall, kvalitet på helsetjenestene, forbruk og ressurser i helsetjenesten. Totalt ble 19 systematiske oversikter inkludert. Aktive strategier som beslutningsstøtte, praksisbesøk, påminnelser, skreddersydde tiltak og lokale opinionsledere rettet mot helsepersonell har størst effekt. Av diskusjonen blir det synliggjort at det er grunn til å tro at selve innholdet i en retningslinje og fagutøveres holdninger til dem er av betydning for om retningslinjer blir fulgt eller ikke. I hvilken grad dette kan ha hatt betydning for resultatene i denne studien er ikke kjent (Fretheim et al., 2015).

Prior, Guerin & Grimmer-Somers (2008) gjorde en systematisk review med mål om å finne effektive strategier tilknyttet kliniske retningslinjer. Studien inkluderte 33 engelskspråklige, systematiske reviews fra USA, England og Canada. Til sammen besto disse av 714 studier, og omfattet over 22 000 fagutøvere innen helse- og omsorg. Prior et al. (2008) fant at vellykkede strategier for iverksetting av retningslinjer bør være multiple. De bør blant annet bestå av interaktiv opplæring og påminnere. Av studien fremgår også at retningslinjenes innhold er av betydning. Eksempelvis reduseres sjansen for praksisendring dersom retningslinjene er for komplekse, blant annet i betydningen av at retningslinjen har mange målgrupper. Å inkludere fagutøvere i utvikling av retningslinjene gir praktisk eierskap til retningslinjene med økt etterlevelse som resultat. Engasjerte fagutøvere gjennom hele iverksettingsprosessen er også av betydning. I følge Prior et al. (2008) må videre forskning i større grad vektlegge forhold ved organisasjon, miljø og individ som kan være av betydning for iverksettingsstrategiers effekt. Forskning

på betydningen av at slike strategier kobles direkte sammen med introduksjon av nye retningslinjer har vært av lav prioritet (ibid.).

Francke, Smit, de Veer og Mistianen (2008) gjennomførte en systematisk meta-review som inkluderte 12 systematiske reviews tilknyttet faktorer av betydning for at retningslinjer tas i bruk blant helsepersonell innen somatikk, hovedsakelig leger. Faktorene ble klassifisert ut fra karakteristikk ved retningslinjene, ved iverksettingsstrategiene, ved fagutøverne, ved pasientene og ved organisasjonens miljø. Multiple strategier hvor retningslinjer blir sett i sammenheng med opplæringer og utdanninger har større effekt enn enkeltstående strategier. Funnene viser også at sjansen for vellykket iverksetting øker ved at retningslinjene er lett forståelige, er basert på forskning og at målgruppen har deltatt i utviklingen av retningslinjene. 6 av de 12 reviewene viste at miljømessige karakteristikk påvirker iverksetting av retningslinjer. Dette kan være grad av støtte fra ledere eller kollegaer i prosessen mot praksisendring. I tillegg er tid og personellressurser av betydning. Samtidig påpekes at evidensgrunnlaget fortsatt er mangelfullt og at det er behov for mer forskning (Francke et al., 2008).

Weinmann, S., Koesters, M. og Becker, T. (2007) sin systematiske review omhandler effekter av retningslinjer innen psykiatri, både av hensyn til praksisutøvelse og pasienteffekter. Hovedsakelig var primærhelsetjenesten inkludert, men også noen psykiatriske enheter innen spesialisthelsetjenesten. Denne review inkluderte 18 studier hovedsakelig fra USA og England. I motsetning til Francke et al. (2008) fant de at retningslinjers kvalitet i seg selv og at de er kunnskapsbaserte ikke har betydning for innvirkning på praksis. I hvilken grad de når praksisfeltet har derimot sammenheng med iverksettingsprosessen. Multiple strategier parallelt med veiledning øker sjansen for etterlevelse av retningslinjer (Weinmann et al., 2007).

Grol, Wensing og Eccles (2013) har gjort en detaljert gjennomgang av forskningsgrunnlaget tilknyttet helsefeltet, med særlig fokus på iverksetting av kunnskapsbaserte retningslinjer. Grol et al. (2013) oppsummerer at ulike målgrupper og situasjoner skaper ulike utfordringer for iverksetting i helse- og omsorgstjenesten. Tiltak for iverksetting må ta utgangspunkt i den lokale konteksten (ibid.).

I sin studie inkluderte Fixsen, Naoom, Blasé, Friedman og Wallace (2005) empiriske studier, metaanalyser og litteraturoversikter. Totalt ble 734 artikler inkludert etter kritisk gjennomgang. På dette grunnlag har Fixsen et al. (2005) kommet frem til effektive

faktorer for iverksetting uavhengig av sektor og hva som skal iverksettes. Disse faktorene er blant annet opplæring, veiledning, administrativ støtte og lederskap. Fixsen et al. (2005) peker på at iverksetting av kunnskapsbaserte intervensjoner krever mye ressurser for å sikre at det er personell og systemer som kan jobbe med iverksettingen over tid. Det kreves en iverksettingsorganisasjon og tiltak på ulike nivå.

Oppsummert omhandler de utvalgte studiene iverksetting av retningslinjer i helse- og omsorgssektoren. Ingen av studiene omhandler retningslinjers bidrag til praksis. Sammenfattet viser de til betydningen av multiple strategier for iverksetting. Flere peker på forhold ved retningslinjene som kan ha effekt. Noen viser til forhold ved fagutøvere, enheten og organisasjonen som kan være av betydning for iverksetting. Ettersom flere studier peker på behov for mer forskning relatert til de sistnevnte forholdene av betydning for iverksetting er dette av særlig interesse. I det som er redegjort for over er det ingen studier spesifikt for rusfeltet. Med spesifikt fokus på bidrag til praksis og forutsetninger for iverksetting på rusfeltet er det mitt ønske at denne kvalitative studien skal gi ny kunnskap.

1.3 Studiens hensikt

Studiens hensikt er å gi økt forståelse om kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet sin betydning for praksis og hva som kan være sentrale forutsetninger for iverksetting av disse i kommunale tjenester.

1.4 Problemstilling

På bakgrunn av studiens hensikt er følgende problemstilling valgt:

Hvilken betydning for praksis tillegges fagansvarlige ved kommunale tjenestetiltak kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet, og hvilke forutsetninger mener de er avgjørende for å lykkes med iverksetting av disse?

1.4.1 Presisering av problemstilling og begrepsavklaringer

Denne studiens problemstilling er todelt. Problemstillingens siste del vil bli tillagt størst vekt. Dette vil gjenspeile seg i samtlige kapitler. Problemstillingen i sin helhet omhandler praksis i kommunale tjenester. Fokus er ikke på effekter eller resultater for brukere av tjenestene eller deres pårørende, eller forhold som kostnadsfaktorer relatert til tjenestetilbud og lignende. Studien avgrenses fra forhold tilknyttet utvikling av retningslinjene i sin helhet og organisering av dette arbeidet. Spenningsfeltet mellom

nasjonal styring versus kommunal organisering basert på lokale forhold blir heller ikke diskutert inngående.

Med *fagansvarlige* menes ansatte i kommunale tjenestetiltak med ansvar for fag- og tjenesteutvikling. Alle informantene i denne studien hadde dette ansvaret, men ulike stillingsbetegnelser.

Kommunale tjenester er ulikt organisert og har ulike benevnelser. Det gjelder også kommunene som bidro i denne studien. Begrepene *enhet*, *tjeneste* eller *tjenestetiltak* blir brukt uten differensiering. I begrepene ligger forståelsen av tjenestene de fagansvarlige i denne studien er leder for eller har fag- og tjenesteutviklingsansvar for. Disse begrepene blir i studien brukt uavhengig av om de er spesifikke rustiltak eller generelle tjenester hvor rustiltak er integrert. Der dette er av betydning vil det fremgå av teksten. Begrepet *organisasjon* benyttes om kommunen som helhet.

Hovedfokus i denne studien er nasjonale faglige retningslinjer utviklet fra Helsedirektoratet. Begrepet *kunnskapsbaserte retningslinjer* vil bli benyttet. Av hensyn til studiens funn vil andre nasjonale føringer bli berørt i tillegg til disse.

Med *iverksetting* menes en planlagt og systematisk prosess hvor ulike typer intervensjoner blir introdusert og fulgt opp. Resultatet av dette er at enheters rutiner og praksisutøvelse utvikles og endres. Begrepet «implementation» blir benyttet på engelsk, og studien baserer seg i stor grad på engelskspråklig litteratur. Implementering er derimot et vidt begrep med mange definisjoner og variasjoner av forståelse, vektlegging og innhold avhengig av fagområde og teoretisk forankring. Jeg velger derfor i all hovedsak i å bruke begrepet iverksetting.

Begreper som *ledelse*, *organisasjon* og *kultur* vil fremkomme i studien. Disse vil derimot ikke bli sett i lys av organisasjonsteoretiske forhold og ledelsesteori. Eksempelvis vil ikke fenomener som organisasjonskultur bli berørt i denne studien.

1.5 Oppgavens disposisjon

I kapittel 2 blir det redegjort for studiens kontekst i form av ruspolitiske føringer og kunnskapsbasert praksis. Kapittel 3 inneholder denne studiens teoretiske perspektiv. Kapittel 4 er metodekapittel, hvor det blir redegjort for vitenskapsteoretisk forankring, bakgrunn for valg av metode og datainnsamling, samt analyseprosessen i sin helhet. Avslutningsvis i kapittel 4 fremgår også etiske overveielser og studiens troverdighet. I

kapittel 5 presenteres studiens funn. Deretter følger diskusjonsdelen i kapittel 6. Her blir studiens funn drøftet i lys av studiens kontekst og teoretiske perspektiv. Kapittel 7 består av oppsummering av studien og implikasjoner for videre praksis og forskning.

2.0 RUSPOLITISKE FØRINGER OG KUNNSKAPSBASERT

PRAKSIS

For å forstå studiens kontekst redegjøres det her for rusfeltets organisering med grunnlag i sentrale ruspolitiske føringer. Kommunens rolle vil bli vektlagt. I fortsettelsen blir det gjort rede for nasjonale faglige retningslinjer og kunnskapsbasert praksis. Av hensyn til senere diskusjon blir «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» (Helsedirektoratet, 2015) presentert spesifikt.

2.1 Kommunenes rolle på rusfeltet

Med *Rusreformen* (Helsedepartementet, 2004) ble ansvaret for behandlingstilbud til personer med rusmiddelproblematikk flyttet fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene (Mjåland, 2008; Skretting, Bye, Vedøy & Lund, 2016). Tjenestene ble omdefinert fra å være sosiale tjenester til å bli helsetjenester. Behandling for rusmiddelproblematikk ble en del av spesialisthelsetjenesten, i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Personer med behov for behandling i spesialisthelsetjenesten for sin rusmiddelproblematikk fikk status som pasienter. Deres rettigheter ble fastsatt av Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Tilbudet ble samlet under betegnelsen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). TSB omfatter tilbud som døgntilbud, dagbehandling, poliklinisk behandling (inkludert legemiddelassistert rehabilitering, LAR) og ambulante tjenester. I tillegg kommer også avrusing og øyeblikkelig hjelp (Mjåland, 2008).

Parallelt med de endringene som Rusreformen (Helsedepartementet, 2004) medførte beholdt kommunene sin plikt til å yte helse- og omsorgstjenester. De beholdt det helhetlige ansvaret for oppfølging av personer med rusmiddelproblematikk og annen tilleggsproblematikk (Skretting et al., 2016). Dette inkluderer tjenester som helse- og omsorgstjenester, NAV, barnevern, skole og barnehage. Kommunenes ansvar er i dag regulert i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Kapittel tre omhandler kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester, og gir et bilde av de ulike ansvarsområdene. I § 3-1 heter det at:

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper; herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Videre regulerer loven samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak. Dette innebærer tjenester til personer med rusmiddelproblematikk. Loven regulerer også kommunenes ansvar tilknyttet tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblematikk (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Kommunene har dessuten et omfattende ansvar for oppfølging av deltakere i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Ved behov og når pasienten ønsker det skal kommunene henvise til Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Kommunenes oppfølgingsansvar opphører ikke selv om pasienten mottar behandling innen spesialisthelsetjenesten (Skretting et al., 2016).

Med *Samhandlingsreformen* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) fikk kommunene et større ansvar for et utvidet tilbud av helse- og omsorgstjenester. Gjennom kompetansetiltak, økonomiske virkemidler, anbefalinger og forslag til organisatoriske løsninger er det lagt til rette for å styrke kommunale tjenester. De kommunale tjenestene skal være i kombinasjon med tilgjengelige, desentraliserte og understøttende spesialisthelsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016-2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) har som hensikt å:

...bidra til en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats overfor grupper som står i fare for eller er i ferd med å utvikle eller har lettere/moderate rusproblemer og for personer med alvorlig rusavhengighet, samt deres pårørende (s.6).

Planen er helhetlig i form av at den tar for seg de tre innsatsområdene tidlig innsats, behandling og ettervern. Den underbygger betydningen av og behovet for gode tjenester lokalt. Hovedinnsatsen rettes mot kommunesektoren. Av *Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016-2020* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) fremgår det videre at:

Kommunens ansvar omfatter forebygging, kartlegging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling, rehabilitering, inntektssikring, oppfølging i bolig, institusjonsplass, psykososial støtte og veiledning, støtte til pårørende og henvisning til og samarbeid med spesialisthelsetjenesten mv (s. 14).

For å styrke kommunenes mulighet og evne til å utvikle gode helse- og omsorgstjenester blir det understreket at satsningen på kvalitet og kompetanse må inkludere flere sektorer og personalgrupper enn tidligere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I tråd med sitt samfunnsoppdrag er Helsedirektoratets utarbeiding av retningslinjer et viktig ledd i

arbeidet med å styrke kompetansen om rus- og avhengighetsproblematikk (Helsedirektoratet, 2017).

2.2 Nasjonale faglige retningslinjer

Nasjonale faglige retningslinjer skal være til faglig støtte for fagutøvere, tjenestemottakere, pårørende og ledelse på administrativt og politisk nivå i helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2012a). Hensikten med retningslinjene er å sikre at brukere og pasienter i hele landet får likeverdig og kunnskapsbasert oppfølging og behandling (Fretheim et al., 2015).

Nasjonale faglige retningslinjer inneholder anbefalinger og råd bygget på den beste tilgjengelige og oppdaterte faglige kunnskapen. *Kunnskapsbasert praksis* er fremskaffet på en systematisk, kunnskapsbasert måte. Denne bygger på brukeres erfaringer, samt klinisk erfaring og systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap. I tillegg skal det være gjort samfunnsmessige vurderinger som kost/nyttevurderinger og etiske vurderinger. Dessuten skal det være tatt hensyn til juridiske forhold og helsepolitiske signaler (ibid.).

Foruten anbefalinger med benevnelsen «skal» eller «må» er ikke anbefalingene i retningslinjene juridisk bindende. De er derimot faglig normerende. De er ment som et hjelpemiddel for fagutøvere sine avveininger for å oppnå faglig forsvarlig helsehjelp (Molven, 2012). Det lovmessige kravet om faglig forsvarlighet fremkommer av § 4 i Helsepersonelloven (1999), § 2-2 i Spesialisthelsetjenesteloven (1999) og § 4-1 i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Begrunnelser for eventuelle avvik fra kunnskapsbaserte anbefalinger må beskrives og dokumenteres i brukerens eller pasientens journal (Molven, 2012).

2.2.1 «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet»

Helsedirektoratet lanserte «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» i mars 2016. Denne kunnskapsbaserte retningslinjen inneholder 58 anbefalinger rettet mot fagutøvere og ledere innenfor kommunenes helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester og kriminalomsorgen med ansvar for behandlings- og rehabiliteringstilbud for personer med rusmiddelproblematikk. Dette inkluderer avhengighet til rusmidler og annen avhengighet (Helsedirektoratet, 2015).

Av retningslinjen fremgår ansvar, oppgaver og roller for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Her fremkommer også kommunenes ansvar og oppgaver i form av at de skal tilby tjenester til personer med rusmiddelproblematikk før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2015). Kommunene skal med dette sikre en langvarig kontinuitet for brukerne og pasientene. Tiltak og oppfølging tilknyttet bolig, sysselsetting, forutsigbar økonomi og godt nettverk er sentrale faktorer i dette arbeidet. I tillegg kommer tjenester som ansvarsgrupper og koordinering av samlede tiltak, støttesamtaler og oppfølging i hjemmet. Her inngår også retten til å henvise til Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (ibid.). For øvrig viser retningslinjen til blant annet veilederen «Sammen om Mestring» (Helsedirektoratet, 2014) og «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser – ROP-lidelser» (Helsedirektoratet, 2012b) for utdyping av kommunenes rolle og ansvar.

3.0 TEORETISKE PERSPEKTIV

Som et teoretisk rammeverk vil jeg i det følgende redegjøre for utvalgte teorier relatert til iverksetting. Videre blir det presentert noen teoretiske begrep som i senere diskusjon vil bli sett i lys av studiens problemstilling.

Fixsen, Naoom, Blasé, Friedman og Wallace (2005) og Grol, Wensing og Eccles (2013) er sentrale teoretikere tilknyttet implementering innen helse- og omsorgssektoren. Fixsen et al. (2005) og Grol et al. (2013) blir referert til i kapittelet om implementering i «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser – ROP-lidelser» (Helsedirektoratet, 2012b). Jeg velger derfor å benytte disse som del av studiens teoretiske perspektiv. Grol et al. (2013) blir vektlagt med fokus på ulike forståelser for iverksetting av endring. Fixsen et al. (2005) redegjøres for med vekt på deres forståelsesramme for kunnskapsbaserte intervensjoner.

3.1 Teoretiske forståelser av iverksetting av endring

Grol et al. (2013) tar for seg en rekke teorier som omhandler faktorer som kan ha innvirkning på endringsprosesser i helsetjenesten. Disse ligger til grunn for deres forståelse av iverksetting. Teorier med vekt på økonomiske faktorer og teorier med vekt på organisatoriske faktorer blir synliggjort. Det presenteres også teorier som fokuserer på individuelle faktorer og teorier tilknyttet sosial påvirkning. For eksempel beskriver kognitive teorier hvordan endring kan påvirkes av rasjonelle prosesser ved beslutninger hos den enkelte fagutøver. Innen helseområdet har også motivasjonsteori vært sentralt, med betydningen av den enkelte ansattes holdning og motivasjon til endring (ibid., s. 25). I tillegg presenteres det teorier med fokus på den sosiale konteksten. Her vektlegges ulike faktorer av betydning for endring som kollegaers holdninger, kultur i tverrfaglige team, om endringen er ønsket av ledere og ansatte, og hvilken type ledelse som utøves (ibid.).

Grol et al. (2013) viser til ZON (Zorg Onderzoek Nederland) for å forstå hva iverksetting av kunnskapsbaserte retningslinjer er:

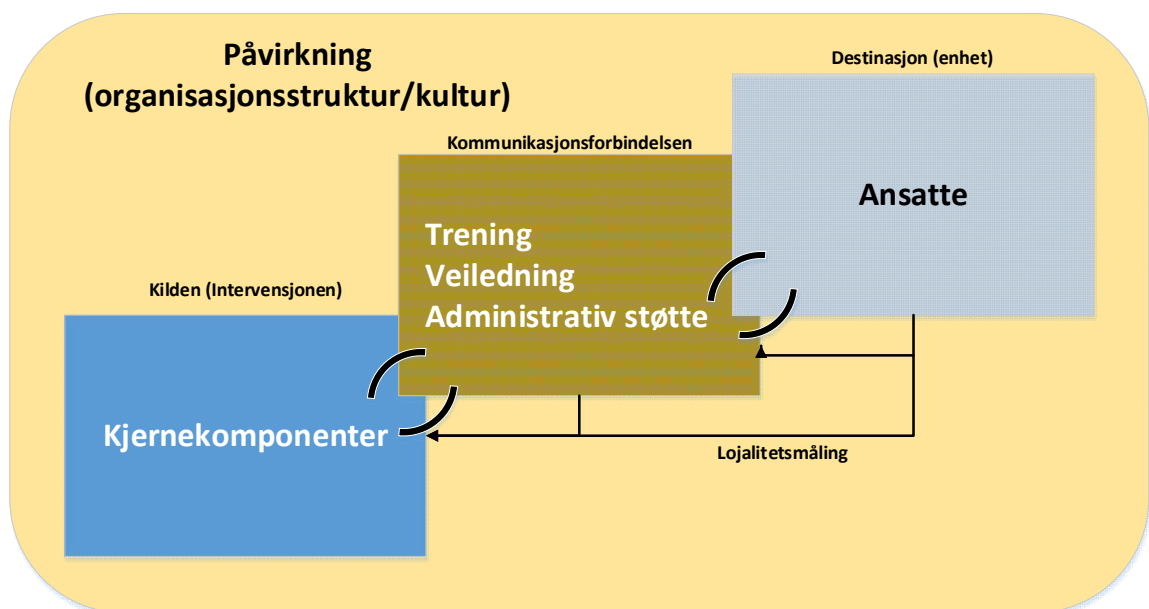
A planned process and systematic introduction of innovations and/or changes of proven value; the aim being that these are given a structural place in professional practice, in the functioning of organizations or in the health care structure (s. 10).

Her fremgår betydningen av at iverksetting krever tilrettelegging av systematiske prosesser for at intervensjoner skal etableres i enheters rutiner og strukturer.

Grol et al. (2013) sin forståelse av iverksetting bygger på at det er samspillet mellom et stort antall faktorer som bestemmer om en iverksetting lykkes eller ikke. Dette kan være forhold ved brukerne som vil erfare en eventuell praksisendring. Det kan også være forhold ved fagutøverne eller enheten. Eller det kan være forhold ved selve retningslinjene (ibid.). Intervensjoner som skal iverksettes må være godt planlagte og vel gjennomtenkte for at de skal gi effekt i praksis. Grol et al. (2013) understreker betydningen av forberedelse før intervensjoner iverksettes. I dette inngår blant annet at intervensjonene som fremgår av kunnskapsbaserte retningslinjer må tilpasses enheten og dens eksisterende praksis. De må også tilpasses fagutøveres holdninger og motivasjon for endring (ibid.).

3.2 Forståelsesramme for kunnskapsbaserte intervensjoner

Fixsen et al. (2005) har utviklet en modell som gir en forståelsesramme for hvordan intervensjoner kan skje innen enheter eller organisasjoner. Modellen synliggjør at iverksetting er en komplisert prosess. Den krever tilrettelegging og prioritering, kunnskap og tydelig ledelse over tid (ibid.).



Modell 1: Forståelsesramme for utvikling av kunnskapsbaserte intervensjoner. Fixsen, Naoom, Blasé, Friedman og Wallace (2005), s. 12. Norsk oversettelse ved Roland, 2015a, s.22.

På venstre side i det gule feltet finner vi *kilden*. Denne refererer til selve intervensjonen som skal iverksettes og de komponentene som intervensjonen består av (Fixsen et al.,

2005, s. 12). *Destinasjonen*, til høyre i modellen, er enheten hvor det er besluttet å gjennomføre en endring. I følge Fixsen et al. (2005) inkluderer enheten både individuelt og kollektivt nivå. For å kunne overføre og omsette den aktuelle kilden til destinasjonen er *kommunikasjonsforbindelsen* mellom disse viktig. Kommunikasjonsforbindelsen består av den eller de som arbeider aktivt med iverksetting av intervensjonen (ibid.). Hovedelementer i denne kommunikasjonsforbindelsen er trening, veiledning og administrativ støtte. Fixsen et al. (2005) understreker betydningen av trening med utgangspunkt i praksisutøvelse. Dette bør foregå parallelt med veiledning. Disse tiltakene bidrar til å sikre at personalet oppnår de nødvendige ferdighetene som skal til for at den kunnskapsbaserte intervensjonen settes ut i praksis. Administrativ støtte inkluderer ledelsens rolle i dette arbeidet. I tillegg peker Fixsen et al. (2005) på betydningen av det de kaller *purveyors* eller formidlere for å sikre en aktiv kommunikasjonsforbindelse. *Lojalitetsmåling* består av den kontinuerlige informasjonen fra ledere eller formidlere tilknyttet enkeltansattes eller enhetens utøvelse. Siste ledd i modellen, som omslutter hele prosessen, er *påvirkning*. Her inngår forhold ved organisasjonens struktur eller kultur. Det kan også inkludere ledelsens støtte og motivasjon, tildeling av ressurser med mer (ibid.).

3.3 Kapasitet og kollektiv mestringstro

Fixsen et al. (2005) og Grol et al. (2013) vektlegger at kollektiv orientering er avgjørende for å oppnå endring. *Kollektiv orientering* handler om å stimulere til læring og utvikling i et fellesskap preget av positiv samhandling og samarbeid (Fullan, 2007). Som et supplement til Grol et al. (2013) og Fixsen et al. (2005) vil jeg i denne studien også bruke begrepene *kapasitet* og *kollektiv mestringstro*.

Roland (2015b) viser til Wandersman, Clary, Forbush, Weinberger, Coyne og Duffy (2006) sin definisjon av kapasitet: "...the skills, motivations, knowledge and attitudes necessary to implement innovations which exist at the individual, organization and community levels» (Wandersman et al., 2006, i Roland, 2015b, s. 91). *Kapasitet* handler om de forutsetningene en enhet eller organisasjon har for å iverksette endringsarbeid. Det kan være forutsetninger som ferdigheter til å gjennomføre intervensjonen, holdninger til intervensjonen eller kunnskap om grunnlaget for intervensjonen. Det kan også være forutsetninger i form av at enheten eller organisasjonen har tilstrekkelig kunnskap om iverksettingsprosesser (Ertesvåg, 2012).

Fullan (2007) presiserer at for å oppnå endringer i en enhet eller organisasjon må fokus være rettet mot faktorer som påvirker kapasitet på flere nivå. Disse faktorene eksisterer på individuelt nivå, enhetsnivå, organisatorisk nivå og eksternt nivå (Ertesvåg, 2012). Eksempler på faktorer som påvirker individuell kapasitet er den enkeltes utdanningsnivå og arbeidserfaring, motivasjon, tro på egen mestring, verdier og evne til å tilegne seg kunnskap. Faktorer på enhetsnivå kan være ledelse, strukturer, kultur og klima. Faktorer på organisatorisk nivå av betydning for kapasitet kan være støtte fra overordnet ledelse og tilhørighet blant ansatte. Det kan også være ressurser i form av tid, økonomi og støtte. I tillegg kan faktorer utenfor organisasjonen kunne påvirke en enhets kapasitet. Dette kan være statlige og kommunale forhold, eksterne samarbeidspartnere, rutiner og systemer (ibid.).

Av hensyn til studiens problemstilling og hensikt er det interessant å trekke frem atferdsteoretikeren Albert Bandura sine begrep *selv-efficacy* og *collective-efficacy*. Begrepet *self-efficacy* er hentet fra sosial kognitiv teori. Av denne teorien fremgår at utvikling og endring skjer gjennom en vedvarende og gjensidig interaksjon mellom personlige og sosiale faktorer (Bandura, 1997). *Self-efficacy* defineres som «beliefs in one's capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments» (ibid., s. 3). En person sin mestringstro eller tiltro til egen mestring påvirker sannsynligheten for at en forsøker seg på endring. Det påvirker også i hvilken grad han eller hun er utholdende i et eventuelt endringsforsøk og om personen lykkes til slutt (Bandura, 1997). *Kollektiv mestringstro* defineres av Bandura som «a group's shared belief in its conjoint capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given levels of attainments» (ibid., s. 477). Av dette fremgår at fagutøveres opplevelse av kollektiv mestringstro påvirker hvilken fremtid de søker å oppnå, hvordan de håndterer sine ressurser og hvilke planer og strategier de utvikler.

4.0 METODE

I dette kapitlet presenteres studiens vitenskapsteoretiske forankring og valg av metode. Videre fremkommer avveininger tilknyttet utvalg og datainnsamling, samt analyse. Avslutningsvis blir det gjort rede for forforståelse, forskningsetiske avveininger og studiens troverdighet. Samtlige av disse forholdene er av betydning for en systematisk og gjennomiktig forskningsprosess som er avgjørende for studiens helhetlige kvalitet.

4.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Studien er inspirert av fenomenologisk forståelse på bakgrunn av at jeg søkte mangfold og nyanser i informantenes erfaringer. *Fenomenologi* kan beskrives som læren om det som kommer til syne eller fremstår som en bevissthet (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette vitenskapsteoretiske ståstedet sammenfaller med min søken etter å forstå informantenes subjektive perspektiver og meninger gjennom en kvalitativ vitenskapelig tilnærming (Thagaard, 2013). I denne studien er jeg også inspirert av *hermeneutikk*, som innebærer fortolkning av menneskelig mening (Malterud, 2017). Innen forskning innebærer dette at vitenskapelig kunnskap utvikles gjennom et sirkulært analysearbeid (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Gjennom fortolkning og analyse av datamaterialet søkte jeg en dypere forståelse for informantenes perspektiver. Det hermeneutiske, sirkulære arbeidet med teksten, mellom helhet og del, bidro til dette (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017).

4.2 Innsamling av data

I det følgende blir det redegjort for datainnsamlingsprosessen i sin helhet, fra valg av metode, utvalg og rekruttering, til gjennomføring av fokusgruppeintervjuene.

4.2.1 Fokusgruppeintervju som metode for datainnsamling

I denne studien var målsettingen å bidra med forståelse fremfor forklaring (Malterud, 2017, s. 32). Jeg søkte informantenes meninger, erfaringer og ideer. *Kvalitativ metode* ble valgt som metodisk tilnærming da denne metoden er velegnet for å kunne studere menneskers meninger om den subjektive virkeligheten (Thornquist, 2003).

I kvalitativ metode inngår ulike datainnsamlingsmetoder som observasjon, individuelle intervju og fokusgruppeintervju. Individuelle intervju ble i første omgang vurdert som aktuell metode. Etersom studiens tema ikke omhandlet sensitive eller intime forhold valgte jeg fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode (Malterud, 2012). Etersom

jeg søkte felles inspirasjon og refleksjoner mellom informantene ville fokusgruppeintervju som metode berike det kvalitative datamaterialet. Sammenliknet med individuelle intervju ville det også være ressursbesparende.

Malterud (2012) understreker betydningen av at antall deltakere pr. fokusgruppe er hensiktsmessig. Nyere litteratur anbefaler ofte at en fokusgruppe består av mellom fire og seks personer (ibid.). Eldre litteratur anbefaler gjerne noen flere deltakere (Krueger, 1998). I følge Halkier (2002) kan få deltakere begrense hvor mye informasjon som kommer frem. Det kan være vanskelig å få i gang en diskusjon. Basert på studiens problemstilling og hva jeg søkte av datamateriale fant jeg fem - seks informanter pr. fokusgruppe som hensiktsmessig. Av hensyn til studiens omfang ble det etablert to fokusgrupper, med en samling pr. gruppe. Malterud (2012) viser til at en samling er vanligste fremgangsmåte for datainnsamling ved fokusgruppeintervju. Dette på bakgrunn av at det primært ikke handler om tidsforløp eller prosess.

4.2.2 Rekruttering

For rekruttering av informanter ble det først tatt kontakt via e- mail med to store kommuner i Norge. Informasjonsskriv fulgte som vedlegg (vedlegg nr. 1). På grunn av ulik organisering var kontaktpersonene i de respektive kommunene henholdsvis overordnet leder og rådgiver. Fra overordnet leder i den første kommunen fikk jeg raskt positiv respons. Jeg mottok kontaktinformasjon til tre enhetsledere som kunne kontaktes. I dialog med disse inkluderte de en ansatt ved hver sin avdeling. Disse hadde delegert ansvar for fag- og tjenesteutvikling med større nærhet til praksisfeltet. Dette var et inklusjonskriterium. Samtlige fikk oversendt informasjonsskriv og samtykkeskjema fra meg direkte (vedlegg nr. 2). I den andre kommunen var det større behov for avklaring om hvem som var aktuelle informanter. Informasjon ble videreformidlet til aktuelle informanter via samme rådgiver etter disse avklaringene. Avtale om tid og sted for fokusgruppeintervjuet ble også koordinert via denne rådgiveren. Jeg var ikke i direkte kontakt med disse informantene før fokusgruppeintervjuet.

Tidspunkt for gjennomføring av de to fokusgruppeintervjuene ble avtalt i etterkant av at jeg mottok melding fra Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) (vedlegg nr. 3).

4.2.3 Utvalg

De to kommunene som bidro i denne studien var begge store i nasjonal målestokk. Den ene var organisert med generelle helse- og sosialtjenester som inkluderte tilbud til personer med rusmiddelproblematikk. Den andre kommunen var organisert med rus-spesifikke tjenestetiltak underlagt en felles enhet for rus og psykisk helse. Utvalget bestod av til sammen ti informanter. Fordelingen på kjønn var seks kvinner og fire menn. Gjennomsnittsalder var 51 år, fra 36 til 64 år. Av grunnutdanning var fem sykepleiere, tre vernepleiere og to sosionomer. I lys av sine stillinger bidro de med erfaringer som forvaltere av et fagansvar og som mottakere av overordnede krav og strukturer. Alle informantene var ansvarlige for fag- og tjenestetutvikling ved kommunale tjenestetiltak. Åtte av informantene var ledere med dette ansvaret, to hadde delegert ansvar. Informantene hadde hatt ansvar for fagutvikling/implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer fra mellom 2 til 40 år. Samtlige var innenfor målgruppen for de kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet. Utvalget representerte et strategisk utvalg med felles strategiske inklusjonskriterier (Malterud, 2012). For å sikre noe variasjon var ikke utdanning, kjønn eller andre forhold eksklusjonskriterier.

4.2.4 Sammensetning av fokusgruppene

Krueger (1998) underbygger at avveininger om sammensetning av fokusgrupper er sentralt ved bruk av fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode. I følge Malterud (2012) anbefales det i en rekke tilfeller homogene grupper. Dette innebærer at informantene har mest mulig lik bakgrunn og erfaringer. Samtidig bør gruppen inneha tilstrekkelig variasjon slik at det kan komme frem ulike oppfatninger (Krueger, 1998; Halkier, 2002). Jeg valgte homogene grupper ettersom jeg i denne studien ønsket frie assosiasjoner og felles erfaringsgrunnlag. De var homogene i form av at informantene som var ansatt i samme kommune deltok i samme fokusgruppe. Dette vurderte jeg ville styrke gruppedynamikken ved at de lettere gjenkjente og identifiserte seg med hverandres erfaringer. Det var min vurdering at disse forholdene også ville redusere argumentasjon for motsetninger, og øke assosiasjoner og substansiell kommunikasjon tilknyttet studiens tema (Malterud, 2012).

Det er styrker og svakheter med at informantene i fokusgruppene kjenner hverandre, slik de gjorde i denne studien. Opprinnelig ble det anbefalt at informantene i fokusgrupper ikke skulle kjenne hverandre på forhånd (Krueger, 1998). Fordelen med dette skulle være at man da fikk frie dialoger i gruppen. Etter hvert har denne anbefalingen blitt nyansert. I

tråd med Malterud (2012) vurderte jeg at det at de kjente hverandre ville berike studien. Jeg vurderte at deres felles erfaringsgrunnlag ville medføre ideer og inspirasjon.

4.2.5 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene

I forkant av gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene ble det vurdert, men ikke gjennomført, et fullstendig prøveintervju. Tema og tilhørende spørsmål ble derimot forsøkt ut på en uavhengig person. Dette for å sjekke ut om spørsmålene var presise nok med hensyn til ordlyd med mer. Justeringer ble gjort i henhold til tilbakemeldingene. Med tanke på rollen som moderator var denne ny for meg. Jeg fant trygghet i erfaring med samtalemetodikk og veilederkompetanse.

Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer med få dagers mellomrom. Disse var på henholdsvis 70 og 80 minutt. I hver gruppe deltok fem informanter. Alle var ansatt i samme kommune. Intervjuene ble avholdt i informantenes arbeidstid. De fant sted på et allerede etablert møtested for disse. Informantene signerte samtykkeerklæring ved oppmøte. De fylte også ut et skjema for bakgrunnsinformasjon. Opplysninger fra informasjonsskrivet ble kort gjentatt, med mulighet for spørsmål. I tillegg ble hensikten med fokusgruppeintervju som metode presentert. Dette gjorde jeg i håp om at de i mindre grad skulle henvende seg til meg som moderator, og heller ha dialog og frie assosiasjoner seg imellom. Fokusgruppeintervjuene ble moderert av meg som forsker. Jeg la vekt på å lede og holde fokus i intervjuet om de aktuelle temaene, og å oppmuntre til diskusjon mellom deltakerne (Krueger, 1998; Halkier, 2002).

Kvalitative intervju kan utformes med ulik grad av struktur. Jeg valgte å utarbeide en semistrukturert, temabasert intervjuguide (vedlegg nr. 4). Intervjuguiden ble utviklet omkring tre tema med spørsmål og stikkord. Dette ga mulighet til å sikre at data fra fokusgruppeintervjuene ble relevante for studiens problemstilling. Med få spørsmål ga det åpning for tid og refleksjoner omkring temaene. En slik guide ga meg også mulighet til å stille oppklarende spørsmål og be informantene om å utdype. Det ga meg anledning til å oppsummere etter hvert tema. Det gjorde det også mulig å se dataene fra de to fokusgruppene i forhold til hverandre. Det ga anledning til å se hvordan informantene i de to fokusgruppene tolket og svarte på de samme spørsmålene.

Jeg var bevisst på at fokusgruppeintervjuene ikke skulle stenge for avvikende synspunkter, og at materialet ikke ble overfladisk eller ensidig. Jeg var også opptatt av å etterspørre fylldigere beskrivelser og utdyppninger (Halkier, 2002). Jeg gjentok sentrale

begrep eller utsagn som ble benyttet av deltakerne. Dette ble gjort for å unngå antakelser om at jeg hadde forstått hva informantene mente. Samtidig var jeg også opptatt av at samhandlingen mellom deltakerne ikke skulle bli begrenset ved at jeg ble for styrende. Dette var alle viktige forhold som krevde mye forberedelse og planlegging før gjennomføring av fokusgruppeintervjuene (Krueger, 1998).

4.3 Analyse

I det følgende blir det gjort rede for den systematiske analysen som ble gjennomført i etterkant av fokusgruppeintervjuene. Dette blir gjort med målsetting om at det kvalitative datamaterialet skulle bidra til vitenskapelig kunnskap.

4.3.1 Transkribering

I følge Malterud (2012) består empiriske data fra fokusgruppeintervju av tekst som best mulig skal reflektere samtalen mellom informantene og moderator. I denne studien ble datamaterialet gjort tilgjengelig for analyse ved at jeg oversatte det fra digitale opptak til skriftlig tekst ved transkribering. Ettersom jeg ikke hadde med co-moderator noterte jeg mine refleksjoner om non-verbal – kommunikasjon og stemning i gruppene umiddelbart etter hvert av intervjuene. Transkriberingen ble også gjort like etter gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene. Dette ga mulighet for umiddelbar refleksjon over innholdet. Dialekt ble omskrevet til bokmål, avbrytelser ble markert, og uttrykk som «eh» eller «hmm» ble inkludert. Navn, arbeidssted eller annet som kunne knytte informantene til teksten ble utelatt for å sikre anonymitet. Det totale transkriberte materialet besto av 47 A4 sider, enkel linjeavstand.

I følge Kvale og Brinkmann (2015) kan transkripsjon i seg selv være en analyseprosess. Dette innebar at jeg som forsker tok stilling til hva som ble skrevet ned og som dannet grunnlag for den videre analysen. Malterud (2017) viser at det til tross for nøyaktig transkribering bare vil være deler av den formidlete informasjonen under intervjuet som blir ivaretatt. Non-verbale uttrykk og intervjuets naturlige kontekst som bidrar til å forme meningen i samtalen blir ikke formidlet skriftlig. Jeg vektla å gjøre et grundig transkriberingsarbeid for i størst mulig grad å imøtekomme dette, og for å styrke troverdigheten til datamaterialet.

4.3.2 Analyseprosessen

I følge Malterud (2012) finnes det ikke en bestemt analysemetode som er å foretrekke til bruk for data fra fokusgrupper. Hva som er fornuftig analysestrategi avhenger av studiens

problemstilling og analytiske ambisjoner (ibid.). Til denne studien fant jeg tverrgående analyse som naturlig. Som Malterud (2017, s. 93) synliggjør søkte jeg å sammenfatte og tolke likheter, forskjeller og variasjoner i informantenes erfaringer og meninger. Datamaterialet fra de to fokusgruppene ble i henhold til dette behandlet hver for seg.

Innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman (2004) ble valgt som analysemetode. *Innholdsanalyse* retter oppmerksomheten mot innholdet i datamaterialet, hvor en søker å finne en dypere mening (Schreier, 2012). Graneheim og Lundman (2004) presenterer en analysemodell med retningslinjer for hvordan systematisk analyse kan gjennomføres. Analyseprosessen i denne studien er inspirert av disse analysetrinnene. De ble derimot ikke benyttet slavisk, og i analysen vekslet jeg mellom induktiv og deduktiv tilnærming. Med hermeneutisk forståelse og studiens problemstilling til grunn omfattet hele analyseprosessen en sirkulær prosess hvor jeg stilte spørsmål til datamaterialet, med veksling mellom helhet og del (Kvale & Brinkmann, 2015).

For å sikre størst mulig grad av gjennomsiktighet har jeg valgt å eksemplifisere deler av analyseprosessen ved anvendt tabell (vedlegg nr. 5).

1. analysetrinn: I henhold til Graneheim og Lundman (2004) utgjør hele den transkriberte teksten studiens analyseenhet. For å danne et helhetsinntrykk gjennomleste jeg teksten en rekke ganger og noterte enkelte refleksjoner underveis.

2. analysetrinn: På dette analysetrinnet valgte jeg meningsenheter. I følge Graneheim og Lundman (2004) er en meningsenhet ord eller setninger som relaterer til samme mening. I prosessen med å notere meningsenheter ble den transkriberte teksten igjen lest i sin helhet en rekke ganger. Studiens problemstilling var sentral i dette arbeidet. Jeg var på dette trinnet, og gjennom hele analyseprosessen, bevisst utfordringen med min forforståelse. Denne kunne representere en trussel gjennom hvilke spørsmål som ble stilt og hvordan datamaterialet ble forstått.

3. analysetrinn: I fortsettelsen ble meningsenhetene kondensert. Graneheim og Lundman (2004) beskriver dette med at innholdet blir fortettet, samtidig som meningsinnholdet ikke skal gå tapt. For ikke å miste noe av meningsinnholdet måtte jeg gjennomgå disse i lys av meningsenhetene flere ganger. Meningsenhetene og de kondenserte meningsenhetene ble satt i en tabell hvor de stod i forhold til hverandre.

4. analysetrinn: Ut fra de kondenserte meningsenhetene ble det formulert koder som ble satt inn i samme tabell. I følge Graneheim og Lundman (2004) består kodene av få ord som kan sies å beskrive meningsenhetene på et abstrahert og logisk nivå. De samme meningsenhetene kunne ha flere koder, som ble markert med ulike farger. Denne prosessen opplevdes svært krevende. I frykt for feiltolkninger måtte jeg flere ganger gå tilbake til meningsenheten, og også selve analyseenheten i sin helhet, for å se det i sammenheng.

5. analysetrinn: På dette analysetrinnet ble kodene sammenstilt i og abstrahert til kategorier. Kategorier kan beskrives som en tråd gjennom flere koder, og kan gi uttrykk for det manifeste innholdet i teksten. I følge Graneheim og Lundman (2004) er denne kategoriseringen selve kjernen i kvalitativ innholdsanalyse. I denne prosessen måtte jeg igjen gå tilbake til analyseenheten for å sikre informantenes opprinnelige utsagn.

I fare for å forstrekke datamaterialet valgte jeg å ikke gå videre til 6. analysetrinn. I følge Graneheim og Lundman (2004) er ikke sammenfatning til tema et absolutt analysekrav.

4.4 Forforståelse

Med forforståelse menes det jeg som forsker har med meg inn i studien av kunnskap og erfaringer. I følge Malterud (2017) vil forforståelsen påvirke alle ledd i forskningsprosessen. Dette kan være forventninger til arbeidet med studien, oppgavens teoretiske rammeverk, spørsmål som stilles og hvordan data forstås.

Min forforståelse var for det første en viktig side av motivasjonen for valg av studiens problemstilling. Som rådgiver ved Kompetansesenter rus (KoRus) er en av oppgavene å bistå kommuner med å implementere nasjonale føringer i sine tjenester. Mine kunnskaper om temaet og fagfeltet har preget min forståelse i arbeidet med studien. Min tidligere kliniske erfaring og ledererfaring fra Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har også satt sitt preg på arbeidet. Min forforståelse kan sies å være konstruktiv ved at den blant annet har bidratt til utvikling av studiens intervjuguide, samt mine forutsetninger for å stille utdypende spørsmål under fokusgruppeintervjuene. Samtidig har jeg hatt et aktivt og bevisst forhold til egen forforståelse. Med dette har jeg forsøkt å begrense dens påvirkning på valg som er tatt gjennom forskningsprosessen, og konsekvenser disse valgene har hatt for studiens forskningsfunn (Malterud, 2017).

4.5 Forskningsetiske vurderinger

Av § 1 i Helseforskningsloven (2008) fremgår at lovens formål er å «fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning». Uavhengig av datainnsamlingsmetode er enkelte etiske prinsipper viktige å overholde. Konfidensialitet og ivaretagelse av forskningssubjektenes integritet er eksempler på dette. I kvalitative intervjuer er det viktig å ivareta integriteten til de personene som intervjues, både under selve intervjuet og i etterkant når resultatene analyseres og presenteres.

Gjennom hele forskningsprosessen er det tatt stilling til ulike etiske betraktninger og dilemmaer. Generelle etiske prinsipper som informert samtykke, anonymitet, frivillighet og fortrolighet skal være imøtekommet i studien. I henhold til Personopplysningsloven (2000) er studien meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD). I henhold til § 13 i Helseforskningsloven (2008) mottok samtlige informanter skriftlig informasjonsbrev vedrørende studien. Informasjonsbrevet klargjorde intervjupersonens rettigheter, med vekt på frivillig deltakelse og mulighet til å trekke seg fra studien uten konsekvenser. Forskerens taushetsplikt ble også tydeliggjort, og det ble informert om sletting av materialet ved studiens slutt. Det ble også gitt informasjon om oppbevaring av data i henhold til § 7 i Helseforskningsloven (2008). Vedlagt informasjonsskrivet fulgte samtykkeerklæring som ble underskrevet for deltakelse. For å sikre krav om konfidensialitet, ble de signerte samtykkeerklæringene og digital opptaker oppbevart i låsbart skap. Ved transkribering ble alle opplysninger som kunne knytte informantene til teksten anonymisert. Det transkriberte materialet ble oppbevart på PC med personlig passord.

4.6 Studiens troverdighet

Graneheim og Lundman (2004) legger begrepene *credibility*, *dependability* og *transferability* til grunn for troverdighet i kvalitative studier. Oversatt tilsvarer disse begrepene gyldighet, pålitelighet og overførbarhet.

Med *gyldighet* mener Graneheim og Lundman (2004) hvordan datamaterialet imøtekommer studiens hensikt. I denne studien var informantene valgt ut på bakgrunn av at de var ansvarlige for fag- og tjenesteutvikling i kommunale tjenester. Fokusgruppene var homogene i forhold til studiens tema, og i form av at fokusgruppene bestod av informanter fra samme kommune. Gyldighet omhandler blant annet å innhente riktig

mengde data, at informantene har relevant erfaring og at metoden for datainnsamling er egnet (Malterud, 2017). Utvalget i denne studien ble sammensatt ut fra målsettingen om at materialet skulle inneholde adekvate data, som både i dybde og bredde hadde potensiale til å gi mest mulig relevante svar på problemstillingen (Malterud, 2012). Jeg erfarte at fokusgruppene i denne studien bidro med tilstrekkelig datamateriale og dimensjoner av relevans for forskningsspørsmålene. Det er også min vurdering at fokusgruppeintervju som metode for datainnsamling i denne studien var velegnet.

I henhold til Graneheim og Lundman (2004) viser *pålitelighet* til forskningsresultatenes konsistens. I en kvalitativ studie kan pålitelighet for eksempel bli utfordret ved endringer i min subjektivitet og forforståelse. Dette vil kunne påvirke beslutninger som blir tatt og studiens resultater (Graneheim & Lundman, 2004). Gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene ble i denne studien utført med få dagers mellomrom, og med samme antall informanter i gruppene. I tillegg ble samme intervjuguide lagt til grunn for intervjuene. Jeg var moderator i begge gruppene. Digitale opptak av fokusgruppeintervjuene og transkripsjon av disse bidro til at jeg holdt fokus på intervjuene. Dermed klarte jeg å skille hvilke data som tilhørte informantene og hva som var mine egne oppfatninger, refleksjoner og fortolkninger. I drøftingskapittelet er funnene satt opp mot foreliggende empiri og teori. I følge Malterud (2017) er dette også en del av analysen, og er dermed med på å øke påliteligheten ytterligere.

Overførbarhet er en forutsetning for at kunnskap som fremkommer av denne studien skal kunne deles med andre (Thagaard, 2013). I følge Malterud (2017) handler dette om i hvilken grad studien bidrar til å løfte data fra et mindre utvalg til et mer teoretisk nivå, om den bidrar til å utvide forståelseshorisonten eller tillegger refleksjonsgrunnlaget anvendbar kunnskap. Studiens utvalgsstrategi og utvalg er med på å bestemme grensen for overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). Studiens utvalg besto av informanter fra to store kommuner i Norge. Informantene hadde ulik utdanningsbakgrunn. De kommunale tjenestene for personer med rusmiddelproblematikk var ulikt organisert. Det er sannsynlig å anta at disse forholdene kan overføres til andre kommuner i landet. Det er også sannsynlig at andre fagansvarlige vil kunne kjenne seg igjen i resultatene som fremkommer i denne studien. I tråd med Graneheim og Lundman (2004) har jeg i tillegg forsøkt å tydeliggjøre studiens kontekst. Resultatene er fremstilt ved bruk av sitater, og jeg har forsøkt å synliggjøre mitt eget ståsted som forsker. Dessuten har jeg forsøkt å fremstille forskningsprosessen på en åpen og gjennomsiktig måte. Dette er gjort for å

sikre studiens helhetlige kvalitet. Sammensatt kan dette gi leseren anledning til selv å vurdere om studien har overføringsverdi til egen kontekst.

5.0 PRESENTASJON AV RESULTATER

I dette kapittelet presenteres resultatene fra datainnsamlingen. Resultatene er strukturert omkring kategorier og underkategorier i henhold til innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman (2004). For å synliggjøre det manifeste innholdet i materialet blir de fem underkategoriene vektlagt. Disse underbygges med sitater fra informantene. I lys av problemstillingen vil resultatene bli presentert i to bolker. Første del handler om hvilken betydning de fagansvarlige mener kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet har for praksis. Den andre delen handler om hva de fagansvarlige mener kan være forutsetninger for at kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet iverksettes i kommunale tjenester. Som redegjort for i punkt 4.3.2 ble datamaterialet fra de to fokusgruppene behandlet atskilt. Dette vil også gjenspeile seg i presentasjonen.

5.1 Betydning av kunnskapsbaserte retningslinjer

De fagansvarlige hadde mange refleksjoner om kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet sin betydning for praksis. Resultatene er sammenstilt i kategoriene *Kommunenes rolle* og *Samarbeid*.

Kommunenes rolle

Resultatene i denne kategorien er sammenfattet i underkategoriene *Tydeliggjøring av oppgaver* og *Faglig støtte*.

Tydeliggjøring av oppgaver

Flere av de fagansvarlige fokuserte på de kunnskapsbaserte retningslinjene sin sentrale betydning relatert til kommunenes mer sentrale rolle på rusfeltet. En av de fagansvarlige understreket at «*spesielt innenfor dette feltet tror jeg de er veldig viktige*». En av de med lengst erfaring fra kommunalt rusarbeid uttalte at «*Vi har jo fått mer utfordringer, og da har vi nok og måttet heve kompetansen på ulike områder...*». Denne fagansvarlige mente at kunnskapsbaserte retningslinjer kan være gode verktøy for å imøtekomme utfordringene som følger av det ansvaret og oppgavene som kommunene er stilt overfor.

En annen uttalte at de kunnskapsbaserte retningslinjene «*... er med på å utforme tjenestene*». En tredje eksemplifiserte dette: «*Jeg tenker litt sånt i forhold til LAR – veilederen, så har den stor betydning for hvordan vår LAR – utdeling er.*» Veilederen «*Sammen om mestring*» ble også trukket frem av en av de fagansvarlige: «*Det er jo en*

som er veldig aktuell i forhold til vår enhet, der bygger vi jo opp tjenesten etter strukturen i «Sammen om Mestring»».

To av de fagansvarlige understreket også de kunnskapsbaserte retningslinjene sin betydning i møte med økte krav fra brukere og pårørende: *«Jeg kjenner jo at brukergruppen er jo...krever mer enn den gjorde før, og ikke minst pårørende krever mer, og da må jammen sann vi fagfolk være oppdaterte».* Den andre uttrykte at *«... før kunne vi nok snakke oss mer vekk med en mer sånn medmenneskelighet...»*

Motsatt ble det blant et par av de fagansvarlige reflektert omkring i hvor stor grad nasjonale føringer skal være styrende overfor kommunale tjenester og lokal fagutøvelse. En av de fagansvarlige uttrykte dette ved å si: *«Altså hele pakken tilsier jo at nye retningslinjer og nye forordninger, holdt jeg på å si, er vel ikke sånt halleluja».* En annen supplerte: *«Det er jo et spørsmål synes jeg, - er det for mye retningslinjer, og for mye veiledere...».*

Basert på de kunnskapsbaserte retningslinjene sitt innhold ble det også uttalt uklarhet om hva som ligger i kommunal rusbehandling. Flere av de fagansvarlige undret seg over om dette inngår i kommunenes tjenestetilbud. De lurte på hva den oppgaven eventuelt innebærer sammenliknet med spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud: *«... og så tror jeg at vi i kommunen har fått mye mer behandling...eller... om en skal kalle det behandling eller hva vi har...».* Denne uttalelsen var relatert til dialog om «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» (Helsedirektoratet, 2015).

Faglig støtte

De fagansvarlige presenterte ulike meninger og erfaringer om hvordan kunnskapsbaserte retningslinjer gir faglig støtte til kommunal tjenesteutvikling og praktisk fagutøvelse.

De fagansvarlige i fokusgruppen som primært forholdt seg til kommunens interne prosedyrer, ga felles uttrykk for at de i liten grad benyttet de kunnskapsbaserte retningslinjene i seg selv. De viste imidlertid til de interne prosedyrene når det gjaldt støtte til utvikling av tjenestetilbud og i fagutøvelse. En av de fagansvarlige uttalte: *«Det som er det viktigste er hva X (navn på kommunen) har bestemt at vi skal gjøre i rusomsorgen».*

I motsetning uttrykte flere av de fagansvarlige i den andre fokusgruppen en praktisk nærhet til de kunnskapsbaserte retningslinjene i søken etter faglige innspill: *«I det daglige hos oss, så er det jo når vi har utfordringer, da sier vi høyt «hva sier retningslinjene om det?»*. En annen supplerte med at kunnskapsbaserte retningslinjer kan bidra med direkte støtte til utvikling av kompetanseplaner og tilhørende prioriteringer for fagutvikling: *«...når vi på hver avdeling skal legge opp kompetanseplanen vår, så må vi se, ja hva er anbefalingene»*.

I samme gruppe ble det også eksemplifisert bruk av nasjonale føringer i praksisutøvelse i møte med brukere: *«For av og til spør jo de [brukerne] «hvem har bestemt det?» og da kan vi si at det står faktisk. Vi har det i de interne rutinene og så står det i en veileder som faktisk har blitt utformet...faktisk for hele landet»*.

I løpet av fokusgruppeintervjuet ga en av de fagansvarlige uttrykk for inspirasjon til å ta i bruk de kunnskapsbaserte retningslinjene som faglig støtte til fremtidig tjenesteutvikling: *«Nå er jo vi i en sånn prosess der tjenestetilbudet skal ses på, vi får nytt hus og sånne ting. Så jeg blir jo litt sånn inspirert til å bruke retningslinjen da aktivt i det å finne plassen i kommunen...»*.

Oppsummert synliggjør funnene at fagansvarlige opplever at kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet er betydningsfulle bidrag til å imøtekomme de oppgavene som kommunene er stilt overfor. Fagansvarlige presenterer derimot ulike meninger om i hvilken grad nasjonale føringer skal være styrende overfor kommunale tjenester. Fagansvarlige mener at retningslinjene kan bidra med kunnskap til støtte for kommunenes tjenesteutvikling og praktisk fagutøvelse. Samtidig oppleves retningslinjenes bidrag til praksis på ulik måte. Det fremkommer også funn om at de kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet ikke bidrar til klarhet blant fagansvarlige om hvordan kommunal rusbehandling skal forstås.

Samarbeid

Alle fagansvarlige var opptatt av kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet sin betydning for samarbeid. Disse resultatene fremgår av underkategorien *Bidrag til helhetlig tjenestetilbud*.

Bidrag til helhetlig tjenestetilbud

Et par av de fagansvarlige var opptatt av det de erfarte som rusfeltets særskilte utfordringer: «... mens på rusfeltet der opplever jeg at det er mer sånn samarbeidsutfordringer....». Noen av de fagansvarlige sammenliknet rusfeltet med fagfelt som somatikk og psykiatri og uttalte: «Når det gjelder rusomsorgen så er det mer fragmentert». Utfordringer med å få til helhetlig tilbud til personer med rusmiddelproblematikk gjaldt både internt blant kommunens ulike tjenestetiltak og i forhold til eksterne samarbeidspartnere. Dette ble eksemplifisert med spesialisthelsetjenesten: «...samarbeid både med spesialisthelsetjenesten, men også internt i kommunene, hvordan vi skal fordele når det blir så mange diagnoser opp mot en pasient og han skal få best mulig ...hjelp».

De kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet sin betydning for samarbeid kom til uttrykk basert på rusmiddelproblematikkens kompleksitet og brukernes behov for sammensatte og koordinerte tjenester: «...så er det viktig at vi kan vite hva vi kan forvente av spesialisthelsetjenesten, og også motsatt». Med ønske om mer helhetlige tjenester for «...å sikre brukerne gode pasientforløp» søkte flere av de fagansvarlige bistand i retningslinjene: «...vi bruker retningslinjer når vi ser at brukerne gjerne ikke får de rettighetene de har krav på. Så når vi hjelper å klage da, så må vi henvise til at der det er uavklarte ansvarsområder skal det ikke gå ut over pasienten...». Et par av de fagansvarlige kom med eksempler på praktisk bruk av «Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet» (Helsedirektoratet, 2010) og «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser – ROP-lidelser» (Helsedirektoratet, 2012b): «...og det [retningslinjens innhold] handler om at det er så tett på, på en måte, og det omhandler hvordan en utfører jobben». De fagansvarlige erfarte at disse kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet var viktige bidrag for å få til et mer helhetlig tjenestetilbud til det beste for personer med rusmiddelproblematikk.

Et par av de fagansvarlige ønsket at de kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet var tydeligere på ansvarsområder og roller som bistand til bedre samarbeid. Samtidig uttalte en av de fagansvarlige at for tydelige presiseringer i nasjonale føringer kunne medføre til ytterligere fragmentering og mindre samhandling. Dette forklarte denne fagansvarlige med at de ulike tjenestene og instansene ville fokusere mer på egne oppgaver, og i mindre

grad se det i sammenheng med brukernes behov og andre instansers oppgaver: «kommunen, bare sånn...sjvups, hvor er det som dreier seg om oss, sant. Og så... spesialisthelsetjenesten vil sikkert gjøre det samme». I forlengelsen understreket en annen at samarbeid måtte ses i sammenheng med lokale forhold og i dialog med kommunens samarbeidspartnere: «Altså...Hva er det som passer vår by?».

To av de fagansvarlige fremmet ønske om økt dialog mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten for å bedre samarbeidet. Et par av de fagansvarlige foreslo at slik dialog burde ta utgangspunkt i de kunnskapsbaserte retningslinjene og praktisk fagutøvelse: «Og da tenker jeg at det er nok sikkert et forbedringspotensial i forhold til litt sånn, hva...hvordan tenker...altså at kommunen får vite hvordan spesialisthelsetjenesten tenker og omvendt, på en måte». De viste til at det eksisterte samarbeidsfora mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, men at disse omhandlet systemnivå. De var også usikre på de kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet sin funksjon i disse samarbeidsforaene.

Oppsummert belyser disse funnene at fagansvarlige mener kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet kan være bidrag til mer helhetlige tjenester for personer med rusmiddelproblematikk. Fagansvarlige har derimot ulike meninger om i hvor stor grad kunnskapsbaserte retningslinjer skal presisere roller og ansvar. De fagansvarlige foreslår tettere dialog mellom involverte instanser for å sikre best mulig helhetlig tjenestetilbud. En slik dialog bør ta utgangspunkt i de kunnskapsbaserte retningslinjene og praksisutøvelse.

5.2. Forutsetninger for iverksetting

I det følgende presenteres studiens resultater om hvilke forutsetninger de fagansvarlige mener er avgjørende for at kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet skal iverksettes. Resultatene er sammenstilt i kategoriene *Forhold ved retningslinjene*, *Forhold ved kommunale tjenestetiltak* og *Systematisk iverksetting*.

Forhold ved retningslinjene

I den følgende underkategorien belyses de fagansvarlige sine refleksjoner om forhold ved de kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet som kan bidra til at iverksetting skal lykkes.

Relevans

De fagansvarlige uttrykte at kunnskapsbaserte retningslinjer må oppleves som relevante for praksis: «... hvis det er noe høyt svevende og vi på en måte, at dette kjenner vi ikke igjen, og ser på en måte ikke grunnen til at dette kommer, så er det ikke så lett å implementere det». Veilederen «Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne» (Helsedirektoratet, 2014) ble fremhevet positivt i denne sammenhengen. Det samme ble «Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet» (Helsedirektoratet, 2010) og «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser – ROP-lidelser» (Helsedirektoratet, 2012b). En av de fagansvarlige uttrykte: «Noen type retningslinjer er mer aktuelle eller forholder seg tettere på den ansatte enn andre». Den sistnevnte retningslinjen ble også fremhevet med de strategier som de fagansvarlige mente kom parallelt med utgivelsen av denne. Dette mente en av de fagansvarlige var av betydning for å få tak i de kunnskapsbaserte retningslinjenes relevans for de kommunale tjenestetiltakene. Flere fagansvarlige erfarte at disse nasjonale føringene imøtekom et behov i kommunene. Flere av de fagansvarlige eksemplifiserte også hvordan disse føringene bidro med konkrete eksempler tett knyttet til tjenestetiltakene og direkte fagutøvelse. I denne forbindelse uttrykte en av de fagansvarlige at «Når det kommer sånne ting, så må det henge i hop med det vi holder på med da, sant».

Et par av de fagansvarlige var opptatt av at de kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet måtte være tillitvekkende. I følge flere av de fagansvarlige skapte de kunnskapsbaserte retningslinjene tillitt ved at brukerrepresentanter og representanter for retningslinjenes målgrupper deltok i utarbeidelsen. En av de fagansvarlige understreket at dette var blitt bedre de siste årene: «... at en er flinkere til å trekke inn både brukere og pårørende inn i arbeidet... Før var det veldig mye fagfolk, mens nå bruker de mye mer de andre stemmene inn også...». Flere av de fagansvarlige understreket også betydningen av at de kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet kan ses i sammenheng med andre nasjonale føringer: «...sånn at det er en rød tråd i de...». En annen supplerte: «...at det er sammenheng mellom de ulike veilederne tenker jeg og har en betydning, for da ser du en mening i det, kontra at du har veiledere som slår hverandre i hel, på en måte».

Under intervjuene ble de fagansvarlige eksplisitt forespurt om kjennskap til «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» (Helsedirektoratet, 2015). De fagansvarlige hadde på intervjudtidspunktet, som var 11 måneder etter at den ble utgitt, lite eller ingen kjennskap til denne. «*Jeg tenker jo bare tittelen kan drepe enhver lyst til å ville gjøre seg kjent med den*», uttalte en av de fagansvarlige. I motsetning ble veilederen «Sammen om Mestring» (Helsedirektoratet, 2014) fremhevet positivt vedrørende tittel: «*Jeg synes den er litt flott. Fordi det står «Sammen om Mestring», og at det gjelder rus og psykisk helsearbeid i spesialisthelsetjenesten og kommuner*». Betydningen av de kunnskapsbaserte retningslinjene sitt språk ble også fremhevet: «*Hvis det blir litt sånn faglige ord og uttrykk ... således, såfremt og alt det der. Altså når den som skal jobbe med det, så må det være litt mer konkret. Hva betyr dette for meg? Hvordan skal jeg kunne agere ut det som står her?*».

De to fagansvarlige som hadde sett igjennom og diskutert «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» (Helsedirektoratet, 2015) delte sin foreløpige konklusjon: «*Vi må vite om hva det er, men kanskje den ikke berører driften i kommunen så mye*», sa den ene. De var usikre på i hvilken grad denne kunnskapsbaserte retningslinjen var relevant for de kommunale tjenestene. Den andre ga uttrykk for at dette kunne ha følger for en eventuell iverksetting: «*Det er vel noe med det at en må skjønne at dette er noe som gjelder oss. Og som drar det i gang...For hvis ikke så blir det sånn som du sier at vi avskriver det som ikke – relevant*». Deres usikkerhet var basert på om kommunen er reel målgruppe for denne retningslinjen sett i forhold til dens innhold. I tillegg hadde de ikke funnet noen hjelpemidler tilknyttet denne retningslinjen som bidrag til å få økt kunnskap og forståelse.

De fagansvarlige delte idèer og ønsker om ulike strategier som de ønsket inkludert i de kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet. Dette ønsket de som støtte for å få forståelse av nye retningslinjer og som bistand til iverksetting. En av de fagansvarlige uttrykte ønskemål i form av at «*Det er mange måter å implementere noe på, det trenger ikke nødvendigvis være en hel haug med kurser, det går an å tenke litt mer sånn e – læring på en måte. At en kan dras igjennom et program i forhold til e – læring*».

Flere av de fagansvarlige var opptatt av de mulighetene som digitale versjoner kan gi: «*...visualisering med...skjematisk fremstilling med et flytdiagram*», «*Litt sånt med*

eksempler litt sånn, det hadde jo vært veldig greit», og «... videosnutter» var forslag som kom til uttrykk. Et par av de fagansvarlige savnet papirutgave av de kunnskapsbaserte retningslinjene i tillegg til elektroniske utgaver.

I denne sammenhengen ble «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser» (Helsedirektoratet, 2012b) trukket frem som et godt eksempel: *«Sånt som ROP - retningslinjen, der det var systematisk i forhold til implementeringsprosessen i etterkant og stort fokus på det...».*

Oppsummert belyser disse funnene at fagansvarlige mener faktorer som tittel, språk og konkrete eksempler i de kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet kan være bidrag til at de settes ut i praksis. Fagansvarlige ønsker strategier som e-læringsprogram, digitale versjoner med visualisering og praktiske eksempler for å tilegne seg kunnskap om nye kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet. Fagansvarlige må oppleve at kunnskapsbaserte retningslinjer skaper tillitt, og at det er sammenheng mellom ulike nasjonale føringer. Fagansvarlige mener at de kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet må oppleves som relevante for de kommunale tjenestetiltakene. Funnene synliggjør at fagansvarlige erfarer usikkerhet til «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» (Helsedirektoratet, 2015) sin relevans for kommunale tjenestetiltak.

Forhold ved kommunale tjenester

Denne kategorien belyser de fagansvarlige sine erfaringer og meninger om forhold ved kommunale tjenester som kan være forutsetninger for at kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet iverksettes. Resultatene blir presentert i underkategoriene *Tilpasning* og *Involvert ledelse og engasjerte ansatte*.

Tilpasning

Samtlige fagansvarlige mente at tilpasning av de kunnskapsbaserte retningslinjene til de kommunale tjenestene er en forutsetning for iverksetting: *«Jeg tenker at om det skal ha noen betydning for dem som jobber helt nede på grasroten, så må jo de vite «Hva betyr det for meg?» «Hva innebærer det for meg og jobben jeg skal gjøre?»».*

De fagansvarlige i den ene fokusgruppen understreket betydningen av en aktiv og nysgjerrig tilnærming til de kunnskapsbaserte retningslinjene i arbeidet med tilpasning i de kommunale tjenestene: *«Og litt den der, å ha den litt undrende...Prøve å finne svar, at en har en kultur for det, at det ikke bare er at en aksepterer alt for det det er, på en måte...»*. På spørsmål om hva de kunne gjøre dersom de skulle komme frem til at «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» (Helsedirektoratet, 2015) er av betydning for kommunale tjenester uttalte en av de fagansvarlige: *«Da kunne vi gjort noe sammen. Hatt temasamling der vi presenterte det, og prøvde å oversette den. Siden vi tenker litt at dette er TSB eller behandling i spesialisthelsetjenesten»*. En annen supplerte med at de i de kommunale tjenestene måtte reflektert omkring *«Hva i denne retningslinjen har betydning for oss?»*.

Fagansvarlige i den andre fokusgruppen presenterte en annen tilnærming til de kunnskapsbaserte retningslinjene. Disse fagansvarlige relaterte seg i stor grad til interne prosedyrer som ble utviklet av rådgivere i kommunen basert på retningslinjene:

«Vi jobber i et system der vi er ute i feltet og så har vi en X-avdeling (navn på avdeling) som får retningslinjer fra departement og direktorat og så er det X-avdeling (navn på avdeling) sin jobb å komme til oss og si at sånn og sånn skal X (navn på kommunen) gjøre det...».

En slik prosess viste også igjen ved spesifikke spørsmål tilknyttet «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» (Helsedirektoratet, 2015). De fagansvarlige i denne gruppen var ikke kjent med denne retningslinjen på intervjutidspunktet. De var avventende til en eventuell prosess på et annet nivå i kommunen: *«for det kan hende at det er en rådgiver i X-avdeling (navn på avdeling) som har begynt å se på den, og som tenker noen tanker, men som ikke har kommet så langt...»*.

Involvert ledelse og engasjerte ansatte

De fagansvarlige uttrykte stor enighet om betydningen av leders rolle og ansvar for at iverksetting skal lykkes: *«Når det kommer ned til oss så er det jo min oppgave å implementere det i min avdeling, i min seksjon»*. I tillegg var de bevisst betydningen av leders engasjement: *«Jeg tenker som så at for å engasjere må du selv være engasjert»*. De var også opptatt av å engasjere de ansatte: *«Om jeg har eierskap eller fagstab har*

eierskap til det betyr ingenting, men det er de som gjør jobben i det daglige, de må ha eierskap til det de skal gjøre...».

Et par av de fagansvarlige delte også erfaringer om betydningen av «ildsjeler ...» i enhetene, «... noen som brenner for det» og «... som du kan spille på lag med, som og kan være med på å videreformidle dette ut i sine arbeidsgrupper...». En annen fagansvarlig supplerte med betydningen av disse ildsjelenes nærhet til praksis, og at han eller hun selv var en av fagutøverne i den respektive enheten: «Ja, og som kanskje har litt mer videre forståelse om hvorfor man har det [intervensjonen], hva det kan brukes til, hva som er nytten av det».

Leders betydning for iverksetting kom også til uttrykk ved dialog om «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» (Helsedirektoratet, 2015). En av de fagansvarlige uttalte at «jeg tror nok det at når vi allerede har parkert den litt, så er jo det en begrensning ut i resten av avdelingen».

Oppsummert viser resultatene at fagansvarlige mener at tilpasning av kunnskapsbaserte retningslinjer i de kommunale tjenestene er forutsetning for at de skal iverksettes i praksis. Resultatene synliggjør ulike måter å gjøre dette på. Noen fagansvarlige hadde erfaringer med aktiv refleksjon internt og på tvers av tjenestene. Andre fagansvarlige var avventende til de blir forelagt lokale prosedyrer baserte på de nasjonale føringene. Funnene synliggjør også at de fagansvarlige vektlegger leders rolle og ildsjeler i tjenestene som forutsetninger for at kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet blir iverksatt.

Systematisk iverksetting

Denne kategorien belyser funn relatert til de fagansvarlige sine refleksjoner om betydningen av systematisk iverksetting for at kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet skal settes ut i praksis. Resultatene fremstilles i underkategorien *Oppfølging over tid*.

Oppfølging over tid

Et par av de fagansvarlige delte oppfatninger om at «...felles enighet» og «...konkrete mål» er forutsetninger for iverksetting. I tillegg ble kunnskap som forutsetning for iverksetting uttrykt av en av de fagansvarlige: «Du må vite om hva det vil si å innføre nye ting og hvordan, og ikke minst hvor lang tid det tar». En annen beskrev at «når du tenker

at det tar 3-5 år før du har fått implementert noe så mister du i hvert fall ikke motet når du etter første året ser at...».

Flere av de fagansvarlige bidro med eksempler fra egen enhet på gode iverksettingsprosesser som var gjennomført for å oppnå praksis i tråd med kunnskapsbaserte retningslinjer. Forutsetningene for at disse hadde lyktes var at de hadde jobbet systematisk over tid, og at det var en felles beslutning og felles engasjement. Betydningen av å inneha eller tilegne seg kompetanse og ferdigheter ble også understreket: «...og da tenker jeg på det med MI'en som det var veiledning i hver avdeling for å holde det oppe».

Samtidig beskrev flere av de fagansvarlige å ha mer og mindre forutsetninger for å få dette til: «...og det med den oppfølgingen..eh...det er nok ikke jeg, eller vi, gode på». En annen supplerte: «Så det med å finne tid for, og i alle fall engasjement for nye ting, det er...må vi vel...må i hvert fall jeg være ærlig på å si at er en utfordring. Men jeg sier ikke at det ikke går! Men det er noe med tid og så er det noe med ressurser». Denne fagansvarlige deltok i fokusgruppen hvor kommunen var organisert med generelle helse- og sosialtjenester som inkluderte tilbud til personer med rusmiddelproblematikk. En av disse uttrykte: «...det går rett og slett på knappe ressurser, og så er det jo ikke bare rus og psykiatri jeg er leder for».

Basert på utfordringer med tid og ressurser beskrev to fagansvarlige konsekvenser av dette i form av at «...det blir jo litt sånn, okey, jeg har fått det ut...». Den andre supplerte «...så de som er flinke kan gå inn og lese seg opp». Disse fagansvarlige var opptatt av å gjøre retningslinjene kjent, men erfarte å ha begrenset mulighet til å følge opp. I tillegg presiserte en av de fagansvarlige at iverksetting også avhenger av prioriteringer: «...hvor mye du har tenkt å investere i det. Hvor mye du har tenkt å prioritere...». I denne sammenhengen ble dette eksemplifisert med tid og ressurser.

Samtidig ga flere av de fagansvarlige uttrykk for at de ønsket å kunne bidra til systematisk iverksetting for å sikre etterlevelse av kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet: «Vi kunne jobbet ennå mer med fagutvikling og implementering, det tenker jeg vi kunne altså, ja». Fokusgruppeintervjuet inspirerte en av de fagansvarlige til økt bevissthet omkring systematisk iverksetting: «Jeg kunne nok veldig gjerne, ofte, gått tilbake igjen og kvalitetssikret om de faktisk har forstått det og, og kanskje vært det litt mer bevisst i saker som de presenterer eller i utfordringer de presenterer for meg eller for fagleder».

Oppsummert synliggjør funnene at fagansvarlige er opptatt av felles enighet, kompetanse og systematisk arbeid over tid for at kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet skal settes ut i praksis. Fagansvarlige er opptatt av kunnskap om iverksetting som forutsetning for systematisk iverksetting. Samtidig fremkommer det at faktorer som prioritering av tid og ressurser kan skape utfordringer for å sikre oppfølging over tid.

6.0 DISKUSJON

I dette kapittelet blir studiens resultater diskutert. Dette blir gjort i lys av tidligere forskning, studiens kontekst og teoretiske perspektiv. Med grunnlag i studiens problemstilling består diskusjonskapittelet av to deler. Første del omhandler kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet sin *betydning for praksis* i kommunale tjenestetiltak. I andre del diskuteres *forutsetninger for iverksetting* av disse retningslinjene. Av hensyn til studiens funn blir «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» (Helsedirektoratet, 2015) tematisert og eksemplifisert eksplisitt gjennomgående i diskusjonskapittelet.

6.1 Betydning av kunnskapsbaserte retningslinjer

Først i denne delen blir kunnskapsbaserte retningslinjer sin betydning for *praksis* diskutert. Deretter blir *samarbeid* og samhandling diskutert.

6.1.1 Økt kunnskapsbasert praksis

Samtlige av de fagansvarlige opplevde at den økte satsningen på rusfeltet har hatt positive følger. Dette begrunnet de blant annet med at kommunenes tydeligere rolle på rusfeltet og den økte kompetansen i de kommunale tjenestene kommer personer med rusmiddelproblematikk til gode. Studien belyser at de kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet bidrar til å imøtekomme krav og forventinger som kommunene er stilt overfor. Dette gjelder både fra nasjonalt hold, fra personer med rusmiddelproblematikk og deres pårørende. De fagansvarlige beskriver at kunnskapsbaserte retningslinjer kan gi faglig støtte og retning i deres arbeid. Dette gjelder både ved utvikling av tjenestene og i fagutøvelse overfor personer med rusmiddelproblematikk. Studiens funn understøttes av Grol, Wensing og Eccles (2013) som viser til at retningslinjene i tillegg til å bidra med ny forskning, også kan bidra til forbedring av eksisterende praksismetoder, utvikling av praksisrutiner og etablering av nye tiltak. I kontrast fremkommer det av denne studien at de fagansvarlige ikke opplever at kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet bidrar til klarhet i hva kommunenes rolle skal være i et rusbehandlingsforløp. Ulike faktorer som kan ligge til grunn for dette kommer jeg nærmere inn på senere i dette kapittelet.

Studios funn indikerer at kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet sitt bidrag til praksis i kommunale tjenester erfares av de fagansvarlige på ulik måte. I det følgende blir dette synliggjort med utgangspunkt i kommunenes organisering.

Begge de to kommunene som bidro til denne studien er store kommuner i nasjonal målestokk. Samtidig er de eksempler på hvordan kommuner kan være ulikt organisert. Den ene kommunen var organisert med russpesifikke tjenestetiltak underlagt en felles enhet for rus og psykisk helse. De fagansvarlige her beskrev en aktiv tilnærming til de kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet. De beskrev erfaringer med felles refleksjoner mellom overordnet ledelse, fagansvarlige og fagutøvere om hvordan de kunnskapsbaserte retningslinjene kan bidra til utvikling av kommunens tjenestetilbud og til fagutøvelse overfor personer med rusmiddelproblematikk. Dette kan forstås som en myndiggjøring av de ansatte, hvor deres erfaringer og kompetanse vektlegges. I lys av denne studiens teoretiske perspektiv kan dette også forstås som bidrag til ansattes og de kommunale tjenestenes mestringstro (Bandura, 1997).

I den andre kommunen inngikk tjenestetilbud til personer med rusmiddelproblematikk i generelle helse- og sosialtjenester. Kommunen var organisert med en overordnet avdeling som oppdaterte interne prosedyrer i tråd med nasjonale føringer. Dette kan forstås i form av at kunnskapsbaserte retningslinjer er bidrag inn i en overordnet styringsmodell, og i mindre grad er et praktisk virkemiddel for økt kunnskapsbasert praksis. Dette kan også forstås i retning av at fagansvarlige og fagutøvere myndiggjøres i mindre grad. Studiens funn underbygger denne forståelsen i form av at fagansvarlige her ikke hadde videre kjennskap til de kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet i seg selv. De forholdt seg hovedsakelig til kommunens lokale prosedyrer.

Sammenfattet trenger ikke kommunenes ulike tilnæringsmåter bety at de kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet i større eller mindre grad bidrar til kunnskapsbasert praksis i tjenestene. Studiens resultater kan derimot forstås i form av at kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet sitt bidrag til praksis oppleves og erfares ulikt blant fagansvarlige. Det kan også belyse at forhold som organisering, tilpasningsprosesser, delaktighet og mestringstro kan være faktorer av betydning for kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet sitt bidrag til praksis. Disse faktorene fremgår også som faktorer av betydning for iverksetting (Francke et al., 2008; Grol et al., 2013; Prior et al., 2008). Dette vil jeg komme nærmere inn på i punkt 6.2.

6.1.2 Betydning for samarbeid og samhandling

De fagansvarlige ga eksempler på hvordan kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet kan være nyttige virkemidler for bedre samarbeid og samhandling. Dette ble av de

fagansvarlige blant annet eksemplifisert ved «Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet» (Helsedirektoratet, 2010). Deres eksempler indikerer at denne retningslinjen gir innspill til gode samarbeidsstrukturer på systemnivå. Den synes også å bidra til samarbeid omkring den enkelte bruker eller pasient som er inkludert i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Dette kan forstås som at det er et potensiale i de kunnskapsbaserte retningslinjene til å bistå i arbeidet med å sikre samarbeid til det beste for personer med rusmiddelproblematikk.

Basert på de fagansvarliges erfaringer og refleksjoner indikerer derimot studiens funn at de kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet i sin helhet ikke innfrir dette potensialet. Samtidig bidro de fagansvarlige til å synliggjøre et spenningsfelt relatert til dette. Av hensyn til studiens problemstilling, dens kontekst og teoretiske perspektiv er det av interesse å se dette i lys av rusmiddelproblematikkens kompleksitet. Personer med rusmiddelproblematikk har ofte sammensatte utfordringer med behov for samtidige og påfølgende tjenester. Dette kan medføre både tverrfaglig, tverrsektorielt og tverretattlig samarbeid. Det inkluderer et stort omfang av kunnskapsbaserte retningslinjer og veiledere på flere fagområder, og et omfattende antall kunnskapsbaserte anbefalinger. Som noen av de fagansvarlige var inne på kan det være nærliggende å søke entydige nasjonale føringer som imøtekommer samarbeidsutfordringer i størst mulig grad. Motsatt kan slike føringer stå i kontrast til nettopp rusmiddelproblematikkens kompleksitet. Brukernes sammensatte utfordringer og hjelpebehov underbygger betydningen av fleksibilitet i tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Individuell tilpasning til den enkelte bruker eller pasient med rusmiddelproblematikk sine behov er også av betydning (ibid.). Fagansvarlige som i denne studien understreket betydningen av lokale forholds betydning for tjenestetilbudet kan forstås på bakgrunn av disse forholdene.

Et par av de fagansvarlige underbygget betydningen av dialog og felles refleksjon for å imøtekomme disse kontrastene ved rusmiddelproblematikkens kompleksitet. De så hensikt i dialog om hvordan de kunnskapsbaserte retningslinjene kan bistå til å sikre bedre samarbeid på rusfeltet. De fagansvarlige mente at slike fora kunne være hensiktsmessige både internt i kommunene og sammen med eksterne samarbeidspartnere. I denne studien ble det eksplisitt eksemplifisert med spesialisthelsetjenesten. De fagansvarlige viste til eksisterende samarbeidsfora av denne karakter. Samtidig indikerer studiens funn at slike fora hovedsakelig omhandler overordnet systemnivå med hensikt å legge til rette for

helhetlige og koordinerte tjenester. På bakgrunn av denne studiens problemstilling er det relevant å stille spørsmål med i hvilken grad systematiske prosesser følger i forlengelsen av slike fora, med mål om bidra til praksis.

Som påpekt i punkt 6.1.1 erfarte de fagansvarlige uklarerhet i hvordan kommunal rusbehandling skal forstås. Dette er også av relevans for kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet sitt bidrag til samarbeid og samhandling. De fagansvarlige undret seg over hva kommunal rusbehandling innebærer sett i forhold til behandling innen spesialisthelsetjenesten. Dette kan indikere at holdningen om at behandling av personer med rusmiddelproblematikk foregår innen spesialisthelsetjenesten fortsatt er gjeldende. Dette til tross for presiseringer både i lovverk (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) og offentlige føringer (Helsedirektoratet, 2012b; Helsedirektoratet, 2014). Ulike årsaksforhold som kan ligge til grunn for dette er utenfor denne studiens hensikt og problemstilling.

Derimot kan det være interesse å se dette i lys av «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» (Helsedirektoratet, 2015). De fagansvarlige sine refleksjoner om kommunal rusbehandling kom til uttrykk tilknyttet dialog om denne retningslinjen. På den ene siden kan det stilles spørsmål med om «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» (Helsedirektoratet, 2015) i større grad kunne tatt ut sitt potensiale ved å tydeliggjøre hvordan kommunal rusbehandling kan forstås. På den andre siden kan dens bidrag til kunnskapsbasert praksis på rusfeltet underbygge betydningen av at kommuner og kommunale tjenester må reflektere omkring hva rusbehandling innebærer for den enkelte kommune. Slike refleksjoner kan ta utgangspunkt i de kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet og ses i lys av lokale forhold og eksisterende praksis (Grol et al., 2013). Tilsvarende kan den ligge til grunn for dialog og refleksjon med spesialisthelsetjenesten med målsetting om å finne klarhet i hva kommunenes rolle skal være i et rusbehandlingsforløp. Forutsetninger for en slik tilnærming av hensyn til iverksetting blir berørt nærmere i det følgende.

6.2 Forutsetninger for iverksetting av kunnskapsbaserte retningslinjer

I denne delen blir forutsetninger som kan være avgjørende for at kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet iverksettes i kommunale tjenester diskutert. Først diskuteres *strategier for iverksetting*. Deretter tematiseres *forhold ved retningslinjene* som

forutsetninger for iverksetting. Avslutningsvis diskuteres forutsetninger for *systematisk iverksetting*. Samtlige tema vil bli diskutert i lys av kollektiv orientering, som handler om å stimulere til utvikling og endring i et fellesskap. Dette gjøres på bakgrunn av at fenomener som kollektiv mestringstro og kapasitet kan gi mulighet til å identifisere forhold som er av betydning for den type endringsprosesser som iverksetting av kunnskapsbaserte retningslinjer i kommunale tjenester tilsier (Roland, 2015b).

6.2.1 Strategier for iverksetting

Tidligere forskning på iverksetting av retningslinjer har i stor grad omhandlet identifisering av ulike strategier som er mer eller mindre effektive i iverksettingsprosesser (Fretheim et al., 2015; Francke et al., 2008; Prior et al., 2008). Eksempler her er påminnere og støttesystemer, atferdsincentiver, opplæring, praksisbesøk med mer (Fixsen et al., 2005; Weinmann et al., 2007; Fretheim et al., 2015). De fagansvarlige i denne studien knyttet strategier til bistand de kan få fra nasjonalt hold for å bli kjent med nye retningslinjer og for iverksetting av disse. De fagansvarlige kom med ønsker og forslag basert på interaktiv opplæring i tillegg til ordinær kompetanseheving. De fremmet idèer om digitale visualiseringer med konkrete eksempler i flytskjema. Enkelte ønsket seg også en trykket utgave av de kunnskapsbaserte retningslinjene. Sammenfattet presenterte de fagansvarlige betydningen av *multiple strategier* som forutsetning for iverksetting. Dette understøttes av blant annet Francke et al. (2008) og Fixsen et al. (2005).

Studiens funn kan indikere at den type strategier som de fagansvarlige foreslo bør foreligge parallelt med utgivelse av kunnskapsbaserte retningslinjer. De fagansvarlige ønsket at disse helst er integrert i de kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet. Francke et al. (2008) synliggjør at tilstedeværelse av strategier parallelt med utgivelse kan bidra til å sikre tilstrekkelig oppmerksomhet som bidrag til iverksetting. Denne studiens funn kan belyse eventuelle konsekvenser ved at strategier ikke følger parallelt med utgivelse. Dette kan eksemplifiseres med «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» (Helsedirektoratet, 2015). Et par av de fagansvarlige i denne studien ga uttrykk for at denne kunnskapsbaserte retningslinjen for rusfeltet ble lagt bort. Dette var dels på grunn av at det ikke fulgte strategier som bistand til forståelse og kunnskap. Kunnskapsbaserte retningslinjer og tilhørende strategier kan ut fra denne studiens teoretiske perspektiv på kapasitet forstås som ekstern støtte. Ekstern støtte påvirker enheters eller organisasjoners kapasitet for utvikling og endring (Fullan, 2007). Studiens funn kan indikere at de fagansvarlige

opplevde å ikke ha tilstrekkelig støtte for å tilegne seg den kunnskapen som «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» (Helsedirektoratet, 2015) bidrar med.

6.2.2 Relevans og tilpasning

Utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer er i Norge sentralisert ved at Helsedirektoratet er ansvarlige for å utarbeide disse. Med dette følger at retningslinjene utvikles basert på spesifikke, systematiske strategier i henhold til «Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer» (Helsedirektoratet, 2012a). Retningslinjene er kunnskapsbaserte i betydningen av at de inkluderer kliniske erfaringer og brukerperspektivet, i tillegg til forskningsbasert kunnskap. Denne studiens funn indikerer at dette skaper *tillit*. De fagansvarlige var også opptatt av at de kunnskapsbaserte retningslinjene må være *lett forståelige* med hensyn til språk og titler. De mente at det fremviser en nærhet til fagfeltet som igjen er tillitsskapende. Både tillit og forståelig språk som forutsetninger for iverksetting understøttes av Francke et al. (2008) med flere. Samtidig er det verdt å påpeke at Weinmann, Koesters og Becker (2007) sin systematiske review viser at slike forhold ved retningslinjene ikke er av betydning for om de iverksettes i praksis.

For at kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet skal iverksettes var de fagansvarlige opptatt av at nasjonale føringer står i *sammenheng* med hverandre. De var opptatt av at kunnskapsbaserte retningslinjer, veiledere og andre føringer supplerer og utfyller hverandre. I tillegg var de opptatt av at de kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet må svare til et *behov* i de kommunale tjenestene. De må oppleves som relevante for praksis. Betydningen av relevans kom også til uttrykk blant de fagansvarlige som reflekterte over om kommunale tjenester er reell målgruppe for «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» (Helsedirektoratet, 2015).

Samtlige av de nevnte forholdene kan diskuteres nærmere med kollektiv orientering til grunn, og i lys av «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» (Helsedirektoratet, 2015). Denne kunnskapsbaserte retningslinjen for rusfeltet viser for eksempel til andre retningslinjer og veiledere for utdyping og forståelse av kommunenes rolle og ansvar. På den ene siden styrker dette betydningen av at nasjonale føringer supplerer hverandre. På den andre siden forutsetter

dette at det må foreligge faktorer i de kommunale tjenestene til grunn for å tilegne seg tilstrekkelig kunnskap og forståelse. Dette kan være faktorer som organisatoriske strukturer og prioriteringer, motivasjon og engasjement hos ansatte og i enheten som helhet. I henhold til Fullan (2007) kan disse faktorene påvirke i hvilken grad fagansvarlige, fagutøvere og kommunale tjenester som helhet tilegner seg nødvendig kunnskap og forståelse. Dette vil i forlengelsen være av betydning for enheters og organisasjoners kapasitet for utvikling og endring (ibid.).

Betydningen av at kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet må svare til et behov i de kommunale tjenestene kom også til uttrykk ved samme retningslinje. Et par av de fagansvarlige uttrykte usikkerhet til denne kunnskapsbaserte retningslinjens relevans for kommunale tjenester. Tidligere forskning viser at et opplevd behov for endring er sentral forutsetning for iverksetting (Grol et al., 2013). Motivasjon for å gå i gang med en endring øker dersom ansatte kjenner et behov for å foreta en endring i praksis (Roland, 2015b; Grol et al., 2013). Dette er faktorer som påvirker mestringstro. I henhold til Bandura (1997) er individuell og kollektiv mestringstro av betydning for planer som utvikles, målsettinger som blir satt, prioritering av ressurser og innsats som investeres i en iverksettingsprosess.

De to fagansvarlige som hadde gjort seg kjent med «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» (Helsedirektoratet, 2015) hadde lagt den til side da de primært opplevde den som en retningslinje for Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Basert på den kunnskapsbaserte retningslinjens innhold var de usikre på om kommunale tjenester er reell målgruppe for denne retningslinjen. Som det fremgår av punkt 1.1 har de kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet mange målgrupper. På den ene siden kan dette forstås som et forsøk på å imøtekomme rusmiddelproblematikkens kompleksitet. På den andre siden kan denne studien indikere konsekvenser av dette av hensyn til en eventuell iverksettingsprosess. Prior, Guerin og Grimmer-Somers (2008) peker på at det er utfordrende å komme med anbefalinger som er til nytte for samtlige målgrupper av en retningslinje. Basert på de fagansvarlige sine refleksjoner kan studiens funn forstås i denne retning.

Oppsummert bidro de fagansvarlige i denne studien med refleksjoner om forhold ved de kunnskapsbaserte retningslinjene som forutsetninger for iverksetting. Retningslinjenes

språk, at de oppleves som relevante og imøtekommer et behov er eksempler på dette. Samtlige av disse forutsetningene kan ses i lys av kollektive fenomener som kapasitet for endring og kollektiv mestringstro. Tilstedeværelse av disse fenomenene hos fagansvarlige, fagutøvere og den kommunale tjenesten som helhet kan ha betydning for om en iverksettingsprosess lykkes eller ikke.

Kollektive fenomener, som kapasitet for endring og kollektiv mestringstro, kan også ses i relasjon til tilpasning av kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet. Flere av de fagansvarlige var opptatt av tilpasning for å imøtekomme lokale forhold og de behovene som personer med rusmiddelproblematikk i kommunen har. Grol et al. (2013) understreker at mangelfull tilpasning kan føre til at de kunnskapsbaserte retningslinjene og deres anbefalinger ikke blir tilpasset de kommunale forholdene i tilstrekkelig grad (Grol et al., 2013). Tilpasning av kunnskapsbaserte retningslinjer kan også forstås som grunnleggende for å sikre engasjement blant fagutøvere og den kommunale tjenesten for å gå i gang med en endring (Grol et al., 2013). Samtidig kan grad av tilpasning problematiseres. Eksempelvis peker Fullan (2007) på at det er av betydning for en iverksettingsprosess at ansatte og enheten som helhet har kunnskap om intervensjoner som iverksettes sitt grunnlag. Denne studien belyser at noen av de fagansvarlige forholdt seg primært til lokale prosedyrer som var utviklet på bakgrunn av kunnskapsbaserte retningslinjer. I mindre grad hadde de kjennskap til de kunnskapsbaserte retningslinjene i seg selv. I denne forbindelsen kan det stilles spørsmål med betydningen av å kjenne opprinnelsen til kunnskapsbaserte intervensjoner som iverksettes, og i hvilken grad dette vil kunne innvirke på iverksettingsprosesser.

Av tidligere diskusjon ble fagansvarliges refleksjoner om kommunal rusbehandling berørt. Her ble det lagt til grunn at kommunen selv bør reflektere omkring forståelsen av kommunal rusbehandling. Dette kan gjøres med utgangspunkt i nasjonale føringer og kommunens aktuelle praksis og ressurser, omfang av rusmiddelproblematikk, kompetansebehov med videre. I henhold til Grol et al. (2013) bør slike refleksjoner også omhandle i hvilken grad de nasjonale føringene sammenfaller med de ansattes teoretiske kunnskap, faglige verdier og holdninger. Med studiens teoretiske perspektiv til grunn kan det forstås at en slik tilnærming forutsetter en tilstrekkelig grad av kollektiv mestringstro og kapasitet for endring i de kommunale tjenestene.

6.2.3 Systematisk iverksetting

Jeg velger i det følgende å diskutere denne studiens funn i lys av noen elementer som fremgår av Fixsen et al. (2005) sin *forståelsesramme for kunnskapsbaserte intervensjoner* (punkt 3.2). I lys av studiens kontekst og iverksetting av kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet er det min forståelse at Helsedirektoratet som ansvarlig for utarbeiding av retningslinjene er til venstre for denne modellen. Brukere, pasienter og pårørende er til høyre, i forlengelsen av modellen. Om de kunnskapsbaserte retningslinjene når praksisfeltet vil være avhengig av de forutsetningene som ligger innenfor forståelsesrammen (ibid.). I denne studiens kontekst forstås kunnskapsbaserte intervensjoner som en eller flere anbefalinger som fremkommer av kunnskapsbaserte retningslinjer, og som er besluttet iverksatt i en kommunal tjeneste eller kommune. Dette kan innebære en eller flere tiltak av ulikt omfang, og medføre ulik grad av endring.

Fixsen et al. (2005) synliggjør med sin forståelsesramme hva en systematisk iverksettingsprosess krever og forutsetter. Dette gjelder både av enkeltansatte, enheten og organisasjonen. De fagansvarlige i denne studien var opptatt av klare målsettinger, langsiktige planer, felles engasjement og innsats som sentrale faktorer i en systematisk iverksettingsprosess. De var i tillegg opptatt av at ansatte på ulike nivå er kjent med hva en systematisk iverksetting krever av tid og ressurser. Den ene fagansvarlige ga uttrykk for betydningen av kunnskap om iverksetting for «ikke å miste motet». Dette kan forstås som at viktigheten av utholdenhet er kjent. Det kan også indikere kunnskap om sårbarhet som faktor dersom resultatene i praksis lar vente på seg. Fullan (2007) synliggjør at kunnskap om iverksettingsprosesser er forutsetning for kapasitet for endring og utvikling.

De fagansvarlige var opptatt av det de kalte «ildsjeler» som sentral faktor for systematisk iverksetting. I henhold til Fixsen et al. (2005) sin forståelsesmodell kan dette forstås som «purveyors» eller formidlere. Disse bidrar til en aktiv kommunikasjonsforbindelse, som er bindeleddet mellom den kunnskapsbaserte intervensjonen og enheten hvor den skal iverksettes. Fretheim, Flottorp og Oxman (2015) understøtter dette ved det de kaller lokale opinionsledere. De fagansvarlige vektla de positive følgene av disse ildsjelene har større nærhet til praksisfeltet. De mente dette bidro til større forståelse av den kunnskapsbaserte intervensjonen som skal iverksettes. Dette ville igjen kunne bidra til økt engasjement blant fagutøverne og i enheten som helhet. De fagansvarlige mente ildsjelene bidrag var et viktig supplement til fagansvarlig sitt eget bidrag i en systematisk

iverksettingsprosess. Disse faktorene understøttes av Fixsen et al. (2005) som betydningsfulle i en systematisk iverksettingsprosess.

Videre fremhevet de fagansvarlige lederes rolle og ansvar i en systematisk iverksettingsprosess. I denne studiens kontekst inkluderer dette ledere på ulike nivå, inklusive fagansvarlige i kommunale tjenester med tilbud for personer med rusmiddelproblematikk. *Ledelse* fremgår i Fixsen et al. (2005) sin forståelsesramme som administrativ støtte i kommunikasjonsforbindelsen. Betydningen av ledere sitt ansvar for å holde fokus og drive endringer fremover underbygges av Fullan (2007). Her fremgår det at ledere må stimulere, tilrettelegge og skape rom for endringsprosesser. Ledelse som faktor i systematiske iverksettingsprosesser fremgår også av det Fixsen et al. (2005) kaller påvirkningsfaktoren. Påvirkningsfaktoren omslutter hele iverksettingsprosessen. Den består av eksterne forhold som kan påvirke iverksetting av kunnskapsbaserte intervensjoner. Denne kunnskapen kan underbygge betydningen av at fagansvarlige må oppleve å ha tilstrekkelig støtte og ressurser over tid. Dette behøves for å kunne imøtekomme de forutsetningene som systematisk iverksetting krever.

Oppsummert synliggjorde de fagansvarlige i denne studien en rekke faktorer som må være tilstede for at en systematisk iverksettingsprosess skal lykkes. De fagansvarlige pekte på faktorer som felles engasjement, kunnskap om iverksetting, ildsjelers betydning og ledelse som sentrale forutsetninger. De fagansvarlige kan forstås som at de er bevisst betydningen av at ansatte i felleskap og på ulike nivå må investere den innsatsen som kreves for at iverksetting skal lykkes. Disse faktorene understøttes av Bandura (1997) tilknyttet forståelsen av mestringsstro sin betydning for endring. Vi finner det også igjen hos Fullan (2007) som faktorer som påvirker enheters kapasitet for utvikling og endring.

For at de ovenfornevnte faktorene skal bidra til iverksetting i praksis kreves det tilrettelegging, prioritering og systematikk over tid (Grol et al., 2013). Derimot kan studiens funn belyse utfordringer med å imøtekomme dette. Flere av de fagansvarlige ga uttrykk for at de erfarte utfordringer med å legge til rette for systematisk iverksetting i praksis. Disse utfordringene ble i all hovedsak presentert av de fagansvarlige for de kommunale tjenestene hvor tilbud til personer med rusmiddelproblematikk var en integrert del av den generelle helse- og sosialtjenesten. Det at de var ansvarlige for andre fagfelt enn rusfeltet ble påpekt som en faktor ved utfordringene de erfarte. De var opptatt av hvor stor prioritet de selv som fagansvarlige kunne tillegge iverksettingsprosesser for

tilstrekkelig oppfølging og støtte. De stilte også spørsmål med hvor mye fagutøvere og enheten som helhet hadde anledning til å investere i en systematisk iverksettingsprosess.

I ytterste konsekvens kan slike utfordringer forstås som grunnlag for at praksis ikke endres og utvikles i tråd med kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet. Eksisterende praksis opprettholdes til tross for kjennskap til foreliggende anbefalinger om kunnskapsbasert praksis. Alternativt kan det tenkes at en rekke enkeltstående tiltak blir iverksatt uten videre oppfølging. I denne studien ble dette belyst av fagansvarlige som sørget for å gjøre kunnskapsbaserte retningslinjer eller konkrete anbefalinger kjent blant fagutøverne, samtidig som de opplevde å ikke ha mulighet for videre oppfølging.

Utfordringene som belyses blant noen av de fagansvarlige kan forstås i form av at disse fagansvarlige i større grad er tillagt et individualisert ansvar for systematiske iverksettingsprosesser. Tilsvarende kan det antas at ildsjelene i disse kommunale tjenestene blir tillagt et individuelt ansvar for iverksetting. Som en av de fagansvarlige eksemplifiserte kan også enkelte fagutøvere bli tillagt ansvar for endring og utvikling. Med dette kan det forstås at kunnskapsbaserte intervensjoner baseres på individuelt engasjement og mestringstro, og ikke som ledd i en systematisk iverksettingsprosess. Med dette finner vi heller ikke at forutsetninger for iverksetting er tilstede. Med forståelsen av kapasitet for endring og kollektiv mestringstro til grunn kan studiens funn belyse at tilstedeværelse av disse fenomenene kan være av betydning for systematiske iverksettingsprosesser. Med grunnlag i diskusjonskapittelet i sin helhet belyser denne studien at kommunale tjenester og kommuner kan inneha ulik grad av kapasitet for endring. Dette vil igjen kunne medvirke til i hvilken grad forutsetninger for systematiske iverksettingsprosesser er tilstede.

6.3 Kritisk tilbakeblikk

Studien er en masteroppgave med de begrensningene det medfører i omfang og tid. Studiens teoretiske perspektiv kunne med fordel være tillagt større vekt. Det er liten tvil om at det ville fremkommet et annet bidrag til kunnskap ved valg av andre teoretiske perspektiv. Eksempelvis kunne motivasjonsteori eller annen teori vedrørende systematisk iverksetting bidratt her.

Det følger også begrensninger i datamaterialets omfang. Det kan stilles spørsmål ved om to fokusgrupper med totalt ti informanter ga riktig mengde data. Samtidig var informantene representanter for større arbeidsfellesskap. Studien kunne profittert på at

datamaterialet inkluderte flere kommuner, og kommuner av annen størrelse. Dette ville hatt betydning for datamaterialets bredde og variasjon. Det kan også reflekteres over i hvilken grad andre inklusjons- og eksklusjonskriterier hadde gitt utslag på datamaterialet og videre analyse. Studien kunne også gitt andre resultater om de demografiske opplysningene hadde blitt benyttet i selve analysen. Samtidig fant jeg at datamaterialet var tilstrekkelig både av hensyn til dimensjoner og mengde.

Det er også verdt å reflektere over i hvilken grad fokusgruppene sammensetning har vært av betydning for innsamlet datamateriale (Malterud, 2012). Fokusgruppene presenterte ulike tilnærminger tilknyttet studiens tema. Det er liten tvil om at erfaringsutvekslinger og refleksjoner hadde vært annerledes dersom fokusgruppene var sammensatt på tvers av kommunene. Fokusgruppene innad fremstod som samstemte. Beslutningen om homogene grupper kan ha hatt innvirkning på at det ikke var tilstrekkelig åpenhet for eventuelle uoverensstemmelser.

Min forforståelse har jeg i utgangspunktet vurdert som en kilde til kvalitet. Det er likevel verdt å erkjenne at denne kan ha påvirket til en begrenset forståelse av datamaterialet og vært en kilde til feiltolkning.

En metodesvakhet ved denne studien er at det har ikke har deltatt flere forskere. Veileder har derimot fulgt hele forskningsprosessen. En annen svakhet er at det ikke deltok co-moderator i fokusgruppeintervjuene. Dette lot seg ikke praktisk gjennomføre av hensyn til tid. Det er naturlig å stille spørsmål med i hvilken grad non-verbal – kommunikasjon og stemning i gruppene kunne blitt bedre ivaretatt ved deltakelse av co-moderator. Derimot er dette forsøkt imøtekommet på best mulig måte som presentert i metodekapittelet.

Ved kritisk refleksjon om valg av analysemetode har gruppedynamikk og samhandling mellom informantene vært tema. Kritikere påpeker at analysestrategier som overser samhandlingssituasjoner i en fokusgruppe utelater en sentral del av den kontekstuelle kunnskapen som er nødvendig for forsvarlig analyse (Halkier, 2010; Malterud, 2012). Malterud (2012) viser til at den sosiale samhandlingen i gruppen og konteksten for kommunikasjonen mellom deltakerne i liten grad blir gjort eksplisitt i analyse av datamateriale fra fokusgrupper (ibid., s. 104). Jeg valgte å rette oppmerksomheten mot det tematiske innholdet i datamaterialet. Derimot har jeg hatt kontekstvurdering i bakhodet under analysen og vært bevisst balansen mellom innhold og prosess. Samtidig

kan det stilles spørsmål med i hvilken grad annen analysemetode og større vekt på gruppedynamikk og samhandling hadde bidratt med andre resultater.

7.0 AVSLUTNING

Avslutningsvis søkes det å sammenfatte denne studiens bidrag til kunnskap. Dette blir gjort i en oppsummering, samt vurderinger omkring implikasjoner for praksis og videre forskning.

7.1 Oppsummering

Det har gjennom tidene vært store utfordringer med å tilrettelegge for tjenestetilbud som på best mulig måte imøtekommer personer med rusmiddelproblematikk sine behov. I en årrekke har det vært nasjonal satsning på å utvikle rusfeltet i Norge. Kommunene har fått en tydeligere rolle på dette fagfeltet, med betydningen av og behovet for lokale tjenester til grunn. Intensjonen om økt samarbeid for helhetlige og koordinerte tjenester har også vært av sentral betydning. Kompetanseheving, økt kvalitet og kunnskapsbasert praksis har vært prioriterte målsettinger i denne nasjonale satsningen. Kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet har de siste årene vært sentrale virkemidler i å nå disse ruspolitiske målsettingene.

Denne studiens hensikt var å gi økt forståelse om kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet sin betydning for praksis. Hensikten var også å gi økt forståelse av hva som er sentrale forutsetninger for iverksetting av disse i kommunale tjenester.

Studiens resultater belyser at kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet vurderes å være betydningsfulle for å imøtekomme kommunens oppgaver overfor personer med rusmiddelproblematikk. Kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet er bidrag til kommunenes utvikling av tjenestetilbud, i fagutøvelse og for å sikre tverrfaglig, tverretatlig og tverrsektorielt samarbeid.

Studien synliggjør derimot et spenningsfelt mellom konkrete kunnskapsbaserte anbefalinger for rusfeltet og rusmiddelproblematikkens kompleksitet. Ulike tilnærminger for forståelse og tilpasning av de kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet i kommunale tjenester med tilbud til personer med rusmiddelproblematikk kommer også til syne. Av denne studien fremkommer det at fagansvarlige i kommunale tjenester erfarer at kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet ikke bidrar til klarhet i hva kommunenes rolle skal være i et behandlingsforløp.

Fagansvarlige i denne studien peker på ulike faktorer ved de kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet som kan være sentrale forutsetninger for iverksetting.

Retningslinjenes språk, at de står i sammenheng med andre nasjonale føringer og at de imøtekommer et behov i de kommunale tjenestene er eksempler på dette. De fagansvarlige vektlegger også at strategier for forståelse og iverksetting bør inkluderes i de kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet. Ledelse, felles engasjement, målrettethet og prioriteringer over tid er sentrale forutsetninger som fagansvarlige mener bør være tilstede for at iverksetting skal lykkes. Samtidig blir det i denne studien synliggjort utfordringer med å imøtekomme forutsetninger som bør ligge til grunn for en systematisk iverksettingsprosess. Sammenfattet kan studien indikere at kommuner og kommunale tjenester sin kapasitet for endring kan være av betydning for i hvilken grad forutsetninger for systematisk iverksetting er til stede. Systematisk iverksetting bør ligge til grunn for at kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet settes ut i praksis, og kommer personer med rusmiddelproblematikk og deres pårørende til gode.

7.2 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Det er først i praksisfeltet at kunnskapsbaserte retningslinjer kommer til nytte. Den store satsningen på utvikling av disse har resultert i en omfattende mengde kunnskapsbaserte anbefalinger. En kan undre seg over at det har vært større vekt på hva som skal iverksettes enn hvordan det skal gjøres.

Målsettingen om økt etterlevelse av kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet bør i tiden fremover få økt oppmerksomhet. De fem kunnskapsbaserte retningslinjene for rusfeltet må i fortsettelsen opprettholdes med revisjoner ved tilgang på ny, oppdatert kunnskap. De må vedlikeholdes og videreutvikles med strategier for iverksetting. Eventuelle nye kunnskapsbaserte retningslinjer, veiledere eller andre nasjonale føringer bør i vel så stor grad som selve utarbeidelsen ha fokus på støtte og bidrag til praksisfeltet for iverksetting.

Studien belyser en uklarhet i hva kommunenes rolle skal være i et rusbehandlingsforløp. Det bør vurderes hvordan kommunene kan bistås i forståelsen av kommunal rusbehandling. «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» (Helsedirektoratet, 2015) bør følges opp med strategier som bidrag til dette.

Kapasitet til iverksetting fremkommer i studien som forutsetning for at kunnskapsbaserte retningslinjer settes ut i praksis. Det kan være hensikt i at kommunene og tjenestetiltakene får bistand til å vurdere egen kapasitet for å iverksette endringer.

I videre forskning vil det være av interesse med studier relatert til forutsetninger for iverksetting av kunnskapsbaserte retningslinjer spesifikt for rusfeltet. Dette fremkommer det lite av i litteraturen. I denne sammenhengen kan kommunenes og de kommunale tjenestetiltakene sin kapasitet for iverksetting av kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet være av særlig interesse.

REFERANSER

- Bandura (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman
- Ertesvåg, S. (2012). *Leiing av endringsarbeid i skulen*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fixsen D.L., Naoom S.F., Blase K.A., Friedman R.M. & Wallace F. (2005).
Implementation Research: A Synthesis of the Literature. Tampa, Florida:
University of South Florida
- Francke, A.L., Smit, M.C., de Veer, A.J.E. & Mistianen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta- review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8. doi: 10.1186/1472-6947-8-38
- Fretheim, A., Flottorp, S. & Oxman, A.D. (2015). Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer. *Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 10–2015*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Fullan, M. (2007). *The new meaning of educational change* (3. utg). London: Routledge Teachers College Press
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Grol, R., Wensing, M., Eccles, M. & Davis, D. (2013). *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care* (2. utg.). Chichester: Wiley-Blackwell BMJ Books
- Halkier, B. (2002). *Fokusgrupper*. Fredriksberg: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag
- Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven* (rundskriv I-8/2004). Oslo: Helsedepartementet.
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet* (IS-1701). Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2012a). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer* (IS-1870). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012b). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (IS-1948). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* (IS-2076). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Helsedirektoratet. (2017, 18.04). *Dette gjør Helsedirektoratet*. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016-2020*. (Prop.15 S (2015-2016)). Lokalisert på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/sec1>
- Helseforskningsloven, LOV-2008-06-20-44 (2017). Lokalisert på <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30 (2016). Lokalisert på <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64 (2016). Lokalisert på <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Krueger, R.A. (1998). *Moderating focus groups*. Thousand Oaks, California: Sage Publications

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Mjåland, K. (2008). *Logikker, aktører og myndighetsstrukturer. En institusjonell analyse av rusfeltet etter rusreformen* (Masteroppgave). Institutt for sosiologi, Universitetet i Bergen. Lokalisert på http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/3046/Masterthesis_Mjaland.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Molven, O. (2012). *Helse og jus* (7. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as Qualitative Research*. London: Sage Publications Ltd
- Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63 (2015). Lokalisert på <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Personopplysningsloven, LOV-2000-04-14-31(2015). Lokalisert på <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>
- Prior, M., Guerin, M & Grimmer-Somers, K. (2008). The effectiveness of clinical guideline implementation strategies – A synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14 (5), 888-897.
- Riksrevisjonen (2013). *Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet og resultatoppnåelse i Helsedirektoratet*. (Dokument 3:3 (2013-2014)). Lokalisert på https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2013-2014/Dokumentbase_3_3_2013_2014.pdf
- Roland, P. (2015a). Hva er implementering? I P. Roland (red.) & E. Westergård (red.), *Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis* (s. 19-39). Oslo: Universitetsforlaget

- Roland, P. (2015b). Er kollektiv orientering en nødvendighet for god implementering? I P. Roland (red.) & E. Westergård (red.), *Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis* (s. 86-100). Oslo: Universitetsforlaget
- Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. London: Sage Publications Ltd
- Skretting, A., Bye, E.K., Vedøy, T.F. og Lund, K.E. (2016). *Rusmidler i Norge 2016*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Lokalisert på:
<https://www.fhi.no/publ/2017/rusmidler-i-norge-2016/>
- Spesialisthelsetjenesteloven, LOV-2016-06-17-48 (2016). Lokalisert på:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (4. utg). Bergen: Fagbokforlaget
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Weinmann, S., Koesters, M. & Becker, T. (2007). Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 2007, 115(6), 420-433. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01016.

TABELL MED EKSEMPLER FRA ANALYSE

Eksempler på meningsenhet, kondensert meningsenhet, kode, underkategori og kategori				
Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Underkategori	Kategori
Men jeg kjenner jo at brukergruppen er jo...krever mer enn det den gjorde før, og ikke minst pårørende krever mer, og da må jammen sann vi fagfolk være oppdaterte!	Brukergruppen, og ikke minst pårørende, krever mer. Da må fagfolk være oppdatert.	Krav om å være faglig oppdatert	Tydeliggjøring av oppgaver	Kommunenes rolle
I det daglige hos oss, så er det jo når vi har faglige utfordringer sier vi høyt «hva sier retningslinjene om det?» for ofte er det litt, så står vi litt fast	Sier høyt «hva sier retningslinjene om det?» når en står overfor faglige utfordringer i det daglige og når en står litt fast.	Gir innspill ved faglige utfordringer	Faglig støtte	
Og så er det mye gjenkjennende i den retningslinjen...Så finner du en del av det samme i veilederen. Sånn at det er en rød tråd i de.	Mye gjenkjennende i retningslinjen, og finner en del av det samme i veilederen. Det er en rød tråd mellom dem.	En gjennomgående rød tråd	Relevans	Forhold ved retningslinjene
Jeg tenker at om det skal ha noen betydning for dem som jobber helt nede på grasroten, så må jo de vite «hva betyr det for meg»? «Hva innebærer dette for meg og jobben jeg skal gjøre?»	Om det skal ha betydning for de som jobber på grasroten må de vite hva det betyr for dem. Hva det innebærer for seg og jobben de skal gjøre.	Må vite hva det betyr for dem og jobben de skal gjøre		
Og da har vi jo på en måte drøftet dem i personalgruppen og, ikke bare noe ja, ledelsen... Vi har liksom, folk har fått være mer med...	Har drøftet i personalgruppen og ikke bare i ledelsen. Folk har fått være med.	Både ledelse og personalgruppen får være med	Involvert ledelse og engasjerte ansatte	Forhold ved kommunale tjenester

VEDLEGG

Vedlegg nr. 1



Forespørsel om deltakelse i en kvalitativ studie vedrørende implementering av faglige retningslinjer for rusfeltet

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en kvalitativ studie tilknyttet masterstudium i helsevitenskap, spesialisering i rusproblematikk, ved Universitetet i Stavanger. Tema for studien er implementering av faglige retningslinjer for rusfeltet med følgende problemstilling: «Hva mener ansvarlige for fag – og tjenesteutvikling ved kommunale tjenestetiltak innen rusfeltet er forutsetninger for gode implementeringsstrategier som styrker praksisutøvelse i tråd med faglige retningslinjer for rusfeltet?». Du blir spurt om deltakelse på bakgrunn av at du i din stilling har ansvar for fag- og tjenesteutvikling.

Bakgrunn og hensikt med studien

For å imøtekomme politiske målsettinger om bedre kvalitet, økt kompetanse og forskningsbasert praksis på rusfeltet er det utviklet en rekke faglige retningslinjer for rusfeltet. Tilknyttet rusfeltet er 5 retningslinjer utarbeidet de siste årene (avrusning, LAR, gravide og LAR, ROP, samt behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet). Tjenesteytere og ledere innenfor kommunenes helse- og omsorgstjenester er en av målgruppene til samtlige av disse retningslinjer. Med bakgrunn i ansvaret for at fag- og tjenesteutvikling er i tråd med anbefalingene i faglige retningslinjer er det av interesse hva ledere og andre med dette ansvar mener bør ligge til grunn for at implementering av faglige retningslinjer kan gjennomføres.

Studiens hensikt er økt kunnskap om implementering, og forståelse av hva som kan være virksomme implementeringsstrategier/tiltak. Formål med studien er å innhente opplysninger som kan bidra til ny kunnskap om dette fenomen med grunnlag i hva ansvarlige for fag- og tjenesteutvikling ved kommunale rustiltak mener bør ligge til grunn

for at kunnskapsbaserte anbefalinger blir implementert i praksisutøvelsen på rusfeltet. Med særlig vekt på «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» som ble lansert mars 2016 søkes fremtidsrettete ideer og anbefalinger om hva som kan være forutsetninger for implementering av faglige retningslinjer i praksisfeltet.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer et fokusgruppeintervju, hvor det vil bli stilt spørsmål tilknyttet temaet som nevnt over. Spørsmålene vil delvis være styrt av en temabasert intervjuguide, samtidig som det vil bli vektlagt en åpen samtale mellom deg og de andre informantene. Intervjuet vil finne sted på et felles møtested i kommunen (5-6 stk), med varighet på 1 til 1,5 timer. Intervjuet vil bli tatt opp digitalt, for å sikre nøyaktig gjengivelse av det som blir formidlet under fokusgruppeintervjuet.

Mulige fordeler og ulemper

Deltakelse i studien vil ikke gi noen umiddelbare fordeler eller ulemper. Ved å delta i studien vil du få muligheten til å formidle dine meninger omkring hva som kan bidra til implementering av faglige retningslinjer. Resultatene i studien vil kunne være av betydning for fag- og tjenesteutvikling, gi overføringsverdi til andre arbeidsteder og videre arbeid med implementering av faglige retningslinjer.

Hva skjer med informasjonen du oppgir?

Forsker har taushetsplikt i henhold til Personopplysningsloven, og har ansvar for å hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysningene som oppgis. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og i tillegg til forsker er det kun veileder som har tilgang til opplysningene. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes ved prosjektslutt.

I henhold til Personopplysningsloven § 31 er studien meldt til Personvernombudet for forskning, norsk senter for forskningsdata AS (NSD).

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen utgangen av juni 2017. Resultatene fra studien vil være en masteroppgave ved Universitetet i Stavanger og blir en del av databasen «UiS Brage».

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Ved deltakelse kreves at du som informant skriver under på samtykke, i henhold til Personopplysningsloven. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke til deltakelse ved å kontakte undertegnede. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen som følger vedlagt og returnerer til undertegnede.

Har du spørsmål til studien kan du kontakte undertegnede, eventuelt studiens veileder, førsteamanuensis Kristin Humerfelt (kristin.humerfelt@uis.no).

Med vennlig hilsen

Ingrid Rasmussen Strømsvold

Veslemøyveien 2

4019 Stavanger

ir.stromsvold@stud.uis.no

Tlf. 400 44 161

Vedlegg: Samtykkeskjema

Vedlegg nr. 2

Samtykke til deltakelse i studien

«Implementering av faglige retningslinjer for rusfeltet»

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg nr. 3



Kristin Humerfelt
Institutt for helsefag Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 19.01.2017

Vår ref: 51476 / 3 / AGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.12.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

51476	<i>Implementering av faglige retningslinjer for rusfeltet</i>
	<i>Dette er et forskningsprosjekt tilknyttet masterstudium i helsevitenskap, spesialisering i rusproblematikk ved Universitetet i Stavanger</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Kristin Humerfelt</i>
<i>Student</i>	<i>Ingrid Rasmussen Strømsvold</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering 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, 30.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Agnete Hessevik

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

Kontaktperson: Agnete Hessevik tlf: 55 58 27 97

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ingrid Rasmussen Strømsvold ir.stromsvold@stud.uis.no

Vedlegg nr. 4

Temabasert intervjuguide, fokusgruppeintervju

«Implementering av faglige retningslinjer for rusfeltet»

Introduksjon:

Ønske velkommen og kort presentasjon.

Gjenta informasjon om tema og gjennomføring av fokusgruppeintervjuet som fremgår av informasjonsskriv. Har noen spørsmål til dette?

Tidsramme som skal overholdes.

Informasjon om forskers taushetsplikt, også gjensidig innad i gruppen.

Informasjon om at det blir gjort digitalt opptak av intervjuet og videre transkribert og anonymisert, for så å bli slettet.

Informasjon om at deltakerne kan trekke seg når de vil uten begrunnelse og uten noen betydning for dem.

Moderators rolle.

Informasjon om at intervjuet er bygget opp omkring på 3 tema:

1. Status omkring faglige retningslinjer og praksisendring
2. Forhold som kan fremme gode implementeringsstrategier
3. Forhold som kan sikre implementering av den sist lanserte faglige retningslinje for rusfeltet «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet»

Alle informantene fyller ut eget skjema for demografiske data (alder, kjønn, utdanning/profesjon, ansiennitet (hvor lenge vært i stilling som enhetsleder ved enheten), forhold ved enheten (antall ansatte, målgruppe, hvilke tiltak/tjenester som tilbys).

Samtykke til å delta er fylt ut og returnert forsker i forkant av fokusgruppeintervjuet.

Tema 1:

Status omkring faglige retningslinjer og praksisendring

- Med bakgrunn i at det er 5 retningslinjer tilknyttet rusfeltet (avrusning, LAR, gravide og LAR, ROP, samt behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet): .
 - Hvilke av disse retningslinjer er mest sentrale for arbeidet i deres enhet?
 - Andre retningslinjer som er sentrale for enheten? (psykisk helse, somatikk mm.)
 - Hva med veiledere?
- I hvilken grad vil dere si at retningslinjene, som dere selv har nevnt, er av betydning for fag- og tjenesteutviklingen i deres enhet?
 - Og evt. på hvilken måte?
 - Og hva er det som gjør at eventuelt andre retningslinjer ikke er av betydning for deres enhet?
- Kan dere si noe om tidligere erfaringer dere har gjort for å oppnå praksisendring i tråd med anbefalinger i retningslinjer?
 - Konkrete planer, strategier, tiltak for forberedelse og gjennomføring?

Tema 2:

Forhold som kan fremme gode implementeringsstrategier

- Hva mener dere vil være av betydning for implementering av faglige retningslinjer?
 - Organisatoriske forhold? Myndighetsnivå, virksomhetsnivå, enhetsnivå?
 - Støtte?
 - Sosiale eller kulturelle forhold?
 - Økonomi?
 - Tid?
 - Retningslinjene i seg selv? (eks. ordlyd, elektronisk?)
 - Andre forhold?

- Hva opplever dere skal til for å få gjennomført implementering av faglige retningslinjer, ut fra det dere nå har sagt?
 - Hva fremmer eller hemmer?
 - Har dere de ressurser, kompetanse, strukturer, støtte mm som dere er i behov for?

Tema 3:

Forhold som kan sikre implementering av den sist lanserte faglige retningslinje for rusfeltet «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet»

- I hvilken grad, og på hvilken måte, kjenner dere denne retningslinjen på nåværende tidspunkt?
 - Er der tenkt eller planlagt noen fremgangsmåter knyttet til noen av anbefalingene?
- Om dere tenker tilbake til det dere sa under forrige tema, om hva som skal til for å få gjennomført implementering, hva tenker dere skal til for å lykkes med implementering av denne retningslinjen?

Avslutningsvis:

Er der noe dere ønsker å tilføye før vi avslutter?