



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Underlättande och hindrande faktorer vid implementering av nya arbetssätt i barn- och ungdomspsykiatri. En studie av ett pilotprojekt.

Sebastian Geissler & Torbjörn Hultberg

Psykologexamensuppsats. 2015

Handledare: Robert Holmberg & Jens Knutsson
Examinator: Mats Fridell

Abstract

The purpose of the present study was to study an implementation process of evidence based practice guidelines for assessing and treating youth depression within the project “Deplyftet” (EBP-DL). The method used was semi-structured interviews with participating managers and practitioners from the four BUP-clinics in EBP-DL, and research questions were 1) How do participants experience the implementation process and the different parts of EBP-DL? 2) What factors are experienced as facilitating and impeding for implementation of guidelines in their workplace? Through thematic analysis six main themes were identified: preparative training and material, clarity-ambiguity, preconditions of clinics, support, dissemination and economy. Facilitating factors were the use of preparative training and high quality associated material and impeding factors were high workload, resource-competing projects, colleagues and managers resigning, and to some extent, the lack of clarity concerning the structure and planning of EBP-DL and the purpose of some of the specific elements of the project.

Keywords: implementation, deplyftet, EBP, Fixsens, context, purveyor, implementation teams

Sammanfattning

Studiens syfte var att kartlägga underlättande, respektive hindrande faktorer i en implementeringsprocess. Detta gjordes genom semistrukturerade intervjuer av chefer och behandlare från de BUP-kliniker som ingick i implementeringsprojektet ”Deplyftet” (EBP-DL). Forskningsfrågorna för studien var: 1) Hur uppfattar behandlare och chefer implementeringsprocessen och EBP-DL:s olika delar? 2) Vad uppfattar behandlare och chefer som hindrande respektive underlättande faktorer för att implementera riktlinjerna på sin arbetsplats? Det insamlade intervjumaterialet bearbetades genom tematisk analys och resultatet sammanställdes i sex huvudteman: utbildning och material, tydlighet-otydlighet, klinikernas förutsättningar, stöd, spridning och ekonomi. Som underlättande faktorer lyfte deltagarna fram implementeringsprojektets utbildningsdel och material. Som hindrande faktorer lyfte deltagarna yttre omständigheter som hög arbetsbelastning, konkurrerande projekt samt kollegor och chefer som slutar. Deltagarna framhöll även en upplevelse av att implementeringsprojektet till viss del saknade framförhållning och tydlighet rörande struktur och planering. I mindre utsträckning beskrev deltagare att det i vissa fall saknades ett uttalat syfte med enskilda moment.

Nyckelord: implementering, deplyftet, EBP, Fixsen, kontext, purveyor, implenteringsteam

Vi vill rikta ett stort tack till våra handledare Robert Holmberg och Jens Knutsson som under hela uppsatsen utgjort ett stöd och pekat ut riktningen under mörka stunder. Vi vill rikta ett tack till Håkan Jarbin och Anna Santesson från Deplyftet som gav oss möjligheten att genomföra denna studie. Vi vill även tacka samtliga personer som deltagit i studien och delgett oss sina upplevelser och erfarenheter. Vi vill tacka vår examinator Mats Fridell för feedback och idéer till förbättring. Avslutningsvis vill vi tacka Anita Lennerstedt som tålmodigt såg till att uppsatsen lämnades in som den skulle.

Innehållsförteckning

INLEDNING	10
FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR IMPLEMENTERING	10
<i>Determinanter</i>	10
<i>Användare</i>	10
<i>Implementeringsobjekt</i>	10
<i>Implementeringsstrategi</i>	10
<i>Kontext</i>	11
<i>Organisationskultur</i>	11
<i>Kostnader</i>	12
SAMORDNING PÅ OLIKA NIVÅER FÖR ATT EFFEKTIVISERA IMPLEMENTERING	12
<i>Ledarskap</i>	12
<i>Nationell ledning</i>	12
TEORI	13
REALISTIC EVALUATION	13
DIFFUSIONSTEORI	14
NORMALIZATION PROCESS THEORY	15
BREAKTHROUGH SERIES COLLABORATIVE (BSC)	16
CORE IMPLEMENTATION COMPONENTS	16
<i>Implementeringsfaser</i>	16
<i>Fixsens sju kärnkomponenter</i>	17
<i>Urval</i>	17
<i>Träning innan implementering och under pågående arbete</i>	18
<i>Kontinuerlig coaching och konsultation</i>	18
<i>Utvärdering och återkoppling</i>	18
<i>System för underlag till beslut</i>	18
<i>Stöd från organisationen</i>	19
<i>Systeminterventioner</i>	19
<i>Optimering av implementeringsprocessen</i>	19
<i>Purveyors</i>	19
<i>Implementeringsteam</i>	20
<i>Förbättringscykler</i>	20
BESKRIVNING AV EBP-DL	20
<i>Urval av kliniker för pilotstudien</i>	22
<i>Utbildningen</i>	23
<i>Kaskadutbildning</i>	24
RELATIONEN MELLAN EBP-DL, FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR IMPLEMENTERING OCH TEORI .24	
SYFTE	25
METOD	26
STUDIENS DESIGN	26
<i>Val av fallstudiedesign</i>	26
<i>Urval</i>	26
<i>Analysenheter</i>	27
POSITIONERING	27
PROCEDUR	27
<i>Utformandet av intervjuguide</i>	28
<i>Intervjuprocedur</i>	28
<i>Bearbetnings- och analysmetod</i>	29

<i>Tematisk analys</i>	29
<i>Etiska överväganden</i>	29
<i>Förförståelse</i>	30
RESULTAT	30
UTBILDNING OCH MATERIAL	32
<i>Utbildningen</i>	32
<i>Återkoppling</i>	33
<i>Materialet</i>	34
<i>Praktik och teori</i>	35
<i>Utbildningsplanering</i>	35
TYDLIGHET-OTYDLIGHET	36
<i>Kartan</i>	36
<i>Gemensam bild mellan behandlare och chefer</i>	38
<i>Expansion</i>	38
<i>Momentet medsittning</i>	39
<i>Inledande intervju</i>	40
<i>Inledande enkät</i>	40
KLINIKERNAS FÖRUTSÄTTNINGAR	40
<i>Geografi</i>	40
<i>Kultur och tidigare arbetssätt</i>	41
<i>Grund till att gå med i EBP-DL</i>	42
<i>Patienter</i>	42
<i>Klinikernas arbetsituation</i>	43
STÖD	43
<i>Chefernas medverkan under utbildningsdagarna</i>	44
<i>Tid</i>	45
<i>Olika chefsnivåer</i>	45
SPRIDNING	46
<i>Efterlängtat med andra patientgrupper</i>	47
<i>Personalens betydelse</i>	47
<i>Rekrytering</i>	47
<i>Kravprofil</i>	48
<i>Konsekvenser</i>	49
<i>Top-down och bottom-up</i>	49
<i>Vardagen</i>	49
<i>Diffusion</i>	50
<i>Materialets kvalitet</i>	50
<i>Relevans för andra patientgrupper än deprimerade</i>	50
<i>Journalföring</i>	51
<i>Suicidriskbedömning</i>	52
<i>Kompetens</i>	52
<i>Restriktioner kring spridning av materialet</i>	54
<i>Dissemination</i>	55
<i>Oro för att kvaliteten i kaskadupplägget urvattnas</i>	55
<i>Utbilda kollegor</i>	56
<i>Hållbar fortlevnad</i>	56
<i>Eldsjälar kontra institutionalisering</i>	56
<i>Förmedla värdet av den nya metoden</i>	57
<i>Att driva projektet framöver</i>	57
<i>Andra vårdgivare</i>	60

EKONOMI	60
DISKUSSION	61
HUR UPPFATTAR BEHANDLARE OCH CHEFER IMPLEMENTERINGSPROCESSEN OCH EBP- DL:S OLIKA DELAR?	61
VAD UPPFATTAR BEHANDLARE OCH CHEFER SOM HINDRANDE RESPEKTIVE UNDERLÄTTANDE FÖR ATT IMPLEMENTERA RIKTLINJERNA PÅ SIN ARBETSPLATS?	63
<i>Organisationskultur</i>	66
<i>Implementeringsteam</i>	66
<i>Yttre strukturer och EBP-DL:s fortlevnad</i>	68
STYRKOR OCH SVAGHETER I STUDIEN	69
<i>Trovärdighet</i>	69
<i>Överförbarhet</i>	70
<i>Pålitlighet</i>	70
<i>Konfirmerbarhet</i>	70
REFERENSER	71
BILAGA 1	77

Detta är en kvalitativ undersökning av upplevelserna kring en implementering av evidensbaserad praktik inom hälso- och sjukvård. Studien är en examensuppsats men utgörs också av ett uppdrag från initiativtagare till projektet Deplyftet, hädanefter benämnt EBP-DL (evidensbaserad praktik - projekt Deplyftet), som önskade en utvärdering av projektet såhär långt, från våren 2014 till hösten 2015. Deplyftet som projekt presenteras mera i detalj efter teoriavsnittet. Syftet med EBP-DL var att implementera Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP) (2014) riktlinjer för depressionsvård inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Termen implementering kan definieras som att ”realisera idéer och planer i konkret handling” (Nielsen, 2014 s.61). EBP är en hållning och strävan att ständigt bygga beslut och handlingar på den främsta vetenskapliga forskning som finns att tillgå (William, Stoltz & Bahtsevani, 2011), med syfte att minska inflytandet från idiosynkriska intuitioner och osystematiska erfarenheter, så att beslut i högre grad grundar sig på klinisk forskning (Evidence Based Medicine Working Group, 1992). EBP är ett koncentrat av tre kunskapsområden: kunskap utifrån klientens preferenser och värderingar, kunskap som baseras på forskning, samt kunskap som baseras på erfarenhet (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 2007). Ibland adderas en fjärde komponent: andra omständigheter (Haynes, Devereaux & Guyatt, 2002). EBP-DL är inte i sig en metod/intervention som är evidensbaserad men EBP-DP bygger på ett flertal implementeringsstrategier som i kunskapsöversikter fått empiriskt stöd (Fixsen et al. 2005).

På BUP och i svensk primärvård har det trots riktlinjer kring behandling av depression endast skett en liten förändring i det kliniska arbetet och det förekommer icke evidensbaserad behandling (Socialstyrelsen, 2009; Socialstyrelsen, 2013). Det finns ett gap mellan vad forskning visar vara effektiv behandling och den behandling som faktiskt erbjuds inom vården (American Psychological Association, 2008; Eccles, Grimshaw, Walker, Johnston & Pitts, 2005; Fixsen, Naom, Blase, Friedman och Wallace, 2005; Garland et al., 2013; Henggeler, Melton, Brondino, Schäfer & Hanley, 1997; 2004; Socialstyrelsen, 2013; McHugh, Murray & Barlow, 2009; McHugh & Barlow, 2012; Nielsen, 2014; Rosenberg, 2009; Institute of Medicine, 2001). Det är problematiskt att den behandling som enligt forskning visats mest verksamt vid psykiatrisk problematik inte når ut till och används av vårdgivarna i praktiken (Eccles et al., 2005; Fixsen et al., 2005; Garland et al., 2013; McHugh & Barlow, 2012). Ineffektiv och inkonsekvent vård kan vara skadlig för patienter samt är oekonomiskt, vilket evidensbaserad praktik (EBP) syftar till att förändra (Rosenberg, 2009; Institute of Medicine, 2001). Att i behandling uppnå samma positiva behandlingseffekter som i forskning tros delvis bero på misslyckad implementering och inte på själva interventionen (Henggeler et al., 1997).

Förutsättningar för implementering

I följande avsnitt presenteras betingelser som påverkar en implementering.

Determinanter. Determinanter är de faktorer eller oberoende variabler som hindrar eller underlättar ett tänkt utfall av en implementering (Nielsen, 2014). Nedan presenteras övergripande determinanter som varit aktuella för föreliggande studie:

Användarna. Individer som är tänkta att använda implementeringsobjektet benämns användarna (Nielsen, 2014). Det är viktigt att användarna tror på sin förmåga att klara av att bedriva den nya metoden (Luszczynska & Schwarzer, 2005). Användarna behöver få en förståelse för vad den nya metoden kommer att leda till och hur pass kompetenta de är att hantera den nya metoden (Bjurling-Sjöberg, 2014). Andra viktiga aspekter är användarnas entusiasm, positiva attityd och motivation gentemot implementeringsobjektet (ibid.). En bristande övertygelse till den nya metoden tros vara en orsak till att implementeringar av EBP misslyckas (McHugh et al., 2009). Låg tilltro till den nya metoden kan bero på bristande information kring implementeringens olika delar och förståelsen för de strategier som implementeringen bygger på (Trolldal & Gulbrandsson, 2014). Implementeringsarbetet kan underlättas ifall användarna tydligt kan se en tillfredställelse hos de personer som implementeringsobjektet avser att påverka (Damschroder et al., 2009).

Implementeringsobjektet. Det som ska implementeras och dess egenskaper benämns implementeringsobjektet (Nielsen, 2014). En implementering underlättas enligt Damschroder et al. (2009) om implementeringsobjektet baseras på evidens som upplevs pålitlig och enligt Bjurling-Sjöberg (2014) om objektet har tydliga riktlinjer och upplevs anpassad till den egna organisationen.

Implementeringsstrategi. Processen och strategin för hur implementeringen genomförs benämns implementeringsstrategi (Nielsen, 2014). Strategierna gynnas av att innehålla många olika aspekter istället för att endast fokusera på en aktivitet (Grimshaw, Eccles, Lavis, Hill & Squires, 2012). Tre övergripande strategier är: *utbildningsstrategier* som fokuserar på lärandeprocessen och den inre motivation, *epidemiologiska strategier* som fokuserar på att ge information om riktlinjer och behandlingseffekter vilket ska leda till att det fattas rationella beslut samt *marknadsföringsstrategier* där fokus ligger på att framställa implementeringsobjektet så tilltalande som möjligt utifrån patientgruppens behov och önskningsar (Grol, Wensing & Eccles, 2005). Utbildningsstrategier gynnas av att så många användare som möjligt medverkar (Nielsen, Roback & Krevers, 2010). Det är viktigt att användarna tidigt får information och engageras i relevant utbildning och praktisk träning (Bjurling-Sjöberg, 2014).

Vid komplexa förändringar bör processen delas upp i små steg så att användarna stegvis kan sätta sig in i och hantera förändringen och det bör finnas kontinuerlig feedback och möjlighet till att reflektera under implementeringens alla faser (Damschroder et al., 2009). När en implementeringsprocess innehåller en utbildningssatsning krävs det ett väl genomarbetat förarbete där de som berörs snabbt kan påbörja arbetet med att implementera den nya behandlingsmetoden (Ebert, Amaya-Jackson, Makiewicz & Fairbanks, 2006). Vid utbildningens första dag räcker det inte med att de som berörs endast bekantar sig med behandlingsmetoden utan de bör även få hjälp med vilka inklusions och exklusions kriterier som gäller för att patienter ska få ta del av behandlingsmetoden, att det implementeras ett protokoll som kan användas för att bedöma patienter, att utveckla färdigheter och system som krävs för att använda vid en klinisk bedömning av behandlingsplanering (Ebert et al., 2006). Som implementeringsstrategi bör det finnas möjlighet till att inledningsvis kunna pröva implementeringen i liten skala (Bjurling-Sjöberg, 2014; Damschroder et al., 2009; Ebert et al., 2006; Gurses et al., 2010).

Kontext. Det sammanhang som implementeringen utförs i benämns kontext och sätter sin prägel på alla övriga determinanter (Bjurling-Sjöberg, 2014; Fixsen et al., 2005). Enligt Garland et al. (2013) sker sjukvård inte isolerat utan i ett samspel mellan olika kontexter inom och utanför en organisation, exempelvis påverkar och påverkas vården av patienter, familjer, organisationer, policys samt lokal och statlig finansiering. När en intervention ska implementeras kan det ske inom en eller flera kontexter som berör en organisation men för att påverkan ska bli effektiv bör interventionerna i de olika kontexterna samverka (Garland et al., 2013). För att interventioner skall anammas och fortleva inom en vårdorganisation krävs det att den är väl anpassad till den existerande kontexten (Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011; Fitzgerald, Ferlie & Hawkins, 2003; Raghavan, Bright & Shadoin, 2008). Det finns en skillnad mellan den kontext och de villkor som råder där EBP tas fram, jämfört med var merparten av EBP bedrivs (Southam-Gerow, Chorpita, Miller & Gleacher, 2008).

Organisationskultur. Vid förändringsarbete är det viktigt att greppa organisationskulturen och på vilket sätt den kan påverkas (Nielsen, 2014). Organisationskultur bedöms som en av de mest avgörande faktorerna för resultatet av en implementering (Bjurling-Sjöberg, 2014) Organisationskultur består, enligt Bang (1999) av fyra huvudfaktorer: delade värderingar såsom mål, ideal, prioriteringar; normer och beteenden som förväntas, accepteras och stöds; verklighetsuppfattningar samt grundläggande antaganden vilka utvecklas i interaktionen mellan personalen, inre och yttre kontext. Sannolikheten att lyckas med en implementering ökar om organisationskulturen utgörs av

flexibilitet, acceptans för förändringar och en gemensam upplevelse av ett behov för förändring vilket skapar en villighet att agera (Bjurling-Sjöberg, 2014).

Kostnader. Detta är en viktig aspekt vid implementering och bör övervägas avseende följande områden: att anamma och bedriva interventioner, förlorad produktion på grund av nödvändig träning, bevakning av att metoden följs som det är tänkt samt konsultation som utförs vid träning och modellbaserad handledning (Raghavan et al., 2008; Woltmann et al., 2008). En kostsam faktor är hög personalomsättning då det utöver rekryteringskostnader medför nya utbildningskostnader (Woltmann et al., 2008). Implementeringsstrategier som fokuserar på många insatser är effektiva, men strategiers kostnadseffektivitet bör undersökas och värderas utifrån utfallet hos de patienter som får vården för att avgöra om kostnaderna är försvarbara (Nielsen & Roback, 2014). Mendel, Meredith, Schoenbaum, Scherbourne och Wells (2008) menar att organisationer implementerar evidensbaserade interventioner om det finns ekonomiska incitament. Massatti, Sweeney, Panzano och Roth (2008) hävdar att begränsningar av ekonomiska slag och stödsystem som inte är flexibla är de vanligaste orsakerna till att en implementering avtar.

Samordning på olika nivåer för att effektivisera implementering

Initiativet till förändring som stammar ur organisationens gräsrotter istället för att upplevas vara bestämt av ledningen ovanifrån, underlättar ett implementeringsarbete (Damschroder et al., 2009). Nedan presenteras hur implementeringsarbete kan effektiviseras genom olika samordningsbetingelser.

Ledarskap. När praxis skall förändras i en organisation är chefers support och stöd från organisationen avgörande faktorer (Bernhardsson, 2014). Chefer byts kontinuerligt ut vilket ändrar förutsättningar för ett projekt genom att eventuella begränsningar införs eller hela projekt slopas och således är det viktigt att vid en implementering skapa en struktur som kan bära projektet vidare (Eldh, 2014). Hur en implementering tas emot påverkas i stor utsträckning av hur en organisationsledning förmedlar de förväntningar som finns kring hur de anställda ska jobba med den nya metoden (Gurses et al., 2010). Ledare påverkar organisationer med sina: ”värderingar, normer och verklighetsbeskrivningar” (Nielsen, 2014, s.83). Att påverka via attityd och handling gör mellanchefer till nyckelpersoner vid en implementering (Birken, Lee, Weiner, Chin & Schaefer, 2013). Vilka som blir ledare bestäms i stor utsträckning utifrån rådande organisationskultur (Alvesson, 2015).

Nationell ledning. En implementering tros underlättas om det finns en nationell ledning som kan styra, ge stöd, följa upp och främja utbyte av erfarenheter kring det utvecklingsarbete

som implementeringen medför. Nationell ledning kan ske via Sveriges kommuner och landsting (SKL), länsstyrgrupper och läns specifika processledare. För att nationell ledning skall vara till effektiv hjälp behövs en klar struktur och sammanhållen process med tätt samarbete inom och mellan nationell, regional och lokal nivå. Dessutom krävs det tydliga mål och uppföljning av arbetet. Det bör finnas en styrgrupp med bredd i kompetenser och representanter ifall samarbetet inom och mellan de olika nivåerna ska vara optimalt.

En stor svårighet är hur olika huvudmän, kunskapssyner, lagar och kulturer ska komma att samverka. För att EBP skall transformeras från forskning in i organisationer krävs en fokusförskjutning från kortsiktig beteendeförändring eller modellföljsamhet till att skapa förutsättningar för att kunna ta till sig innovationen. (Billsten, Holmberg & Benderix, 2014)

Olika enskilda komponenter i en implementering som exempelvis en utbildningsinsats, kan vara verkningslös, men om en samverkansgrupp får olika enskilt verkningslösa komponenter att samverka, har det i forskning visat sig kunna ge signifikanta resultat (Trolldal & Guldbbrandsson, 2014).

Teori

I följande avsnitt presenteras centrala teorier som på olika sätt försöker ge svar på vad det är som krävs för att en implementering av EBP skall underlättas eller försvåras. Samtliga teorier har legat till grund för den semistrukturerade intervjuguide (bilaga 1) som presenteras i avsnittet *metod*. Intervjuguiden skapades i syfte att undersöka hur deltagarna (chefer och behandlare) i EBP-DL upplevt processen. Särskilt fokus ligger på Fixsens (2009) teori om kärnkomponenter som legat till grund för implementeringsstrategin som används i EBP-DL. Inledningsvis bör det framhävas att teorier om processen att omsätta kunskap till praktik historiskt har präglats av ett passivitet förhållningssätt eftersom kunskap förväntas nå berörda parter oplanerat, oförutsägbart och utan aktivt arbete (Rogers, 1995). Senare teorier fokuserar på att aktivt driva implementering (Fixsen, 2009). De personer som ska implementera nya metoder tar inte passivt emot information, utan snarare uppsöker de information för att diskutera och ventilera denna i professionella nätverk (Fitzgerald et al., 2003).

Realistic Evaluation

Teorin om realistic evaluation har skapats av sociologerna Pawson och Tilley (1997), och är en: ”holistisk ansats för att utvärdera effekter av implementerade metoder” (s. 129). Det mest centrala i denna teori är tesen att ett program som implementeras inte betraktas som ett fungerande eller icke fungerande paket utan som sociala konstruktioner som består av

specifika idéer, vilka fungerar för olika individer i olika situationer (Pawson & Tilley, 1997). Realistic evaluation fokuserar således inte på traditionella samband mellan orsak och verkan utan på: ”vad som fungerar, under vilka förutsättningar det fungerar, varför det fungerar och för vilka resultatet uppnås” (Eldh, 2014 s. 203). När ett projekt planeras skall en således fråga sig: ”vad tror vi kommer att fungera, för vem, och i vilket sammanhang” (Eldh, 2014 s. 204) och när program utvärderas bör fokus vara på hur och varför programmet har möjlighet att leda till förändring (Pawson & Tilley, 1997). Teorin är enligt Pawson och Tilley (1997) *generativ* i den mening att de ser handlingarna från olika intressenter som avgörande för om ett program har förändringspotential. Ett programs förändringspotential avgörs av dess kontext i form av de förutsättningar, resurser och skäl som får berörda personer att ändra sin praktik.

Utifrån var en intressent befinner sig i organisationen kommer denna att uppleva olika aspekter av både implementeringsprocessen och interventionen som ska implementeras, vilket färgar intressentens syn på hinder och möjligheter med dessa. Upplevelser och uppfattningar kan skilja sig åt mellan praktiker och beslutsfattare eftersom en praktiker sannolikt upplever hur ett program fungerar för olika målgrupper av patienter, medan beslutsfattare beaktar andra faktorer än enskilda patienter. Ett vanligt förekommande fenomen är att beslutsfattare inledningsvis planerar för vissa konsekvenser av en intervention, men att planen resulterar i utfall som ej planerats för och intentioner med implementeringen ändras under processens gång. (ibid)

Diffusionsteori

Forskning visar att implementering främjas av att inledningsvis fokusera på användare som har lättare att ta till sig förändringen så att dessa i sin tur kan påverka kollegor (Rogers, 1962; 2003; Nutley, Walter & Davies, 2007). Rogers (1962; 2003) diffusionsteori har rötter i sociologisk forskning och beskriver hur innovationer tas upp och sprids i organisationer och teorin har haft ett stort inflytande på senare tiders implementeringsforskning (Nielsen, 2014). Det väsentliga bidraget från Rogers teori för föreliggande studie är hans indelning av användare i fem rollkategorier som personer antar i en organisation vid en implementering (Rogers, 1962). Dessa är:

Innovatörer är riskbenägna, drivna personer som är nyfikna på nya idéer och intresserar sig för det som sker utanför organisationen.

Tidiga användare är personer som är mer knutna till den faktiska arbetsplatsen än

innovatörerna och som har lätt för att bilda opinion. De är även ofta en förebild för många medarbetare och har en hög status i organisationen.

Tidiga majoriteten är medarbetare som kräver ett ordentligt underlag för att fatta beslut, är socialt aktiva på arbetsplatsen men som inte bildar opinion eller utgör förebilder på samma sätt som de tidiga användarna.

Sena majoriteten är de individer som ofta är skeptiska till innovationer och således avvaktar att ta till sig innovationen innan den antagits som social norm i organisationen.

Efterslämnare är socialt isolerade medarbetare som av misstänksamhet spjärnar emot innovationer.

Normalization process theory

Denna implementeringsteori av May och Finch (2009) är inriktad på hälso- och sjukvård med fokus på att förstå och förklara omständigheter som underlättar eller försvårar en normalisering i verksamheter. Normalisering består enligt May och Finch (2009) av komponenterna *inbäddning* och *integration*. Inbäddning handlar om hur beteenden bäddas in i verksamhetens rutinmässiga vardag och integration handlar om hur denna inbäddning upprätthålls i sin specifika sociala kontext (May & Finch, 2009). Ett beteende är enligt May och Finch (2009) normaliserat när det blivit ett rutinmässigt arbetssätt som det inte längre fokuseras på och normalisering sker även för icke-önskvärda beteenden. Kontexten är central även i denna teori, normalisering sker genom att kontext och aktörer växelvis påverkar och formar varandra (Murray et al., 2010). Teorin förklarar normalisering med fyra generativa förändringsprocesser (May & Finch, 2009):

Samstämmighet. Vid inbäddning går individer och organisationer igenom en förståelseprocess rörande vad det är för arbete som ska utföras. Förståelseprocessen om det som implementeras och hur man engagerar sig kan underlätta eller försvåra inbäddningen.

Kognitiv medverkan är den process som individer och organisationer befinner sig i då de godkänner och aktivt börjar ta sig an implementeringen och aktivt jobbar för att även andra ska engagera sig.

Kollektivt agerande är den process som leder till uppfattningar om hur arbetet ska utföras. Arbetet med att genomföra en implementering inleds med att initiativtagaren skapar sig en uppfattning kring vad som krävs för att en ny praxis skall bli en del av det naturliga arbetssättet.

Reflexiv övervakning är hur arbetet förstås. För att få en tydligare förståelse av det nya arbetssättet och för att tydliggöra för- och nackdelar utförs formella och informella

utvärdering av de effekter som framkommit under arbetet med de nya metoderna.

Ifall någon av ovanstående processer är bristfälliga, exempelvis att det skulle råda en nedsatt kognitiv medverkan, försvåras implementeringsprocessen (Finch et al., 2013).

Breakthrough Series Collaborative (BSC)

Inom BSC skapas sammansatta implementeringsteam av företrädare från olika professioner och organisationer inom hälso- och sjukvård (Institute for Healthcare Improvement, 2003). Modellen är utvecklad av the National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) med syfte att finna och motverka hinder för implementering och få ny praxis att fortleva inom organisationer (Ebert et al., 2006). Teamen utbildas i tekniker som ska höja kvalitén av det arbete med system- och organisationsförändringar som medlemmarna ska utföra på sina egna arbetsplatser för att åstadkomma nödvändiga system- och organisationsförändringar (Ebert et al., 2006). Modellen använder *Plan-Do-Study-Act (PDSA) cykler* – en strukturerad metod för att snabbt pröva förbättringsstrategier i liten skala - för att anpassa ny praxis till organisationens kontext, samt månadsvisa möten mellan medlemmarna från olika arbetsplatser där erfarenheter av framgångsrika och misslyckade förändringar byts (ibid.).

Core Implementation Components

Denna teori skapades av Fixsen (2009) och är ett pragmatiskt ramverk vid utförande av en implementering. Denna teoris utgångspunkt är att det vid en implementering krävs en förändring av beteendet hos personer på alla nivåer inom organisationer och att det finns sju kärnkomponenter som bör beaktas vid en implementering. Dessa nivåer innefattar praktiker, chefer och personal på administrativ nivå. En implementering kan ta två till fyra år för att vara fullt genomförd och sker stegvis i olika icke-linjära faser. (ibid)

Kärnkomponenterna och implementeringens utfall är ganska oberoende från kvalitén i det specifika program som är tänkt att implementera. (jmr. May & Finch, 2009; Elliott, 1998; Fixsen et al., 2005).

Implementeringsfaser (eng. *implementation stages*). Det finns inom detta område sex funktionella steg som sinsemellan påverkar varandra (Fixsen, 2009). Dessa steg är:

Utforskande (eng. *exploration*), här undersöks de alternativ, möjligheter och motstånd som finns till förändring samt vilka som är intressenter (jmr. Pawson & Tilley, 1997) och vilka behov och resurser som kan matchas vid införandet av EBP (Fixsen et al., 2005).

Schoenwald (1997) hävdar att EBP kräver politiskt och finansiellt stöd på nationell (eng.

state) och lokal nivå för att vara användbar.

Installation (eng. installation) är ett förberedande steg som syftar till att skapa nödvändig strukturell support. Här planeras och fördelas resurser (Fixsen, 2009), man försäkras om ekonomiska anslag, skapar strategier för att få tillgång till personal, fastställer vilka inklusions och exklusions kriterier som ska gälla för den specifika EBP samt utvecklar policys (Fixsen et al., 2005).

Initial implementering (eng. initial implementation) avser den period då en organisation börjar arbeta med innovationen (Fixsen, 2009). Här kan det komma att krävas utbildning, träning och tid för mognad för att skapa vissa förändringar av exempelvis kompetens, organisatoriska förfaranden och organisationens kultur (Fixsen et al., 2005). Vid denna fas riskeras implementeringen att läggas ned då det endast märks en liten påverkan på praktik och ledning (eng. management) (Macallair & Males, 2004).

Full implementering (eng. full implementation) är det steg när metoden blir rutinmässig praxis i organisationen och metoden används som det är menat (Fixsen, 2009).

Innovation (eng. innovation). För att öka till vilken grad en modell arbetas utifrån vid implementering av EBP krävs kunskap kring objektet som ska implementeras (Fixsen et al., 2005). Det finns nu också möjlighet att modifiera den implementerade modellen (ibid.). Organisatoriska förändringar kan komma att hota metodtrogenheten i arbetssättet (Mowbray, Holter, Teague & Bybee, 2003). Winter och Szulanski (2001) menar att den anpassning som sker efter att modellen har implementerats är mer framgångsrik än modifieringar som skett innan fasen *full implementering*.

Hållbarhet (eng. sustainability) är steget efter fullt genomförd implementering, med målet att skapa en långvarig fortlevnad i en kontext av interna och externa förändringar. Här gäller hantering (eng. coping) och anpassning. Färor som behöver hanteras är att personal och ledare slutar, ekonomiska resurser och politisk stöd varierar samt efterfrågan på det som ska implementeras förändras. (Fixsen et al., 2005)

Fixsens sju kärnkomponenter. De sju kärnkomponenter som Fixsen (2009) presenterar är:

Urval (eng. staff selection). En viktig del är att välja rätt medarbetare som har den kompetens som krävs för att utföra denna specifika implementering och för att sedan bedriva denna evidensbaserade behandling. Alla egenskaper kan inte läras in i efterhand och därför måste urvalsprocessen fånga upp andra egenskaper än de akademiska och erfarenhetsmässiga som t.ex. kunskap inom det område som den evidensbaserade vården skall bedrivas, sunt förnuft, känsla för social rättvisa, ett etiskt förhållningssätt, villighet till lärande, ett gott

omdöme samt empatisk förmåga. Processen med urvalet påverkas även av fenomen utanför organisationen som exempelvis arbetslöshet och rådande samhällsekonomi. (ibid.)

Träning innan implementering och under pågående arbete (eng. preservice and in-service training). Eftersom EBP innebär nya sätt för hur behandling utförs och förmedlas behöver medarbetare lära sig när, var, hur och med vem/vilka det nya arbetssättet skall tillämpas. Träningen kan även erbjuda möjlighet att få pröva det nya arbetssättet och få feedback i en trygg miljö. Denna kärnkomponent omfattar också spridning av bakgrundsinformation om innovationsteori, filosofi, värderingar och de olika kärnkomponenterna. (ibid.)

Kontinuerlig coaching och konsultation (eng. ongoing coaching and consultation). De Vrids och Manfred (2005) menar att de flesta färdigheter som en medarbetare behöver lära sig kan introduceras i träning men för att de ska befästas krävs sedan vardagligt kliniskt praktiserande med stöd från en coach. Coachen ger råd och tips kring hur metoden kan utföras samt uppmuntrar och ger möjlighet till träning av metodspecifika tekniker (Fixsen, 2009).

Utvärdering och återkoppling (eng. staff performance evaluation). Denna komponent betonar vikten av att bedöma utfallet och användbarheten av implementeringens olika delar som till exempel selektion, träning och coaching. Det främsta syfte är att samla information för att optimera den slutliga behandlingens effekt. (ibid.)

System för underlag till beslut (eng. decision support data systems). Denna komponent avser bedömning utav olika aspekter av organisationens insatser (ibid.) som exempelvis utfallet för behandlade patienter, den övergripande kvalitén av förmedlad information kring innovationen samt av de mått som använts för att utvärdera metodtrogenhet (ibid.). Det är viktigt med uppföljningsarbete och feedback som tydliggör vilka effekter som är i gång och hur dessa kan spridas eller motverkas eftersom en metod måste stoppas och fhasas ur organisationen om den inte ger en tillfredställande effekt (Trolldal & Guldbrandsson, 2014).

För att lyckas med en implementering måste strukturen för implementeringen vara flexibel, om det framkommer brister i nämnda struktur måste de ansvariga för implementeringen vara beredda att utföra förändringar. För att brister i strukturen ska komma de ansvariga till känna krävs att det finns välfungerande feedbackspår mellan individer engagerade i implementeringens olika delar (Fixsen, 2009). Uppföljning och feedback måste således nå de beslutsfattare och genomförare som har inflytande och kan påverka den aktuella kontexten (Trolldal & Guldbrandsson, 2014), eftersom dessa avgör hur de ska arbeta vidare med implementering över tid (Fixsen, 2009).

Stöd från organisationen (eng. facilitative administration). Denna komponent betonar vikten av att arbetet vid en implementering fokuserar på att stödja ledning samt att organisera medarbetare mot att gemensamt fokusera på de mål som anges av en ny praxis, skapa gynnsamma policyers och strukturer samt forma kultur och klimat. För att implementeringen skall leda till att alla patienter får evidensbaserad behandlingen måste också organisationen se till att behandlarna har de färdigheter och det stöd som krävs. (ibid.)

Systeminterventioner (eng. systems intervention). Denna komponent avser strategier för att hantera externa system för att stödja behandlarnas faktiska arbete med innovationen, genom att bland annat säkra finansiella, organisatoriska och mänskliga resurser. (ibid.)

De sju ovanstående kärnkomponenterna är interaktiva och kompenserar för varandras brister, vid en implementering kan en svag komponent vägas upp av styrkan i en annan. Sannolikheten att evidensen från forskning transformeras till behandling ökar ju fler komponenter som beaktas och samverkar. Exempelvis kan feedbackspår och kontinuerlig coachning kompensera för en bristande utbildning samtidigt som en noggrann selektionsprocess och utvärdering av personal kan kompensera för svag träning och coachning. Hur mycket varje kärnkomponent behövs för var medarbetare varierar utifrån var de befinner sig i implementeringsprocessen och vilken förmåga de för tillfället besitter. (ibid.) Fixsen et al. (2005) framhåller att de kärnkomponenter som benämns ovan inte existerar i ett vakuum utan påverkas av alla skeenden runt omkring organisationen: kärnkomponenter som rör individer (*träning innan implementering och under pågående arbete, Kontinuerlig coaching och konsultation, utvärdering och återkoppling*) inryms under organisatoriska komponenter (*urval, programutvärdering, system för underlag till beslut, stöd från organisationen, system interventioner*), vilka i sin tur underställs sociala, ekonomiska och politiska faktorer.

Optimering av implementeringsprocessen.

Purveyors. En person eller en grupp inom eller utanför organisationen, (Carlfjord, 2014), som fungerar som kommunikationslänk (Fixsen et al., 2005) och aktivt stödjer arbetet med implementeringen. De har en ytterst central roll i Fixsens teori. Den/de som utför arbetet har till uppgift att skapa en ihållande långvarig förändring och fokuserar därför på att skapa reflektion istället för att överta och underlätta praktiskt arbete (Damschroder et al., 2009). Reflexion kan underlätta lärande och att få deltagarna att praktisera ny kunskap (Eldh, 2014). Den/de som utför arbetet bör inte övertala användare eller förklara vad de skall göra utan istället jobba med att identifiera vad som behöver förbättras och utveckla problemlösningsförmågor (Eldh, 2014). För att skapa nya rutiner för hur vården bedrivs bör

den/de som utför arbetet förhålla sig kritiskt till organisationers rådande praxis och normer (Harvey et al., 2002). Purveyors som jobbat länge med en organisation har en ackumulerad kunskap som kan hjälpa till att förutse scenarion och hantera oförutsedda situationer (Fixsens, 2009). Detta kan leda till ett proaktivt arbete där purveyors i ett tidigt stadie kan föreslå åtgärder till chefer och ledning för att undvika senare problem (ibid.).

Implementeringsteam (eng. implementation teams). En version av purveyors som Fixsen (2009) belyser är implementeringsteam som avser ett team av experter som på ett organiserat sätt ska hjälpa medarbetare att ta sig igenom implementeringen. Teamets uppgift är: att stimulera och ta var på det intresse som uppstår kring det som ska implementeras, hjälp till att skapa användbara nätverk och ge stöd åt de olika kärnkomponenterna. För att optimera teamets funktion krävs tillräckligt med tid och bredd i teamets kompetens. (ibid)

Förbättringscykler (eng. improvement cycles). Fixsen (2009) menar att detta behövs för att främja att policy och praktik samverkar så att beslutsfattare strukturerat medverkar i förändringsarbetet för att optimera metodtroheten när en ny metod implementeras. Detta kan kopplas till vad som förts fram som viktigt ovan i Fixsens (2009) innovationsfas. Dessa cykler kan enligt Carlford (2014) ses som en utveckling av PDSA-cykler som presenterats ovan av Ebert et al. (2006).

Beskrivning av EBP-DL

Projektet genomförs av personal från Region Halland med stöd av SKL och SFBUP. Projektgruppen som arbetat med olika delar av projektet bestod av två psykiatriker varav en var disputerad och legitimerad psykoterapeut, en psykolog och doktorand samt två disputerade universitetsbaserade psykologer och forskare som bland annat bidragit i chefsutbildningen. Projektet har haft en styrgrupp med representanter från SKL, SFBUP och landstinget. EBP-DL kom till i en strävan att komma till rätta med de brister som framkom vid en nationell tillsyn av barn- och ungdomspsykiatri i Sverige genomförd av Socialstyrelsen (2009). Denna rapport påvisades stora brister i öppenvården avseende diagnostik och behandling, vilket EBP-DL ämnar att angripa genom att ha särskild utbildning i hur bedömning skall utföras och att behandling följer en stegvis modell.

För att förbättra vården gick Socialstyrelsen (2010) ut med nationella riktlinjer för bedömning och behandling av depression. SFBUP har med Socialstyrelsens (2010) riktlinjer som grund tagit fram egna riktlinjer för depression som bygger på forskning, litteratur och styrdokument. SFBUPs (2014) riktlinjer för barn och ungdomar i åldrarna sex till sjutton år, vilka har ett praktiskt kliniskt fokus, som enligt EBP-DL är formellt antagna som nationella

riktlinjer. Syftet enligt SFBUP (2014) med dessa riktlinjer var att:

1. Att alla patienter inom BUP screenas vid bedömningsamtal och vid behov även senare för kärnsymtomen på depression för att motverka underdiagnostik.
2. Säkra en bred diagnostik både vad gäller psykiska symtom, funktion och livssituation.
3. Att alla patienter med depression och deras föräldrar först erbjuds psykosocial basbehandling med fokus på vidmakthållande faktorer.
4. Att uppföljningen genomförs strukturerat avseende symtom, funktion och livssituation.
5. Att utvärderingen av behandlingsinsatser sker till fullt tillfrisknande.

SFBUP:s (2014) riktlinjer har tagits fram av en professor emerita i barn- och ungdomspsykiatri, en disputerad överläkare (öl.) och legitimerad (leg.) psykoterapeut samt en psykolog som är leg. psykoterapeut. SFBUP:s riktlinjer genomgick inledningsvis två remissrundor som via chefer erbjöds samtliga medarbetare och disputerade forskare inom BUP (Deplyftet, 2015). De svar som inkom efter varje remissrunda ledde till korrigeringar för att slutligen bli SFBUPs (2014) riktlinjer, vilka sedan EBP-DL:s manualer bygger på (Deplyftet, 2015). EBP-DL hade en styrgrupp som bestod av en internationell doktorerad forskare, en disputerad psykolog från SKL, en öl. från BUP, en divisionschef för BUP, en anhörigrepresentant, en prefekt som är docent från Lunds universitet, intuitionen för psykologi. EBP-DL utgörs av en modell för att implementera och lära ut metoder utifrån SFBUP:s (2014) riktlinjer till de som deltar i EBP-DL.

Utarbetande av manualer. Manualerna försöker att underlätta behandlarnas vardagliga kliniska arbete genom konkreta och praktiska tips för samtal, som till exempel förslag på frågor som kan ställas och möjliga lösningar för vanliga svårigheter som kan uppstå. Manualerna följer SFBUP:s (2014) riktlinjerna men riktlinjerna har också påverkats av arbetet med manualerna. EBP-DL:s utbildningsgrupp beslutade om sex områden som skulle ingå i EBP-DL:s paket och bli till manualer, vilka ämnar att skapa en förståelse och teoretisk förankring för respektive manuals ämne. Utbildningsgruppen består av två öl. där en är doktorand och en har disputerat och är leg. psykoterapeut samt en psykolog som är leg. psykoterapeut. Inför utarbetandet av manualerna genomförde EBP-DL litteratursökning som tillsammans med SFBUPs (2014) riktlinjerna och utbildningsmaterial utgör grunden för skapandet av manualerna. Materialet har strukturerats efter en e-plattform för

traumafokuserad kognitiv beteende terapi (KBT) från universitetet i South Carolina och är således anpassat för att kunna konverteras till en e-plattform. Manualerna författades först av två disputerade öl. varav en är leg. psykoterapeut, samt en psykolog som är doktorand. Därefter arbetade utbildningsgruppen igenom manualerna och nya förändringar genomfördes. Slutligen granskades manualerna av referensgruppen/styrgruppen, vars synpunkter ledde till ytterligare justeringar. Även EBP-DL:s referensgrupp/styrgrupp och brukarorganisationen Föreningen Balans, för affektiva syndrom har fått möjlighet att lämna synpunkter. Manualerna finns att läsa på EBP-DL:s hemsida www.deplyftet.se och är indelade i sex häften enligt nedan (Deplyftet, 2015):

1. Samtal och kartläggning
2. Diagnostik och bedömning
3. Självvmordsriskbedömning
4. Fallformulering, psykoedukation och vårdplan
5. Psykosocial basbehandling
6. Utvärdering

Urval av kliniker för pilotstudien. För att värdera vilka kliniker som var lämpliga att delta i projektet genomfördes det en förstudie av en ST-läkare i samarbete med disputerade forskare med erfarenhet av implementering från ett universitet. Genom intervju och fokusgrupp undersöktes varför: olika intresserade klinikerna önskade att delta i projektet, vilka förändringar enskilda deltagarna hoppades på, utbildarnas kvalifikationer och position på kliniken, möjlighet till att etablera ett så kallat ”depressionsspår” för patienterna, möjlighet till att rekrytera någon/några som kunde samla in eller bevaka insamling av data, personalens ork till förändring, vana att arbeta med riktlinjer, samt personalomsättning och konkurrerande handledning. Under den inledande fasen skickades det även ut en medarbetarenkät (ReadinessQ) till de olika intresserade klinikerna, med det primära syftet att undersöka väsentliga determinanter för implementering. Områden som undersöktes var:

- Bakgrundsdata om klinikens personalsammansättning, personalomsättning, utbildningsnivå, syn på diagnostik och inriktning på handledning.
- Personal- och organisationsfaktorer. Frågor om den inre kontexten handlar om trivsel, öppenhet, struktur och ledarskap på klinikerna. Frågor om den yttre kontexten handlar om den politiska styrningen och stödet uppifrån vid

utvecklingsarbete.

- Attityder hos medarbetarna till evidensbaserad praktik. Finns öppenhet för att förändra arbetssätt och arbeta efter evidensbaserad modell.
- Kunskap om, och inställning till SFBUPs (2014) riktlinjer. Uppfattas denna som användbar, förståelig och ge fördelar för klinik och patient.
- Frågor om riktlinjer, depressionsbehandling och klinikens arbetssätt. Dessa frågor belyser medarbetarnas syn på hur vården bedrivs och skillnad mot riktlinjernas indikatorer kan därmed uppskattas.

När klinikerna valts ut för att delta i pilotstudien genomfördes en behovsinventering (Gapanalys) för att ge en möjlighet till att skräddarsy modellen efter de utvalda klinikernas lokala förutsättningar. Gapanalys syftar till att beskriva skillnaden mellan önskat läge och det nuvarande tillståndet och genomfördes av en ST-läkare och en disputerad forskare och psykolog med omfattande internationell erfarenhet av implementering av psykologisk behandling. För att få en uppfattning kring den nuvarande vården på respektive utvald klinik genomförde EBP-DL under november 2014 en mindre granskning av journaler som fokuserade på diagnostik, behandlingsinnehåll och utvärdering. (ibid)

Utbildningen. Behandlare och chefer från de deltagande klinikerna träffas i samband med utbildningstillfällena i internatform för att möjliggöra ett utbyte och insikt kring deras skilda utbildningar (Deptyftet, 2015). EBP-DL:s modell innehåller två spår, ett verksamhetsspår som innehåller en metod för utbildning och stöd till ledare och organisation med syftet är att öka administrativt stöd och skapa ett engagerat ledarskap för de behandlare som kliniskt ska arbeta med SFBUPs (2014) riktlinjer (ibid.). Med administrativt stöd avses här stöd från ledning och tillgång till nödvändiga förutsättningar som till exempel tillgång till rätt patienter (ibid.). Verksamhetsspåret innebar stöd i arbete med lokala implementeringsplaner av riktlinjerna, seminarier om implementeringsteori, vilka varvades med smågruppsdiskussioner och praktiska övningar (ibid.). Verksamhetsspåret gavs till chefer av två disputerade psykologer och forskare från Lunds universitet.

Det andra spåret, utbildningsspåret, innehåller ett utbildningspaket baserat på Fixsens (2009) modell kring effektiv implementering och riktade sig främst till behandlare.

Utbildningen av behandlarna genomfördes av en psykiater och en psykolog och utbildningsspåret betonar ett systematiskt frågeförfarande baserat på manualerna. Det gavs alltså utbildning i tekniker för att genomföra samtliga manualerna, där deltagarna fick lära sig att ställa väsentliga frågor samt att upprätta och utvärdera en vårdplan. EBP-DL granskade

journalföring för att se ifall väsentliga teman som skulle aväckas via det strukturerade frågeförfarandet tagits med, men utbildade inte i konkret journalföring. (Deplyftet, 2015).

EBP-DL avser att främja lärande och att ny praktik sker i enlighet med det som lärs ut och således anser EBP-DL att praktik ska värvas med teori. EBP-DL anser också att det är viktigt med möjlighet till diskussioner mellan deltagarna och således finns olika smågruppsdiskussioner (bikupor) inlagda i föreläsningarna. Föreläsningsmaterialet är baserat på manualerna och föreläsningar är 30 minuter och innehåller föreläsningar, demonstrationer och färdighetsmodellerande övningar baserat på manualerna. Demonstrationer följer ämnet för föreläsningen och är till för att introducera olika användbara kliniska färdigheter. Kursledare intervjuar skådespelade familjer för att visa hur behandlarna praktiskt kan använda sig av metoderna ur manualerna och behandlarna får träna på att vara behandlare i ett rollspel som liknar en klinisk situation, där de får feedback och utförandet moduleras.Handledning ges mellan utbildningstillfällena i form av medsittning ute på behandlarens arbetsplats i en vardaglig klinisk situation med en patient med depression. Medsittningen genomfördes av de båda personer som utbildade behandlarna och i några fall av en annan erfaren behandlare. Upplägget syftar till att ge deltagarna möjligheten att öva på olika färdigheter samt att få återkoppling i en trygg träningsituation. (Ibid.)

Kaskadutbildning. För att sprida vidare det arbetssätt som EBP-DL presenterar använde sig EBP-DL av en kaskadutbildningsmetod. Detta innebär att (enigt ovan) utbildade behandlarna efter att ha blivit godkända av utbildningsgruppen själva blir utbildare som i sin tur utbildar medarbetare från sin egen arbetsplats. EBP-DL:s utbildningsgrupp har som stöd till kaskadutbildningarna utarbetat instruktioner, instruktionsfilmer för föreläsningar samt ett övergripande utbildningsprogram för de nya utbildarna (Ibid.).

Relationen mellan EBP-DL, förutsättningar för implementering och teori.

EBP-DL kan kopplas till olika aspekter av de teorier som föreliggande studie presenterat ovan. *Core Implementation Components* (Fixsen, 2009; Fixsen et al., 2005) är den mest centrala teorin då EBP-DL's implementeringsdel och föreliggande studies frågeguide främst bygger på denna teori. Vissa komponenter i Fixsen (2009) som utbildning och coachning är några på förhand tydliga aspekter av EBP-DL. De olika faser (Fixsen et al., 2005; Fixsen, 2009; May & Finch, 2009) som genomgås vid en implementering är något som EBP-DL aktivt och medvetet förhållit sig till. EBP-DL har inte explicit lutat sig på May och Finchs (2009) *normalization process theory*, men de aspekter denna teori belyser har EBP-DL behövt förhålla sig till. BSC visar på vikten av samverkan, erfarenhetsutbyte och på att testa

förändringar i liten skala först. Detta har varit en grundidé med EBP-DL som syftat till att i liten skala träna på det nya arbetssättet. *Diffusionsteorin* av Rogers (1962;2003) avseende personalens olika roller har använts i den utbildning cheferna fått under utbildningsdelen i EBP-DL. *Realistic evaluation* är inte heller något som EBP-DL explicit använder sig av men är relevant för föreliggande studie då teorin omfattar det förhållningssätt vilket EBP-DL utvärderats på; den pekar på kontextens betydelse, att uppfatta en intervention som en social konstruktion, samt att intressenters upplevelser om implementeringen i mångt och mycket definieras av sin position i organisationen. Hur kontext och aktörer påverkar varandra vid formandet av nya arbetsmetoder återfinns hos May & Finch, 2009. EBP-DL utgörs i stor utsträckning av utbildningsdelen där behandlare och chefer får lära sig nya metoder för bedömning och behandling.

Syfte

Syftet med föreliggande studie är att bidra till en fördjupad förståelse kring hindrande och underlättande faktorer vid implementering av evidensbaserad praktik inom barn och ungdomspsykiatri. Vi ämnar undersöka behandlare och chefers upplevelser som deltagare i EBP-DL med följande frågeställningar som främst organiserats utifrån teorin om sju kärnkomponenter för framgångsrik implementering av Fixsen (2009):

- Hur uppfattar behandlare och chefer implementeringsprocessen och EBP-DL:s olika delar?
- Vad uppfattar behandlare och chefer som hindrande respektive underlättande för att implementera riktlinjerna på sin arbetsplats?

Undersökningen fokuserar på hur implementeringsarbetet inom EBP-DL utifrån Fixsens kärnkomponenter uppfattas, men omfattar även en explorativ undersökning av behandlares och chefers upplevelser av implementeringen som inte direkt berörs av intervjuguiden där frågeområden konstruerats för var och en av ovan nämnda kärnkomponenter. Utifrån tidigare forskning och teorier förväntas:

- Att beroende på klinikernas olika kontexter, kommer chefer och behandlare uppleva olika typer av hinder i implementeringsprocessen.
- Att deltagare från de kliniker som redan hade ett arbetssätt liknande de nya riktlinjerna, kommer beskriva att arbetet med övergången till att arbeta enligt de

nya riktlinjerna gått smidigare och med färre hinder än de som inte haft ett sådant arbetssätt.

- Att på de kliniker där det upplevts att det har funnits ett tydligt och strukturerat samarbete mellan chefer och behandlare, kommer deltagarna i större utsträckning uppleva sig jobba enligt de nya riktlinjerna och har färdiga utbildare som är redo att utbilda nästa omgång behandlare.

Metod

I metodavsnittet presenteras studiens design samt vetenskapsteoretiska positionering. Vidare tas urval och procedur för genomförande samt val av intervjufrågor upp. Därefter beskrivs bearbetning och analys av material.

Studiens design

För att undersöka studiens frågeställningar valdes kvalitativ metod. Kvalitativ metod är relevant när syftet är att utforska individers upplevelser och meningsskapande (Willig, 2008). Den metodologiska grunden är den tolkning som görs av intervjupersonernas beskrivningar kring den egna förståelsen av den sociala verkligheten (Bryman, 2011; Elliott, Fischer & Rennie, 1999).

Forskningsintervjun är ett adekvat redskap för att fånga subjektiva uppfattningar och erfarenheter (Kvale & Brinkmann, 2014). Inför föreliggande studie utformades en intervjuguide som låg till grund för genomförandet av semistrukturerade intervjuer med både chefer och medarbetare på de olika klinikerna i EBP-DL. Semistrukturerade intervjuer är, enligt May (2001), en metod med frågor som formulerats på förhand men där det finns utrymme till ett fördjupat utforskande och vidareutvecklande. Den semistrukturerade intervjun har den formella intervjuens specificering av roller med intervjuare och respondenter med förutbestämda frågor (Willig, 2008). Även om frågorna i guiden är förberedda behöver de inte följa en given ordning (Bryman, 2011) vilket ger en bra förutsättning för att skapa en dialog för att utforska ett område på ett mera djupgående vis (May, 2001). En semistrukturerad intervju består även av öppna frågor som försöker fånga upplevelser på ett likartat sätt som vid informell konversation (ibid.).

Val av fallstudiedesign. Då föreliggande studies forskningsfrågor syftar till att bidra till en fördjupad förståelse kring hindrande och underlättande faktorer vid implementering av evidensbaserad praktik faller sig en fallstudiedesign naturlig. Yin (2007) menar att fallstudier generellt är den bäst lämpade metoden för att besvara frågor som ”hur” och ”varför”, när

kontrollen över situationen är låg och främsta fokus är att undersöka ett fenomen i ett specifikt socialt sammanhang.

Urval. I studien utvärderas fyra BUP-kliniker som deltar i EBP-DL. De fyra BUP-klinikerna befinner sig i olika län, har olika upptagningsområden och således involveras fyra olika landsting. Totalt omfattas nittionio stycken medarbetare (n=19) av EBP-DL:s totalt tjugo individuella deltagare, där olika yrkesgrupper representeras såsom läkare, psykologer och sjuksköterskor. Cheferna på respektive BUP-klinik fick i uppdrag från EBP-DL att delta i föreliggande studiers intervjuer och informera berörda behandlare.

Analysenheter. Föreliggande studie är en flerfallsstudie och har därmed flera analysenheter, dessa ska enligt Yin (2007) klargöras och specificeras utifrån de primära forskningsfrågorna. Inledningsvis definieras "fallet" utefter vad det "är", vad det "består" av och vad det "innebär". Ett "fall" kan enligt Yin (2007) bestå av en implementeringsprocess eller en organisatorisk förändring. När det generella fallet definierats måste andra analysenheter som är i fokus för fallstudien klargöras och urskiljas från det som inte tillhör fallstudien (Yin, 2007). Föreliggande studie är en del av en utvärdering av en implementering som aktivt pågått från våren 2014 till hösten 2015 för de som ska implementera EBP-DL:s modell.

Falldesignen i föreliggande studie ser ut på följande vis:

- Det generella fallet utgörs av upplevelsen som deltagare i EBP-DL.
- Kontexten utgörs av barn- och ungdomspsykiatri i Sverige.
- Analysenheterna är följande: 1, Respektive BUP-klinik. 2, Enhets- och verksamhetschefer på BUP-klinikerna. 3, Behandlarna på BUP-klinikerna.

Varje BUP-klinik betraktas vara en replikation av EBP-DL under olika betingelser med egna processer där syftet i föreliggande studie är att försöka förstå och tolka dessa betingelser utifrån det resultat som framkommer genom intervjuerna.

Positionering

Den vetenskapliga positionen i föreliggande arbete är kritisk realism. Inom kritisk realism antas det finnas en sann objektiv verklighet som inte går att mäta eller fullt ut förstå på grund av de begränsningar som tolkningen genom våra sinnen innebär (Willig, 2008). Polkinghorne (2005) skriver att individen har tillgång till sin egen upplevelse, men denna upplevelse finns inte tillgänglig för omvärlden eftersom språk, kön, klass och etnicitet filtrerar

denna upplevelse i samma stund som den förmedlas. Detta innebär att det som förmedlas under intervjuerna färgas av intervjupersonen egna föreställningar och förståelse av världen, men samtidigt belyser aspekter av en objektiv verklighet.

Procedur

Föreliggande studie startade i slutet av augusti 2015 och inleddes med ett upptaktsmöte där författare av föreliggande studie samt dhandledare deltog. Syftet var att diskutera struktur och relevant litteratur inför utformandet av en intervjuguide. Intervjuerna gjordes sedan under en tvåveckorsperiod med de fyra BUP-klinikerna som deltar i EBP-DL.

Utformandet av intervjuguide. Enligt Willig (2008) bör en intervjuguide utformas och användas på ett sådant vis att de som utför intervjun på ett smidigt vis kan hålla fast vid forskningsfrågan. Intervjuguiden utformades utifrån teorin om kärnkomponenter av Fixsen (2009), men omfattande även de frågor som de ansvariga för EBP-DL önskade få besvarade, vilka finns rödmarkerade i bilaga 1. Frågorna i intervjuguiden tog även hänsyn till vilken position individen hade inom organisationen. Detta för att inte stänga ute upplevelser då medarbetare uppfattar skeenden utifrån sin egen horisont och förståelse och avgörs av var i organisationen de befinner sig (Pawson & Tilley 1997). Vid utformandet av intervjuguiden ansåg författarna det som viktigt att - i möjligaste mån - försöka utesluta förutfattade antaganden samt att använda öppna frågor för att öppna upp för information utanför föreliggande studies författares förförståelse.

Intervjuprocedur. Varje intervju utfördes under en dag i två delar, där första delen bestod av en två timmars gruppintervju med respektive kliniks EBP-DL:s deltagare, där antalet chefer och behandlare varierade mellan olika BUP-kliniker. Alla kliniker hade två chefer representerade och minst två behandlare. På vissa kliniker deltog fler behandlare. Andra intervjudelen var under en och en halv timme och omfattade på två BUP-kliniker individuella intervjuer, chefen för sig och behandlaren för sig. På två BUP-kliniker bestod den andra delen av en intervju där en chef och en behandlare deltog tillsammans. Under gruppintervjuerna (den första intervjuomgången) var samma person intervjuledare och den andre tog anteckningar och bistod i intervjuandet. Vid de individuella intervjuer ansvarade en för att intervju chefer och en för behandlare.

Det fanns en förutbestämd struktur för hur intervjuerna skulle bedrivas, denna struktur baserades på intervjuguidens upplägg där alla kliniker inledningsvis skulle intervjuas om respektive kärnkomponent i samma turordning. I syfte att skapa ett bra intervjuklimat tilläts samtalet att flyta mellan områden som respektive deltagare fann relevant.

Alla intervjuer och områden i intervjuguiden inleddes med en öppen bred fråga för att allt eftersom smalna av till allt mer detaljerade och slutna frågor. Syftet med detta var att inledningsvis öppna upp för områden som inte avhandlades i intervjuguiden men att allteftersom smalna av för att fånga upp aspekter som författarna ansåg angelägna för att kunna besvara föreliggande studies forskningsfrågor.

Bearbetnings- och analysmetod. Alla intervjuer spelades in med hjälp av diktafon. På grund av praktisk genomförbarhet genomfördes två olika bearbetningsmetoder vilka var meningskoncentrering och transkribering. Analysen av materialet inleddes med genomlysning av materialet med meningskoncentrering i tre fall samt transkribering i ett fall. Meningskoncentrering innebär att fånga vad det är en intervjuperson förmedlar utan att transkribera ord för ord (Kvale & Brinkmann, 2014). Istället sker en första tolkning av materialet redan under genomlysningen där det istället skapas korta sammanfattningar. Efter genomförd transkribering/meningskoncentrat lyssnades återigen materialet igenom för att säkerställa att det skriftliga materialet inte skilde sig från inspelningarna. Under denna process kunde även konstateras att användandet av meningskoncentrat inte hade medfört förlust av meningsfulla svar på intervjufrågor i jämförelse med de intervjuer som hade transkriberats. Under transkribering och meningskoncentrering tidsindexerades alla uttalanden från inspelningarna. Detta för att göra det möjligt att kunna gå tillbaka i materialet för att kontrollera överrensstämelsen mellan författarnas tolkningar och vad som uttalas under intervjun. Denna tidsindexering anses väga upp för den utökade tolkning meningskoncentrering skulle kunna ha inneburit i förhållande till regelrätt transkribering.

Tematisk analys. Därefter genomfördes en tematisk analys. Detta är en metod för att bearbeta data systematiskt genom att identifiera och strukturera teman. Analysmetoden syftar till att undersöka skriftlig eller verbal data och att finna det som förenar dessa och ordna dem i teman som uppkommer under genomläsning av materialet (Braun & Clarke, 2006). Materialet lästes igenom noggrant och färgkodades för vart och ett av de teman som framträdde. Under genomläsningen söktes efter gemensamma eller motstridiga upplevelsemönster. Efter den första tematiseringen och uppdelningen av materialet efter teman som upptäckts genomfördes ännu en tematisering för varje valt område. Denna procedur resulterade i en rad underteman för varje ursprungligt tema.

Etiska överväganden. Rekryteringen av föreliggande studies deltagare ombesörjdes av representanter från EBP-DL, dessa representanter informerade deltagarna om var och när intervjun skulle äga rum samt om intervjuens syfte. Vid inledningen av intervjuerna informerades deltagarna om att det skulle göras en ljudupptagning som skulle användas till att

transkribera samtalen. De informerades om att alla deltagare skulle vara anonyma, både under analysen av materialet samt i den efterföljande uppsatsen. Deltagarna informerades om att resultatet dels skulle användas till ett examensarbete, men att det även utgjorde en utvärdering av deltagarnas upplevelser i EBP-DL och att representanter för EBP-DL skulle få tillgång till detta resultat.

Deltagarnas anonymitet säkrades genom att under transkribering och meningskoncentrering tilldelades deltagarna en kod som visade om det var en chef eller behandlare samt vilken klinik personen kom ifrån. Koden användes under analysen av materialet och togs bort i slutgiltig presentation. Inspelningarna behölls under analysen av materialet för att göra det möjligt att gå tillbaka och kontrollera att utvalda citat överensstämde med vad som sagts. För att minska möjligheten till identifikation av enskilda deltagare kommer resultatdelen att struktureras så att citat kommer att knytas till chefer och behandlare från samma eller olika kliniker, utan enskilda alias. Ett dilemma är att studiedeltagarna har träffats under EBP-DL:s utbildningsdagar och delat erfarenheter kring implementeringsprocessen på respektive klinik, vilket ökar möjligheten till en identifikation av personers uppfattningar. På grund av detta har det varit en balansgång mellan att använda de mest belysande citaten, men samtidigt värna om deltagarnas sekretess och integritet. Citat som har bedömts utelämnande och möjliga att spåra har i denna studie utelämnats till förmån för, kanske mindre belysande citat, men i gengäld ett värnande om deltagarnas integritet.

Förförståelse. En av föreliggande studies författare hade sedan tidigare deltagit i ett annat implementeringsprojekt på en BUP-klinik. Författaren hade även satt sig in i aktuell forskning i ämnet. Båda författarna hade även deltagit på en föreläsning under utbildningen. Författarnas handledare är väl insatta i implementeringsforskning och har även varit delaktiga i EBP-DL. Detta har inneburit att författarna har gått in med en viss form av förförståelse i föreliggande studie. Det har troligtvis underlättat vid konstruerandet av intervjuguide och vid diskussioner kring vilka fynd som skulle vara av intresse. Den andra sidan av myntet är risken att denna förförståelse har inneburit ledande frågor under intervjuerna och att författarna har styrt samtalen mot att få svar på föreliggande studies hypoteser.

Resultat

Resultatdelen presenteras i sex huvudavsnitt utifrån teman som bygger på de utsagor chefer och behandlare delat med sig av. Dessa är: *utbildning och material, tydligt-otydigt, förutsättningar och omständigheter, stöd, spridning och ekonomi*. I resultatdelen kommer BUP-klinik benämnas klinik, chefer benämnas chefer och behandlare för behandlare. Ingen

klirik, chef eller behandlare kommer att få något alias eller indexeras. Ifall chefer eller behandlare kommer ifrån samma klinik kommer detta att förtydligas.

Tabell 1.

Presentation av resultatdelens teman, subteman samt antal kliniker som diskuterat ett tema.

TEMA	SUBTEMA	ANTAL
Utbildning och material		4
	Utbildningsdelen i EBP-DL	4
	Återkoppling på sitt arbete i EBP-DL	4
	Materialet till utbildningen i EBP-DL	4
	Varvandet av praktik och teori under utbildningsdelen	4
	Utbildningsplanering för utbildning på den egna kliniken	4
Tydligt-Otydligt		4
	Kartan för vad ett åtagande i EBP-DL innebär	4
	Gemensam bild mellan behandlare och chefer avseende EBP-DL	2
	Att EBP-DL expanderar	2
	Momentet medsittning	4
	Inledande intervju för att välja ut kliniker till EBP-DL	4
	Inledande enkät för att undersöka förutsättningar på klinikerna	3
Klinikernas förutsättningar		4
	Geografi	2
	Kultur och tidigare arbetssätt	4
	Grund till att gå med i EBP-DL	4
	Patienter	4
	Klinikernas arbetssituation	4
Stöd		4
	Chefernas medverkan under utbildningsdagarna	4
	Tillgång till nödvändig tid för EBP-DL	3
	Nödvändigt att alla chefsnivåer är inkluderade	4
Spridning		4
	Efterlängtad med andra patientgrupper.	2
	Betydelsen av bra personal	4
	Rekrytering av behandlare till EBP-DL	4
	Kravprofil från EBP-DL	3
	Konsekvenser av fel behandlare	4
	Top-down eller bottom-up vid implementering	2
	Vardagens utmaningar för EBP-DL	2
	Diffusion, passiv spridning av EBP-DL	4
	Materialets kvalitet	4
	Relevans för andra patientgrupper	4
	Kvalitetshöjning vid journalföring	3
	Kvalitetshöjning på suicidbedömning	3
	Kompetenshöjning	4

Restriktioner kring spridning av materialet	2
Dissemination, aktiv spridning av EBP-DL	2
Att kvalitén vid kaskadspredning riskerar att urvattnas	4
Att utbilda sina kollegor	3
En hållbar fortlevnad för EBP-DL	4
Eldsjälar kontra institutionalisering	2
Förmedla värdet av den nya metoden	3
Vem driver projektet framöver?	4
Andra vårdgivare där EBP-DL kan vara aktuellt	4
Ekonomins betydelse för EBP-DL:s fortlevnad	4

Utbildning och material

Under detta tema ryms deltagarnas uppfattning kring EBP-DL:s utbildningsdel och det tillhörande materialet. De underteman som har framkommit utgörs av deltagarnas tankar och åsikter kring: *utbildningen, återkoppling, medsittningens innebörd och upplägg, materialet, att praktik och teori varvats samt planering av framtida utbildning.*

Utbildningen. Alla kliniker var mycket nöjda med utbildningsdelen, de framhöll att den var av mycket hög kvalitet och varit unik i sitt slag och ansats. En behandlare beskrev att framför allt innehållet varit mycket bra och framhöll att utbildningen medförde en stor skillnad i arbetssätt och förståelse för sitt arbete: ”nu vet jag vad jag gör och varför jag gör det”. Behandlaren berättade att utbildningen hade gett ett djup och en bredd trots mångårig arbetserfarenhet och att det första utbildningstillfället gav en aha-upplevelse genom att det då blev tydligt att det rörde sig om ett annat arbetssätt.

Samtliga chefer utom en uttryckte att de var nöjda med utbildningen och en chef berättade: ”/.../öerhört bra utbildning med en modell från ax till limpa”. Behandlarna lyfte fram att utbildningen har lett till att de gör ett bättre jobb inom specifika områden, en behandlare beskrev: ”vi skriver mycket bättre journalanteckningar, mer koncisa, bättre psykisk status, och att det har hjälpt vid diagnostik av annat också”. En annan behandlare uttryckte att utbildningen gjort stor skillnad på hur hen nu jobbar: ”mer strukturerat, mindre på känsla och mer på att jag vet vad som behöver göras/.../”.

Samtliga behandlarna beskrev att det var lätt att uppfatta materialet som bekant och utan nyheter. Det var vid första utbildningstillfället som det, genom praktiska inslag, blev tydligt att det tillförde något nytt i sättet att arbeta. En behandlare berättade att när behandlaren inledningsvis läste delar av materialet, hade det nästan känts kränkande att behöva bli upplärd i sitt jobb men insåg då utbildningen började att även om behandlaren kan en hel del sedan tidigare så jobbade hen inte i enlighet med riktlinjerna. En behandlare från en annan klinik berättade:

/.../vid första genomläsning tyckte vi att det var likvärdigt med hur vi redan jobbade, men sedan när vi började gå på Deplyftet märkte vi att det var inte alls så vi gjorde. Så det är något mer med Deplyftet än de vanliga riktlinjerna. Det var bättre, mera tydligt och strukturerat. Ingen risk att man missar något om man går efter Deplyftets regler.

På en klinik framkom den kritiska uppfattningen att materialet gjorde anspråk på sanningen och att denna sanning tvingats på deltagarna, en chef beskrev:

/.../jag tycker att det är ett jättebra innehåll och jag skriver under på nästan allt
/.../Det är ju inte sanningen, att det är exakt såhär som barn med depressiv symptomologi ska behandlas och det tror jag egentligen inte heller att Deplyftet hävdar. Men riktlinjer är riktlinjer och det finns få andra medicinska specialiteter som på ett nationellt plan så offensivt skulle säga att såhär ska man göra, man låter ofta professionen själv forma riktlinjerna /.../.

Samtliga deltagare framhöll det som unikt att det ingått en implementeringsplan i EBP-DL vilket en av cheferna beskrev som: ”nytt och spännande”. Deltagarna hade själva upplevt svårigheter i att införa det nya arbetssättet på sin arbetsplats. En chef berättade att det är: ”ett nytt sätt att implementera riktlinjer, vi vet ju av historien att det är svårt. Här känns det som det är ett gediget jobb där man verkligen har tänkt igenom det /.../”.

I EBP-DL´s utbildningsdel ingår även teori kring implementering vilket en chef beskrev som matnyttig medan en annan chef upplevde att det var en hög akademisk nivå som gjorde det svårt att ta till sig. Den sistnämnda chefen uttryckte sig på följande vis: ”Men det var så stort fokus på implementeringsmodellerna som jag inte kunde ta till mig, eller ville. Det var relevant men det var så hög akademisk nivå så att jag tröttnade”.

Återkoppling. Ett område som deltagarna uppehöll sig kring var återkoppling under olika moment i utbildningen. Det var blandade upplevelser kring återkoppling, en behandlare berättade att återkopplingen varit begränsad till innehållsmässiga faktorer. En behandlare från en annan klinik beskrev att EBP-DL har en oerhört välfungerade struktur för återkoppling vilket uttrycktes på följande vis:

Det har varit fantastiskt. Mest genomtänkta system för återkoppling jag sett utöver ens grundutbildning. Har jag nu fått med det jag ska i journalerna, återkoppling på

rollspel, medsittningar. Någon tar ansvar för mitt lärande genom granskning och återkoppling. Känner mig oerhört bortskämd.

Från samma klinik uttryckte en annan behandlare en önskan om mer återkoppling på det egna arbetet och den egna utvecklingen:

"/.../om det är något jag känner har saknats så är det individuell avstämning, nu har vi tittat på dom här sakerna hos dig, det här är styrkor du har och det här är svagheter, och sedan någon slags kommentar, men varsågod, du är godkänd, eller det här behöver du komplettera.

På en klinik uppfattade deltagarna att det fanns stor skillnad mellan vad de olika klinikerna fått i form av handledning och stöd, handledning hade beskrivits som en av delarna i momentet medsittning. På en klinik upplevde deltagarna inte att de hade fått ta del av handledning i samma utsträckning som på andra kliniker. En behandlare uttryckte att det varit orättvist: ”att de andra har fått riktigt handledning och vi har inte ens fått någon feedback”.

Materialet. En gemensam uppfattning var att deltagarna varit väldigt nöjda med innehållet i materialet, de tyckte att det hållit en hög kvalitet och bidragit till en ökad bredd och djup i deras arbete. Följande citat från en av cheferna understryker den generella uppfattningen av materialet: ”/.../det är ett bra material och det är ett lätt material och det är ett tilltalande material /.../”. En behandlare från en annan klinik underströk hjälpen som materialet bidragit med: ”Jag upptäckte att jag präglades ganska mycket av remissens innehåll och utformade bedömningen utefter det, nu har inte remissen samma tyngd utan nu gör man den här bedömningen varje gång likadant”.

Från två kliniker framkom synpunkter på materialet, en behandlare upplevde att det var en kvalitetsskillnad i materialets inledande del: ”/.../de första, det märktes att de var bättre skrivna än de sista och jag tror att det blev lite för bråttom”. En behandlare från en annan klinik upplevde att det var en ojämn viktning i materialet och berättade:

Behandlingsdelen är ju en egen manual och det blev kanske lite ojämnt, behandlingen är ju en jättestor del i kontakten med en patient och så fick den bara ungefär 20 % av utrymmet manualmässigt. Flera av oss hade önskat att det var lite mer. Bara psykoedukation och vårdplanen var en manual. Manualer, skev fördelning av

materialet, för lite fokus på behandlingsdelen, konkreta tekniker, problem som kan uppstå, utrymme för fördjupningar inom varje del.

Praktik och teori. På alla kliniker framhölls hur bra upplägget varit med att varva teori med praktiska moment, att behandlarna har fått pröva och sedan fått feedback från utbildarna. Behandlarna berättade att de varit nervösa och rädda men att de efteråt upplevt momentet som det mest givande under utbildningen men att rollspelen kunnat vara lite kortare eftersom det var svårt att hålla fokus. En behandlare berättade:

Rollspelen upplevs som det absolut viktigaste inslaget i utbildningen. Vi har fått titta på varandra, fast vi har varit jätterädda och nervösa, våga sitta där och visa vad vi kan och få feedback från andra. Just den praktiska träningen har varit det viktigaste när vi har varit där.

Utbildningsplanering. Här avses den genomförda utbildningens planering samt den planering som gjorts inför den fortsatta utbildningen ute på klinikerna. Deltagarna lyfte fram hur väl de ansvariga för EBP-DL tagit ansvar för återkoppling och planering av den framtida utbildningen på respektive klinik. En behandlare beskrev det som oerhört bra men att det kommer att krävas disciplin vid genomförandet: ”/.../gjort schema minut för minut i fem dagar. Så jag ska bara följa det här utbildningspaketet då. Det är jättebra men ställer oerhörda krav på att man är disciplinerad”.

En behandlare från en annan klinik upplevde att det blev ett glapp i den praktiska träningen på kliniken i förhållande till utbildningen. Utbildningen inleddes med momenten bedömning och kartläggning vilket deltagarna sedan tränade vidare på sin egen klinik. Momentet behandling kom först senare vilket medförde att de patienter som hade genomgått bedömning och kartläggning inte fick tillgång till adekvat behandling enligt de nya riktlinjerna. Behandlaren beskrev:

Bedömningen och kartläggning fick vi tidigt i utbildningen. /.../Blir väldigt många patienter där bedömningen är klar som man skyfflar patienterna framför sig och in i ”ordinarie” system. Det vore bättre om det var kopplat till det flöde som är tänkt för patienten. Jobbat mycket med patienterna och förberett för behandlingen och så blir

det ett stort glapp. /.../Det blir ett glapp mellan vad som är en rimlig behandling för en så bedömd patient.

En behandlare från samma klinik beskrev att det kunde vara fördelaktigt att ha mer sammanhållna utbildningsdagar istället för den uppdelning som funnits nu, eftersom det tar en del tid att transportera sig till utbildningsorten. Behandlaren föreslog: ”/.../en vecka i början istället för två dagar plus två dagar/.../”.

Tydlighet-Otydlighet

Denna del innefattar deltagarnas upplevelse av de ansvariga för EBP-D:s framförhållning och den information som delgetts från dessa ansvariga under projektets gång. Det varierade huruvida deltagarna ansåg att de hade fått tillräckligt med information. Å ena sidan fanns det deltagare som gav uttryck för en ovisshet som i vissa fall lämnade utrymme för fantasier kring eventuella bakomliggande syften eller dolda agendor. Å andra sidan uttryckte andra att de ansvariga för EBP-DL hade delgett tillräckligt med information under resans gång för att planering och arbete skulle fungera tillfredställande.

Temat otydlighet spänner över ett brett område och innefattar delar som *en otydlig ”karta” över EBP-DL, den gemensamma bilden mellan behandlare och chefer om vad EBP-DL innebär, den inledande intervjun och enkäten när pilotklinikerna skulle rekryteras, att nya delar dyker upp, samt otydligt rörande syftet med momentet medsittning,*

Kartan. Under denna del presenteras deltagarnas upplevelse av framförhållning och information kring EBP-DL. Deltagarna refererade frekvent till att det hade saknats en tydlig ”karta” över EBP-DL. Intervjuerna rymde dels uppfattningen att det hade saknats en tydlighet i kommunikationen med de ansvariga för EBP-DL, men också uppfattningen att den karta och information som hade presenterats av de ansvariga för EBP-DL hade varit tillräckligt för stunden. Ett exempel på den upplevda otydligheten beskrevs utav en av cheferna på följande vis: ”Det har varit lite som att man rullar ut mattan och så går man på den samtidigt”. En annan chef beskrev att både chefen och hans chefskollega på mottagningen saknade överblick. Chefen funderade kring vad tydligare information kunde ha inneburit vid val av behandlare: ”hade jag haft alla de kriterierna man kunde tänka kring avseende behandlare så hade jag kanske tänkt på ett annat vis.”

En behandlare från en av de andra klinikerna framförde en motsatt uppfattning av att de på deras klink inte har varit oroliga: ”eftersom vi inte har haft hela processen framför oss så har det blivit att man fokuserat på här och nu /.../ Fått ha lite is i magen, det löser sig”.

Behandlarens upplevelse delades av två chefer från en annan klinik som uttryckte att det åligger deltagarna i EBP-DL att tillskansa sig nödvändig information för att kunna genomföra uppgiften på ett bra sätt. Den ena chefen resonerade kring upplevelsen av att informationen från de ansvariga för EBP-DL's sida varit bristfällig och uttryckte: "Då har man inte satt sig in det här och det måste vara ett eget ansvar att ta reda på detta och sätta sig in i det". Den andra chefen på kliniken resonerade att: "om kartan var otydlig, varför frågade ni inte"?

I anslutning till samtalet om att information och planering har varit otillräcklig framkom det på två kliniker en upplevelse av att det kan ha funnits en bakomliggande agenda. På dessa kliniker beskrevs det att när informationen var otydlig så började de fantisera om anledningen till detta. En behandlare resonerade att: "vi eventuellt ska vara en utbildningsklinik för andra kliniker och det är därför som de sätter en så hög ribba, det kan vara så"? En behandlare från en annan klinik berättade:

Jag kan ju förstå att de kanske hade en tydlig plan som dom bet inne för man vet ju inte vad pengarna räcker till, så nästa steg blir efter de förutsättningarna och de pengarna som då råder. Men det här med att strukturera det och få en bra överblick, det kan man inte påstå att vi har fått.

Ett annat tema som uppkom avsåg information vid uppstarten av EBP-DL och vad en klinik förband sig till vid anslutning. En av cheferna berättade att: "med det jag vet nu så är det inte säkert att jag hade gått in i ett sådant här ambitiöst projekt", "jag visste ju inte vad jag sa ja till" och "det har varit alldeles för löst i konturen och det gick inte att förstå vad detta var. När det väl kom igång så insåg man att det här är ju bara gigantiskt". En behandlare beskriver att det fanns en skillnad i hur tydliga ramar och struktur projektet förmedlat i förhållande till vad projektet i sin tur förväntar sig av deltagarna. En av behandlarna beskrev det som:

Det finns en mismatch mellan hur vi skolas in i Deplyftet att vara transparenta, vara tydliga, hålla ramar och sen verkar projektet falla på just de bitar som är väldigt viktiga i utbildningsdelen. Ramarna hålls inte och transparensen finns inte riktigt men krävs av oss som behandlare.

En chef från en annan klinik förmedlade en upplevelse av att information kring inledningen hade varit tydligt från de ansvariga för EBP-DL, vilket chefen ansåg vara ett måste. Chefen berättade följande:

/.../ från Deplyftet måste man vara väldigt tydlig med vilken insats som krävs av en klinik när man committar sig. /.../jag tyckte att det var jättebra, det var vi överens om och sedan kunde vi lämna över en väldigt tydlig bild till vår ledningsgrupp och presentera att här finns det en möjlighet för oss att ansöka och vara med, det kräver detta av oss. Vi gjorde en ganska tydlig cost/benefit analys som var väldigt enkel men där övriga chefer i ledningen fick vara med och ta ställning till om det här är något som vi vill satsa på.

Gemensam bild mellan behandlare och chefer. Under utbildningsdagarna har chefer och behandlare haft parallella utbildningar på varsitt håll men där det har funnits inslag av kortare gemensamma träffar. En av de deltagande cheferna hade önskat en större inblick i vad behandlarna genomgick och lärde sig för att få en djupare förståelse kring EBP-DL. Chefen uttryckte att: ”/.../ de delarna vi har fått är ju hur vi ska implementera detta och lite föreläsningar och diskussion kring det, men det kanske hade varit bättre att ta del av programmet mer för att man ska förstå”. Chefen fortsatte och uttryckte:

tror också att det hade varit mycket bättre att vi i ledningen hade fått en tydligare bild av vad Deplyftet är och vad det är ni gör där inne i andra rummet, det fick man ju inte heller riktigt koll på och det tror jag man hade vunnit mer på. Nu har jag läst själv samma sak och att kanske diskutera det här lite större och mer.

En behandlare från samma klinik delade sin chefs upplevelse av nyfikenhet kring vad det pratades om utanför det egna rummet. Behandlaren berättade att de ansvariga för EBP-DL gett uttryck för att behandlarna kommer att få den stöttning de behöver av sin respektive ledning och därför behöver de inte oroa sig om det. Behandlaren uttryckte att: ”då tänker jag att då har de pratat om det, fast det vet jag inte för jag är inte insatt i vad de har pratat om mer än implementering och teori”.

På en klinik framkom en annan upplevelse och där det istället upplevdes att syftet var otydligt med de gemensamma träffarna mellan behandlarna och chefer. En behandlare uttryckte: ”Tydligare med syftet med träffarna med chefer och behandlare, vad är tanken att uppnå med den tiden vi sitter här nu? Och finns det kanske något av det som vi istället hade kunnat göra hemma på kliniken”? En chef från samma klinik delade inte sin behandlares

upplevelse och berättade: ”Tycker att det var tydligt redan från början att syftet med att vara med som chef i Halmstad var för att utgöra ett stöd för behandlarna”.

Expansion. Under intervjuerna framkom en upplevelse av att nya delar tillkom under EBP-DL:s gång. En av cheferna berättade att: ”plötsligt behövde vi en journalgranskare och vem ska göra det /.../ självklart ska vi journalgranska./.../ hade jag sett alla dessa delar från början /.../ jag vet inte vad jag hade sagt då”. Även behandlare gav uttryck för denna upplevelse, en behandlare beskrev att: ”man blir jättefrustrerad för varje nytt moment som kommer in”.

På två kliniker framkom uppfattningen att EBP-DL var ett ambitiöst projekt, så ambitiöst att det kunde påverka implementeringen. En behandlare beskrev att EBP-DL: ”är ju ett ambitiöst och unikt projekt”. En behandlare gav uttryck för att: ”jag skulle inte bli förvånad om detta är något som kommer att pågå under flera år” och fick medhåll av sin behandlarkollega som uttryckte: ”samtidigt är en farhåga att är det här projektet så ambitiöst för att man är så rädd att det inte ska gå att implementera och därför gör man det så stort att det kanske inte just därför går att implementera”. En chef från en annan klinik delade sist nämnda behandlares upplevelse och beskrev att projektet var: ”så ambitiöst att det nästan blir svårt att genomföra”. En chef ville se ett slut på projektet och berättade att det: ”finns det en risk att vi fastnar i något som aldrig tar slut, kan vi hoppa av, nä det kan vi ju inte”, samt: ”det måste finnas någonstans som vi kan känna att nu har vi gjort vårt. Nu har inte vi mer resurser att lägga på det här”.

Momentet medsittning. I utbildningsdelen ingick ett moment kallat medsittning där deltagarna praktiskt fick utföra ett moment med en patient på den egna arbetsplatsen då en utbildare satt med i rummet. Det fanns olika upplevelser kring medsittningens innebörd och upplägg då detta moment även visade sig vara ett examinerande moment. En behandlare berättade att enligt den inledande informationen förmedlades att: ”medsittning ingår som ett inlärningsverktyg /.../ sen var plötsligt medsittningen en examination, jag har inget problem med sådant men jag skulle gärna veta från början”. Behandlaren funderade även kring vad konsekvensen vid ett eventuellt underkännande blir: ”Det är fortfarande inte uttalat”. Behandlaren berättade även att medsittning må vara bra i pedagogiskt syfte men blir inte optimalt för examination eftersom det kräver att förutsättningar är perfekta.

På två kliniker uppfattades det som positivt att momentet innehöll en examinerande aspekt och en behandlare, en annan klinik än nyss nämnda, uttryckte: ”det är väl bra att examineras, så att jag vet att jag har klarat det”. En chef från en annan klinik beskrev att: ”jag skulle vilja framföra som ganska allvarlig kritik är att det fanns ju ingen tanke att alla inte

skulle bli utbildare”, och att det från EBP-DL sida inte fanns någon plan för vad som skulle hända vid ett eventuellt underkännande. Chefen undrade hur och när behandlare kan komplettera, det gör ju studenter, men fick inget svar: ”Det är stopp liksom”.

En behandlare från en annan klinik uppfattade medsittningen: ”som en stödhandledning” och tänkte: ”att det här är nog en examination också”.

Inledande intervju. I uppstarten av EBP-DL genomfördes intervjuer på respektive klinik i syfte att göra en kartläggning av vilka förutsättningar som fanns för att arbeta evidensbaserat samt inställning till förändringsarbete. Angående denna intervju uttrycktes det på en klinik av en chef att: ”det är väl klart att man kunde gjort det mycket tydligare från början, vad är vi här för, det här ska vi göra ” och: ”den här bristande strukturen går som en röd tråd, det började här i detta rum, sen har det varit lite hela vägen. De har sagt att de vet detta, men det går mycket energi när man inte vet riktigt”. På en annan klinik berättade en behandlare att det: ”hade varit bättre med större tydlighet kring vad syftet var /.../ man gick därifrån och funderade på om det fanns någon dold agenda i momentet”.

Inledande enkät. Vid det allra första urvalet av pilotkliniker skickades det ut en enkät i syfte att kartlägga klimat och värderingar hos deltagarna på respektive klinik. En av behandlarna berättade att: ”jag tror inte att det har bidragit med någonting speciellt”, och: ”många tolkade den som att den utgick ifrån att vi var jätteskeptiska mot förändring eller att jobba enligt evidens /.../ Det fanns någon slags värdering i, dold i frågorna”. En chef på samma klinik uttrycker att: ”det var intressant tyckte jag, det fanns mycket att arbeta med där /.../ den har haft ett värde”. En chef på en annan klinik uttryckte att det hade varit värdefullt för chefer men att: ”för behandlarna blev det nog bara en ökad belastning, ännu en enkät, där fick man ju heller ingen återkoppling”. En chef från en annan klinik resonerade om avsikten med enkäten: ”/.../ fångar man verkligen de aspekter som är tongivande, vad är det för korrelation mellan de enskilda variablerna och framgångsrik implementering”.

Klinikernas förutsättningar

Under genomgången av materialet framträder deltagarnas uppfattning kring yttre omständigheter och specifika förutsättningar som påverkat arbetet med EBP-DL. De underteman som har framkommit utgörs av deltagarnas åsikter kring: *verksamhetens geografiska läge, uppbyggnad och arbetssätt, grund till att gå med i EBP-DL, praktiska förutsättningar och klinikernas arbetssituation.*

Geografi. Det förekom spridda uppfattningar kring hur geografiska förutsättningar påverkat arbetet med EBP-DL. En chef uttryckte svårigheten med att använda en generell

implementeringsplan och ett gemensamt sätt att arbeta på för ett helt land, genom att säga att av fyra pilotkliniker om antogs ha bra förutsättningar ändå tycks ha haft olika lätt att hänga med i projektet. En chef beskrev att: ”vi såg det som en fördel att det var behandlare som jobbade på samma arbetsplats för att ha lättare för att mötas rent fysiskt”. En behandlare från en annan klinik berättade om riskerna med för stor geografisk spridning:

Så har vi det ju inte här utan här jobbar ju alla på samma sätt. En fördel i genomförandet av ett sådant här projekt. Det är lättare att hålla ihop en sådan här verksamhet.

En chef från en annan klinik fortsätter på samma linje och resonerade om klinikkens geografiska förutsättningar: ”en fråga gäller ju hur vårt län ser ut och hur spritt det är, går det att genomföra i en så spridd verksamhet på ett effektivt sätt”? En behandlare från samma klinik beskrev att Sverige är ett land med väldigt mycket glesbygd och det går inte att endast: ”/.../ sprida det till små öar som är större städer”. En chef från ännu en klinik uttryckte att: ”det kan ju inte se likadant ut på varje klinik för vi jobbar ju på ett annat sätt” och: ”ibland tänker jag att man inte tänkt på hur storskaliga vi är, de kanske tänker att vi är med varandra varje dag och pratar men så ser det ju inte ut”. En chef från en annan klinik säger: ”att geografiska skillnader kan spela roll men tror att kulturfrågan är viktigare /.../”.

Kultur och tidigare arbetsätt. Två av klinikerna lyfte fram kulturaspekten som betydelsefull för införandet av de nya riktlinjerna. En behandlare berättade att: ”vi hade ett strukturerat bedömningsförfarande där vi har stoppat in Deplyftets arbetsmodell istället för det vi gjorde förut. Så det är ingen gigantisk omorganisation på något sätt”. En chef från en annan klinik beskrev hur den nya metoden passade klinikkens redan existerande arbetsätt och att behandlarna på kliniken sedan tidigare stävat emot att arbeta enligt evidensbaserad praxis. Chefen berättade:

/.../haft en prepp fas där ledningen har beslutat att vi ska införa gemensamma bedömningskriterier, innebär att alla psykologer och behandlare använder samma struktur för bedömning med hjälp av samma instrument. Det innebär att det redan finns en träning i att alla ska göra likadant och att alla ska följa samma riktlinjer.

En behandlare från samma klinik beskrev hur en del kollegor, som inte är delaktiga i EBP-DL, inte är odelat positiva till det strukturerade arbetssätt som Deplyftet innebär. Dessa behandlare uppgavs anse sig förlora mycket av att allt ska vara lika. Behandlaren berättade:

Jag tror att det var väldigt splittrat, vissa tycker att vi behöver den här strukturen men många faktiskt tycker inte att det är någon önskvärd utveckling. Dom tycker att man förlorar mycket i det här att det ska vara lika. Så det här tror jag kan vara en utmaning. De som har sökt för nästa omgång är de som tycker att det är intressant men det finns nog många som tycker att det inte är så himla bra.

En annan chef på samma klinik beskrev en annan kulturell skillnad, den mellan olika regioner och vilken betydelse det kunde ha för arbetet på kliniken. Chefen berättade: ”Återigen det här med kultur/.../ här försöker man förutse problemen och möta dem innan de uppstår, en underbar kultur att vistas i och att jobba på det här sättet och det har vi ju gjort från start”. En chef från en annan klinik beskrev att det fanns en kultur av att vara förändringsbenägna samt ha en vilja av att snabbt hoppa på nya riktlinjer och anamma nya vårdprogram. Chefen beskrev att: ”Vi har varit benägna att snabbt hoppa på, vi har jobbat mycket med riktlinjer och vårdprogram och så, så vi var väl ganska snabba utan att tänka igenom jättemycket konsekvenser och så utan vi vill vara med”. Chefskollegan, från samma klinik, beskrev en kultur av att behandlare utbildar varandra vilket chefen trodde underlättat inför utbildningen av nya behandlare på den egna mottagningen. Chefen uttryckte: ”/.../ inte helt främmande på den här kliniken att man får utbilda varandra i olika saker. Vi har tidigare haft olika introduktionsutbildningar för ny personal så det är inget konstigt att man utbildar sina kollegor”.

Grund till att gå med i EBP-DL. En behandlare beskrev att det fanns ett behov av ett mera enhetligt bedömnings och behandlingsförfarande inom BUP, då det historiskt sett varit: ”lite att man gör som känner för, eller att det inte finns någon riktning riktigt, det saknas riktlinjer”. En av behandlarna berättade att deltagandet i EBP-DL bottnade i: ”en ambition att göra rätt bedömningar” samt en ansträngning: ”så att vi får likvärdiga bedömningar över hela landet” och att EBP-DL är en bra ansats för att komma till rätta med detta problem. En av de andra behandlarna i EBP-DL beskrev att: ”för att göra ett stort arbete så måste man tycka att det är värt det” och att det behöver ses till den långsiktiga belöningen som till exempel: ”att vår klinik ska bli bäst i Sverige eller något”.

Patienter. Eftersom utbildningsdelen i EBP-DL innefattade praktiska moment behövde behandlarna träna på olika moment mellan utbildningsdagarna. En förutsättning för detta var att behandlarna hade fått tillgång till ”rätt” patienter vilket var olika lätt på de olika klinikerna. En behandlare beskriver: ”Nu ett tag har jag inte fått några Deplyftspatienter, några nya ärenden /.../ då hade X missuppfattat mig”. En chef från annan klinik berättade att det hade underlättats för behandlarna om de i ett tidigare skede fått tillgång till deprimerade patienter: ”Att ännu tidigare och tydligare styra depppatienter till behandlarna, för det var ju ett problem initialt”. En behandlare från samma klinik beskrev att: ”tillgången till rätt patienter är nästan gränslös”. Vilken typ av patienter kliniken hade uppgavs påverka arbetet enligt EBP-DL:s modell, en behandlare berättade: ”Jag har inte haft några lyckade psykosociala basbehandlingar för jag har haft alldeles för svåra patienter, men du har ju också avslutat patienter efter psykosocial basbehandling så vi har ju de patienterna också som faktiskt mycket väl blir friska”.

Klinikernas arbetssituation. Upplägget i EBP-DL har fått anpassa sig till klinikernas arbetssituation och pressade tillvaro. En chef beskrev att: ”vi lever i en verklighet där vi har så mycket andra uppdrag” och en chef från en annan klinik uttryckte att: ”Det finns mycket konkurrerande projekt också, SKL kommer med nytt projekt som gäller slutenvården”. På tre kliniker beskrev behandlarna att det på deras arbetsplats var ett högt söktryck och att många av deras kollegor hade för mycket att göra för att kunna engagera sig i nya projekt. En behandlare uttryckte att det är: ”många som sagt att det låter jätteintressant med Deplyftet, men jag har så mycket att göra nu” och berättade vidare:

känner nog att arbetet går mer och mer mot piska än morot /.../ hårdare vilka utbildningar man får gå /.../mer tydligt att vi måste ha så många besök /.../det är nog många som tappar sugen lite grann /.../ Det är kanske verkligheten men det ger inte så mycket motivation till att testa nya saker och så.

En chef från en annan klinik beskrev en liknande situation och berättade att ifall personal på klinkern skulle tillfrågas om EBP-DL: ”skulle många säga att det är jättebra men jag hinner inte, jag har så mycket att göra, så det finns en lust till det men vi är pressade av andra saker också”.

Under intervjun framkom att det bland behandlarna fanns en: ”upplevelse av att det förs in nya arbetssätt från ledningen utan möjlighet för medarbetare att tycka till i frågan”,

detta har enligt en av behandlarna: ”lett till att det nu är många diskussioner på arbetsplatsen nu och det påverkar klimatet”.

Stöd

Denna del innefattar deltagarnas upplevelse utav olika former av organisatoriskt stöd kring det implementerings och behandlingsarbete deltagandet i EBP-DL innebär. En gemensam uppfattning fanns kring att det har varit viktigt att chefer var införstådda med vad ett åtagande i EBP-DL innebär och vad det krävdes av deltagare och de utvalda klinikerna. De underteman som framkommit utgörs av deltagarnas tankar och åsikter kring: *chefernas medverkan under utbildningsdagarna, tid till att ägna sig åt EBP-DL, delaktighet inom olika nivåer av organisationen, samt chefers förståelse för EBP-DL:s innebörd*. Det skiljer sig mellan klinikerna i hur de upplever stödet från sina respektive chefer, det förekommer även skillnader i hur stödet från organisationen uppfattas inom en och samma klinik.

Chefernas medverkan under utbildningsdagarna. Alla behandlare var eniga om att chefernas närvaro under utbildningarna varit positiv där närvaron uppges ha bidragit till gemensamma insikter och underlättat i arbetet med EBP-DL på de egna klinikerna. Uppfattningen kring syftet och betydelsen av chefernas medverkan skiljde sig åt mellan klinikerna men också mellan chefer och behandlare. En chef berättade:

Stor styrka att ha gjort det tillsammans, behandlare och chefer har en gemensam bild. Har på träffarna fått ny energi att ta nästa steg. Hade bara behandlarna åkt så hade inte jag som chef orkat prioritera det här för att det hade kommit för långt ifrån mig. Så jätteviktigt att vi gör det tillsammans.

En chef från samma klinik instämde med sin chefskollega: ”det har varit en viktig signal till gruppen att vi har varit med”. Samtidigt framförde chefen att det hade varit onödigt många chefer från kliniken som deltog under utbildningsdagarna: ”onödigt med tre chefer som åkte till Halmstad, det hade man kunnat begränsa för vi kan ju prata med varandra efteråt”. En behandlare från samma klinik delade inte sin chefs uppfattning och berättade:

Även om det hade räckt med ett tillfälle för cheferna i Halmstad så hade det inte räckt för oss. Det var bra att ni var där. Det är så ofta som man har varit iväg på någon kurs men eftersom chefen inte riktigt vet hur det ska användas så rinner saker ut i sanden, så det här var jättestor skillnad.

En behandlare från en annan klinik delade den ovanstående uppfattning och beskrev:

det största av allt, i det här paketet har varit att cheferna varit med, det är en sådan vinst i upplägget. Det är en väldig tyngd för att kunna genomföra detta på ett bra sätt. Det har varit ett oerhört stort stöd för oss att vi har haft vår närmsta chef där som vet precis vad vi pratar om och kan ge goda förutsättningar.

En chef från en annan klinik beskrev att det gemensamma upplägget dels medfört ett tillfälle att prata med andra chefer, dels att det har varit ett: ”gyllene tillfälle till mer kontakt med medarbetarna vilket man inte så ofta har” och: ”/.../skapar en god kontakt mellan behandlarna och högsta ledningen som ofta upplevs som fjär och oförstående.”

Tid. Behandlarna lyfte fram att de behövde tid till att träna på det nya arbetssättet mellan utbildningsdagarna men att få tillgång till detta var en utmaning. En behandlare uttryckte:

att få ett tydligt avsatt tidsutrymme, att någon säger att du ska få ta nya patienter, du ska få lämna över några patienter till andra så att man verkligen får det tidsutrymme som behövs för det har ju varit väldigt tidskrävande.

En behandlare från en annan klinik beskrev att: ”jag upplever att man väldigt mycket själv måste anpassa sig och prioritera hårt och skaffa sig den tiden som behövs. Så det är inget som bara finns utan man måste jobba hårt för att få den tiden”. Från en tredje klinik berättade en behandlare om hur hen behövde kontakta sin chef:

varje sak som jag blir frustrerad över eller tycker är svår måste jag liksom ta tid, gå till X och kolla om X är där, om hen har tid, boka tid, kolla i min bok har jag tid och det tror jag lite är det här syftet med ledningsstödet för Deplyftet är nog att jag ska inte behöva rodla med det utan det ska ligga någon slags struktur med stöd, tror jag. Och det är önskvärt också, och det har inte vi riktigt fått till. Det finns inget som hindrar att vi skulle få till det på sikt men det jag sa tidigare om att man bokar tid och följer upp hur det går liksom, är det rätt ärenden, är det liksom, går det bra, finns det någonting man behöver justera. Så det är sådant som vi liksom skulle behöva bli bättre på.

En chef uttryckte: ”att det krävs än mer framförhållning från enhetschef, eller mig i alla fall, när det gäller att avsätta tid och plocka fram patienter”. En chef från en annan klinik beskrev att det krävts: ”att det rent praktiskt är möjligt för behandlarna att hinna gå utbildningen och sedan kunna arbeta med detta. Tidsaspekten är ju en svår del hos oss”. En chef från en annan klinik berättade: ”mitt ansvar att se till att mina behandlare kan genomföra utbildningen, X har ju också andra arbetsuppgifter som inte är kopplade till Deplyftet”.

Olika chefsnivåer. Det har under intervjuerna lyfts hur fördelaktigt det var att både chefer och behandlare inkluderats i EBP-DL samt hur viktigt det varit för behandlarnas arbetssituation att deras närmaste chef varit väl insatt. Deltagarna resonerade kring betydelsen av att alla nivåer av chefer och behandlare var delaktiga i EBP-DL, en chef berättade:

Det viktigaste för oss har nog varit att förankra det hos behandlarens närmaste chef och denna chef har varit delaktig i beslutet och det ligger återigen i den här commitment fasen för verksamheten att jag som högsta chef är övertygad räcker inte, utan deras chef måste vara odelat positiv till det här också och supporta behandlarna, stötta dom i det som de behöver och det har vi en chef som är här.

Bland behandlarna skiljde sig uppfattningarna åt. En behandlare uttryckte att: ”det skulle liksom vara lättare om det var mera självklart uppåt”, och en behandlare från en annan klinik upplevde att de chefer som ansvarat för behandlarens arbetssituation blev lite utanför och berättade:

Enhetscheferna är de som har valt ut oss men de har inte varit med på träffarna i Halmstad, de måste se till att folk får utrymme för att gå utbildningen och så. Vet inte hur mycket högsta ledningen har pratat med dem men man får en känsla av att de har blivit lite utanför.

Från en annan klinik förmedlades en annan bild av en behandlare som beskrev att: ”det har varit ett oerhört stort stöd för oss att vi har haft vår närmsta chef där som vet precis vad vi pratar om och kan ge goda förutsättningar”. En chef från en annan klinik berättade att det kanske vore bra: ”att centralt i Deplyftet försäkra sig om att det här är verksamheter som har dels potentialen, energin och uppföljningen av att det här sker”, och att dessa chefer sedan: ”kan presentera redan på ett tidigt stadium hur detta ska bli möjligt att genomföra”.

Spridning

Denna del innefattar deltagarnas upplevelser kring hur de nya riktlinjerna och arbetsmetoden skulle kunna spridas inom en klinik samt till andra kliniker. De underteman som har framkommit utgörs av deltagarnas tankar och åsikter kring: *en längtan av andra patientgrupper, betydelsen av vilken personal som deltar, huruvida EBP-DL är toppstyrt, det vardagliga livet, diffusion, kompetens, restriktioner kring att sprida materialet, dissemination, att kvalitén i kaskaden kommer att urvattnas, hållbar fortlevnad och hur EBP-DL kan användas hos andra vårdgivare.*

Efterlängtat med andra patientgrupper. På två kliniker, ifrån en behandlare och en chef, framkom upplevelsen av en längtan hos behandlarna att arbeta med andra patientgrupper än de som varit mest i fokus de senaste åren. Chefen beskrev:

Det är ju den största patientgruppen vi har och den spänner ju från nedstämdhet till suicidalitet därför är det ju inte svårt att kliniskt motivera att det är denna grupp vi ska satsa på. Vi kom in för att det fanns ett sug efter att jobba med gamla klassiska psykiatridiagnoser om man säger så, det har varit fokus på andra diagnoser nu innan. Så det har varit lätt att uppbåda den energin.

Personalens betydelse. Från samtliga kliniker förekom tankar kring vad som krävts av en behandlare för att kunna genomföra utbildningen i EBP-DL på ett bra sätt. Tankarna rörde behandlarens färdigheter och erfarenhet samt behandlarens praktiska förutsättningar på sin arbetsplats. Något som skiljde sig åt mellan klinikerna var hur lätt eller svårt de hade att rekrytera bra personal, samt vilka professioner som var representerade ibland den personal som deltog i EBP-DL. På en klinik upplevde en chef att de hade fördelen av att de hade många som sökte anställning på kliniken. Chefen uppgav att detta såklart påverkade förutsättningarna för arbetet med Deplyftet och uttryckte: ”Vi har ju en fördel att vi har många psykologer, har väldigt bra personal att välja ifrån, de bästa av de bästa, många bra. Med andra förutsättningar blir det ju svårt att göra ett bra urval”. Chefskollegan från samma klinik beskrev hur personalsammansättning kan öka möjligheterna till att ta sig an Deplyftet och beskrev: ”Sedan har vi en högre grad av disputerad personal här, lägre grad av socionomer och övrig personal och så hade vi en högre grad av läkare och psykologer. Det tror jag har varit en bra bas för att nå framgång”. En behandlare från en annan klinik förmedlade en bild där förutsättningskilde sig från föregående: ”Det fanns inte supermånga att välja på heller, skulle jobbat ett visst antal år och ha ett visst intresse”. En chef från samma

En klinik berättade hur det under den inledande kartläggningen framkom att kliniken har en ung personalstyrka där många var utbildade i KBT vilket chefen trodde kunde underlätta arbetet med EBP-DL. Chefen beskrev att: ”man är mer van vid manualer om man tänker KBT men man får ju inte hamna i att man följer manualer slaviskt men så jobbar man ju inte. De här delarna tror jag kan underlätta för oss här”.

Rekrytering. Urvalsprocessen har sett olika ut för klinikerna. På en av klinikerna sköttes rekryteringen av behandlarens närmaste chef, som sedan inte själv deltog i EBP-DL, som gav en kort information om projektet och sedan frågade om behandlaren var intresserad. En annan behandlare på kliniken tog ett eget initiativ och frågade om andra arbetsuppgifter varpå EBP-DL kom på tal: ”/.../ jag efterfrågade mer utvecklande arbetsuppgifter i min tjänst för att stanna kvar på BUP, blev då erbjuden den här möjligheten”. På en annan klinik berättade en behandlare hur: ”/.../vi fick skriva ihop en lite ansökan”. En chef från ytterligare en annan klinik berättade kring rekryteringen att: ”/.../ det var för hastigt och att jag borde stannat upp och haft mera dialog/.../”. En behandlare från samma klinik delade sin chefs upplevelse och beskrev att hen först fått information indirekt, blev tillfrågad i korridoren, tvekade men behövde lämna ett snabbt svar eftersom chefen skulle anmäla deltagare. En behandlare från en annan klinik berättade om ytterligare ett förfaringsätt där intresserade fick anmäla sitt intresse under en arbetsplatsträff genom handuppräckning.

Kravprofil. En behandlare ansåg det som viktigt med erfarenheter av diagnostik och behandling men även av att hålla i utbildningar: ”kanske poängtera tonvikten på att man också ska utbilda andra”. En chef från en annan klinik säger att det underlätta om personen i fråga har intresse, kompetens och tålmodighet för området, vilket chefen drog lärdom av en bit in i implementeringsarbetet:

/.../ och där finns det mycket att lära efteråt tänker jag, för i början styrdes det mycket av intresserade personer på mottagningen, kompetenta intresserade personer på mottagningen. Och det är kolossalt viktigt att det är personer som har starkt intresse, kompetens och tålmodighet också att gå in i detta.

Utöver dessa delar påtalas också vikten av att behandlaren har en god ställning i arbetsgruppen för att möjliggöra goda förutsättningar för utbildandet av nya behandlare. Något som följande chef beskrev så här: ”/.../ en person som vågade utbilda, träna upp andra och som hade mandat på arbetsplatsen”.

En chef uppgav att det var viktig att tänka till kring personer som var engagerade och intresserade som gärna hoppar på olika projekt. Chefen beskrev det som:

Man kan ju tänka mycket kring rekrytering och det vi hör som går som en röd tråd är att medarbetare som hoppar på projekt och som är nyfikna, de är ju också nyfikna på andra projekt och på andra jobb och på annat/.../.

På samma klinik beskrev chefens kollega en erfarenhet av personal som gärna hoppade på utbildningar till den grad att de inte haft tillräckligt med tid för att kunna genomföra det på ett bra sätt och att om de vägrades en utbildning så slutade på kliniken.

En behandlare berättade att tidsaspekten är något som behöver undersökas redan innan en behandlare rekryteras till EBP-DL. Behandlaren berättade:

Jag tycker att man behöver titta på behandlaren's unika arbetsituation om det är så att det finns utrymme och möjlighet för denne att delta på ett bra sätt i projektet.

Konsekvenser. Under samtalen kring vad som krävs av en behandlare som deltar i EBP-DL kom det att kretsa kring de konsekvenser det kunde innebära om det skickades okvalificerade deltagare. De konsekvenser som lyftes var att behandlaren kanske inte klarat att tillgodogöra sig utbildningen på ett bra sätt och i förlängningen inte blev godkänd och därmed inte kunde utbilda kollegor. Det fanns även erfarenheter av att den kompetens som arbetsplatsen investerat i sin personal försvinner i och med att folk slutar av olika anledningar, en chef uttryckte: ”det finns många exempel på att man går utbildningen och sen så slutar man. Jag har sett mycket av det tyvärr/.../”. För de kliniker där inte samtliga behandlare godkändes till att själva bli utbildare upplevdes en stor besvikelse och ökad belastning för de som godkändes. En av chef uttryckte: ”/.../nu har vi en person kvar som ska göra hela BUP”

Top-down och bottom-up. På en av klinikerna fanns det en upplevelse bland cheferna att implementeringen hade kunnat göras bättre ifall kliniken i större utsträckning fått vara med och diskutera förutsättningar för hur EBP-DL skulle implementeras. Cheferna upplevde att EBP-DL borde gjorts mindre omfattande och att det varit toppstyrt istället för att komma underifrån vilket medfört en bristande kontroll på lokal nivå. En behandlare på kliniken höll med om att EBP-DL kan ha känts toppstyrt men lyfte fram att det även ofta har varit problematiskt med initiativen som kommit underifrån. Behandlaren berättade att dessa initiativ avfärdats på grund av tidsbrist och att förutsättningar saknats, vilket gjort att goda

ansträngningar underifrån runnit ut i sanden. Det som cheferna på denna klinik var ensamma om att föra fram var att de upplevde att EBP-DL och depressionsriktlinjerna innehöll en tanke och ambition kring hur barnpsykiatrin skulle fungera i sin helhet på ett nationellt plan.

Vardagen. En chef uttryckte hur det vardagliga livet påverkar en organisation och implementering. Chefen berättade att eftersom kliniken nu har kvinnor som är behandlare och framtida utbildare, är en osannolik men uppenbar farhåga att alla skulle bli gravida samtidigt vilket skulle försvåra spridningen på den egna kliniken. En behandlare beskrev att ett hot skulle kunna utgöras av att en av deras chefer kommer att bytas ut: ”sektionschefen ska sluta, han är väldigt positiv och verkar tycka att det är ok att lägga ned ganska mycket tid och pengar på det, men inte säkert att nästa chef är det, kommer ju heller inte vara alls lika insatt”. Denna upplevelse delades av chefen från en annan klinik som uttryckte att: ”chefsbyte är ju klassiskt, eller att de som vi utbildar nu byter jobb”.

Diffusion. Detta tema avser den passiva spridningen av EBP-DL:s arbetssätt som skett genom det vardagliga arbetet. Samtliga deltagare upplevde att materialet varit genomarbetat och hållit en väldigt hög kvalitet. Materialet om diagnostisering, suicidbedömning och journalföring har uppfattats som relevant och fullt möjligt att generalisera till andra patientgrupper än deprimerade.

Materialets kvalitet. Materialets kvalitet har skapat en nyfikenhet bland deltagarnas kollegor och på andra BUP-kliniker. Tre behandlare från samma klinik berättade att deras kollegor ville ta del av materialet och uttryckte sig så här:

Man märker av en stor nyfikenhet från andra behandlare som tittar in och frågar, och det finns ju mycket material på nätet som vi har visat och pratat igenom det, så det finns en stor nyfikenhet.

Ens manualer ligger plötsligt på andras skrivbord upptäcker man.

Vi jobbar oftast ensamma men ibland jobbar vi i par och då har man fört in vissa av de här teknikerna och då har man fått höra att det är väldigt intressant och kan jag också få den där blanketten och det sprider sig litegrann.

En chef från en annan klinik berättade om nyfikenheten kring materialet och av ny kunskap inom området depression:

Det finns ju en nyfikenhet på projektet på övriga BUP kliniker. Så att det är ju flera som har hämtat hem materialet och jobbar efter det. Kommer det nya nationella riktlinjer så tittar man ju på det. Så det finns en nyfikenhet och efterfrågan att få ny kunskap inom området.

Relevans för andra patientgrupper än deprimerade. Det fanns en gemensam upplevelse av att materialet och arbetssättet var relevant för fler än de deprimerade patienterna, i detta stycke följer en rad citat som avser detta. En behandlare berättade: ”/.../ det här spänner över en så stor patientgrupp så det skulle kunna vara förenande för hur man jobbar inom psykiatri /.../”, och: ”/.../ modellen passar inte bara depression utan det är fullt överförbart till andra tillstånd/.../”. En behandlare från en annan klinik berättade: ”/.../det har lett till bättre kvalitet i arbetet, har tagit delar från Deplyftet och applicerat det på annat behandlingsarbete”. En chef från en annan klinik beskrev att Deplyftet: ”/.../gett oss en skjuts /.../ inte bara vad gäller depression utan vad som ska gälla generellt för allt som vi gör inom BUP/.../det vässar och förstärker sådant som vi redan gör men att vi kanske gör det lite för svagt” och: ”/.../överhuvudtaget så har det blivit en höjning i det här med diagnostik och inte bara för er utan mottagningen i stort”. Från en annan klinik framförde en chef att Deplyftet medfört: ”/.../vinster i hur man dokumenterar och med diagnostik som vi kanske kan dra nytta av”.

Det är främst delen med diagnostisering, suicidriskbedömningen och journalförandet som lyfts fram som generaliserbara. Den psykosociala behandlingsdelen och arbetet med vårdplan omnämndes men inte i samma omfattning som övriga delar. En behandlare uttryckte att EBP-DL:s arbetssätt var generellt och upplevde, efter genomförd utbildning, störst skillnad på bedömningsdelen och journalanteckningar som nu: ”/.../fått en helt annan stringens och kvalitet/.../”. Behandlaren berättade: ”/.../ det här kan ha spill-over effekter på alla våra bedömningar och behandlingar och andra tillstånd, nästan alla tillstånd behöver psykosocial basbehandling”.

Journalföring. Journalföringen upplevdes vara något som i synnerhet hade utvecklats efter genomförd utbildning. En behandlare förmedlade att journalföringen hade påverkat det tvärprofessionella samarbetet, en läkare hade påpekat den nya tydligheten i journalanteckningarna vilket i sin tur underlättade deras arbete. Behandlaren berättade att läkaren: ”/.../uttryckt att dom också vill gå Deplyftet när de har sett mina journalanteckningar och tydligheten kring vad jag har frågat dom och om vilken information som redan finns”. Från en annan klinik framförde en behandlare:

Jag tänkte på det att lite grann har vi ju fått återkoppling internt och det är genom att våra chefer har sett när vi skriver journalen och fått höra att det syns att vi har lärt oss mer när vi har gått på Deplyftet. Dom tycker att våra journaler har blivit bättre när vi drar ärenden. Och även våra kollegor när de har fått det här sen kan uttrycka oj vad bra det här är, tydligt och strukturerat och så.

Suicidriskbedömning. En upplevelse som förmedlats är att suicidbedömningar nu innehåller mer heltäckande diskussioner eftersom att alla aspekter och riskfaktorer kring suicid framgår, vilket också upplevts leda till en bättre sammantagen slutsats kring suicidrisk. En behandlare från en annan klinik berättade att efter utbildningen har suicidriskbedömningen blivit betydligt mera fyllig, bredare och gedigen genomförd. Från en annan klinik berättade en chef att riktlinjerna gav ett mervärde som de ville sprida till hela kliniken, chefen beskrev: ”framförallt är det suicidriskbedömningen som kan generaliseras och det är ju något som vi också behöver göra i alla ärenden och som vi behöver bra verktyg för/.../”. En behandlare från samma klinik uttryckte vid olika tillfällen att:

Tydligast syfte med att utbilda alla i suicidriskbedömning, inte lika tydligt varför alla skulle utbildas i alla övriga delar.

Diagnostikmodulen är kanske svårt att rent generellt tillämpa på andra diagnosområden men suicidbedömningen skulle man kanske kunna köra en utbildning på hela kliniken i morgon om det var så. Det skiljer ju sig mellan modulerna, vissa kanske behöver anpassas mer.

Feedback från kollegor om hur anteckningarna har blivit bättre efter utbildningen. Det motiverar kollegorna indirekt när de ser vad utbildningen gör för skillnad.

Var en läkare som kom och sa att jag ser ju att du gör suicidriskbedömning efter de här principerna, är det ifrån Deplyftet, det var ju tydligt och bra. Det syns på något sätt i det man gör.

Kompetens. Förhöjd kompetens och det förändrade arbetssättet, som angetts ovan, kom även till att uttryckas under vårdplaneringsmöten, vårdplaneringskonferenser och i

ärendediskussioner. En chef berättade att behandlarna som deltagit i EBP-DL blivit klinikens experter inom depression vilket visats under vårdplaneringsmöten och diagnossättning där behandlare fått mycket frågor från sina kollegor. En behandlare berättade om rollen som kunnig inom depression och upplevde att när det gällde depression vände sig kollegor med frågor till någon av de behandlare som deltagit i EBP-DL. En behandlare från en annan klinik berättade att EBP-DL: ”/.../fått en viss status och pondus/.../”. En tredje behandlare från en annan klinik än de övriga beskrev att samtliga kollegor, oavsett profession, som upplevde det som komplicerat med diagnossättande frågade om råd då de insett att: ”vi är bättre på depression”. En chef uttryckte:

/.../det jag tycker har varit roligt att se är att kunskap sprider sig på mottagningen, och jag ser sättet att presentera ärendena på vårdplaneringsmöten, i synnerhet för de som varit med i Deplyftet. /.../övriga som inte har varit med blir intresserade också så det har en spridningseffekt.

viktiga att ha med de som är med i Deplyftet hela tiden. Bekräftar och visar på i ärendediskussioner för det är ju där det blir skarpt läge och visa på lite att den här erfarenheten har man gjort såhär kan man tänka /.../.

En behandlare från samma klinik som föregående citerade chef berättade hur hen vid vårdbehandlingskonferenser kan lära kollegor kring den stegvisa behandlingen:

/.../ vårdplaneringskonferenser när vi diskuterar ärenden att jag har sagt såhär, att om vi nu ska tänka enligt Deplyftet /.../ Att vi till exempel inte sätter in medicin här nu med en gång. Eller om vi tänker riktlinjer så ska vi kanske göra såhär istället.

På en annan klinik upplevde en chef att intresset under behandlingskonferenser och arbetsplatsträffar (APT) framför allt har varit ifrån de som gått utbildningen. Chefen beskrev att utifrån den höga arbetsbelastningen och att det tidigare kommit liknande riktlinjer av den här varianten, har inte alla på kliniken varit jätte intresserade. På samma klinik berättade chefskollegan att det intresse som fötts också inneburit avundsjuka och uttryckte sig så här:

/.../Att på BUP jobbar professioner som är stolta i sina professioner, och dom blir också avundsjuka när det går några som fått lära sig något jätte såhär och då vill dom

ju direkt vara på där, dom vill ju inte vara sämre, och den kraften måste man ju på lokal nivå, som BUP är uppbyggt och som BUP fungerar skulle vi velat haka på där.

På två kliniker fördes resonemang kring hur betydelsefull utbildningen är i framtiden för ett CV inom och utanför barnpsykiatri. En chef berättade:

/.../ går du en KBT utbildning steg 2 det ger ju mycket mer schwung i ditt CV än att du har varit med i Deplyftet/.../Det är klart att det är bra att vara med i projekt men är du en legitimerad steg 2 KBT terapeut slår högre i ett CV.

En behandlare resonerade att eftersom utbildningen är specifik för barnpsykiatri medför det att personal som genomgått EBP-DL:s utbildning stannar kvar inom barnpsykiatri: ”är ju en väldigt riktad specifik utbildning för barnpsykiatri. Rimligt att man fortsätter inom barnpsykiatri”.

Restriktioner kring spridning av materialet. En uppfattning som framkom på en klinik var att spridningen har bromsats av de ansvariga för EBP-DL genom den plan kring hur material fick spridas. Det intresse som uppkommit bland kollegor hade klinikens deltagare önskat få bemötta på ett annat sätt. En behandlare på kliniken berättade att det informerats från de ansvariga för EBP-DL att implementeringen skulle ske på ett speciellt vis och fick inte spridas till kollegor. Behandlaren berättade även att det fanns en vinst i att först gå hela utbildningen men att det fanns ett sug att redan initialt få dela med sig, efter första eller andra gången. En behandlare beskrev:

/.../Sen så skulle vi ju inte dela med oss av vår kunskap till övriga, på ett sätt fick vi det och på ett sätt inte, de här modulerna och så och det har vi väl pratat om att vi egentligen hade velat för att det var ju så många intresserade på vår mottagning och det hade vi ju kunnat arbeta med detta parallellt/.../.

Behandlarkollegan berättade att kollegor ändå hämtat material via EBP-DL:s hemsida vilket behandlaren inte ansåg: ”hålla”. Däremot trodde inte behandlaren att det hade varit verksamt med kontinuerliga utbildningar eftersom att folk uteblir från dessa då de har patienter och beskrev att det nog varit lättare att informera samtliga på kliniken om de nya riktlinjerna och om EBP-DL. Behandlarnas chef berättade att det vore bättre att slopa kaskadupplägget och istället låta hela kliniken som grupp få ta del av utbildningen.

En behandlare från en annan klinik delade inte uppfattningen om att restriktioner kring hur materialet skulle spridas försvårat implementeringen. Behandlaren uttryckte att hen fått till sig att inte: ”/.../ sprida det här hipp som happ nu/.../”, detta eftersom att materialet då inte lärs ut på rätt sätt och lätt kan misstolkas, som exempelvis att behandlare upplever att det inte skiljer sig mot hur de redan jobbar. Behandlaren berättade vidare: ”en del av implementeringen är att vi gör detta väldigt strukturerat”.

Dissemination. Utöver den förutsättning för spridning som uppstått av sig självt i det vardagliga arbetet, har deltagarna i EBP-DL även jobbat med aktiv spridning. En chef beskrev att deras uppgift som chef hade varit att driva behandlarna till att hela tiden ha EBP-DL´s tänk med sig in på konferenser för att sprida sina kunskaper. Det framkommer att det kontinuerligt under APT:n har funnits med en punkt om EBP-DL. En chef beskrev att de olika ledningsgrupperna inom kliniken har haft EBP-DL som en stående punkt på agenda. På två kliniker har det förekommit föreläsningar av olika slag, där en behandlare föreläst för sin PTP-psykolog och en behandlare från en annan klinik skall föreläsa för klinikens läkare. På en klinik har det hållits en halvdagsutbildning av de ansvariga för EBP-DL. På en annan klinik fanns ett liknande förfarande där engagemang uppgavs ha spridits via en: ”/.../tydlig och konkret beskrivning/.../” av EBP-DL på en upptaktsdag.

Oro för att kvaliteten i kaskadupplägget urvattnas. Från både chefer och behandlare fanns det en oro över att kvalitén vid implementeringen av EBP-DL skulle urvattnas på sikt. En chef föreslog att det utöver kaskadutbildningen borde finnas någon form av uppföljning eftersom det nya arbetssättet riskerar att bli mer och mer anpassad till en enskild utbildare. För att bevara kvalitén på sin klinik trodde chefen att det hade räckt med att hälften av de anställda tar del av utbildningen, chefen uppgav sig inte veta ifall det varit hjälpsamt eller realistiskt att ge all personal utbildningen.

Chefens tanke delades av en chef från en annan klinik som berättade att alla inte kommer att jobba med depression och att kaskadutbildningen endast skall vara för de som jobbar med depression. En behandlare, från samma klinik som den förstnämnda chefen, tänker annorlunda än sin chef och ansåg att alla var i behov av utbildningen. Behandlaren beskrev att det finns en risk att behandlare i framtiden inte använder sig av manualen i sitt arbete eftersom det inte finns någon ansvarig för att tillse detta. Behandlaren berättade också att det finns en risk att det manualbaserade arbetet urvattnas och tappar sin verkan när arbetet inte sker enligt manualen.

En annan behandlare på samma klinik förmedlade en farhåga kring framtida utbildningskvalité och ställde sig frågande till om det är möjligt med samma bredd och

kunskap nu när utbildningen kortats ner till fem dagar. Från en annan klinik framförde en chef att dennes farhåga var om det fanns tid för kaskaden och ifall utbildarna håller ut och stannar.

Chefskollegan på samma klinik beskrev att det finns en propp i och med att det endast är den personal som fått till sig utbildningen av kärntruppen som i dagsläget är skickade att utbilda andra. Chefen berättade att de som sedan utbildas på kliniken inte utbildas för att sedan själva utbilda, utan för att kunna metoden. En behandlare från samma klinik trodde inte att det blir svårigheter i nästa omgång utan först längre fram då implementeringen skall föras ut till personer som inte har samma intresse.

Från en annan klinik förmedlade en chef sin farhåga kring att implementeringen helt somnar in för att det misslyckats med att få igång medsittningar och att personal på andra mottagningar inte arbetar så som det varit tänkt från deras klinik.

Utbilda kollegor. En chef berättade att framtida utbildarna från den egna kliniken måste: ”/.../ ha ett stort mandat i gruppen för att möjliggöra fortsatt spridning”. En behandlare från en annan klinik beskrev: ”/.../ jag tror att som utbildare på den egna arbetsplatsen så har man mindre mandat att ställa krav”. Behandlaren oroade sig för att det inträffar saker som försvårar det för kommande behandlare att prioritera utbildningen i den utsträckning som det krävs. Behandlaren funderade kring om de som utbildare hade varit tillräckligt tydliga, den nya skaran kanske inte kommer att: ”/.../greppa viden kring vad som krävs/..?”. Behandlaren beskrev att eftersom det är vanligt förekommande med åsikten att saker och ting kan skjutas upp tills nästa gång eller synpunkter på tillvägagångssättet krävs det behandlarna trycker på att träning på metoden är ett måste tills nästa gång vi ses. Behandlaren oroade sig för att den nya skaran inte kommer att hinna göra vad som avtalats under träffarna, uteblir eller ombokar med kort varsel.

En behandlare från en annan klinik undrade vad som händer ifall denna omgångs behandlare inte blir godkända och framförde att de ansvariga för EBP-DL inte bestämmer om de får utbilda sina kollegor. En annan behandlare från samma klinik berättade att om inte de skulle bli godkända är det ändå de som gått utbildningen som just nu kan det nya arbetssättet bäst. En chef, från en annan klinik än de övriga, ansåg att deras verksamhet nu var självgående och kunde fortsätta med att utbilda utifrån aspekten att de patienter som avses för EBP-DL finns på kliniken att träna på.

En behandlare från samma klinik funderade kring om det kunde finnas ett ”maxtak” för hur många behandlare underlaget av deppatienter räckte till för att alla behandlare ska ha möjlighet att öva på metoden på den specifika målgruppen. Behandlaren berättade att hen verkligen behöver möjligheten att få jobba med detta om hen ska utvecklas.

Hållbar fortlevnad. Detta tema berör faktorer som kan påverka en spridning utanför klinikerna, där det mest utmärkande för samtliga deltagare var rädslan för att implementeringen av EBP-DL inte sprids utanför pilotklinikerna. Cheferna var eniga om att det behövdes någon form av institutionell ledning men skiljde sig åt i hur detta skulle kunna se ut.

Eldsjälar kontra institutionalisering. På två kliniker uttalade chefer en oro kring hur projektet skulle gå från att vara drivet av eldsjälar till att bli ett etablerat förfarande på arbetsplatsen. En chef berättade: ”/.../eldsjälsnivån kontra något som är inbyggt i hela, det är ju inte bara där det får stanna va om det ska bli någonting”.

Förmedla värdet av den nya metoden. En chef fann det intressant att fundera kring hur Deplyftets metod, som chefen ansåg vara ”skitbra”, nu skulle säljas vidare och hur beslutsfattare och politiker skulle övertygas om detta. Chefen ansåg att ett sammanhållet presentationsmaterial möjligen skulle vara till hjälp: ”Låt säga att det kommer till att vi behöver skjuta till pengar, då måste vi ju kunna visa uppåt att det är värt det”. Chefen beskrev även att det fanns en samhällsekonomisk aspekt kring detta som var värd att beakta men att: ”/.../då behöver man ju ännu mer på fötterna”. Chefens kollega på kliniken delade uppfattningen om en samhällsekonomisk aspekt och delgav att patienter förblir friska i större utsträckning utifall tillfrisknandet skett via psykoedukation. Från en annan klinik föreslog en behandlare att se över hur mycket resurser som gått till de deprimerade patienter jämfört med ADHD-patienter och ifall en förskjutning har uppstått: ”då har något hänt”. En chef från ytterligare en annan klinik berättade:

/.../ om vi ser till BUP så tror jag att det är jätteviktigt att vara tydlig med att det här kan man få, och sedan identifiera de målen som man kan nå. Det är ju så man gör all försäljning, man börjar med att peka på fördelarna, sedan pekar man på vad som krävs för investering och då ska man vara så tydlig som möjligt i detta, sedan kan man ha mer eller mindre detaljer för hur man gör detta. Nästa steg sen är att lägga på motivera, är det så att vi har verksamhetschefer som inte begriper vilken fantastisk satsning det här är, då måste vi ju identifiera faktorer som gör att dom väcks för det här.

Att driva projektet framöver. Cheferna hade olika uppfattningar om hur EBP-DL skulle drivas framöver. På en klinik föreslogs SFBUP som samordnare, på en annan klinik föreslogs SKL, på en tredje spånades det kring att ge sektorsrådet någon form av ansvar och på en fjärde klinik föreslogs det att göra EBP-DL till en universitetsutbildning eller till en

betaltjänst av Region Halland, som idag ansvarar för projektet. En chef berättade att eftersom EBP-DL är en het fråga som kan driva sig själv skulle verksamhetschefer kunna driva detta projekt utan bidrag men att det är vanskligt eftersom chefer byts ut, vilket medför att det hade behövts en central styrning. En behandlare från samma klinik var av uppfattningen att intresset kring det nya arbetssättet skulle kunna leda till att implementeringen blir av även utan de resurser som önskats. Den chef som föreslog SFBUP som samordnare berättade:

/.../ jag tror att SFBUP får ha en administrativ samordningsroll i framtiden./.../ det måste finnas en organisation som tar hand om det.

/.../de har sekreterare och alltihop som behövs. /.../visst, SKL finns och driver och har medel och så men det kan man aldrig veta från år till år vad man prioriterar. Det går inte.

Två chefer från en annan klinik delade inte ovanstående chefs uppfattning kring att låta SFBUP bära ansvaret, de var av uppfattningen att:

Jag tycker inte att SFBUP ska ha den rollen men det är min privata åsikt. Jag förstår inte varför SFBUP skulle ha någon form för nationellt lärande, nä jag vet inte, det blir en annan diskussion men jag tycker att man ska göra nationella medicinska riktlinjer och där har SFBUP en jättestor roll, och sen kan man naturligtvis vidareutveckla materialet de så eminent gjort i Deplyftet/.../.

/.../jag tycker inte heller att SFBUP ska, barnpsykiatriska föreningen, dom är ju en ideell förening, att dom ska sitta med sådan makt och bestämma, det tycker inte jag heller.

Den chefen som föreslog SKL uttryckte sig som: ”om SKL skulle driva det så skulle det nog bita, speciellt om man kopplar pengar till det också”. Den chef som funderade kring att ge sektorsrådet ansvaret berättade följande:

Ja, det kan sektorsrådet göra men de har inga pengar om man säger så. Det kan ju vara tongivande och där jobbar vi ju just nu med riktlinjer och ta fram riktlinjer för massa diagnoser som är väldigt hands on och sen sitter ju både jag och X i sektorsrådet, och sen blir ju vi ansvariga för det då hur vi jobbar med det på vår klinik. Och där kommer

det grejer, jag tror också att det blir, sen kan det komma inspel från SKL förstås och allt det här ska implementeras och så.

Den chef som funderade kring att göra EBP-DL till en universitetsutbildning eller att göra om det till betaltjänst beskrev att dessa utbildningar inte behöver pågå i all evighet. Chefen trodde att utbildningen skulle kunna pågå tills att tillräckligt många behandlare fått utbildningen, så småningom blir arbetssättet normaliserat och då mätas behovet av fortsätta utbildningen.

Nedan följer två citat av de två cheferna från denna klinik:

/.../ Om vi ska få ut det här ska vi då ha X och X för att utbilda andra kliniker, jag tror att man är beredd att betala, det gör man ju för alla andra utbildningar. Antingen kopplar man utbildningen till Universitetet eller så betalar man för utbildningen och det är helt ok tycker jag.

/.../ det blir ju högre trovärdighet när det är en non profit organisation som gör det, som då också har en kvalitetsstämpel.

Frågan är ju hur många sådana utbildningar X och X kan köra. Det vore ju förnämligt om de inte gjorde det på sin fritid utan att man köper den tjänsten av kliniken som förvisso får ett produktionsbortfall men då får betalt för det i alla fall.

En chef, från en annan än nyss nämnda klinik, hade inte varit beredd på att sälja tjänsten från sin klinik. Chefen uppfattade det som problematiskt med produktionsbortfallet det skulle innebära att skicka behandlare för att utbilda på andra kliniker. Chefen berättade att befintlig personal måste finnas på plats och förde fram att praktiska bekymmer och logistik står över allt annat och behöver redas ut för att kunna sprida modellen vidare. Chefen berättade:

Det fanns en fråga i vår chefsgrupp om vi var beredda att låta våra utbildare sälja till angränsande kliniker här men vi behöver ju de tre personerna här, vi är ju inte en tjänstesektor, vi ska ju serva patienter. Och det är självklart en möjlighet att vi utbildar andra landsting men för mig blir det ju inte det, jag behöver ju personerna här /.../.

En behandlare från samma klinik delade sin chefs uppfattning, samtidigt som hen lyfte fram att även om kliniken belastas kortsiktigt blir det ett tillskott med nya bedömare i

organisationen när nya behandlare utbildats. Behandlaren berättade även att det blir en belastning i verksamheten när behandlare är borta och utbildar eftersom övriga kollegor då får ta ärenden och täcka upp. Nämnda behandlare funderade kring att modellen skulle kunna spridas via den nyfikenhet som funnits, trots uteblivna önskade resurser. Hen uttryckte sig på följande vis: ”/.../ jag tror att det kommer att spridas även om man inte får de resurser som man skulle behöva tack vare den nyfikenhet som finns. Jag vet ju hur det sprids bland de som är närmast mig”.

Andra vårdgivare. En gemensam upplevelse från alla kliniker var att modellen upplevdes kunna användas av andra vårdgivare än BUP och att modellen hade det kunnat effektivisera samarbetet mellan olika vårdgivare. En chef föreslog att det hade kunde göras en variant för primärvården och en behandlare från samma klinik beskrev att modellen nog skulle nå bäst effekt inom första linjen eftersom där finns patienter med lindrig eller måttlig depression. En behandlare från en annan klinik delar nyss nämnda uppfattningar och uttryckte att modellen bättre matchar primärvården och berättade:

Jag tycker att ett uttalat krav kan vara att förstalinjen jobbar enligt riktlinjerna också eftersom det blir en stor missmatch när man behöver slussa över patienter till nästa nivå. Hela linjen måste täckas och ha en sammanhängande funktion.

En chef, från samma klinik som behandlaren ovan, delade inte upplevelsen av att modellen passar för första linjen och påpekade att: ”första linjen inte jobbar med diagnostik över huvud taget”. En chef från en annan klinik föreslog att strategin möjligen lämpat sig: ”/.../för kliniker som inte har slutenvård/.../”, medan en behandlare från ytterligare en annan klinik föreslog att just slutenvården vore lämplig: ”till och med inom slutenvården, där man gör bedömningar, suicidbedömningar. Jag tycker att det är en sådan nivå på det faktiskt”. En chef från en annan klinik beskrev att omfånget och innehållet i materialet är i vidaste laget för att vara relevant inom andra områden och föreslog att det skulle gå att anpassa materialet till läkare. Chefen berättade följande:

/.../kan man lyfta ut block så att det blir Deplyftet läkare och som mina behandlare var inne på akutbehandling som syftar till att göra suicidriskbedömningar i den första akuta fasen, sen skyfflas patienterna ut till enheterna där den fullständiga bedömningen görs.

Ekonomi

Under intervjuerna kretsade samtalen vid flera tillfällen kring aspekter kopplade till ekonomi, finansiering och tillgång till resurser. Då dessa aspekter gav intryck av att vara av betydelse för en rad områden såsom spridningen av EBP-DL:s modell, den fortsatta utbildningen, klinikernas specifika förutsättningar, valdes ekonomi som ett eget tema.

Det fortsatta engagemanget i EBP-DL påverkades till stor del av ekonomiska förutsättningar där en av cheferna berättade att deras ekonomiska situation varit ansträngd och att: ”man kan ju inte låtsas att man har finansiering om man inte har det heller”. Chefen berättade också: ”de direkta kostnaderna har ju varit ganska små”, och att de fått hjälp med finansieringen genom att: ”SKL har tagit en del”. En behandlare från en annan klinik framförde att: ”även om de betalar för det så kostar det att vi är borta från arbetsplatsen”. En chef från samma klinik uttryckte att den ekonomiska situationen kring EBP-DL var: ”en osäkerhetsfaktor, kostar för mycket och tar för mycket tid”. Chefen berättade även: ”mitt uppe i ett projekt är det lite som att vara tagen gisslan. Ah nu kommer en ytterligare medsittning, det kostar X kronor. Det blir väldigt svårt för mig som chef att försvara när jag sitter med ekonomiavdelningen”. Från samma klinik uttryckte en annan chef att: ”detta är ju inte större satsningar än steg 1 utbildning eller steg 2 utbildning och då är det en person man får in”.

En chef från en annan klinik uttryckte att: ”kostnaderna är små i förhållande till helheten”, och en behandlare från en annan klinik beskrev: ”att det är väl värda pengar. Man kan skicka iväg personal på jättedyra konferenser och vad kommer de hem med, vad är verksamhetsnyttan i det”.

En av cheferna förde ett resonemang kring deras inställning till projektets kostnader och uttryckte: ”vi var ganska överens om att vi inte har råd att inte satsa. Vi hade en gemensam bild av att det här kommer att kosta men det kommer att smaka också”.

Diskussion

Syftet med föreliggande studie är att bidra till en fördjupad förståelse kring hindrande och underlättande faktorer vid implementering av evidensbaserad praktik, i detta fall inom barn- och ungdomspsykiatrin. Materialet utgörs av upplevelserna hos de behandlare och chefer som deltar i EBP-DL.

Hur uppfattar behandlare och chefer implementeringsprocessen och EBP-DL:s olika delar?

Samtliga deltagare ansåg att utbildningsdelen hade varit mycket bra och uppskattade

framförallt att teori och praktik varvades. Rollspelsmomenten framhölls som värdefulla då man fick en modell att följa och feedback på sitt eget agerande. Detta är i linje med tidigare forskning som betonar vikten av att användarna tidigt engageras i relevant utbildning och praktisk träning (Bjurling-Sjöbergs, 2014), samt medarbetare behöver lära sig när och hur det nya arbetssättet skall tillämpas (Fixsen, 2009). Utbildningen verkar ha gett resultat också i klinisk praxis; efter genomförd utbildning förmedlades upplevelsen att behandlare nu frågar mer precisa frågor och gör fylligare suicidbedömningar än innan utbildning.

Det utbildningsmaterial som ingår i EBP-DL lovordades för sina höga kvaliteten av samtliga deltagare. Behandlarna tycker att materialet underlättar i deras kliniska vardagsarbete. En av behandlarna uttryckte att det leder till ”ett större djup och bredd” i arbetet. Detta leder både till att deltagarna uppskattar att jobba med det och att det hjälper dem att göra ett bättre arbete, vilket sammantaget underlättar implementeringen.

Nämnda aspekter av utbildningsdelen (rollspel, handledning och material) är centrala framgångsfaktorer i Fixsens modell över implementering (Fixsen, 2009) i kärnkomponent träning innan och under implementering. Utbildningen tycks ha bidragit till en positiv attityd och höjd motivation för ny EBP i linje med Bjurling-Sjöberg (2014) samt Luszcynska och Schwarzer (2005), vilka båda menar att det är viktigt att de som ska utföra ny EBP får en förståelse för metoden och tror på sin förmåga att utföra den. Bjurling-Sjöberg (2014) menar också att det är viktigt att den nya EBP:n har tydliga riktlinjer som upplevs anpassad till den egna organisationen, vilket stämmer överens med deltagarnas upplevelser kring materialet som tydligt, strukturerat och väl anpassat till verksamheten, om än stundtals omfattande.

Utbildningsdelens omfattande handledning genom momentet medsittning kan förstås i termer av Fixsen (2009) kärnkomponent konsultation. Denna kärnkomponent var mer problematisk; på två av klinikerna upplevde deltagarna medsittningen som värdefull och att återkopplingen hjälpte dem i deras arbete, men resterande två kliniker upplevde momentet som stressigt och att det inte inneburit någon egentlig vägledning. Alla kliniker upplevde också att syftet med medsittningen inte var helt tydligt från början. Två av kliniker upplevde inte detta som särskilt problematiskt men uppgav att det varit bättre ifall de hade känt till syftet från början, men de ansåg att det var bra med någon form av kontrollfunktion i en utbildning som denna. Personalen på de andra två klinikerna beskrev att de blev överraskade av att detta moment innebar en form av examination samt att de inte upplevde det som rättvist att i stunden eller först efteråt få denna information. Överraskningsmomentet försvårade förberedelser samt att övertygelsen om att det rörde sig om en handledning innebär en annan inställning hos deltagarna inför momentet. Eftersom medsittningen blev en hybrid av

konsultation och examination, vilken delvis upplevdes som positiv och befrämjande för implementering, kan den förstås som en aspekt av kärnkomponenten utvärdering och återkoppling (Fixsen, 2009), vars syfte är att samla information om implementeringen, ge riktad feedback från denna för att optimera behandlingseffekter. Trots de ambivalenta upplevelserna kring momentet uppgavs momentet medsittning vara bra för det egna lärandet och något som behandlarna gärna tagit del av i större omfattning. Betydelsen av medsittning betonas av Vrids och Manfred (2005) som menar att de flesta färdigheter som en medarbetare behöver lära sig kan introduceras i träning, men för att de ska befastas krävs vardagligt kliniskt praktiserande med stöd från en coach. Fixsen (2009) menar att coachens uppgift är att ge råd och tips kring hur metoden ska utföras samt uppmuntra och möjliggöra metodspecifik träning. När det i föreliggande studie framkommit negativa upplevelser kring momentet har deltagarna inte uppfattat att medsittaren agerat i linje med Fixsen (2009). Deltagarnas beskrivning av betydelsen av momentet medsittning, samt deras positiva upplevelse av praktisk träning genom rollspel, talar för vikten av att en implementeringsstrategi initialt bör ge möjlighet till att pröva implementeringen i liten skala (Bjurling-Sjöberg, 2014; Damschroder et al., 2009; Ebert et al., 2006) samt att det är av stor vikt att man är tydlig med momentets syften. Examination i sig upplevs som positiv och befrämjande för implementering om den inte blir en överraskning.

Vad uppfattar behandlare och chefer som hindrande respektive underlättande för att implementera riktlinjerna på sin arbetsplats?

Alla kliniker beskrev en arbetssituation med hög arbetsbelastning och högt söktryck, dock i varierande omfattning. Detta innebar att deltagarna inte ansåg sig ha tillräcklig med tid för sitt deltagande eller att bemöta de kollegor som var nyfikna på EBP-DL. Alla kliniker framhöll att personal som slutar, att närliggande mottagningar stänger samt att det finns konkurrerande projekt till EBP-DL som hindrande aspekter för ett implementeringsarbete. Det är konkreta exempel på deltagarnas vardag som tydliggör att en implementering inte sker i ett vakuum, utan i relation till sin omgivande kontext. Att kliniks specifika kontext-faktorer som till exempel ett högt söktryck och att närliggande kliniker stänger påverkar implementeringsprocessen bekräftas av den betydelse som kontextuellt anpassad implementering tillskrivs i tidigare forskning (Aarons et al., 2011; Billsten et al., 2014; Bjurling-Sjöberg, 2014; Damschroder et al., 2009; Ebert et al., 2006; Fitzgerald et al., 2003; Fixsen et al., 2005; Garland et al., 2013; Murray et al., 2010; Pawson & Tilley, 1997; Southam-Gerow et al., 2008).

Det faktum att medarbetare som inte deltog i EBP-DL sökt upp material därifrån och ställt frågor till deltagarna är intressant. Fitzgerald et al. (2003) menar att en effektiv implementering främjas av att personer som förväntas anamma de nya metoderna själva aktivt söker information kring den, vilket verkar ha ägt rum inom EBP-DL. Här finns dock faktorer som drar i olika riktningar i implementeringsprocessen; trots intresse från medarbetare beskrev flera deltagare en ambivalens kring huruvida de skulle dela med sig av materialet eller om de skulle följa anvisningar från EBP-DL att inte sprida materialet till personer utanför EBP-DL. Enligt Nielsen, Roback och Krevers (2010) gynnas utbildningsstrategier av att så många användare som möjligt medverkar, vilket ett spridande av materialet hjälpt till med. Å andra sidan menar Damschroder et al. (2009) att komplexa förändringsprocesser bör ske stegvis med en kontinuerlig feedback i syfte att öka förståelsen av det som sker. Denna dubbelhet fanns också inom EBP-DL och det är en intressant utmaning hur dessa, delvis motsägelsefulla, riktlinjer ska beaktas vid implementering.

På samtliga kliniker framhölls hur chefsbyte skulle kunna försämra kontinuiteten, att det inte kan förutsättas att en ny chef är lika insatt i projektet eller positiv till satsningen som den föregående chefen. Eldh (2014) menar att eftersom chefsbyten sker kontinuerligt och ändrar implementeringsprojekts förutsättningar genom att eventuella begränsningar införs, eller att hela projekt slopas, krävs en struktur (utöver och vid sidan av engagemanget från enskilda chefer) som kan stödja och bära projektet vidare i en organisation. I Fixsen (2009) framförs kärnkomponenten ”stöd från organisationen” som viktig att för att en implementering skall leda till evidensbaserad behandling; i den av Fixsen et al. (2005) beskrivna installationsfasen, vilken är den fas som EBP-DL just nu bedöms befinna sig i utifrån att EBP-DL genomfört en inledande analys över klinikerna och precis genomfört ett utbildningspaket, är strukturellt stöd av stor betydelse. Macallair och Males (2004) påpekar att projekt i denna fas riskerar att läggas ned om strukturella förutsättningar är bristfälliga. I föreliggande studie har vissa deltagare upplevt avsaknad av strukturellt stöd, både från EBP-DL och från kliniken, vilket enligt Macallair och Males (2004) kan vara problematiskt.

I föreliggande studie fanns tydligt konsensus kring de positiva effekter chefernas deltagande tillsammans med behandlarna har inneburit. Deltagandet har varit en starkt implementeringsfrämjande faktor som underlättat arbetet genom att cheferna redan från början varit insatta i vad deras behandlare behöver hjälp med och kunnat tillse att de har de praktiska förutsättningar som krävs för ett deltagande i EBP-DL. I linje med Bernhardsson (2014) är chefers stöd en avgörande faktor, vilket även Nielsen (2014) lyfter fram; chefer påverkar sin organisation genom sitt sätt att förhålla sig till sina medarbetare. Gurses et al.

(2010) framhåller att det sätt varpå ledningen förmedlar förväntningar kring hur personalen ska arbeta med den nya metoden är avgörande för hur en implementering tas emot. Den positiva roll som tillskrivs chefernas involvering i EBP-DL kan förstås som ett exempel på hur man förmedla positiva förväntningar genom aktivt engagemang och deltagande, vilket inte bara uppfattas av behandlarna inom EBP-DL utan även de kollegor som inte deltagar. Även om chefernas deltagande mestadels setts som positivt, så förmedlades på vissa kliniker att det var problematiskt för implementeringen att man inte haft med behandlarnas närmsta operativa chef (mellanchef). Detta pekar på den viktiga roll mellancheferna har och är i linje med Birken et al. (2013) och Garland et al. (2013), vilka hävdar att alla nivåer inom en organisation behöver vara insatta i och införstådda med vad som krävs under en implementering. Det tycks viktigt att betona deltagande från flera chefsnivåer samt från operativa chefer vid implementering.

Alla kliniker framhåller att det under deltagandet i EBP-DL funnits viss otydlighet kring praktiska aspekter som projektets omfattning, rekryteringsförfarande av deltagare samt framtida finansiering. Det varierade dock mellan klinikerna huruvida detta uppfattades som problematiskt. Två av klinikerna uttryckte att större tydlighet kanske hade gjort att deras rekrytering av deltagare sett annorlunda ut. Två kliniker framhöll att om det varit tydligt från början hur stort åtagande ett deltagande i EBP-DL innebar, så hade de kanske inte gått med. På alla fyra klinikerna framkom att den framtida finansieringen behövde lösas. På två av klinikerna beskrevs en pressad ekonomi där det inte var självklart att kliniken själv kunde gå in med pengar eller betala för ytterligare moment. En av klinikerna framhöll att det förvisso kostade, men att man fick mycket för investeringen. Det framkom att det behövde vara tydligt från EBP-DL:s sida vad ett deltagande innebär för kostnader. Dessa upplevelser ligger i linje med Woltmann et al. (2008) som betonar att kostnaderna för att implementera nya metoder, samt hur implementeringen påverkar organisationers befintliga produktion, är centrala att förhålla sig till i en lyckad implementeringsprocess. I linje med detta har Fixsen et al. (2005) funnit att det är viktigt att säkerställa att de ekonomiska resurserna är på plats inledningsvis samt att ekonomiska tillskott kan säkras vid behov. Fixsen et al. (2005) och Schoenwald (1997) menar till och med att ekonomi och rådande politik överskuggar övriga faktorer i betydelse för en lyckad implementering. Att EBP-DL saknat en tydlig ekonomisk plan för hela implementeringen har i föreliggande studie, i linje med ovan nämnd forskning, problematiserat implementeringen.

Ur ovanstående diskussioner om att en hög arbetsbelastning påverkar möjligheten att förvalta kollegors intresse, betänkligheter kring tydlig kravprofil för att rekrytera deltagare, att

chefer och behandlare byter arbetsplatser, att det krävs mandat på arbetsplatsen för att sprida EBP-DL samt att det på arbetsplatser fanns en avig inställning inför det nya manualbaserade arbetssättet kan diskuteras inom ramen för Rogers (1962; 2003) diffusionsteori. Teorin beskriver hur personer i en organisation antar olika roller. Deltagarna påtalade vikten av att det vid implementeringen var viktigt med personal som intresserade sig för nya idéer utanför den egna organisationen (jmf innovatörer), personal med mandat på arbetsplatsen och att få med behandlare som är förebilder för sina kollegor (jmf tidiga användare). På alla kliniker förmedlades en positiv uppfattning gentemot den nya metoden som skulle implementeras, vilket gjorde att klinikerna höll sig fast vid implementeringen trots svårigheter.

Organisationskultur

I föreliggande studie har olikheter avseende organisationskultur i form av skilda antaganden och föreställningar framträtt mellan kliniker och olika deltagare. Organisationskulturen är enligt Bjurling-Sjöberg (2014) överställd andra betingelser. EBP-DL har vid implementeringens inledning, i linje med Fixsen (2009), i en utforskande fas försökt kartlägga vilka kliniker som varit mest lämpade att delta i implementeringen samt vilka behov dessa kliniker har haft. EBP-DL har anpassat sin implementeringsmodell med hänsyn till flera olika faktorer och med implementeringsteori som fundament. De kulturella skillnaderna har haft implikationer för hur deltagare och kliniker uppfattat EBP-DL, implementeringsarbetet och det egna deltagandet (rollen). Dessa organisationskulturella aspekter berörs av Bang (1999), Bjurling-Sjöberg (2014), Nielsen (2014) och Rogers (1962;2003). På en av klinikerna framkom exempelvis tydliga kulturella antaganden om hur förändring skall ske och var initiativ till nya arbetssätt skall komma från som på flera sätt skiljde sig från hur EBP-DL:s modell för hur implementering såg ut. Från denna klinik upplevde chefer implementeringsförfarandet, och den ansats EBP-DL haft, som en toppstyrd process där de föredragit att EBP-DL snarare anpassat sig efter klinikens arbetssätt. Behandlarna på samma klinik framhöll dock att många goda initiativ underifrån dog ut eftersom att det uppifrån inte fanns ett uttalat engagemang som bistod med olika resurser. Damschroder et al. (2009) menar att bottom-up processer med bred delaktighet är att föredra när en implementering skall genomföras.

Implementeringsteam

Implementeringsteam är en stödstruktur till implementering som utvecklats i andra kontexter än svenska hälso- och sjukvårdsförhållanden. Fixsen (2009) menar att

implementeringsteam kan ackumulera kunskap om en organisation och således förutse och hantera oförutsedda händelser. Denna stödstruktur, som Fixsen (2009) anser vara viktig, förekommer inte explicit i EBP-DL implementeringsprocess, då ingen klinik haft en lokal eller regional grupp eller individ som uttalat arbetat med att underlätta implementeringen. Utifrån föreliggande studies resultat väcks frågor kring vem som bäst kan driva ett aktivt faciliteringsarbete för att nå Fixsens (2009) fas full implementering med hög grad av normalisering (May & Finchs, 2009). EBP-DL har i stort drivits på eldsjälsnivå utifrån rådande förutsättningar, där enskilda deltagare uttalat, ostrukturerat och utifrån goda intentioner tagit sig an själva faciliteringsarbetet, vilket inte varit deras uttalade uppgift. Exempelvis har behandlares uttalade uppgift varit att lära sig den nya metoden och utbilda nästa vågs behandlare. Behandlare beskriver att de fått facilitera organisatoriska aspekter såsom att ombesörja inflödet utav rätt patienter för träning, frilägga tid för träning samt att en behandlare blivit ett ensamt nav för att genomföra och driva projektet på sin klinik. Det har även framkommit från en chef att det på dennes klinik finns goda förutsättningar att ta sig an EBP-DL, medan en behandlare på denna klinik återger upplevelser som motsäger chefen i form av till exempel en väldigt hög arbetsbelastning. Chefen skildrar betraktelser från organisatoriska aspekter som exempelvis god ekonomi, medan behandlaren skildrar den pressade situationen på golvet. De olika uppfattningarna kan ha orsakats av deltagarnas inledande upplevelse av otydlighet kring projektet. Otydlighet verkar ha haft en hindrande påverkan på implementeringen genom bristande kognitiv medverkan (May & Finch, 2009), med andra ord att deltagare inte fullt godkänner eller accepterar implementeringen. Det har med andra ord funnits en viss brist på samstämmighet, som May och Finch (2009) menar är viktig för lyckad implementering. Eftersom olika intressenter, i linje med Pawson och Tilley (1997), uppfattat implementeringsprocessen på olika sätt, hade troligen ett strukturerat faciliteringsarbete kunnat optimera implementeringsarbetet. Det tordes vara viktigt att var aktör i implementeringsprocessen agerar utifrån den uppgift som de skall utföra, vilket en faciliterare kan förtydliga. Olika uppfattningar har medfört ett glapp mellan den framförhållning och översikt som ett implementeringsteam bör ha kontra nämnda initiativtagare på klinikerna, vilka inte getts möjlighet eller förutsättningar för denna typ av överblick. Från klinikernas perspektiv hade föreställningar och antaganden om den egna praktiken inom kliniken, det vill säga organisationskulturen, kunnat fångas upp av ett implementeringsteam som därigenom kunnat föregå scenarion och samtala med ledningen kring kritiska skeenden. Hur en klinik bedriver rekryteringsarbete hade exempelvis kunnat lyftas av ett implementeringsteam som kunnat visa på hur rekryteringsprocessen bäst skulle

kunna gynna implementeringen av EBP-DL. En chef valde att rekrytera behandlare utifrån ett antagande om att alla i klinikområdet hade rätt till samma vård, vilket resulterade i att involverade behandlare var spridda geografiskt och därför hade svårt att dela erfarenheter och träna tillsammans. Ett implementeringsteam hade eventuellt kunnat väga in liknande erfarenheter från området och informerat om för- och nackdelar med rekryteringsgrunden. Ett annat exempel är att om ett implementeringsteam haft både lokal och regional kännedom hade erfarenheter från olika kliniker kunnat ligga till grund för beslut kring arbetsätt och anpassningar till EBP-DL. Det som implementeringsteamet framför allt hade kunnat fånga upp är just organisationens specifika kultur, något som deltagare upplever att EBP-DL haft svårt att fånga, trots omfattande försök. Ett tredje exempel är att ett initierat implementeringsteam kunnat förvalta det intresse som deltagarna upplevde bland kollegor, men som stred emot EBP-DL:s grundläggande idé kring spridning av material.

Den kännedom kring lokal och regional nivå som Fixsen (2009) menar är en styrka hos implementeringsteam tangerar Billsten, Holmberg och Benderix (2014) tes om att det utöver en nationell ledning även behövs en regional och lokal nivå som kan driva implementeringen. Att införa implementeringsteam, både lokalt och regionalt tordes kunna skapa goda förutsättningar för kontextuell anpassning utifrån exempelvis organisationskultur och därmed en mer effektiv implementeringsprocess.

Yttre kontext, strukturer och EBP-DL fortlevnad

EBP-DL har en osäker ekonomisk situation och är för tillfället i en fas att utbilda behandlare som sedan kan utbilda nya behandlare. Här sker ett arbete med den inre kontexten, direkt på klinikerna, men enligt deltagarna i Deplyftet finns en oro kring hur den fortsatta spridningen ska gå till. Fixsen et al. (2005) menar att organisatoriska faktorer, de vill säga inre kontext, har en stor inverkan när det kommer till att förändra beteenden och facilitera lärande, men bidrar i mindre utsträckning till att ett arbetsätt blir rutin och att få ett projekt att leva vidare. Garland et al. (2003) menar att när en intervention ska implementeras kan det ske inom en eller flera kontexter som berör en organisation, men för att påverkan ska bli effektiv bör interventionerna i de olika kontexterna samverka (Garland et al., 2013). Även Raghavan et al. (2008) framhåller vikten av fånga in den kontext som finns utanför den befintliga organisationen och för att implementeringsprocesser ska leva vidare behövs till exempel underlag för beslutsfattare (Raghavan, et al., 2010; Fixsen et al., 2005; 2009). I föreliggande studie förmedlas en förhoppning om att beslutsfattare skall få ta del av hur bra metoden är, men att det då behövs ett större underlag, en chef uttrycker att beslutsfattare behöver få veta

att modellen är ”skit bra” men det kräver ”ännu mer på fötterna” i ett sammantaget presentationsmaterial, som chefen i fråga tror kan komma att behövas vid ansökan om tillskott av ekonomiska resurser. För att EBP-DL skall fortleva föreslås det från en klinik att ett universitet eller att Region Halland skulle kunna utgöra ankare i en framtida spridning av det nya arbetssättet. Att förankra implementering i en yttre kontext på detta sätt är i linje med Billsten, Holmberg och Benderix (2014), som menar att det för att EBP skall transformeras från forskning in i organisationers praktik krävs en fokusförskjutning från kortsiktig beteendeförändring eller modellföljsamhet till att skapa förutsättningar för att kunna ta till sig innovationen. Förutsättningar kan också skapas genom att arbeta med de faktorer som belyses av Fixsens (2009) teori om kärnkomponenter, samt genom framtagandet av ett tydligt underlag för beslutsfattare. Även implementeringsteam, som diskuterats ovan, skulle kunna förbättra förutsättningarna för en lyckad implementering genom att implementeringen blir ett övergripande strukturellt ansvar istället för ett projekt som drivs av enskilda eldsjäljar. Föreliggande studie påvisar utifrån resultat som diskuterats ovan att det är en utmaning, som Billsten, Holmberg och Benderix (2014) pekar på, att få olika huvudmän, kunskapssyner, lagar och kulturer att samverka, vilket även kan adderas av det som Socialstyrelsen (2013), anser förutses för en lyckad implementering, nämligen ”politiskt, ekonomiskt och organisatoriskt stöd” (s. 33).

Styrkor och svagheter i studien

Vid kvalitetsbedömning av kvalitativa studier hävdar Morrow (2005) att kriterierna trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och konfirmerbarhet är jämförbara med termerna, inre och yttre validitet, reliabilitet och objektivitet som används inom kvantitativ forskning.

Trovärdighet. För att säkerställa en hög grad av trovärdighet krävs långa interaktioner med deltagarna och ett ihärdigt observerande (Morrow, 2005). I föreliggande studie besöktes varje klinik på plats där fyra gruppintervjuer under vardera två timmar samt sex stycken individuella intervjuer under 90 minuter vardera genomfördes. Studien omfattar 19 av EBP-DL:s 20 individuella deltagare. Sammantaget bör detta ha gett goda möjligheter att observera ett stort och representativt antal deltagare i sitt sammanhang.

En studie ska innehålla fylliga beskrivningar av materialet och om materialet är tillräckligt innehållsrikt väger det upp för ett begränsat antal deltagare (ibid.). I föreliggande studie presenterar vi resultatet på ett utförligt sätt med en hög grad av belysande citat i syfte att även ge läsaren en möjlighet till att tolka materialet. Morrow (2005) framhåller att forskaren måste söka efter resultat som talar emot den övergripande bilden och att analysera

motsägande fynd. I resultatdelen har vi därför vinnlagt oss om att presentera en representativ bild av deltagarnas skilda upplevelser och åsikter.

Det är också fördelaktigt om flera kollegor gör studien och om det finns utrymme för reflexivitet hos forskaren (ibid.). Vi anser det vara en styrka att vi har varit två stycken som genomfört föreliggande studie då det ökat trovärdigheten genom bland annat de diskussioner vi kontinuerligt fört sinsemellan och med handledarna under arbetets olika delmoment.

Summerat har föreliggande studie en god trovärdighet enligt Morrrows (2005) kriterier.

Överförbarhet. Kvalitativ forskning är inte generaliserbar på samma sätt som kvantitativ forskning (ibid.). Yin (2007) menar fallstudier kan generalisera teoretiska hypoteser men inte till populationer och framhåller att fallstudiers mål är att utveckla teorier och generalisera dessa. Detta är begränsningar i den tematiska analysens och den kvalitativa metodens natur, vilka vi har försökt ta hänsyn till när vi diskuterar implikationer av resultaten. En bör generalisera med försiktighet utanför EBP-DL och vi har lagt fokus på att belysa det studerade projektets möjligheter och begränsningar samt teoribildning som rör implementering.

Pålitlighet. För att möjliggöra upprepningar av studier bör alla dess delar dokumenteras och sättet som studien genomförts på bör vara konsekvent genom tid, forskare och typ av analys (Morrow, 2005). Alla delar i föreliggande studie, från skapande av intervjuguide, insamlande och bearbetande av material, till diskussionsdel är dokumenterat med möjlighet att alltid gå tillbaka till råmaterialet. I och med detta menar vi att det finns goda möjligheter till att upprepa föreliggande studie.

Konfirmerbarhet. En forskare kan aldrig vara objektiv i sitt arbete och de fynd som görs bör i största möjliga mån baseras på den situation som studerats istället för forskarens övertygelser, teorier eller bias (ibid.). För att lyckas med detta måste forskaren göra sina underliggande antaganden tydliga, både för sig själv och för läsaren, vilket låter sig göras via forskarens reflexivitet och konsultation med kollegor (ibid.) Genom det förarbete som gjordes inledningsvis genom inläsning av litteratur skapades underliggande antaganden hos oss kring vilka aspekter som kunde vara av betydelse i föreliggande studie och vilken typ av fynd vi kunde förvänta oss att finna. Dessa antaganden var något som vi diskuterade med varandra och med handledarna och som sedan var vägledande när intervjuguiden skapades. Det finns även fördelar med att vara insatt i litteraturen då det motverkar bias genom att forskaren har en förförståelse av olika sätt att se fenomenet (ibid.). Med vetskapen att en forskare aldrig kan vara objektiv bör studies resultat presenteras med en stor del belysande citat för att tydliggöra de tolkningar författarna har gjort. Vi anser att föreliggande studies förhållningssätt och rikligt användande av belysande citat bidrar till en hög grad av konfirmerbarhet.

Referenser

- Aarons, G., Hurlburt, M. & Horwitz, S. (2011). Advancing a conceptual model of evidence based practice implementation in public service sectors. *Administration and policy in mental health and mental health services research*, 38(1), 4-23
- Alvesson, M. (2015). *Organisationskultur och ledning*. (3. uppl.). Malmö: Liber.
- American Psychological Association (2008). Disseminating evidence-based practice for children & adolescents: A systems approach to enhancing care. (2008). *Disseminating evidence-based practice for children & adolescents: A systems approach to enhancing care*, 69. doi:10.1037/e582412010-001
- Bang, H. & Johansson, G. (1999). *Organisationskultur*. Lund : Studentlitteratur, 1999
- Bernhardsson. (2014). Riktlinjer inom fysioterapi i primärvården. I: P. Nilsen (red.) *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö : Gleerup. Sid 155-171
- Billsten, J., Holmberg, R. & Benderix, Y. (2014). Evidensbaserad praktik inom missbruks- och beroendevården. I: P. Nilsen (red.) *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö : Gleerup. Sid 233-247
- Birken, S., Lee, S., Weiner, B., Chin, M. & Schaefer, C. (2013). Improving the effectiveness of health care innovation implementation: middle managers as change agents. *Medical Care Research & Review*, 70(1), 29-45 17p. doi:10.1177/1077558712457427
- Bjurling-Sjöberg. (2014). Standardiserade vårdplaner inom intensivsjukvård. I: P. Nilsen (red.) *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö : Gleerup. Sid 171-184
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2. uppl.). Malmö: Liber
- Carlford, S. (2014). Modeller och ramverk. I: P. Nilsen (red.) *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö : Gleerup. Sid 115-135
- Damschroder, L., Aron, D., Keith, R., Kirsh, S., Alexander, J. & Lowery, J. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 450-50 1s. doi:10.1186/1748-5908-4-50
- De Vries, K. & Manfred, F. (2005). Leadership group coaching in action: The zen of creating high performance teams. *Academy of Management Review*, 19, 61-76.
- Deplyftet. (2015). Deplyftet - delårsrapport. Diarienummer: SKL 12/6459. Region Halland, januari 2015

- Ebert, Amaya-Jackson, Makiewicz & Fairbanks. (2006). Development and application of the the NCCTS learning collaborative model for the implementation of evidence-based child trauma treatment. I: R. McHugh. & D. Barlow. (red) (2012). *Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Eccles, M., Grimshaw, J., Walker, A., Johnston, M. & Pitts, N. (2005). Changing the behavior of healthcare professionals: the use of theory in promoting the uptake of research findings. *Journal Of Clinical Epidemiology*, 58(2), 107-112.
- Eldh, A. (2014). Strategier för behandling av urininkontinens. I: P. Nilsen (red.) *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö : Gleerup. Sid 201-217
- Elliott, D. (1998). Implementing and evaluating crime prevention and control programs and policies. *Crime, Law & Social Change*, 28(3/4), 287-310.
- Elliot, R., Fisher, C. & Rennie, D. (1999). Evolving guidelines for publications of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 215-229.
- Evidence-Based Medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. (1992). *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 268(17), 2420-2425. doi:10.1001/jama.1992.03490170092032
- Finch, T., Rapley, T., Girling, M., Mair, F., Murray, E., Treweek, S. & ... May, C. (2013). Improving the normalization of complex interventions: measure development based on normalization process theory (NoMAD): study protocol. *Implementation Science*, 8(1), 1-8. doi:10.1186/1748-5908-8-43
- Fitzgerald, L., Ferlie, E. & Hawkins, C. (2003). Innovation in healthcare: how does credible evidence influence professionals? *Health & Social Care In The Community*, 11(3), 219-228. doi:10.1046/j.1365-2524.2003.00426.x
- Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R. & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231)
- Fixsen, D., Blase, K., Naoom, S. & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research On Social Work Practice*, 19(5), 531-540. doi:10.1177/1049731509335549
- Garland, A., Haine-Schlagel, R., Brookman-Frazee, L., Trask, E., Fawley-King, K. &

- Baker-Ericzen, M. (2013). Improving community-based mental health care for children: Translating knowledge into action. *Administration And Policy In Mental Health And Mental Health Services Research*, 40(1), 6-22. doi:10.1007/s10488-012-0450-8
- Gurses, A., Marsteller, J., Ozok, A., Xiao, Y., Owens, S. & Pronovost, P. (2010). Using an interdisciplinary approach to identify factors that affect clinicians' compliance with evidence-based guidelines. *Critical Care Medicine*, 38(8 Suppl.), S282-S291.
- Grimshaw, J., Eccles, M., Lavis, J., Hill, S. & Squires, J. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7(1), 50-50 1p. doi:10.1186/1748-5908-7-50
- Grol, R., Wensing, M. & Eccles, M. (2005). *Improving patient care: the implementation of change in clinical practice*. Edinburgh: Elsevier Butterworth Heinemann.
- Harvey, G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Kitson, A., McCormack, B. & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. *Journal Of Advanced Nursing*, 37(6), 577-588 12s. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02126.x
- Haynes, R., Devereaux, P. & Guyatt, G. (2002). Physicians' and patients' choices in evidence based practice: evidence does not make decisions, people do. *BMJ: British Medical Journal (International Edition)*, 324(7350), 1350-1350 1s.
- Henggeler, S., Melton, G., Brondino, M., Sherer, D. & Hanley, J. (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 821-833.
- Institute for Healthcare Improvement. (2003). The breakthrough series: IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement. (2004). *Diabetes Spectrum*, 17(2), 97-101 5s.
- Institute of Medicine (U.S.). Committee on quality of health care in america (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Luszczynska, A. & Schwarzer, R. (2005). Social cognitive theory. I: M. Conner & P. Norman (red.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models*, (2. uppl.) (s.127–169). Maidenhead: Open University Press.
- Massatti, R., Sweeney, H., Panzano, P. & Roth, D. (2008). The de-adoption of innovative mental health practices (IMHP): Why organizations choose not to sustain an IMHP.

- Administration And Policy In Mental Health And Mental Health Services Research*, 35(1-2), 50-65
- Macallair, D. & Males, M. (2004). A failure of good intentions: An analysis of juvenile justice reform in San Francisco during the 1990s. *Review of policy research*, 21(1), 63-78. doi:10.1111/j.1541-1338.2004.00058.x
- May, T. (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- May, C. & Finch, T. (2009). Implementing, embedding, and integrating practices: An outline of normalization process theory. *Sociology*, (3). 535.
- McHugh, R., Murray, H. & Barlow, D. (2010). Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: The promise of transdiagnostic interventions. *Behaviour Research And Therapy*, 47(11), 946-953. doi:10.1016/j.brat.2009.07.005
- McHugh, R. & Barlow, D. (2012). *Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Morrow, S. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal Of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260.
- Mendel, P., Meredith, L., Schoenbaum, M., Sherbourne, C. & Wells, K. (2008). Interventions in organizational and community context: A framework for building evidence on dissemination and implementation in health services research. *Administration And Policy In Mental Health And Mental Health Services Research*, 35(1-2), 21-37.
- Mowbray, C., Holter, M., Teague, G. & Bybee, D. (2003). Fidelity criteria: Development, measurement, and validation. *American Journal Of Evaluation*, 24315-340. doi:10.1016/S1098-2140(03)00057-2
- Murray, E., Treweek, S., Pope, C., MacFarlane, A., Ballini, L., Dowrick, C. & ... May, C. (2010). Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. *BMC Medicine*, 863-63 1s. doi:10.1186/1741-7015-8-63
- Nilsen P, Roback K, Krevers B (2010). Förklaringsfaktorer för implementeringsutfall – ett ramverk. I: P. Nilsen (red.) *Implementering - Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur. Sid 71-90
- Nilsen, P. (red.) (2014). *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö: Gleerup
- Nielsen, P. & Roback, K. (2014). Implementeringsstrategier. I: P. Nilsen (red.) *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö : Gleerup. Sid 135-155
- Nutley, S., Walter, I. & Davies, H. (2007). *Using evidence: how research can inform public*

- services*. Bristol: Policy Press
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. London : SAGE, 1997.
- Polkinghorne, D. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137-145.
- Raghavan, R., Bright, C. & Shadoin, A. (2008). Toward a policy ecology of implementation of evidence-based practices in public mental health settings. *Implementation Science*, 31-9. doi:10.1186/1748-5908-3-26
- Rogers, E. (1962). *Diffusion of innovations*. (1.uppl.). Glencoe. Free Press
- Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations*. (5. uppl.) New York: Free press
- Rosenberg, L. (2010). The reality of implementing evidence-based practices. *Journal Of Behavioral Health Services And Research*, 37(1), 1-3. Doi:10.1007/s11414-009-9195-x
- Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R. & Richardson, W. (2007). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. 1996. *Clinical Orthopaedics And Related Research*, 4553-5.
- Schoenwald, S. (1997). *Rationale for revisions of medicaid standards for home-based, therapeutic child care, and clinical day programming*. Columbia, SC: Technical Report prepared for the South Carolina Department of Health and Human Services.
- Socialstyrelsen. (2009). Barn- och ungdomspsykiatrins metoder - En nationell inventering. Artikelnr 2009-126-146. Västerås: Edita Västra Aros, juni 2009
- Socialstyrelsen. (2010). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010– stöd för styrning och ledning. Artikelnr 2010-3-4. Västerås: Edita Västra Aros, februari 2010
- Socialstyrelsen. (2013). Nationell utvärdering 2013 - vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Artikelnr 2013-6-27. www.socialstyrelsen.se, juni 2013.
- Southam-Gerow, M., Chorpita, B., Miller, L. & Gleacher, A. (2008). Are children with anxiety disorders privately referred to a university clinic like those referred from the public mental health system? *Administration And Policy In Mental Health And Mental Health Services Research*, 35(3), 168-180. doi:10.1007/s10488-007-0154-7
- Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP). (2014). Riktlinje depression. Hämtad från:
http://www.svenskabupforeningen.se/bibliotek/kunskapsoversikter_PM/prio_riktlinjer/SFBUPRiktlinjeDepression2014.pdf
- Trolldal, B. & Gulbrandsson, K. (2014). Ansvarsfull alkoholservering i lokalsamhället. I: P.

- Nilsen (red.) *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö : Gleerup. Sid 247-259
- Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and method* (2. uppl.). Buckingham: Open University Express.
- Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Winter, S. & Szulanski, G. (2001). Replication as strategy. *Organization Science*, (6). 730.
- Woltmann, E., Whitley, R., McHugo, G., Brunette, M., Torrey, W., Lynde, D. & ... Coots, L. (2008). The role of staff turnover in the implementation of evidence-based practices in mental health care. *Psychiatric Services*, 59(7), 732-737. doi:10.1176/appi.ps.59.7.732
- Yin, R. (2007). *Fallstudier: design och genomförande*. Malmö: Liber.

Bilaga 1

INLEDNING- IMPLEMENTERING - 11 min					
TID	NIVÅ 1	NIVÅ 2	NIVÅ 3	NIVÅ 4	NIVÅ 5
3	Vad är er uppfattning kring deplyftet				
2		Hur uppfattar ni arbetet med övergången till deplyftet			
2			Vad känner ni till i strukturen kring detta arbete		
1				Hur har ni tagit del av den kunskapen	

IMPLEMENTERING - STAFFSELECTION - 9 min				
TID	NIVÅ 2	NIVÅ 3	NIVÅ 4	NIVÅ 5
2	Vad är er uppfattning kring urvalsprocessen			
3		Vad drev urvalet för att finna rätt personal. Någon insikt kring urvalet såhär med facit i hand?		
				Hur går era tankar kring val av personal sett till hela det arbete som modellen innebär.
2				Antal utbildare som nu är tjänst
3			Vad har varit..... kring urvalsprocessen: - Bra - Dåligt - Kunnat gjorts annorlunda	
1	Något att tillägga?			

IMPLEMENTERING - PRESERVICE AND INSERVICE TRAINING - 17 min				
TID	NIVÅ 2	NIVÅ 3	NIVÅ 4	NIVÅ 5
2	Vad är din uppfattning kring Utbildningsdelen - och dess komponenter			
2			Hur har träningen påverkat arbetet med projektet	
3			Att utbilda andra Vad är din uppfattning kring träningen och dig som kommande utbildare	Vad är dina tankar kring att utbilda nya utbildare
3			Att upptäcka ungdomar med depression Vad är din uppfattning kring träningen och att upptäcka/hitta ungdomar med depression	Hur har träningen påverkat arbetet med att upptäcka ungdomar med depression
3			Behandling Vad är din uppfattning kring utbildningen kopplat till ditt behandlingsarbete.	Hur uppfattar ni att träningen påverkat utökat din förmåga att använda den nya metoden.
3			Riktlinjerna Har träningen varit betydelsefull för förståelsen av riktlinjerna	
2			Vad har varit ...kring utbildningsdelen: - Bra - Dåligt - Kunnat gjorts annorlunda	
1	Något att tillägga?			

IMPLEMENTERING - ONGOING COACHING AND CONSULTATION - 15 min				
TID	NIVÅ 2	NIVÅ 3	NIVÅ 4	NIVÅ 5
2	Vad är din uppfattning kring fortlöpande träning och konsultation			
2		Vad är din uppfattning kring "dess" olika delar.		
3			Coaching Vad är din uppfattning kring coaching (På vilket sätt har.. påverkat ditt sätt att arbeta.) Hur ser återkoppling på detta ut	
3			Medsittning Vad är din uppfattning kring momentet medsittning? (På vilket sätt har.. påverkat ditt sätt att arbeta.) Hur ser återkoppling på detta ut	Har ni fått tillräckligt med träning för att själva kunna agera medsittare
2			Handledning Vad är din uppfattning kring momentet medsittning (På vilket sätt har.. påverkat ditt sätt att arbeta.) Hur ser återkoppling på detta ut	
2			Vad har varitkring fortlöpande träning och konsultation: - Bra - Dåligt - Kunnat gjorts annorlunda	
1	Något att tillägga?			

IMPLEMENTERING - STAFF EVALUATION - 10 min				
TID	NIVÅ 2	NIVÅ 3	NIVÅ 4	NIVÅ 5
2	Vad är din uppfattning kring utvärdering och återkoppling			
3			Hur utvärderas ert arbete med riktlinjerna. - Hur ser återkoppling på detta ut Hur utvärderas ert arbete att följa metoden - Hur ser återkoppling på detta ut	
1				Utvärderas: - de kriterier som fanns med under urvalsprocessen - de färdigheter ni lärt er under träning
2			Vad har varit..... kring utvärdering och återkoppling: - Bra - Dåligt - Kunnat gjorts annorlunda	
1	Något att tillägga?			

IMPLEMENTERING - DECISION SUPPORT DATA SYSTEMS- 11 min				
TID	NIVÅ 2	NIVÅ 3	NIVÅ 4	NIVÅ 5
2	Vad är din uppfattning kring system för underlag till beslut			
2		Hur följs resultat och arbete enligt metoden upp på er klinik (i syfte att ha en kontinuerlig utveckling avseende depliytet) (ej enskilda arbetares kompetens)		
2			Hur utvärderas arbetet med: - diagnostiseringen av depressionstillstånd - behandlingen av desamma	
2				(Hur samlas data in och återges till beslutsfattare kring uppsatta mål för detta projekt: - Utvärderas behandlingen på ett strukturerat sätt. - Ökat antal vårdplaner. - Sker behandlingen stegvis och innehåller den psykoedukation eller breda basala insatser. - Diagnostiseras fler med depression)
2			Vad har varit..... kring system för underlag till beslut: - Bra - Dåligt - Kunnat gjorts annorlunda	
1	Något att tillägga?			

IMPLEMENTERING - FACILITATIVE ADMINISTRATIVE- 12 min				
TID	NIVÅ 2	NIVÅ 3	NIVÅ 4	NIVÅ 5
2	Vad är din uppfattning kring stöd från organisationen			
2		Hur uppfattas förutsättningar för att jobba enligt de nya riktlinjerna		
			Hur ser ansvarsfördelningen ut kring projektet	
3			Hur ser stödet ut från... för att jobba enligt riktlinjerna: - Chefer - Ledning - Kollegor Hur ser.....inställning till arbetet med riktlinjerna: (Policy) - Chefer - Ledning - Kollegor	
2			Hur är planeringen kring hanterandet av hinder som kommer upp	Finns nog med tid avsatt för: - att lära sig metoden - att använda sig av relevanta bedömningsinstrument - att göra upp vårdplaner
2			Vad har varit..... kring stöd från organisationen: - Bra - Dåligt - Kunnat gjorts annorlunda	
1	Något att tillägga?			

IMPLEMENTERING - SYSTEM INTERVENTIONER- 8 min				
TID	NIVÅ 2	NIVÅ 3	NIVÅ 4	NIVÅ 5
2	Vad har ni för tankar om deplyftet på lång sikt			
3		Hur uppfattar ni den långsiktiga ... rörande deplyftet: - planeringen - den kontinuerliga supporten - rekryteringen av personal - finansiering		
2			Förhoppningar och farhågor kring deplyftets framtid	
1	Något att tillägga?			

IMPLEMENTERING - SOURCES OF CORE IMPLEMENTATION COMPONENTS, PURVEYORS- 8 min				
TID	NIVÅ 2	NIVÅ 3	NIVÅ 4	NIVÅ 5
2		Hur ser det aktiva arbetet ut med att: - Främja arbetet med riktlinjerna - Följa de nya riktlinjerna		
2		Hur ser det ut med motiveringsarbete rörande projektet - Vad görs		
1				Finns de en grupp eller individ som aktivt arbetar med implementeringen och att följa de nya riktlinjerna (Ansvarsfördelning) - Vem Vilka egenskaper har dessa
2			Vad är varit..... tror du rörande motiveringsarbetet: - Bra - Dåligt - Kunnat gjorts annorlunda	
1	Något att tillägga?			

IMPLEMENTERING - ÖVRIGT 17 min				
TID	NIVÅ 2	NIVÅ 3	NIVÅ 4	NIVÅ 5
3		Utifrån vad ni vet nu som ni inte gjorde vid deplyftets början, hade ni gjort något annorlunda?		
3				
2			Vad ligger till grund för ditt engagemang i projektet.	
3			Vad har era nya roller på kliniken inneburit för er?	
3				Hur lämplig är arbetssättet med de nya riktlinjerna för er kliniska vardag (kontext)- -Vad på er klinik ser ni bidrar till detta? Tankar kring att modellen börja användas på er klinik? (genomförbarhet) Tankar kring er kompetens och beredskap att hantera utmaningar kring arbetet med modellen
				Finns det tillräckligt med tillgång på dep-patienter?
2			Tankar kring den inledande utvärderingen (FQ, Attityd)	
			Finns det något som underlättat eller försvårat arbetet på er klinik Finns det något som hade underlättat arbetet	
1	Något att tillägga?			

PRODUKTEN - 13 min				
TID	NIVÅ 2	NIVÅ 3	NIVÅ 4	NIVÅ 5
2	Vad är din uppfattning kring deplyftets teori och material			
2		RIKTLINJERNA Tankar kring till riktlinjerna, Privata?		
3			Hur ser ert arbete ut idag i förhållande till riktlinjernas tanke om hur arbetet skall utföras Riktlinjernas konkreta betydelse och påverkan för ditt arbete.	Begränsar riktlinjerna ert arbete
1			Hur upplevs förutsättningarna att anpassa riktlinjerna till er klinik	Är detta ett rimligt arbetssätt på er klinik
2				Har ni har koll på riktlinjerna. Uppfattning kring er kompetens att arbetet enligt riktlinjerna Fanns behov av nya riktlinjer Begränsar riktlinjerna ert arbete
2				Vet du... du ska använda de nya riktlinjerna: - När - Var - Hur - Med Vem
1	Något att tillägga?			

PRODUKTEN fortsättning - 9 min				
TID	NIVÅ 2	NIVÅ 3	NIVÅ 4	NIVÅ 5
2		MANUALERNA Spontana tankar kring manualerna		
1			Hur pass vanemässigt är användandet av manualerna (är det ett förhållningssätt eller ett verktyg)	
1				Upplever ni att ni har koll på manualerna
1				Hur är er tilltro till riktlinjerna och manualerna
3			Något som är mer eller mindre bra med materialet Något som kunde förbättra materialet?	Har detta delgetts till ledning av projektet
1	Något att tillägga?			

AVSLUTNING - 15 min				
TID	NIVÅ 2	NIVÅ 3	NIVÅ 4	NIVÅ 5
2		Hur uppfattar ni insatserna i projektet så här långt		
1			Hur långt upplever ni att ni kommit i det här projektet?	
2			Vilka är de största farhågorna för projektets framtida utveckling Vad har ni för styrkor och svagheter för att bemöta detta (ovan)	
3			KULTUR Hur ser samarbetet ut mellan olika: - professioner - personal med och utanför projektet - mellan personal och ledning - mellan olika kliniker	
3			LEDNING Hur fungerar kommunikationen mellan personal och ledning Hur är ledningen uppbyggd Hur är inställningen till ledningen	
3			STRUKTUR Hur ser beslutsvägar ut: - på kliniken - inom hela projektet Hur delges information mellan personal och ledning (bägge håll)	
1	Något att tillägga?			

ÖVERBLICK			
OMRÅDE	TID	RANG	KOMMENTAR
INLEDNING			
STAFFSELECTION			
PRESERVICE AND INSERVICE TRAINING			
ONGOING COACHING AND CONSULTATION			
STAFF EVALUATION			
DECISION SUPPORT DATA SYSTEMS			
FACILITATIVE ADMINISTRATIVE			
SYSTEM INTERVENTIONER			
SOURCES OF CORE IMPLEMENTATION COMPONENTS, PURVEYORS			
IMPLEMENTERING - ÖVRIGT			
PRODUKTEN			
(PRODUKTEN-RIKTLINJER)			
(PRODUKTEN-MANUALER)			
AVSLUTNING			
TOTALT			