



UMEÅ UNIVERSITET

Integrerade psykosociala insatser

Policy, implementering och praktik i ett komplext verksamhetsfält

Magnus Bergmark

Institutionen för socialt arbete
Umeå 2017

Detta verk är skyddat av svensk upphovsrätt (Lag 1960:729)

Avhandling för filosofie doktorsexamen

ISBN: 978-91-7601-820-0

ISSN: 0283-300X

Omslagsfoto: A. Kontor, <https://www.pexels.com/photo/agriculture-clouds-corn-corn-field-539282/>

Formgivning omslag: Ida Åberg, Inhousebyrån

Elektronisk version tillgänglig på: <http://umu.diva-portal.org/>

Tryck: UmU tryckservice, Umeå universitet

Umeå, Sverige 2017

*Till alla människor som kämpar med psykoser, till de anhöriga,
och till all personal som finns där och inte ger upp.*

Innehåll

Abstract	iii
Introduction.....	iii
Methods	iii
Results	iv
Conclusions.....	v
Förkortningar	vi
Artikelförteckning	vii
Sammanfattning.....	viii
Inledning.....	viii
Metod.....	viii
Resultat	ix
Slutsatser.....	x
1 Inledning	1
1.1 Syfte.....	3
1.2 Frågeställningar.....	3
2 Bakgrund och beskrivning av ämnet	4
2.1 Policy och implementering	6
2.2 Politisk styrning.....	7
2.3 Evidensbaserad praktik	9
2.4 Riktlinjer om evidensbaserade psykosociala insatser.....	9
2.5 Exempel på evidensbaserade psykosociala insatser.....	10
3 Teoretiska utgångspunkter	14
3.1 Handlingsutrymme och policy	15
3.2 Att välja tillfälle och att sprida risker	16
3.3 Top-down, bottom-up och syntesmodeller.....	16
3.4 Interorganisatorisk samverkan och osäkerhet	19
3.5 Implementering av evidensbaserad praktik.....	20
4 Material och metoder.....	24
4.1 Design, artikel 1	24
4.2 Design, artikel 2	25

4.3 Design, artikel 3	25
4.4 Design, artikel 4	26
4.5 Kvalitativa innehållsanalyser	26
4.6 Programtrohetsskattningar (artikel 2, 3 och 4)	27
4.7 Sustainable Implementation Scale.....	28
4.8 Bedömningar av programmens organisatoriska hållbarhet.....	30
4.9 Forskningsprocedur, urval och materialinsamling.....	31
4.10 Etiska överväganden	37
4.11 Metodreflektioner.....	37
4.12 Styrkor och svagheter med metodval och tillvägagångssätt.....	38
5 Sammanfattningar av delstudiernas resultat.	42
5.1 Artikel 1	42
5.2 Artikel 2	47
5.3 Artikel 3	51
5.4 Artikel 4	55
6 Diskussion och slutsatser	59
6.1 Policyens egenskaper och handlingsutrymme	60
6.2 Timing och precision.....	61
6.3 Otydlighet och konflikt.....	61
6.4 Stimulansbidrag och nationella riktlinjer	63
6.5 Organisationernas och insatsernas karaktär	64
6.6 Implementeringskomponenter.....	65
6.7 Interorganisatorisk samverkan	68
6.8 Slutord och förslag på framtida forskning.....	70
7 Författarens tack	73
8 Referenser.....	75
Bilaga 1. Kriterier SEFS.....	87
Bilaga 2. Kriterier TMACT	89

Abstract

Introduction

Since the deinstitutionalization of psychiatry started in the 1980's, the field of psychiatry has moved in the direction of community-based psychosocial interventions for people with mental illnesses. The interventions selected should be based on knowledge and evidence, and support the users' empowerment and recovery. In addition, some of the services should be provided in forms of integrated models, meaning that all agencies involved should provide cohesive care and support. Two examples of such interventions are the occupational rehabilitation program *Individual Placement and Support* (IPS) and the intensive case management model *Assertive Community Treatment* (ACT). Although Sweden is considered a high-resource country, the availability of psychosocial services has been criticized. This criticism has been related to policymaking as well as the quality of the services provided. Examples of areas considered problematic include collaboration deficiencies among disparate human service organizations and substantial local variations in available types of services. This thesis aims to examine how national-level policymakers in Sweden have handled the development of psychosocial support and to analyze facilitators and barriers experienced by these organizations in their implementation of community-based and integrated models. The research questions are as follows:

- How have policies concerning community-based psychosocial interventions been formulated and how do the characteristics of these policies affect the implementation of its goals?
- How do different types of steering strategies influence national-level policy implementation proposals?
- Which facilitators and barriers to effective implementation of proposed integrated interventions can be identified?
- How can the ability to provide integrated psychosocial interventions be explained in terms of local conditions and strategies used for implementation?

Methods

A study of community mental health policy covering three of the major documents published at the national level from the last 20 years was performed. Directed content analysis based on literature relevant for the research area was used. In order to study the implementation of the selected interventions, 15 programs were followed for a three-year period. 14 of these programs were implementing IPS and the other one implemented ACT. In order to monitor the programs' adherence to the

selected models, program fidelity assessments were performed. Data on the programs' target groups were collected. Three of the IPS-programs participated in an in-depth study where qualitative interviews with leaders, staff, and collaboration partners were performed. The implementation of the three programs were analyzed utilizing the *Consolidated Framework for Implementation Research*. All of the 14 IPS programs were included in an implementation study where the *Sustainable Implementation Scale* (SIS) was used to identify facilitators and barriers to implementation. In the study of the ACT team, qualitative directed content analysis of in-depth interviews and SIS-assessments were performed. After three years, the sustainability of all programs was assessed.

Results

Mental health policies have involved high levels of ambiguity and conflict in relation to both the goals and the means. The government has prioritized soft steering strategies, usually in the form of financial stimulus grants. Over time, these policies have (at least to some degree) been clearer when psychosocial interventions are being described. In addition, the development of policy has led to harder steering strategies, illustrated by targeted and performance-based grants and the advocacy of national guidelines to steer agencies towards preferred interventions. Despite these changes, independent agencies are still responsible for selection, framing, and implementation of the interventions.

Implementation of the integrated models IPS and ACT is possible, even in the context of a sectorized welfare system such as Sweden. However, there are a number of implementation barriers at the organizational and team levels. Obstructive factors include involved agencies disparate traditions and regulations, as well as the programs' difficulties in securing long-term funding. Some of the staff interviewed considered the characteristics of the interventions as problematic since they challenged existing routines and views about support of the target group. Another critical component was the ability to establish collaboration, both horizontally (with partners at the same hierarchical level), and vertically (between management and staff). A team leader with the mandate to influence interactions horizontally and vertically is therefore a facilitating factor. In most of the programs that managed to perform a sustainable implementation of the models, a critical success factor was found to be staffs' ability to navigate around a variety of barriers. Additional facilitators to successful implementation was careful planning before the start-up of a program, effective staff recruitment, the formation of a dedicated steering group, and a plan for local funding early in the implementation process. Regularly-performed program fidelity assessments were also noted as an important means to identify improvement opportunities for the programs. Collectively, these

components served as tools to increase the programs' legitimacy since the team leaders used them to provide feedback to the local decision makers.

Conclusions

At an abstract level, there is general agreement of the overarching needs in the area of integrated psychosocial interventions, but there are discrepancies when it comes to how to best convert this shared definition of need into concrete psychosocial interventions. The majority of steering strategies used are still considered 'soft', which leaves much of the responsibility to the implementing agencies. At a grass-root level this leads to several difficulties, including unclear responsibility definitions and collaboration challenges between agencies. Instead of prioritizing the work with their clients, the staff are forced to put a lot of time and energy into solving these problems.

In most cases, team leaders and staff are able to reach high program fidelity at a team level. However, a sustainable implementation demands that a program has been anchored both vertically and horizontally. There is a need for a holistic approach by researchers and decision makers, both in the area of policymaking and implementation of selected psychosocial interventions. Assessments of program fidelity and implementation have the potential to help agencies identify strengths and opportunities for growth both within each entity and between involved organizations. In order to implement the selected models successfully at an organizational level, the programs' vertical legitimacy has to increase, and plans for long-term local funding strategies have to be initiated early in the implementation process.

Förkortningar

ACT	Assertive Community Treatment
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
CM	Case Management
EBP	Evidensbaserad praktik
ICM	Intensive Case Management
IPS	Individual Placement and Support
NPM	New Public Management
SEFS	Supported Employment Fidelity Scale
SIS	Sustainable Implementation Scale
TMACT	Tool for Measuring Assertive Community Treatment

Artikelförteckning

Avhandlingen baseras på följande fyra delarbeten:

- I: Bergmark, M., Bejerholm, U., & Markström, U. (2017). Policy Changes in Community Mental Health: Interventions and Strategies Used in Sweden over 20 Years. *Social Policy & Administration*, 51(1), 95-113.
- II: Bergmark, M., Bejerholm, U., & Markström, U. (2016). Critical Components in Implementing Evidence-based Practice: A Multiple Case Study of Individual Placement and Support for People with Psychiatric Disabilities. *Social Policy & Administration*, doi: [10.1111/spol.12243](https://doi.org/10.1111/spol.12243).
- III: Bergmark, M., Bejerholm, U., & Markström, U. (manus). Implementation of Evidence-Based Interventions: Analyzing Critical Components for Sustainability in Community Mental Health Services.
- IV: Bergmark, M., Bejerholm, U., Svensson, B., & Markström, U. (manus). Complex Interventions and Interorganisational Relationships: Examining Core Implementation Components of Assertive Community Treatment.

Sammanfattning

Inledning

Alltsedan psykiatrins avinstitutionalisering tog fart under 1980- och 1990-talen har en utveckling av samhällsbaserade psykosociala insatser förespråkats för att erbjuda vård och stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning. Insatserna förväntas bidra till att brukarna får tillgång till effektiv vård och stöd, samtidigt som de inkluderas i samhället. Vidare förutsätts insatserna baseras på kunskap och evidens, samt bygga på brukarens delaktighet och stödja dennes återhämtning. En annan målsättning är att vissa insatser ges i form av integrerade modeller, så att personer ur målgruppen får tillgång till sammanhållet stöd från inblandade myndigheter. Även om Sverige räknas som ett resursstarkt land som har kommit långt på området, så förekommer kritik mot utvecklingen. Kritiken har berört både planering och styrning på politisk nivå, men även utförandet av de insatser som erbjuds till brukarna. Kritiken har bland annat handlat om bristande samverkan mellan landsting och kommuner, och om stora lokala variationer i den erbjudna servicens kvalitet. I den här avhandlingen studeras dels utformningen av policy på området, dels implementering av specifika insatser. Syftet med avhandlingen är att undersöka hur svenska policymakare på nationell nivå har hanterat utvecklingen av psykosociala insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning, samt att analysera möjligheter och svårigheter för organisationer och personal när det gäller att implementera de insatser som förespråkas av beslutsfattare. De frågeställningar som avhandlingen söker besvara är följande:

- Hur formuleras policy som syftar till att införa samhällsbaserade psykosociala insatser, och vad kan policyns egenskaper innebära för genomförandet av den?
- Vilka styrstrategier uttrycks i statliga policydokument?
- Vad hämmar respektive underlättar implementeringen av föreslagna integrerade psykosociala insatser?
- Hur kan vi förstå vad som påverkar möjligheten att erbjuda integrerade psykosociala insatser, i termer av lokala förutsättningar och strategier för implementering?

Metod

Policy på området studerades genom en studie av tre av de övergripande dokument som beslutats på regeringsnivå de senaste 20 åren. Riktade kvalitativa innehållsanalyser baserade på relevant litteratur genomfördes. Implementering av insatser studerades genom att 15 program följdes under 3 års tid. 14 av dessa

arbetade med att implementera arbetsrehabiliteringsprogram utifrån modellen *Individual Placement and Support* (IPS). Under samma tidsperiod följdes ett team som implementerade den intensiva samordnings-, vård- och stödmodellen *Assertive Community Treatment* (ACT). För att bedöma verksamheternas följsamhet till modellerna genomfördes programtrohetsskattningar av samtliga program. Data avseende programmens målgrupp samlades också in. Tre IPS-program deltog i en fördjupningsstudie där kvalitativa intervjuer genomfördes med ledare, personal och samverkanspartners. Implementeringen av dessa program analyserades utifrån implementeringsramverket *the Consolidated Framework for Implementation Research*. Implementeringen av samtliga 14 IPS-program studerades med hjälp av skattningsskalan *the Sustainable Implementation Scale* (SIS). När det gäller ACT-teamet genomfördes dels kvalitativa innehållsanalyser av djupintervjuer, och dels skattningar av implementeringskomponenter med hjälp av SIS.

Resultat

Policy på området har innehållit stora mått av otydlighet och konflikt, både gällande de mål och medel som har formulerats. Regeringen har främst förespråkat så kallade mjuka styrstrategier, vanligen i form av statliga stimulansbidrag. Vissa förtydliganden och konkretioner har skett under tid, vilka ibland går i linje med de internationella rörelserna New Public Management och evidensbaserad praktik. Exempel på försök att strama upp styrningen är målformuleringar som förespråkar riktade och prestationsbaserade stimulansbidrag, samt nationella riktlinjer för att styra utvecklingen mot utvalda specificerade insatser. Trots detta är det fortfarande de berörda myndigheterna som är ansvariga för att välja ut, utforma och implementera psykosociala insatser. På verksamhetsnivå leder detta till att många otydligheter består, vilka ibland är relaterade till svårigheter att avgränsa ansvarsområden och att förändra hindrande regelverk och traditioner. Dessutom förekommer konflikter, exempelvis i form av konkurrerande målsättningar och ojämn resurstilldelning.

Studierna av de integrerade modellerna IPS och ACT visar att implementering av dessa är möjlig, även i en sektoriserad välfärdscontext som den svenska. Det finns dock en rad faktorer på såväl organisationsnivå som teamnivå, som försvårar implementeringen. Exempel på dessa är de involverade organisationernas varierande målsättningar och traditioner, regelverkens utformning, samt svårigheter att erhålla långsiktig finansiering. I en del fall beskrivs de arbetsätt som modellerna förespråkar som försvårande, då de upplevs som annorlunda och utmanande för existerande rutiner och uppfattningar om stöd till målgruppen. Ett stort hinder för effektiv implementering är svårigheter att samverka, främst mellan, men även inom inblandade organisationer. De flesta program som lyckades genomföra en hållbar implementering hade personal som var duktiga på att

navigera förbi de hinder som orsakades av ogynnsamma regler, och de lyckades även hitta vägar för att etablera samverkan, både horisontellt (med samarbetspartners på samma hierarkiska nivå) och vertikalt (mellan ledning och personal). En verksamhetsledare som har möjlighet att påverka samverkansrelationer i både horisontell och vertikal riktning är gynnsamt för implementeringen. Andra betydelsefulla komponenter som underlättar implementering är en noggrann planering innan ett program startas, medveten rekrytering av personal, formering av ändamålsenliga styrgrupper, samt att tidigt i processen arbeta strategiskt för att lösa finansieringsfrågan. Även programtrohetsskattningar var betydelsefulla, då de både fungerade som instrument för att identifiera förbättringsområden för programmen, men också hade en legitimerande funktion vid återkoppling till ledningen.

Slutsatser

Det råder en samstämmighet i övergripande målsättningar som syftar till att utveckla området integrerade psykosociala insatser. På en mer konkret nivå är läget betydligt oklarare, både gällande målsättningar i policy och av vem och hur insatserna ska implementeras. Även om vissa förändringar skett, står regeringen fortsatt för en mjuk styrning vilken lämnar ett stort ansvar till de myndigheter som ska implementera valda insatser. Detta innebär en rad svårigheter för frontlinjepersonalen, vilket leder till att de ofta behöver lägga mycket tid och energi på att hitta vägar för att överkomma dessa svårigheter.

I många fall har ledare och personal goda möjligheter att uppnå en hög programtrohet på teamnivå, men för en hållbar implementering krävs det att ett program är väl förankrat både vertikalt och horisontellt. Därför finns ett behov av att forskare och beslutsfattare tar ett tydligare helhetsgrepp, både på området policy och implementering av specifika insatser. Skattningar av programtrohet och implementering kan vara ett stöd i att identifiera vad som fungerar samt vad som behöver förändras i och mellan organisationer. Men för att programmen ska lyckas med en effektiv implementering på organisationsnivå behöver deras legitimitet stärkas vertikalt, och planering för långsiktig lokal finansiering behöver göras i ett tidigt skede.

1 Inledning

Under nittonhundratalets andra hälft har den psykiatriska vården i västvärlden karaktäriserats av en omställning från långvariga inläggningar på institutioner, till att istället bygga upp vård- och stödsystem ämnade att erbjuda människor med psykisk funktionsnedsättning olika former av samhällsbaserade insatser (Fawcett & Karban, 2005; Goodwin, 1997; Knapp et al., 2007). Även om institutionsvård fortfarande spelar en viktig roll i flera västländer, så visar den övergripande internationella trenden på en drastisk minskning av antalet sängplatser kombinerat med en fortsatt utveckling av samhällsbaserade insatser (Becker & Kilian, 2006; European expert group, 2012; Samele, Frew & Urquía, 2013). Dock förs det diskussioner kring former för att hitta den lämpligaste kombinationen av samhällsbaserade insatser och sjukhusbaserad behandling i en så kallad *balanced care model* (Knapp et al., 2007; Thornicroft et al., 2011). Avinstitutionaliseringens första fas präglades främst av förändringar gällande lokalisering och ansvarsfördelning, där vård- och stödinsatser för målgruppen förflyttades från institutioner till olika organisationer i det övriga samhället. Dock tjänade den tidigare vården vid institutioner fortfarande som den norm mot vilken de nya insatserna jämfördes. I den följande fasen lades stort fokus på att utveckla alternativa samhällsbaserade insatser med fokus på öppenvård. Utvecklingsområden som internationellt har setts som centrala handlar i stor utsträckning om att stödja brukarna, det vill säga de människor som tar del av servicen, till avstigmatisering, social inkludering och empowerment (Knapp et al., 2007; World Health Organization, 2008). Andra prioriterade områden har varit att utveckla system för att inkludera brukare och deras anhöriga i planeringsarbete och beslutsfattande, samt att utveckla system för att integrera den psykiatriska servicen med andra vård- och stödsystem (Becker & Kilian, 2006; Rosenberg, 2009). Ytterligare kännetecken för denna "post-avinstitutionalisering-era" (Rosenberg, 2009) är betoningen på återhämtningsperspektiv (Slade, 2009), personcentrerad vård, och ett fokus på specifika insatser snarare än på generellt stöd till målgruppen (Thornicroft, Ruggeri & Goldberg, 2013).

De senaste decennierna har utbudet av samhällsbaserade insatser vuxit kontinuerligt, och det finns inga tecken på att denna tillväxt håller på att avstanna. På internationell nivå finns det förväntningar på att varje land ska utarbeta en plan för att kunna erbjuda ett komplett utbud av samhällsbaserade insatser för att göra det möjligt för människor att få tillgång till det stöd de har behov av och på samma gång ha möjlighet till ett självständigt liv och att inkluderas i samhället (World Health Organization, 2011). I europeiska länder finns ett större utbud av samhällsbaserade psykosociala insatser än i de flesta övriga delar av världen, men likt i resten av världen är variationerna stora mellan olika länder både när det gäller

hur snabbt utvecklingen går och kvaliteten på de insatser som erbjuds (Samele et al., 2013; Thornicroft et al., 2011). Europeiska hälsoministrar har förbundit sig till att fortsätta utveckla samhällsbaserade insatser, och dessutom till att de insatser som erbjuds ska baseras på evidens (World Health Organization, 2005). Ett internationellt vanligt förekommande tillvägagångssätt för att välja ut de typer av insatser som är mest effektiva är att implementera en så kallad evidensbaserad praktik (EBP). Det innebär att stödet ska ta sin utgångspunkt i en kombination av bästa tillgängliga evidens från forskning, den professionelles erfarenhet, och brukarens preferenser (Aarons et al., 2009; Gambrill, 2011; Thornicroft et al., 2011). De flesta länder som har stora resurser tillgängliga för att utveckla psykosociala insatser, inklusive Sverige, har inkluderat EBP som en prioriterad målsättning på området (Tansella & Thornicroft, 2009; Thornicroft et al., 2013). Det förekommer även en del kritik mot den utvecklingen, då det bland annat har hävdats att EBP-rörelsen har en alltför förenklad och hierarkisk syn på olika typer av kunskap, och att de randomiserade kontrollerade studier som värderas högt inte är lämpliga för att synliggöra komplexa relationer i psykosociala insatser. Ytterligare kritik går ut på att EBP-rörelsen riskerar att påverka autonomi och progression av professionell kompetens på ett negativt sätt (Nilsen et al., 2014). I Sverige har Socialstyrelsen givits uppdraget att driva på utvecklingen av EBP. En strategi som används för ändamålet är att utlysa statliga stimulansbidrag till inblandade huvudmän, samt att i likhet med andra länder, till exempel Storbritannien och Tyskland, publicera nationella riktlinjer (Gaebel et al., 2005; Socialstyrelsen, 2010; 2011).

Överlag räknas Sverige till de länder som både är resursstarka och har kommit långt när det gäller att erbjuda samhällsbaserade psykosociala insatser. Samtidigt förekommer kritik mot hur området har hanterats, både gällande planering och styrning på politisk nivå och på de faktiska insatser som erbjuds till brukare inom berörda verksamheter. Kritiken har bland annat handlat om bristande samverkan mellan landsting och kommuner, och om stora lokala skillnader i den erbjudna servicens kvalitet (Markström & Lindqvist, 2015; Rosenberg, 2009). I min avhandling har jag därför valt att titta närmare på hur policy på området formuleras och på hur den omsätts i praktiken, utifrån ett fokus på psykosociala insatser.

1.1 Syfte

Syftet med avhandlingen är att undersöka hur svenska policymakare på nationell nivå har hanterat utvecklingen av psykosociala insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning, samt att analysera möjligheter och svårigheter för organisationer och personal när det gäller att implementera de insatser som förespråkas av beslutsfattare.

1.2 Frågeställningar

- Hur formuleras policy som syftar till att införa samhällsbaserade psykosociala insatser, och vad kan policyns egenskaper innebära för genomförandet av den?
- Vilka styrstrategier uttrycks i statliga policydokument?
- Vad hämmar respektive underlättar implementeringen av föreslagna integrerade psykosociala insatser?
- Hur kan vi förstå vad som påverkar möjligheten att erbjuda integrerade psykosociala insatser, i termer av lokala förutsättningar och strategier för implementering?

2 Bakgrund och beskrivning av ämnet

Som titeln anger handlar den här avhandlingen om integrerade psykosociala insatser. Med begreppet *integrerade* insatser syftar jag på insatser som ges av ett multiprofessionellt team, vilket vanligtvis (åtminstone i en svensk kontext) innebär att flera huvudmän behöver integreras för att kunna erbjuda insatserna. I de insatser som studeras i avhandlingen är flera myndigheter inblandade, där det praktiska arbetet med brukarna främst utförs av socialarbetare och psykiatripersonal. Begreppet *psykosociala* är inte helt oproblematiskt att definiera, då det används med olika betydelser i olika sammanhang. Enligt Karlsson (2008), används i en svensk kontext begreppet psykosocial rehabilitering vanligen i sociala sammanhang, medan psykiatrisk rehabilitering används i vård- och omsorgssammanhang. I vardagligt tal används ibland begreppet psykosociala insatser för att beskriva "det som socialtjänsten gör", och psykiatrisk behandling för att beskriva "det som psykiatrin gör". Denna uppdelning är inte korrekt, eftersom att vissa psykosociala insatser ges av socialtjänsten, vissa ges av psykiatrin och vissa ges i samverkan mellan de båda. Vilka av insatserna som ges av respektive huvudman varierar dessutom lokalt. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni (Socialstyrelsen, 2011), anges att psykosociala insatser huvudsakligen syftar till att minska symptom och ge ökad livskvalitet för personer ur målgruppen. Vidare anges att insatserna ska ge stöd i områden som boende, arbete, relationer och delaktighet i samhället. I riktlinjerna listas en mängd insatser av olika typ. Några exempel som anges är olika former av psykoterapi, psykoedukativa insatser, arbetslivsinriktad rehabilitering och sysselsättning, insatser för boende, samordnade åtgärder samt åtgärder för att öka individens inflytande och delaktighet i vård och omsorg. Psykosociala insatser omfattar alltså en mängd olika typer av stöd, behandling och rehabilitering.

En skiljelinje kan dras mot medicinsk utredning, bedömning och behandling, vilka enligt de nationella riktlinjerna vid behov bör ges i kombination med de psykosociala insatserna. De senast publicerade nationella riktlinjerna på området (som för närvarande är en remissversion) har huvudtiteln *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd* (Socialstyrelsen, 2017). Dessa är en revidering och sammanslagning av de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser från 2011 och antipsykotisk läkemedelsbehandling från 2014, vilket enligt författarna hänger samman med att en helhetssyn på målgruppens behov i större utsträckning har varit vägledande. I min avhandling har jag nöjt mig med att utgå från den tidigare beskrivna breda definition av psykosociala insatser som uttrycks i de nationella riktlinjerna från 2011.

Enligt internationell forskning har utvecklingen av samhällsbaserade psykosociala insatser genom åren omgett av ett flertal problem. Vissa av dem har ansetts bero på de organisationer som fått till uppgift att leverera insatserna, till exempel svårigheter att frigöra resurser och att integrera den psykiatriska vården med andra stödsystem. Andra svårigheter har ansetts bero på brister i policy, vilket till exempel kan handla om otillräcklig finansiering och en avsaknad av adekvata riktlinjer och lagstiftning (Thornicroft et al., 2013; World Health Organization, 2001). Internationellt finns en samstämmighet i att även fortsättningsvis prioritera utvecklingen av samhällsbaserade psykosociala insatser (Caldas & Killaspy, 2011; Bhugra et al., 2017). På en övergripande policynivå råder det även samsyn kring vilka målsättningar policy på området bör innehålla. När det kommer till att omsätta policy i praktisk handling har variationen dock varit stor, vilket har ansetts vara en brist (Knapp et al., 2007).

I min avhandling har jag studerat hur svenska policymakare har formulerat policy med fokus på samhällsbaserade psykosociala insatser, samt även vad dessa policyer inneburit för den personal och de organisationer som fått i uppdrag att implementera dem i socialtjänstens och psykiatrins praktik. Då avhandlingens upplägg är både brett och tvärvetenskapligt, och motsvarande studier saknas, är det inte enkelt att ta ett samlat grepp om tidigare forskning på området. Det finns en hel del forskning om psykiatripolicy generellt, men det finns en kunskapslucka när det handlar om hur svenska policymakare har hanterat området psykosociala insatser. När det gäller de insatser jag har studerat finns gott om forskning om hur de bör utföras och deras effekter för brukarna, men den typen av forskning säger inte mycket om vad som krävs för att kunna implementera insatserna. Ytterligare forskning har visat att utbudet av psykosociala insatser varierar lokalt, men hittills har det varit svårt att identifiera vilken typ av insatser som efterfrågas. Med anledning av denna avsaknad av sammanhållen forskning på området har jag valt att inte presentera någon samlad forskningsöversikt. Istället beskriver jag kortfattat forskningsläget kring vart och ett av de områden som presenteras i avhandlingens respektive avsnitt. Min ambition med avhandlingen är därmed att fylla några av de kunskapsluckor som finns inom de olika områdena. En målsättning är att bidra till en djupare förståelse för vad utvecklingen av psykosociala insatser innebär för det psykosociala arbetets praktik. En annan målsättning är att i större utsträckning än vad som gjorts tidigare ta ett helhetsgrepp kring hur policymakare hanterar specifika insatser, samt vilka förutsättningar som underlättar respektive hämmar att förespråkade integrerade psykosociala insatser implementeras. I de nedanstående avsnitten följer en presentation av viktiga områden som jag kommer att beröra i presentationen av avhandlingens delstudier och den efterföljande diskussionen.

2.1 Policy och implementering

Begreppen policy och implementering har olika betydelser i olika sammanhang. Ett vanligt synsätt är att en policy är detsamma som en handlingsplan eller en uttryckt viljeinriktning som fattas av politiker, vanligen på regeringsnivå. Administrativa frågor styrs i sin tur av chefer och tjänstemän, medan olika val och beslut som görs i den praktiska implementeringen av insatser i stor utsträckning styrs av professionen (Hill & Hupe, 2009; Johansson, 2011). I praktiken kan dock relationen mellan policy och implementering bäst beskrivas som ett samspel, i vilket policy både konstituerar och konstitueras av implementering (Buse, Mays & Walt, 2005). Enligt Thomas Dye (2001), påverkas utfallet inte enbart av vad en policy innehåller, utan också av vad den *inte* innehåller. Detta innebär att även en avsaknad av ett beslut eller handlingsstrategi för en viss företeelse konstituerar policyn. En central fråga för att förstå implementering rör definitionen av begreppet *lyckad implementering*. Ibland relateras det begreppet till bedömningar av en policys *effekt*, det vill säga i vilken mån intentionerna med policyn har uppnåtts. En policys *resultat* däremot, behöver inte säga något om i vilken grad policyns intentioner uppnåtts, utan relaterar i stället till bedömningar av i vilken grad en policy har omsatts i praktiken (Hill & Hupe, 2009). Min avhandling berör främst den sistnämnda definitionen av lyckad implementering.

Oavsett om målet är att implementera en övergripande policy eller en specifik insats så innebär implementering att diverse aktiviteter och organisationsförändringar som oftast anses svåra ska genomföras. Alltsedan EBP-rörelsens intåg har intresset för att studera implementering av evidensbaserade metoder ökat, och inom förvaltningsforskning har implementeringsfrågor diskuterats under ett antal decennier (Nilsen et al., 2013). Till exempel ställde sig Christopher Hood redan 1976 frågan hur en perfekt policyimplementering kan genomföras. Han kom fram till att en av förutsättningarna skulle vara ett perfekt administrativt system, där det inte finns några inneboende uppdelningar eller konflikter: "The administrative system has to be unitary, like a huge army with a single line of authority" (Hood, 1976, s. 6). Detta var inte något som författaren såg som vare sig önskvärt eller realistiskt, då många organisationer i praktiken är indelade i olika professioner och arbetsuppgifter där olika grupper har sina egna mål att uppfylla och intressen att bevaka (Hogwood & Gunn, 1984).

Sammanställningar av forskningsläget har visat på en rad punkter som tycks särskilt betydelsefulla att beakta för att kunna förstå varför en policy får genomslag eller ej (Hill & Hupe, 2009; Johansson, Dellgran & Höjer, 2015):

- Policyns egenskaper, vilket bland annat inkluderar policyns tydlighet och den resurstilldelning som görs.
- Kvaliteten på interorganisatoriska relationer, vilket både berör samverkan mellan organisationer på samma hierarkiska nivåer (horisontella relationer) och förankring på olika hierarkiska nivåer (vertikala relationer).
- Implementeringsorganisationernas karaktär och handlingsutrymme, som till exempel påverkas av frågor som styrning och konfliktfyllda policymålsättningar. Implementeringen påverkas även av hur begriplig policyn är för implementeringsorganisationerna, samt graden av deras acceptans för policyn.
- Målgruppernas gensvar och agerande. De målgrupper som en policy riktar sig till påverkar oftast policyn, både när den väl är genomförd men även under själva policyprocessen, till exempel genom intresseorganisationer.
- Makrofaktorer i omgivningen. En policys möjlighet att implementeras påverkas även av omgivningens politiska, ekonomiska och sociala förutsättningar. Dessa inkluderar till exempel massmedia och den allmänna opinionen.

2.2 Politisk styrning

När beslutsfattare vill fylla gapet mellan en policy och tilltänkta organisationsförändringar har de en rad olika styrinstrument att tillämpa. Vad som ingår i begreppet styrinstrument varierar, men vanliga exempel som nämns är finansiering, information och olika typer av föreskrifter (Bevir, 2010; Howlett, 2011). Under de senaste decennierna har diskussioner kring strategier för offentlig policy och politisk styrning alltmer börjat handla om begreppet *governance* (eller governancenätverk/policynätverk) istället för det tidigare vanligare *governing* (som syftar på att styra/bestämma). Litteratur som behandlar ämnet *governance* har bidragit med en delvis förändrad syn på offentlig förvaltning och dess utövande, då den betonar betydelsen av nätverk vilka både kan komplettera men även ersätta formella beslutsfattarens makt (Rhodes, 2007; Trägårdh, 2008). Begreppet *governance* används både för att beskriva och analysera hur offentliga policyprocesser går till, samt för att betona en minskning av statens politiska autonomi vilken har lett fram till nya styrstrategier (Rhodes, 2007).

Det har länge förekommit uppfattningar om att den offentliga sektorn är ineffektiv jämfört med den privata, och åtminstone sedan 1980-talet kan en reformtrend med omfattande styrningsmässiga förändringar skönjas (Liljegren & Parding, 2010). En grundtanke har varit att den privata sektorn styrs effektivt tack vare de

marknadsmekanismer den utsätts för, och en målsättning har således varit att införa dessa mekanismer även i offentlig verksamhet. Ett flitigt använt begrepp för att beskriva de styrstrategier som används är *New Public Management* (NPM). NPM har delvis olika innebörd i olika sammanhang, men ingredienser som brukar ingå handlar bland annat om en ökad grad av privatisering av välfärdsservice, och att skapa kvasimarknader för styrning av de välfärdstjänster som inte privatiseras (Shore & Wright, 2000). Dessa förändringar har fått konsekvenser för det sociala arbetets villkor och profession. Ett tydligt exempel på det är ett ökat intresse och fokus på granskning och utvärdering. I det här sammanhanget ses dessa inte enbart som neutrala instrument för att mäta effektivitet, utan kanske minst lika viktig är deras funktion för att utöva makt och styrning (Shore & Wright, 2000). Utifrån logiken bakom NPM är statens uppgift i första hand "att styra, men inte ro båten". Det innebär att det praktiska arbetet delegeras till myndigheter eller andra verksamheter vilka ges ett stort mått av handlingsutrymme, samtidigt som de åläggs att göra sig granskningsbara genom att använda sig av olika effektivitetsindikatorer eller utfallsmått (Hood, 1995; Shore & Wright, 2000).

Ibland görs en distinktion mellan hårda och mjuka politiska styrstrategier. Hårda strategier brukar beteckna regelverk och finansieringsstrategier som syftar till att förändra människors beteenden, medan mjuk styrning handlar om en ambition att genom exempelvis information och vägledning påverka hur människor tänker och vilka deras normer och värderingar är. Svensk psykiatripolicy har karaktäriserats av att främst bestå av mjuka strategier (Maycraft Kall, 2010). En del menar dock att det i praktiken inte är möjligt att på ett tydligt sätt skilja de båda formerna åt. Till exempel har Moos (2009) påpekat att strategier som framstår som mjukare oftast har en djupare påverkan på de människor som utsätts för dem, vilket leder till paradoxen att de faktiska effekterna av mjuk styrning oftast är hårdare och mer genomgripande.

2.3 Evidensbaserad praktik

EBP har sitt ursprung i evidensbaserad medicin. En vanligt förekommande definition när EBP beskrivs, är den som formulerades av Dr. David Sackett med kollegor (ursprungligen med utgångspunkt från den medicinska praktiken):

Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research (Sackett et al., 1996, s. 71).

I dag förekommer det olika definitioner av vad EBP innebär, men vanligen beskrivs det som en praktik som är baserad på en sammanvägning av tre "ben", nämligen bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap, brukarens värderingar, behov och val, samt den professionelles expertis (Nilsen, 2014; Palinkas & Soydan, 2012). För att en enskild metod eller insats ska kunna kallas evidensbaserad krävs att den prövats enligt vetenskapliga kriterier (SOU 2008:18; Svanevie, 2011). Bergmark och Lundström (2006) beskriver att iscensättandet av EBP kan ske enligt två olika, grundläggande modeller. Antingen genom att den enskilde "upplyste praktikern", utifrån sina kliniska frågor på egen hand söker evidens att tillämpa i praktisk handling. Den andra grundläggande modellen betonar användningen av riktlinjer för att på så sätt styra praktikernas arbete. I utvecklingen av evidensbaserade psykosociala insatser är den sistnämnda modellen mest tydligt framträdande, vilket bland annat tar sig uttryck i användningen av nationella riktlinjer och internationellt utformade modeller för stöd och service.

2.4 Riktlinjer om evidensbaserade psykosociala insatser

De senaste åren har nationella riktlinjer kommit att bli en av Socialstyrelsen alltmer nyttjad strategi för att driva på utvecklingen av psykosociala insatser. Riktlinjerna är ämnade att ses som underlag för resursfördelning inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, och i de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som publicerades 2011 var en utgångspunkt att lyfta fram fungerande evidensbaserade behandlingar, metoder och åtgärder inom vård och omsorg. I riktlinjerna uttrycks bland annat att "Regeringen bedömer att hälso- och sjukvården och socialtjänsten i större omfattning behöver använda insatser som har ett vetenskapligt stöd. Riktlinjerna förväntas stimulera detta och utgår därför ifrån bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap om åtgärder och deras effekter för målgruppen." (Socialstyrelsen, 2011, s. 12). Avsikten med riktlinjerna var att se till att människor över hela landet ska ha

tillgång till vård och omsorg av god kvalitet, och Socialstyrelsens ambition var att riktlinjerna ”ska vara ett stöd för beslutsfattare i kommuner, landsting och regioner så att dessa kan styra hälso- och sjukvården och socialtjänsten genom öppna och systematiska prioriteringar” (Socialstyrelsen, 2011, s. 3).

2.5 Exempel på evidensbaserade psykosociala insatser

Två modeller som gavs prioritet 1 (det vill säga högsta angelägenhetsgrad) i de nationella riktlinjerna, och som också är de modeller jag har använt som exempel i min avhandling när jag studerat implementering, är *Individual Placement and Support* (IPS) och *Assertive Community Treatment* (ACT).

2.5.1 Individual Placement and Support

IPS är en modell som designats för att stödja människor med allvarlig psykisk sjukdom till att kunna få och behålla arbete (Becker & Drake, 2003; Lexén, Emmelin & Bejerholm, 2016). Modellen kallas ibland för ”den evidensbaserade varianten av Supported Employment”. IPS-modellen fokuserar på att deltagaren tidigt i processen ska komma ut i arbete, och har blivit känd för sin ”anställa och sedan träna-approach”. Detta innebär att det inom IPS-metodiken inte finns behov av screening av arbetsförmåga och anställningsbarhet. Inom mer traditionella rehabiliteringsprogram är det vanligt att fokusera på träning i första hand, för att därefter bedöma om individen är redo för en anställning på en arbetsplats (Rinaldi, Miller & Perkins, 2010).

Stöd enligt IPS-modellen innebär istället att deltagaren direkt får stöd av sin så kallade arbetsspecialist, vilken är nyckelpersonen i IPS. Arbetsspecialisten är ofta en arbetsterapeut eller socionom, eller någon med liknande uppdrag inom psykiatri eller kommun. Stödet ska vara personcentrerat, och ges uteslutande utifrån de principer IPS-modellen är uppbyggd kring (se nästa sida). I korta drag handlar det om att arbetsspecialisten först bygger upp en fungerande relation där deltagaren är den som i första hand styr utformningen av stödet. Relationen mellan arbetsspecialisten och deltagaren är det som ses som bärande, och utifrån deltagarens vilja och mål med arbete på den öppna arbetsmarknaden ger arbetsspecialisten stöd så länge deltagaren vill det (Bejerholm, 2012; Areberg & Bejerholm, 2013). Till arbetsspecialistens uppgifter hör bland annat att integrera IPS med den psykiatriska vården, försäkringskassan och arbetsförmedlingen, samt att utveckla en relation med arbetsgivaren för att göra arbetslivet så optimalt som möjligt för deltagaren (Lexén, Hofgren & Bejerholm, 2013). Enligt ett antal randomiserade kontrollerade studier är IPS effektivare än andra insatser för att stödja individer ur målgruppen i att förbättra sina chanser till arbete (Arbesman & Logsdon, 2011; Bejerholm et al., 2015; Bond, Drake & Becker, 2008; 2012).

IPS bygger på åtta principer som fortlöpande har utvecklats utifrån praktiska erfarenheter och nya forskningsresultat (Bejerholm et al., 2015; Drake & Bond, 2011; Swanson & Becker, 2010):

1. Arbete är målet.
2. Lämpligheten för deltagande baseras på deltagarens vilja att arbeta.
3. Arbete söks tidigt i processen.
4. Deltagarens intressen, val och preferenser styr stödet och jobbsökandet.
5. Stödet integreras i ett psykiatriskt team.
6. Kontinuerligt stöd över tid.
7. Rådgivning om bidrag och ekonomi inkluderas i stödet.
8. Systematisk utveckling av arbetsplatser och kontakt med arbetsgivare utifrån deltagarens preferenser.

IPS-principerna finns definierade på en programtrohetsskala som består av 25 punkter, och den grundläggande idén är att ju högre poäng ett program får på denna skala, desto högre blir anställningsgraden för deltagarna (Bond et al., 2012; Rinaldi et al., 2007). Enligt studier av IPS-program som implementerats i olika kontexter har det visat sig att lokala anpassningar av IPS-principerna inte är ovanliga, vilket påverkar programtroheten och därigenom eventuellt också programmets kvalitet (Corbière et al., 2010). Enligt en studie genomförd i Nebraska uppnådde endast två av nio IPS-program i reguljär verksamhet hög programtrohet (Liu, 2011), och enligt en svensk studie berodde svårigheter att uppnå hög programtrohet snarare på politiska faktorer än på omständigheter inom det specifika programmet (Nygren et al., 2011).

Ett hinder som har rapporterats när det gäller att implementera IPS i Sverige är att det för en hög programtrohet krävs att socialtjänst och psykiatri etablerar en nära samverkan, eller i princip smälter samman sina insatser till ett gemensamt team. Detta är något som har visat sig vara väldigt svårt att åstadkomma (Markström & Lindqvist, 2015). Dessutom har Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen betydelsefulla roller när det gäller att omsätta IPS-principerna i praktiken, vilket har försvårat implementeringen ytterligare då modellen utmanar deras existerande regelverk och traditioner. I vissa fall har rehabiliteringspersonal också uttryckt skepticism angående modellen (Bejerholm, Larsson & Hofgren, 2011; Hasson, Andersson & Bejerholm, 2011). Enligt en randomiserad kontrollerad studie som genomförts i Sverige var dock IPS mer effektivt än traditionell rehabilitering för att hjälpa deltagarna ut i arbete, trots att det svenska välfärdssystemets tradition av trappstegsmodeller och praktikplatser försvårade för deltagarna att tidigt komma ut i arbete (Bejerholm et al., 2015).

2.5.2 Assertive Community Treatment

ACT-modellen beskrivs som en evidensbaserad, högintensiv variant av så kallad *Case Management* (CM). Generellt förväntas en case manager hålla kontakt med sina brukare, bedöma deras behov, och tillse att behoven tillgodoses (Marshall, 2008). Insatser där case managers ansvarar för ett begränsat antal brukare som de också förser med högintensivt stöd, brukar kallas för *Intensive Case Management* (ICM) (Dieterich et al., 2017). ACT-modellen är uppbyggd av en rad beståndsdelar, och ICM-verksamheter i vilka dessa ingår kan benämnas som ett ACT-team. ACT har sitt ursprung i behandlingsprogrammet *Training in Community Living*, vilket beskrevs redan 1980 av Stein, Test och Weisbrod (Stein & Test, 1980; Test & Stein, 1980; Weisbrod, Test & Stein, 1980). ACT-team erbjuder stöd i medicinering, boende, privatekonomi och vardagsproblem, och uppges förutom minskad sjukhusvård leda till ökad stabilitet i brukarnas boendesituation samt även minskad symptombelastning och en förbättring i livskvalitet. Teamen består av personal med olika utvalda professioner, som psykiatriker, sjuksköterskor och socialarbetare. Dessutom förutsätts teamen ha tillgång till specialister inom missbruksbehandling och arbetsrehabilitering. En annan utgångspunkt är att brukarna ska ha stöd tillgängligt dygnet runt, alla dagar i veckan (McGrew & Bond, 1995).

Enligt flertalet randomiserade kontrollerade studier genomförda i Nordamerika, Europa och Australien är ACT effektivare än traditionellt stöd när det gäller att minska sjukhusvård, förbättra chanser till anställning, samt att minska hemlöshet och avhopp från behandling (Dieterich et al., 2010). Liksom när det gäller IPS anges att ju noggrannare programmets principer följs (det vill säga hög programtrohet), desto bättre blir utfallet (Bond et al., 2001). Dock har ett flertal hinder som försvårar en effektiv implementering rapporterats även för den här modellen. Stein och Test beskrev redan på 1980-talet svårigheter att finansiera den omfattande modellen, samt de problem det innebär att sprida ett program som kräver ansevärd samverkansförmåga och dessutom har ett organisationsmönster som skiljer sig från den medicinska sektorn, som potentiella hinder (Stein & Test, 1980). Parallellt med att ACT-modellen har varit föremål för ett kontinuerligt utvecklingsarbete alltsedan den tiden, har implementeringssvårigheterna bestått. En studie av 13 ACT-program fann att de mest framträdande implementeringsbarriärerna handlade om finansiering, utbildning, tekniskt stöd, ledarskap, rekrytering och förändringskultur (Mancini et al., 2009).

Förutom implementeringssvårigheter har resultaten av ACT-studier inte varit konsekventa, och dessutom har modellens överförbarhet till andra länder än USA ifrågasatts. Ett flertal studier har inte kunnat påvisa att ACT skulle vara mer effektivt än mindre intensiva CM-insatser (Killaspy et al., 2009; Nugter et al., 2016; Thornicroft et al., 1998). Enligt Burns och kollegor (2007) kan inte programtrohet

på teamnivå förklara de inkonsekventa resultaten som påvisats i olika effektstudier. Programtrohet gällande organisering och den strukturella aspekten av modellen förklarar en viss del av variationen, men det mest utmärkande resultatet enligt Burns och hans kollegors studie var att ACT fungerade bäst i de fall där antalet vårddygn hos brukarna initialt var stort.

Trots de inkonsekventa forskningsresultaten har ACT blivit erkänd som en modell med starkt forskningsstöd om den används i en lämplig kontext och riktar sig till en passande målgrupp. I flera västländer ses modellen som en grundläggande del i utbudet av samhällsbaserade psykosociala insatser. Det har gjorts vissa försök att implementera högintensiv ACT i det svenska välfärdssystemet, men det är svårt att hitta exempel på program som har uppnått en hög programtrohet. Till exempel visade en studie av ett nationellt ACT-initiativ att modellens kärnkomponenter ändrades så att det som slutligen kom att implementeras bestod av olika lokala verksamheter som i större eller mindre utsträckning avvek från den evidensbaserade modellen ACT, och istället erbjöd ett varierat utbud av olika psykosociala insatser (Markström, 2014). Trots att ACT har funnits tillgängligt under många år, enligt ett flertal studier har visat på bra resultat, och dessutom har getts högsta prioritet i nationella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2011), har modellen alltså inte funnit någon stabil förankring i det svenska välfärdssystemet.

Förutom att IPS och ACT är högprioriterade i nationella riktlinjer och har fått stort internationellt genomslag, finns det flera faktorer i dessa modellers karaktäristik som gör dem särskilt intressanta att studera. Dels är de så kallade integrerade modeller vilka kräver en tät samverkan mellan i första hand socialtjänst och psykiatri, men även med försäkringskassa, arbetsförmedling och andra aktörer som brukarorganisationer och arbetsgivare. De brukar också beskrivas som komplexa modeller, på så sätt att de till skillnad från exempelvis en avgränsad terapiform som kan utföras av en enda professionell, snarare representerar en typ av program som består av ett flertal professionella som ska kunna erbjuda olika insatser utifrån brukarnas behov. I och med detta innebär en implementering av dessa modeller att nya arbetsgrupper eller team behöver byggas upp för att kunna utföra det praktiska arbetet. Dessutom anses modellerna ligga väl i linje med moderna strömningar där social inkludering, återhämtning och personcentrerad vård värderas högt (Markström & Lindqvist, 2015).

3 Teoretiska utgångspunkter

Trots ett växande utbud av psykosociala insatser och en alltmer omfattande evidensbas för utvalda EBP-modellers effektivitet i kontrollerade miljöer, anses det oftast vara svårt att implementera dessa modeller på ett effektivt sätt i ordinarie verksamhet (Thornicroft et al., 2013). Med anledning av ett ökat användande av EBP, och med målsättningen att överbygga gapet mellan forskning och praktik, har implementeringsforskning blivit ett snabbt växande fält under senare år (Nilsen, 2014; Ogden & Fixsen, 2014). Implementeringsforskning har definierats som "vetenskapliga studier av metoder för att främja systematiskt användande av forskningsresultat och andra evidensbaserade praktiker i reguljär praktik, och därigenom förbättra hälsovårdens kvalitet och effektivitet" (Eccles & Mittman, 2006, s. 1, min översättning). Trots att den här typen av implementeringsforskning har släktskap med forskning om policyimplementering, så rör det sig i stor utsträckning om två skilda forskningsfält (Johansson, 2010). Dessutom har det ökade intresset för implementeringsforskning lett till en uppdelning i flera "forskningsdelfält" (Nilsen, 2014). Flera av dessa delfält överlappar varandra. Ibland använder forskare från de olika delfälten samma begrepp för att beskriva olika fenomen, och ibland används olika begrepp för att beskriva samma fenomen. Med andra ord råder det en del begreppsförvirring, och det finns därför anledning att diskutera användningen av olika begrepp och definitioner av dessa. Jag har dock för enkelhetens och begriplighetens skull valt att i avhandlingen använda begreppet implementeringsforskning som ett övergripande begrepp för att beskriva den forskning som rör det som underlättar respektive hämmar implementering av evidensbaserade insatser.

Teorier och ramverk sprungna ur implementeringsforskning har bidragit till användbara perspektiv som syftar till att identifiera kärnkomponenter som kan förklara och värdera utfall för att stödja utvecklingen av effektiviserad implementering av EBP. Samtidigt pekar en del forskare på begränsningar i ansatsen, och menar att policy- och organisationsforskning kan bidra till givande insikter för en fördjupad analys (Johansson, 2010; Nilsen, 2015). Parallellt med att psykosociala insatser utvecklas pågår även stora förändringar inom de verksamhetsfält som förväntas leverera insatserna. Förändringarna sker på många områden simultant, exempelvis gällande fördelning av ansvarsområden, former för samverkan och nya organisationsformer. En målsättning med min avhandling är att öka förståelsen för hur dessa organisatoriska förändringar kombinerat med nya insatser påverkar förutsättningarna för de individer och organisationer som ska implementera insatserna. Då en av de artiklar som ingår i avhandlingen handlar om hur policy på området har formulerats och de övriga artiklarna främst berör implementering av specifika insatser, anser jag det vara fruktbart att använda mig

av teoretiska perspektiv från både implementeringsforskning och mer förvaltningsinriktad forskning. Detta val har vuxit fram över tid under mitt arbete med avhandlingen. Inte sällan ligger de olika teoretiska perspektiven ganska nära varandra, eller kanske till och med kan uppfattas som olika förklaringar av samma sak. I andra fall ligger perspektiven längre ifrån varandra, eller kanske till och med kan uppfattas som att de står i konflikt med varandra. Min utgångspunkt har varit att se de olika perspektiven som olika lager av sediment på havsbotten, som förklarar olika nivåer och olika delar av det jag har studerat. Ibland är de tydligt åtskilda, och ibland flyter de ihop med varandra – förhoppningsvis mer till något nytt och spännande, än till något kladdigt och rörigt. I följande avsnitt presenteras de teoretiska perspektiv som jag har använt mig av. Presentationen börjar med begrepp som främst är relaterade till att formulera och implementera policy, för att gå vidare med begrepp som fokuserar på organisationer och förändringar av dessa. Avsnittet avslutas med en mer ingående beskrivning av implementeringsforskning, samt ett exempel på ett ramverk från det fältet.

3.1 Handlingsutrymme och policy

Begreppet handlingsutrymme beskrivs ofta som den autonomi och de skönmässiga bedömningar som den professionelle praktikern i människobehandlande organisationer använder sig av för att fatta beslut och genomföra sitt arbete i relation till brukarna (Hasenfeld, 1983; Lipsky, 1980). Nationella styrstrategier som går ut på att en anseilig mängd handlingsutrymme lämnas till lokala myndigheter är delvis relaterade till ansvarsutkrävande – om ett större handlingsutrymme lämnas till frontlinjepersonalen, så minskar risken att de som har fattat ett beslut ska utsättas för omfattande kritik i de fall satsningarna leder till ett oönskat resultat (Hasenfeld, 2010; Johansson, 2011). Å andra sidan strävar beslutsfattare vanligen efter att bibehålla tillräckligt mycket kontroll för att försäkra sig om att policyer blir implementerade enligt deras avsikter. Abstrakta målsättningar och otydliga definitioner ses dessutom oftast som försvårande av de verksamheter som förväntas implementera en policy, vilket i sin tur kan leda till att den får begränsat stöd (Buse et al., 2005; Määttä & Eriksson, 2014). Frågan om hur tydlig och detaljerad en policy bör vara är med andra ord inte helt enkel att besvara, eftersom ett större mått av handlingsutrymme kan vara nödvändigt för att en policy ska få genomslag i praktiken, samtidigt som större handlingsutrymme innebär en ökad osäkerhet (Evans & Harris, 2004). En alltför omfattande användning av regelverk och riktlinjer riskerar dessutom att leda till att frontlinjepersonalen frestas till att justera policyn på egen hand genom att i det praktiska arbetet införa informella arbetsmetoder vid sidan om de officiella. På så sätt kan en ökad styrning paradoxalt nog skapa ett större mått av handlingsutrymme (Brodin, 2011).

3.2 Att välja tillfälle och att sprida risker

Inte sällan innehåller policyer reformidéer som riskerar att uppfattas som alltför kontroversiella, därför är det betydelsefullt för beslutsfattare att presentera sina idéer vid rätt tillfälle. För att en reformidé ska erhålla legitimitet bör åtminstone tre förutsättningar vara uppfyllda, nämligen att ett problem är identifierat, att en policy finns tillgänglig, samt att det politiska klimatet är gynnsamt för förändring (Guldbrandsson & Fossum, 2009). När dessa faktorer sammanfaller finns stora möjligheter till politisk förändring, något som kan liknas vid ett "policyfönster" som underlättar förändringen öppnar sig (Guldbrandsson & Fossum, 2009; Kingdon, 1995). En strategi för att hantera risker är att sprida dem. Om beslutsfattare utgår från ett enda styrinstrument (single-bullet approach) för att implementera en policy, och den satsningen misslyckas, så riskerar hela policyn att bli ett misslyckande. Därför väljer riskmedvetna beslutsfattare oftast styrstrategier som består av ett flertal olika instrument (shotgun approach). På så vis kan de fatta beslut som signalerar kraftfullhet, samtidigt som policyn kan få ett visst genomslag även om någon eller några av de valda instrumenten skulle visa sig vara ineffektiva (Wolff, 2002).

3.3 Top-down, bottom-up och syntesmodeller

Även om studier av hur politik och förvaltning påverkar varandra har en lång historia, så brukar de flesta forskningsöversikter på implementeringsområdet ta avstamp i 1970-talet och framåt. Det var under det årtiondet som implementering fick genomslag som ett eget begrepp, och det var även då Pressman och Wildavsky skrev sin klassiska bok med huvudtiteln *Implementation* (1973). Exempel på skrifter där översikter av området presenteras är Hill och Hupe (2009), Johansson med kollegor (2015) och Matland (1995), vilka alla berör implementering ur perspektiven top-down, bottom-up samt olika modeller som kombinerar alternativt vidareutvecklar de båda perspektiven. Enligt dessa översikter brukar forskare som utgått från top-down-perspektivet (till exempel Pressman & Wildavsky, Van Meter & Van Horn, Mazmanian & Sabatier, Hogwood & Gunn) betona faktorer på central nivå som policyutformning, resurstilldelning och ansvarsfördelning för att förstå hur en policy får genomslag och implementeras. Inte sällan mynnar den typen av forskning ut i olika typer av råd och rekommendationer till policymakare och beslutsfattare, till exempel att mål bör vara tydliga och konsekventa, att begränsa antalet inblandade i implementeringen och att ansvaret för implementeringen bör ligga hos en verksamhet där policymål och verksamhetsmål stämmer bra överens. Enligt de forskare som företräder bottom-up-perspektivet (till exempel Lipsky, Hjern & Porter, Barrett & Fudge) har dock åtgärder och ställningstaganden på makronivå, till exempel politiska beslut, oftast en väldigt begränsad effekt på implementeringsutfallet. I stället menar de att det är vad som görs på mikronivå,

bland personal och brukare, som är avgörande och faktiskt skapar policy. För att förstå implementering ur ett bottom-up-perspektiv blir det därför viktigt att studera frågor som berör frontlinjepersonalens nätverkande, skicklighet och strategier för att genom sitt handlingsutrymme fördela resurser, samt på vilket sätt policyrekommendationer kan anpassas utifrån lokala förutsättningar.

Top-down och bottom-up beskrivs vanligen i termer av två konkurrerande perspektiv, vars representanter antingen företräder det ena eller det andra. På senare tid har dock allt fler forskare betonat att top-down- och bottom-up-perspektiven båda har bidragit med viktiga kunskaper om policy och implementering (Hill & Hupe, 2009). Detta har lett till en del försök att kombinera de olika perspektiven (Johansson et al., 2015). En del forskare har fokuserat på att försöka kombinera de båda perspektiven i en och samma heltäckande modell, medan andra har försökt komma fram till under vilka förutsättningar det ena perspektivet är mer användbart än det andra. Detta har lett till att studier som berör implementering oftast består av långa listor av variabler (från top-down, bottom-up, eller båda perspektiven) som påverkar implementeringen. Enligt Matland (1995) har alltför lite fokus lagts på att försöka förutsäga och förstå under vilka omständigheter dessa variabler är betydelsefulla. Därför har han utvecklat otydlighet/konflikt-modellen, vilken koncentrerar sig på ett begränsat antal variabler, och söker erbjuda en mer omfattande och koherent ram för att förstå implementering.

3.3.1 Otydlighet och konflikt

När det gäller utvecklingen av samhällsbaserade psykosociala insatser finns gott om exempel där både graden av otydlighet och konflikt i policy och målsättningar har påverkat utvecklingen. Vid tiden för psykiatrins avinstitutionalisering förekom till exempel konflikter som gällde psykiatireformens genomförande överlag, och vilka ansvarsområden olika myndigheter skulle ha (Markström, 2003). På senare tid har konflikter handlat om exempelvis huruvida det medicinska eller sociala perspektivet bör ges företräde på området (Topor, 2017), samt den utveckling av EBP som sker (Rexvid, 2016). Det finns även många exempel där graden av otydlighet har spelat en betydande roll, både i generella formuleringar i policy och i beskrivningar av psykosociala insatser (Statskontoret, 2012). Sammantaget gör detta att jag ser otydlighet/konflikt-modellen som en intressant utgångspunkt för att öka kunskapen på området. Enligt Matland (1995) är policyer som inbegriper otydliga mål och medel oftast svåra att implementera i och med att de leder till missförstånd och osäkerhet. Policyer som innebär ett stort mått av konflikt bland olika intressenter anses också svåra att implementera. Ett vanligt råd från top-down-forskare är därför att policymakare vidtar åtgärder för att minimera otydlighet och konflikt genom att använda sig av olika strategier i policyutformning och delegering. Bottom-up-forskare å sin sida, menar att otydlighet inte enbart beror på de mål och medel som formuleras i policy, utan även på medel som till exempel teknik, komplexa implementeringsmiljöer eller osäkerhet gällande vilken roll olika organisationer ska ha i implementeringen. Detta innebär att en policys konfliktnivå svårligen kan styras. Dessutom, menar Matland, är oftast korrelationen mellan otydlighet och konflikt negativ – otydlighet kan till exempel användas som ett verktyg för att begränsa konflikt. Otydlighet/konfliktmodellen delar in policyer och implementering i fyra former:

- Låg otydlighet och låg konflikt, där *administrativ implementering* passar bäst, och utfallet i första hand avgörs av mängden tilldelade resurser.
- Låg otydlighet och hög konflikt, vilken är typisk för *politisk implementering*, och utfallet avgörs av makt.
- Hög otydlighet och låg konflikt, där kontextuella förutsättningar i stor utsträckning avgör utfallet. *Experimentell implementering* passar bäst, och då olika kontexter har olika karaktär kommer även utfallet att variera.
- Hög otydlighet och hög konflikt. Här diskuterar Matland *symbolisk implementering*. Det kan verka motsägelsefullt att en policy kan innehålla höga nivåer av både otydlighet och konflikt, men Matland menar att dessa kan förekomma och vara betydelsefulla i de fall när nya mål ska bestyrkas, när gamla mål ska stärkas, eller värderingar och principer ska bekräftas. Konflikten i dessa policyer är viktig då den strukturerar det sätt på vilket lösningar utvecklas, och den höga otydligheten leder till varierande utfall. Utfallet avgörs först och främst av lokala koalitions styrka, och har därmed stor lokal variation.

3.4 Interorganisatorisk samverkan och osäkerhet

Implementering av insatser där flera professioner och organisationer är involverade påverkas i hög grad av deras förmåga att effektivt kunna samverka. Samverkan mellan berörda myndigheter är något som allt sedan tiden för psykiatrireformens genomförande har setts som problematiskt, och därför något som behöver förbättras (Vårdanalys, 2015). Forskning på området visar på ett antal olika faktorer som underlättar respektive hämmar interprofessionell och interorganisatorisk samverkan. Danermark, Germundsson och Englund (2013) har beskrivit tre dimensioner, som alla innehåller faktorer som är betydelsefulla för samverkan:

- Regelverk, vilka kan vara antingen externa (till exempel lagar) eller interna (som organisationen själv har antagit). Förutom olika typer av formella regler påverkas även samverkan av informella regler, till exempel traditioner.
- De samverkande verksamheternas organisationsstruktur. Det faktum att olika verksamheter är organiserade på olika sätt beroende på att de har olika målsättningar, är något som ibland försvårar samverkan. Till exempel har organisationer som består av en enda enhet vanligen en annorlunda struktur för beslutsfattande jämfört med större organisationer som består av en mängd olika enheter.
- Interaktionsrelaterade faktorer, vilka beskriver inblandade aktörers förmåga till samarbetsförmåga avseende exempelvis att skapa förtroende, gemensamma synsätt och ömsesidig respekt.

Enligt författarna ska de tre dimensionerna inte ses som självständiga och oberoende av varandra, utan de både påverkar och påverkas av varandra genom komplexa samspel. Jensen, Johansson och Löfström (2006) har presenterat en modell för att analysera relationer mellan projekt och intressenter i deras interaktionsmiljö. För att kontrastera mellan olika sätt som samverkansrelationer antingen kan hämma eller underlätta för projekts möjligheter att utföra sina uppgifter utgår författarna från graden av osäkerhet. Graden av osäkerhet, och de sätt på vilka de inblandade aktörerna hanterar den, påverkar både hur det operativa arbetet kommer att utformas, och projektets möjlighet att utföra det. Modellen skiljer mellan osäkerhet i horisontella och vertikala relationer. Horisontell osäkerhet är relaterad till inblandade aktörers svårighet att kunna förutse resultatet av interaktioner som sker på samma hierarkiska nivå i operationellt arbete med syfte att genomföra sitt uppdrag. För att hantera horisontell osäkerhet kan samsyn kring problemlösning vara viktigare än formella rutiner. Vertikal osäkerhet är relaterad till hierarkiska relationer, till exempel mellan huvudmän och personal, och har således betydelse för ett projekts finansiering, planering, kontroll och utvärdering. Den typen av osäkerhet uppstår vanligen då förtroendet är lågt mellan projektägare och projekt. Ibland beror detta på politiska beslut som försvårar

arbetet, eller att projektet har mer än en projektägare vilket kan leda till motstridiga målsättningar. Den modell som författarna har presenterat består av fyra typer av projekt:

- a) Projekt med låg horisontell och vertikal osäkerhet präglas av förtroende, vilket leder till att dessa projekt tenderar att vara informellt strukturerade och ha goda förutsättningar för att kunna arbeta målinriktat.
- b) Projekt som har hög horisontell och låg vertikal osäkerhet, vilket inte är ovanligt för utvecklingsprojekt. Dessa lägger ofta mycket av sin tid och energi på möten och förhandlingar med omgivande organisationer, vilket lämnar mindre utrymme kvar för det operativa arbetet.
- c) Låg horisontell och hög vertikal osäkerhet innebär att projektet är relativt oberoende av andra aktörer när det gäller att utföra sina uppgifter. På samma gång finns vanligen brister i förtroendet mellan projektägare och projekt, vilket gör att det utsätts för kontroll. Dessa förutsättningar kan resultera i fränkopplade parallellprocesser, där det målinriktade arbetet kan utföras pragmatiskt samtidigt som procedurer för rapportering är mer formella för att motsvara projektägarnas förväntningar.
- d) Projekt där både den horisontella och vertikala osäkerheten är hög, upplever tvetydigheter angående intentionen bakom deras uppdrag och/eller olika projektägares motstridiga målsättningar på samma gång som de har otydliga relationer till andra organisationer och samverkanspartners. Dessa projekt tvingas ofta lägga stort engagemang på att reducera osäkerhet. En vanlig strategi för att uppnå detta är att använda sig av formaliserade arbetsrutiner, vilket tenderar att leda till ett förutsägbart resultat.

3.5 Implementering av evidensbaserad praktik

Forskning som specifikt inriktar sig på att studera implementering av EBP brukar kallas för implementeringsforskning (Nilsen, 2014). Inom det här forskningsfältet har implementering definierats som "a specified set of activities designed to put into practice an activity or program of known dimensions." (Fixsen et al., 2005, s. 5). Det finns ett antal forskningsöversikter som fått genomslag när det gäller att identifiera dessa aktiviteter och i vilka skeden av implementeringsprocessen de bör utföras, till exempel Damschroder och kollegor (2009), Durlak och Dupre (2008) och Fixsen och kollegor (2005). Det har även producerats en rad olika modeller och ramverk som syftar till att förbättra forskning och praktik på området, till exempel *the Stages of Implementation* och *the Core Components of Implementation* (Fixsen et al., 2009), *the Quality Implementation Framework* (Meyers, Durlak & Wandersman, 2012), *the PARIHS framework for implementation* (Kitson, Harvey & McCormack, 1998; Rycroft-Malone et al., 2002), *the Consolidated Framework for Implementation Research* (Damschroder et al., 2009) och *the Grol and Wensing Implementation of Change Model* (Grol, 2013).

I forskningsöversikter och ramverk diskuteras implementeringens kärnkomponenter på olika nivåer, allt från individer, arbetsgrupper, organisationer och inverkan från den politiska och samhällsliga kontexten. Enligt Fixsen och kollegor (2005) är det viktigt att komponenterna integreras på olika nivåer inom den organisation som ska implementera ett nytt arbetssätt eller en metod. Komponenterna bör också ses som kompensatoriska, vilket innebär att en fullständig eller delvis avsaknad av en komponent kan kompenseras av en högre närvaro av andra komponenter (ett enkelt och tydligt exempel är att extra resurser till utbildning kan kompensera för att personal med tillräcklig kompetens ej har rekryterats). För att uppnå ett gott implementeringsresultat har aktiviteter som utförs innan den faktiska starten av det praktiska arbetet visat sig vara betydelsefulla. Exempel på viktiga områden att fokusera på tidigt är planering, samt att finna vägar för att befrämja ett stödjande klimat och förbättrade förutsättningar i den kontext där implementeringen ska ske (Meyers et al., 2012; Metz & Albers, 2014).

För att förstå implementeringen av de studerade programmen har jag i avhandlingens kapp och i artikel 2 använt mig av the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (Damschroder et al., 2009). Enligt författarna är avsikten med ramverket att erbjuda en övergripande typologi för att främja utvecklingen av implementeringsteori och beskriva vad som fungerar var och varför, i olika kontexter. I CFIR specificeras de teoretiska begreppen och deras relation till de domäner de tillhör väldigt noggrant, dock beskrivs inte de många komplexa interaktioner som uppstår mellan begreppen i detalj. Detta är kännetecknande för ramverk som beskriver EBP-implementering. Även om de olika ramverken delvis använder sig av olika begreppsapparater och delvis fokuserar mer eller mindre på olika begrepp och komponenter, så liknar de varandra till stor del. Detta innebär att resultatet i min avhandling troligen hade blivit likvärdigt om jag valt att utgå från något annat av de etablerade ramverken. Men CFIR är ett väletablerat och relativt omfattande ramverk, och berör dessutom allt från den modell som ska implementeras, individer, kontext och själva implementeringsprocessen. Detta gör att jag anser CFIR vara lämpligt att använda för att förstå EBP-implementering på ett övergripande plan. En nackdel med CFIR och liknande ramverk är att de är svåra att operationalisera på ett enkelt sätt, särskilt om målsättningen är att jämföra ett flertal olika program. Detta har jag försökt kompensera genom att använda den implementeringsskala (*the Sustainable Implementation Scale*) som beskrivs i metodavsnittet. I CFIR beskrivs teoretiska begrepp som påverkar implementering inom fem domäner: interventionens karaktäristik, yttre förutsättningar, inre förutsättningar, de involverade individernas karaktäristik, samt implementeringsprocessen.

Under varje domän i CFIR finns en mängd begrepp som påverkar implementeringen av en specifik intervention i en viss organisation:

3.5.1 Interventionens karaktäristik

Den här domänen relaterar till intressenternas uppfattningar om interventionens legitimitet. Faktorer som påverkar den är till exempel huruvida den specifika interventionen är lokalt eller externt utvecklad, kvalitet och validitet på den evidens som ger stöd åt interventionen, fördelar med den valda interventionen jämfört med andra lösningar, och den upplevda komplexiteten och svårigheten det innebär att implementera den. Till den här domänen hör också frågor om interventionens grad av anpassningsbarhet och kostnad.

3.5.2 Yttre och inre förutsättningar

Förändringar i de yttre förutsättningarna påverkar ofta implementeringen genom att förändra de inre förutsättningarna genom komplexa och dynamiska samspel. Detta gör att det oftast är svårt att dra en gräns mellan vad som hör till yttre eller inre förutsättningar. Överlag brukar dock faktorer som ekonomi, och den politiska och sociala kontext som omger organisationen, räknas till yttre förutsättningar. Inkluderat i dessa faktorer är till exempel graden av nätverkande med andra organisationer, externa policyer och initiativ, hur mycket tryck det finns från omgivningen på att implementera interventionen, samt resurser och vilka av brukarnas behov som ges hög prioritet. Inre förutsättningar relaterar till de strukturella, politiska och kulturella kontexter som befinner sig på den nivå där den faktiska implementeringen sker. De teoretiska begreppen på den här nivån inkluderar social arkitektur och storlek på organisationen, graden av personalomsättning, samverkan, normer, värderingar, implementeringsklimat och hur målsättningar och feedback hanteras.

3.5.3 Involverade individers karaktäristik

Den här domänen relaterar till karakteristiska drag hos de individer som är inblandade i implementeringen av interventionen. Detta inkluderar personalens kunskaper och kännedom om de principer som interventionen är uppbyggd kring, och även "mjukare" faktorer som motivation, lärostil, upplevd självförmåga, och identifikation med organisationen.

3.5.4 Implementeringsprocessen

För att ett effektivt nyttjande av en specifik intervention ska kunna uppnås, behöver enligt CFIR en aktiv förändringsprocess ske på både individuell och organisatorisk nivå. Begreppen som inryms i den här domänen är indelade i de fyra delarna planera, engagera, verkställa, samt reflektera och utvärdera. Viktiga begrepp är till

exempel tillgång till interna och externa nyckelpersoner som opinionsbildare, experter (så kallade "champions") och förändringsagenter, samt olika strategier för planering och feedback.

Som min genomgång har visat påverkas implementering av en rad olika förhållanden, och det finns många perspektiv som är möjliga att utgå ifrån. Vissa perspektiv går in i varandra, medan andra drar åt olika håll. Min genomgång gör inte anspråk på att vara fullständig, men de teoretiska perspektiv som jag har valt att presentera är sådana som jag anser vara av betydelse och ha ett värde när det gäller att sortera och öka förståelsen för de politiska målsättningar och implementerande verksamheter jag har studerat i avhandlingen.

4 Material och metoder

Min avhandling är en sammanläggning som består av fyra artiklar, varav två stycken är publicerade, och två stycken är inskickade till olika vetenskapliga tidskrifter. Under tiden som doktorand har jag tillsammans med Urban Markström, Ulrika Bejerholm och Bengt Svensson varit involverad i ett forskningsprojekt där vi studerade implementeringen av *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011: stöd för styrning och ledning* (Socialstyrelsen, 2011). Projektet leddes av Urban Markström och drevs via Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI). Arbetet var finansierat av Socialstyrelsen (Dnr 33716/2011). Artikel 1 är fristående, medan artiklarna 2, 3 och 4 är gjorda inom ramen för projektet. Urban Markström och Ulrika Bejerholm har dessutom varit mina handledare i avhandlingsarbetet. Nedan visas en översikt av var och en av de fyra artiklarnas design. I efterföljande avsnitt kommer de använda analysmodellerna att redovisas mer noggrant. Vissa analysmodeller återkommer i flera av artiklarna, medan andra används i endast en eller två av artiklarna. I slutet av metodavsnittet beskrivs arbetsprocess och insamling av det material som användes i artiklarna, följt av en övergripande metoddiskussion.

4.1 Design, artikel 1

Titel: *Policy Changes in Community Mental Health: Interventions and Strategies Used in Sweden over 20 Years.*

Syfte: Att analysera hur regeringen under de senaste 20 åren har formulerat policy på området samhällsbaserad psykiatri, med fokus på psykosociala insatser och politiska styrstrategier.

Metod: Kvalitativ studie av statliga policydokument.

Material: Tre policydokument från de senaste 20 åren, vilka representerar regeringens avsiktsförklaringar på psykiatriområdet.

Analys: Riktad innehållsanalys baserad på litteratur om policy och styrning.

4.2 Design, artikel 2

Titel: *Critical Components in Implementing Evidence-based Practice: A Multiple Case Study of Individual Placement and Support for People with Psychiatric Disabilities.*

Syfte: Att beskriva och analysera de teoretiska begrepp som är betydelsefulla för implementering, och att diskutera hur dessa påverkar programtrohet och organisatorisk hållbarhet.

Metod: Kvalitativt i huvudsak teoretiskt styrd multicase study (tre IPS-program studerades under två års tid).

Material: Semistrukturerade djupintervjuer med personal, projektledare, chefer och samverkanspartners (vid programmets start, samt efter ett och två år). Programtrohetsskattningar efter ett och två år. Information om programmets målgrupp.

Analys: Riktad innehållsanalys baserad på the Consolidated Framework for Implementation Research.

4.3 Design, artikel 3

Titel: *Implementation of Evidence-Based Interventions: Analyzing Critical Components for Sustainability in Community Mental Health Services.*

Syfte: Att analysera betydelsefulla implementeringskomponenter på olika organisatoriska nivåer för att få ökad förståelse för hur en hållbar implementering av evidensbaserade psykosociala insatser kan uppnås.

Metod: Prospektiv studie med mixad metod (14 IPS-program under 3 års tid).

Material: Strukturerade/semistrukturerade intervjuer om implementering efter ett och tre år. Programtrohetsskattningar efter ett och två år. Skattningar av implementeringskomponenter. Data om programmets överlevnad efter ett och tre år.

Analys: Deskriptiv statistisk analys av data från skattning av programtrohet (the Supported Employment Fidelity Scale) och implementering (the Sustainable Implementation Scale), samt kvalitativ riktad innehållsanalys av intervjumaterial.

4.4 Design, artikel 4

Titel: *Complex Interventions and Interorganisational Relationships: Examining Core Implementation Components of Assertive Community Treatment.*

Syfte: Att undersöka i vilken mån ACT med hög programtrohet är möjligt att implementera i en sektoriserad kontext, och att identifiera komponenter som är betydelsefulla för implementering och organisatorisk hållbarhet, samt vilken betydelse interorganisatoriska relationer har för implementeringen.

Metod: Prospektiv fallstudie med mixad metod (ett ACT-team under tre års tid).

Material: Kvalitativa data från intervjuer om implementeringen. Skattningar av implementeringskomponenter efter ett och två år. Programtrohetsskattningar efter 6, 12 och 24 månader. Data om programmets överlevnad efter ett och tre år.

Analys: Analys av organisatorisk hållbarhet, samt analys av implementeringskomponenter baserad på the Sustainable Implementation Scale. Analys av programtrohet baserad på the Tool for Measuring Assertive Community Treatment. Riktad kvalitativ innehållsanalys av intervjumaterial om implementering.

4.5 Kvalitativa innehållsanalyser

I samtliga fyra artiklar använde jag mig av kvalitativ riktad innehållsanalys (Hsieh & Shannon, 2005). Tidigare forskning och teoretiska ramverk användes för att skapa teman och kategorier, i vilka det material som var betydelsefullt för att besvara forskningsfrågorna organiserades för att användas i artiklarnas efterföljande analys och diskussion. I artikel 1 bestod materialet av tre regeringsdokument, och i artikel 2, 3 och 4 av transkriberat intervjumaterial. Vid starten av en kvalitativ analys är det av stor vikt att forskaren bekantar sig med materialet (Ritchie et al., 2003). I början av varje kodningsprocess började jag därför med att läsa igenom varje dokument noggrant ett flertal gånger, för att därefter kondensera innehållet genom att exkludera delar som inte berörde forskningsämnena (vilka var *psykosociala insatser* i artikel 1, och *implementering* utifrån valda ramverk i artikel 2–4) och därför inte var relevanta för artiklarnas syften. Eftersom att en text alltid innehåller flera betydelser, och består av både manifest och latent innehåll innebär alltid en läsares närmande av en text ett visst mått av tolkning (Graneheim & Lundman, 2004). Detta var uppenbart i läsningen av texterna, då de bestod av allt från konkreta och detaljerade förslag och beskrivningar, till väldigt övergripande reflektioner och ambitioner, samt att olika kategorier och teman oftast överlappade varandra. Därför har forskarens uppfattningar om och syn på texten stor betydelse, vilket kan ses som

en svaghet för den här typen av analys. För att minimera felkällor relaterade till detta förfaringssätt genomförde även artikelns medförfattare varsin noggrann genomläsning av de utvalda dokumenten varefter innehållet kommunicerades för att tillförsäkra att konsensus rådde avseende val och strategier i analysarbetet.

4.6 Programtrohetsskattningar (artikel 2, 3 och 4)

Både för IPS och ACT finns utarbetade programtrohetsskalor som är utvecklade för att möjliggöra skattningar av i vilken omfattning ett program följer de principer som modellen består av. Till dessa skalor finns även detaljerade manualer, där proceduren för skattningarna beskrivs. Då en utgångspunkt i EBP är att programtrohet har ett samband med ett programs kvalitet, används vanligen den här typen av skattningar som en form av effektivitetsmått. Att göra den typen av analyser är inte min målsättning med avhandlingen, därför är också mitt motiv till att inkludera programtrohetsskattningar ett annat: de används här som ett resultatmått för att möjliggöra bedömningar av huruvida ett program har implementerat den modell som angetts, eller om det faktiska resultatet av implementeringen har lett fram till ett annat arbetssätt än det beskrivna. När det gäller skattningarna av programtrohet har jag inte varit direkt inblandad i arbetet, mer än att jag följt processen på nära håll samt varit med och diskuterat skattningar och resultat vid ett flertal tillfällen. Ulrika Bejerholm och Urban Markström har ansvarat för programtrohetsskattningarna av IPS-programmen, och Bengt Svensson och Urban Markström har ansvarat för motsvarande skattningar av ACT-teamet. Nedan beskrivs processerna för hur de olika programmen skattades.

4.6.1 Programtrohetsskattning IPS

För att samla in data till skattningarna genomfördes intervjuer och skattningar enligt *the Evidence-Based Supported Employment Fidelity Review Manual* (Becker et al., 2011), och för skattningarna användes *the Supported Employment Fidelity Scale* (SEFS) (Becker et al., 2008). En lokal kontaktperson anlätades för att genomföra en första datainsamling, som sammanställdes i en preliminär skattning. Ulrika Bejerholm och Urban Markström samrådde sedan för att uppnå konsensus angående de bedömningar som gjorts. I det tredje steget validerade Ulrika Bejerholm skattningsresultatet utifrån de dokumenterade registerdata som fanns tillgängliga hos de olika programmen, innan den definitiva poängen angavs.

I SEFS är de 8 principer som IPS består av operationaliserade till 25 kriterier. Dessa är uppdelade i områdena *personal*, *organisation* och *insatser* (se bilaga 1). Varje kriterium skattas på en femgradig skala, där 1 = stämmer inte alls med IPS, och 5 = stämmer helt och hållet med IPS. Detta innebär att varje program kan få en total poäng mellan 25 och 125. Den totala poängen motsvarar fem kategorier:

115–125 poäng = stämmer mycket bra överens med IPS

100–114 poäng = stämmer bra överens med IPS

74–99 poäng = stämmer delvis överens med IPS

73 och mindre = stämmer inte överens med IPS

4.6.2 Programtrohetsskattning ACT

Vid skattningarna användes skalan *the Tool for Measuring Assertive Community Treatment* (TMACT), som har beskrivits av Monroe-DeVita, Teague & Moser (2012). TMACT är designad för att mäta de kärnkomponenter som ACT-modellen består av, och i datainsamlingen används en mix av olika källor (granskning av dokument, intervjuer med kliniker samt observation av teammöten). Skattningsskalans manual innehåller detaljerade instruktioner av vilka källor som ska användas när, samt förslag på frågor som skall ställas under intervjuerna. TMACT består av 46 kriterier uppdelade på de 6 delskalorna *organisation och struktur*, *identifiering av kärnkomponenter i ACT*, *specialistfunktioner i teamet*, *vårdens innehåll*, *användning av evidensbaserad praktik* samt *vårdplaneringens utformning och innehåll* (se bilaga 2). Varje kriterium skattas på en femgradig skala, där fyra poäng eller mer anses motsvara en hög programtrohet till ACT. Bengt Svensson och Urban Markström genomförde skattningarna oberoende av varandra, varefter de diskuterade resultaten tills konsensus angående bedömningarna uppnåddes.

4.7 Sustainable Implementation Scale – ett instrument för att studera implementering (artikel 3 och 4)

Som en del i forskningsprojektet utvecklade vi en skala som vi kallar *the Sustainable Implementation Scale* (SIS), vilken jag har använt mig av för att analysera implementeringen i artikel 3 och 4. SIS har designats för att identifiera ett programs närvaro av centrala implementeringskomponenter, och resultatet av SIS har även visat sig ha samband med ett programs organisatoriska överlevnad. För sitt syfte har skalan i pilottest visat sig ha hög reliabilitet och acceptabel intern konsistens. Utvecklandet och testandet av SIS finns beskrivet i en metodartikel (Markström et al., 2017). De implementeringskomponenter som återfinns i SIS är baserade på innehållet i fyra inom området implementeringsforskning kända ramverk (Damschroder et al., 2009; Durlak & DuPre, 2008; Fixsen et al., 2009; Meyers et al., 2012). I mitt avhandlingsarbete ser jag flera fördelar med att använda SIS, jämfört

med att enbart använda ett specifikt ramverk för att förstå implementering. En fördel är att den är utvecklad i en svensk kontext för integrerade insatser, och därmed speglar dessa förhållanden väl. En annan fördel är den konkreta operationaliseringen av implementeringskomponenter som skalan erbjuder, vilket gör det enkelt att jämföra ett stort antal program mellan varandra. Dessutom är SIS intressant att relatera till de programtrohetsskattningar vi har gjort av de studerade programmen. Programtrohetsskattningar anger hur pass nära ett program ligger den valda modellens grundprinciper, men en svaghet med skattningarna när det gäller att studera implementering, är att resultatet inte säger något om hur processen innan skattningen har sett ut eller om hur det kan vara möjligt att utveckla en verksamhet. SIS ger information om båda dessa frågor, vilket gör den till ett användbart redskap för att studera implementeringsprocesser.

Datinsamlingarna till SIS-skattningarna bestod av att vi i forskargruppen genomförde intervjuer med projektledare, samt studerade de olika programmens dokumentation vilken bestod av exempelvis projektansökningar och styrdokument. Då programmen som studerades i artikel 2 och 4 även var föremål för en fördjupningsstudie, genomfördes i dessa dessutom djupintervjuer med övrig personal och samverkanspartners. I SIS har de implementeringskomponenter som återfinns i ramverken kondenserats till 24 kriterier (tabell 1), vilka sedan sorterats i kategorierna *organisationsnivå*, *teamnivå* och *strategier för fortlöpande stöd*. Varje kriterium har operationaliserats för att möjliggöra bedömning av vad som krävs för att det ska anses vara uppfyllt. Vid bedömningarna skattades kriterierna på en tregradig skala, där 1 poäng = finns ej på plats, 2 poäng = delvis på plats, och 3 poäng = helt på plats. Detta innebär att varje program kan få en totalpoäng på mellan 24 och 72 poäng (organisationsnivå 12–36 poäng, teamnivå 7–21 poäng, och strategier för fortlöpande stöd 5–15 poäng). Vid poängsättningen av de studerade programmen diskuterades samtliga bedömningar inom forskargruppen tills konsensus uppnåddes.

Tabell 1

Kategorier och kriterier vilka ingår i SIS (Markström et al., 2017)

Komponenter på organisationsnivå

1. Bedömningar av behov av och tillgängliga resurser för att implementera modellen, 2. Erfarenheter av liknande modeller, 3. Modellens legitimitet i organisationen, 4. Modellens organisatoriska passform och möjlighet till anpassning, 5. Implementeringsklimat, 6. Samverkanskultur, 7. Beslutsfattares och opinionsbildares engagemang, 8. Tillgänglig expertis på ledningsnivå, 9. Tillgänglig extern expertis, "champion", 10. Politiska beslut och strategier för lokal finansiering, 11. En strategiskt sammansatt styrgrupp, 12. Engagemang från samverkanspartners.

Komponenter på teamnivå

1. Ändamålsenlig rekrytering av personal, 2. Kontinuitet beträffande personal och ledning, 3. Tillgänglighet till en ledare som stödjer modellen, 4. Stödjande samverkanspartners på klientnivå, 5. Konkreta strategier för spridning av information om modellen, 6. Feedback till finansiärer och beslutsfattare, 7. Utbildning och konsultation i metoden före och under tiden programmet drivs.

Strategier för fortlöpande stöd

1. Kontinuerlig fortbildning, 2. Metodhandledning och konsultation, 3. Återkommande programtrohetsskattningar, 4. Reserverad tid för utvärdering och reflektion, 5. Tekniskt och administrativt stöd.

4.8 Bedömningar av programmens organisatoriska hållbarhet

Wiltsey Stirman med kollegor (2012) har föreslagit att ett program kan anses etablerat vid en given tidpunkt om det initiala implementeringsstödet har tagits bort och programmets kärnkomponenter fortfarande har behållits, samtidigt som tillräcklig kapacitet för att bibehålla dessa finns uppbyggd. Vid bedömningarna av de studerade programmens hållbarhet (artikel 3 och 4), placerades de i någon av följande tre kategorier:

- a) Etablerat program. Ett lokalt finansierat program, vilket via ett formellt beslut är en del av det lokala välfärdssystemets ordinarie utbud, och har en hög programtrohet. När det gäller IPS bedömde vi att program som åtminstone delvis stämde överens med IPS hade tillräckligt hög programtrohet (det vill säga ≥ 74 poäng på SEFS). När det gäller ACT utgick vi från dokumentationen kring TMACT (Monroe-DeVita et al., 2012), där ett programtrohetsindex (det vill säga medelvärdet av poängen på delskalorna) på 4.0 eller mer anses som hög trohet till ACT-modellen.
- b) Delvis etablerat program. Vissa delar av modellen finns fortfarande kvar, men utan något beslut från politiker eller förvaltning om att ambitionen är att erbjuda stöd med hög programtrohet.
- c) Nedlagt program. Organisationen har återgått till de arbetssätt de tidigare använt sig av, eller håller på att utveckla andra modeller än IPS eller ACT för att ge stöd till målgruppen.

4.9 Forskningsprocedur, urval och materialinsamling

I följande stycken beskrivs de tillvägagångssätt som använts i de fyra artiklarna.

4.9.1 Artikel 1, *policystudien*

För att få förståelse för hur policy på området samhällsbaserade psykosociala insatser har hanterats av den högsta politiska nivån i Sverige valdes tre policydokument på regeringsnivå ut via en målinriktad urvalsprocess (Bryman, 2012). Via olika utredningar och arbetsgrupper har de senaste decennierna en stor mängd dokument och rapporter publicerats på området. Dessa har sannolikt haft större eller mindre inverkan på innehållet i de dokument som valdes ut för studien, men eftersom det är regeringen som slutgiltigt formulerar nationella policy- och lagstiftningsförslag var en målsättning med studien att ta reda på hur frågor om psykosociala insatser har hanterats på regeringsnivå. Med anledning av detta inkluderades endast dokument som var beslutade och undertecknade, samt presenterade regeringens heltäckande planer för utformningen av området. Valet att söka efter dokument från en tidsperiod som sträcker sig 20 år tillbaka i tiden gjordes för att täcka in de större förändringar som skett över tid på området – från den proposition som markerade psykiatrireformens startpunkt, till policyn från den post-avinstitutionella eran, och slutligen den handlingsplan som hanterade samtida utmaningar och strategier. Tre dokument uppfyllde kriterierna, och valdes följaktligen ut för studien:

- Dokument A: Regeringens proposition 1993/94:218, *Psykiskt stördas villkor* (Regeringen, 1994).
- Dokument B: Regeringens skrivelse 2008/09:185, *En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning* (Socialdepartementet, 2009).
- Dokument C: *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016* (Socialdepartementet, 2012).

De kategorier som identifierades i texterna var *målsättningar*, *önskvärd karaktäristik på psykosociala insatser*, *namngivna psykosociala insatser* samt *styrstrategier*. För att analysera återkommande aspekter av texternas latenta innehåll formulerade vi två teman, nämligen *governance* och *strategier för politisk riskhantering*. Relevanta textavsnitt sorterades under rubrikerna *policyskapande och implementering*, *styrning* och *politisk riskhantering* för att sedan användas som utgångspunkt för en riktad kvalitativ innehållsanalys av de teman som formulerats. För att få en ökad förståelse för hur beskrivningar av mål och medel har förändrats under de senaste 20 åren, använde vi dessutom en komparativ ansats för att analysera likheter och skillnader mellan de tre dokumenten.

Eftersom jag redan hade ett förutbestämt intresse för psykosociala insatser och styrstrategier kunde kodningen starta tidigt i processen, vilket ses som en fördel när det gäller att få förståelse för texters latenta innehåll (Bryman, 2012; Hsieh & Shannon, 2005).

4.9.2 Artikel 2–4, studier av implementering av insatser.

Till skillnad från artikel 1, som har skrivits utan koppling till annan pågående forskning, är det insamlade material som jag använt mig av i artikel 2–4 delvis detsamma som användes i det forskningsprojekt om implementeringen av de nationella schizofreni-riktlinjerna som jag deltog i. Utifrån att IPS gavs högsta prioritet i riktlinjerna utlyste Socialstyrelsen 2011 bidrag till de kommuner som avsåg starta upp IPS-program. Efter ett ansökningsförfarande beviljades 16 kommuner finansieringsbidrag och startade under 2012 upp sina IPS-program. 14 av dessa tackade ja till att delta i studien. De övriga två angav att de inte hade tillräckligt med tillgängliga resurser för att samla in data och delta i de intervjuer och skattningar som skulle göras. Det gjordes ingen motsvarande finansieringssatsning för ACT-modellen (trots att även den givits högsta prioritet i riktlinjerna), men tidsmässigt sammanföll vår studie med en samverkanssatsning i en svensk storstad, där ett team med ambitionen att erbjuda ACT med hög programtrohet skulle startas upp. Utifrån de premisserna beslutades att även det teamet skulle ingå i forskningsprojektet. Samtliga program följdes upp avseende programtrohet och implementering, dessutom deltog ACT-teamet och tre av IPS-programmen i mer ingående fördjupningsstudier. De procedurer samt strategier för datainsamling och analyser som använts i var och en av artiklarna presenteras nedan.

4.9.3 Artikel 2 - Studiedesign och datainsamling

För att möjliggöra en fördjupad studie av såväl kontextuell påverkan som själva processen vid implementeringen av IPS användes en multiple-case design (Yin, 2014), där tre program valdes ut. Ett målinriktat urval gjordes för att erhålla variation på de deltagande kommunernas geografiska läge och storlek:

- *Småstad* var ett IPS-program i en mindre kommun (ca 20 000 invånare) i norra Sverige.
- *Förstad* var ett IPS-program som drevs gemensamt av fyra förortskommuner i Mellansverige (totalt ca 200 000 invånare).
- *Mellanstad* var ett IPS-program som drevs av en kommun med 65 000 invånare i södra Sverige.

I artikeln har tre datainsamlingsstrategier använts, för att samla in både kvalitativt och kvantitativt material:

1. Av verksamheterna registrerade bakgrundsdata för deltagande individer.

IPS är utvecklat för och betraktas som evidensbaserad för personer med allvarlig psykisk sjukdom, vilket vanligen inkluderar personer med schizofreni och andra psykosjukdomar (Nygren, 2012). Därför använde vi den diagnos som hade registrerats vid inskrivningstillfället som en indikator för om IPS-programmen erbjöds till den avsedda målgruppen eller ej. Data avseende deltagarnas pågående psykiatriska stöd inkluderades också, då även detta ger en indikation på den psykiska funktionsnedsättningens allvarlighetsgrad.

2. IPS programtrohetsskattningar.

Programtrohetsskattningarna utfördes med hjälp av SEFS, enligt tidigare beskrivning.

3. Intervjuer om implementering.

Intervjuerna genomfördes vid programmets start, efter ett år, och efter ytterligare ett år. Totalt genomfördes 51 intervjuer med 90 informanter. 35 av intervjuerna gjorde jag på egen hand, Urban Markström stod för 5 stycken, och vi genomförde 11 stycken tillsammans. Intervjuerna spelades in digitalt för att sedan transkriberas ordagrant. Vissa intervjuer genomfördes i grupp, och andra individuellt (tabell 2). Vår ambition var att intervjua representanter från samtliga organisationer som var involverade i IPS-verksamheterna, men i vissa fall lyckades inte detta. Anledningen var att vissa tilltänkta organisationer (till exempel arbetsförmedling och brukarorganisationer) i praktiken aldrig blev involverade i en del av programmen. Under intervjuerna som gjordes 2012 fokuserade vi huvudsakligen på planering, lokala förutsättningar och uppstart av programmen, medan intervjuerna 2013 handlade om erfarenheter från projektets första år. Intervjuerna 2014 genomfördes ett halvår efter att det finansiella stödet från Socialstyrelsen hade upphört. Detta innebar att dessa intervjuer dels handlade om programmets utveckling det senaste året, och även den viktiga frågan om programmets etablering i reguljär verksamhet med tillhörande lokal finansiering. Den efterföljande sorteringen och analysen av materialet genomfördes utifrån en riktad innehållsanalys, med utgångspunkt i CFIR (Damschroder et al., 2009).

Tabell 2

Informanter som deltog i intervjuer om implementering vid programstart, efter 1 och efter 2 år (N=90)

Program	Småstad			Förstad			Mellanstad		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Projektledare	1	1	1	2	2	1	1	1	1
IPS Arbetsspecialister	2	2	2	3	3	2	4	4	4
Studie/yrkesvägledare	-	-	-	2	2	-	-	-	-
Psykiatripersonal	2	2	1	3	2	-	2	2	2
Chef kommun	1	1	1	4	4	2	2	2	3
Anställd	1	1	-	2	2	-	1	-	1
Försäkringskassa									
Arbetsförmedlare	1	-	-	-	-	-	-	1	1
Brukarorganisation	1	-	-	-	-	-	1	-	-
<i>Summa:</i>	9	7	5	16	15	5	11	10	12

4.9.4 Artikel 3.

Artikel 3 genomfördes i form av en prospektiv studie med mixad metod, och sträckte sig över tre års tid. Vi använde oss av kvalitativa data för att analysera materialet, samt kvantitativa data för deskriptiv statistik.

Skattningar av programtrohet genomfördes vid två tillfällen. Det första tillfället var när programmen varit i drift under cirka ett års tid och inkluderade 13 program. Ett program uppgav att de inte hade tillräckligt mycket tid tillgänglig för att ha möjlighet att delta. Den andra programtrohetsskattningen genomfördes efter ytterligare ett år, och då fyra program hade lagts ner vid tidpunkten bestod materialet av 10 program.

För att genomföra skattningar av programmets implementering och överlevnad samlades material in efter ett och tre år, genom att intervjuer med nyckelpersoner från varje program samt studier av styrdokument och kommunernas programansökningar genomfördes. Arbetet fördelades mellan mig och Urban Markström. De intervjuprotokoll som användes vid intervjuerna efter ett år, samt följande analys av implementeringsprocessen, var båda baserade på SIS. De data som samlades in vid intervjuerna efter tre år, användes för att bedöma programmets status efter tre års drift. För att identifiera uttalanden som illustrerade informanternas retrospektiva uppfattningar om vad de ansett som mest framgångsrikt, enkelt eller problematiskt med implementeringen av programmen, genomförde vi även en kvalitativ riktad innehållsanalys av det insamlade materialet. För att illustrera och utöka förståelsen av implementeringsprocesserna redovisades dessa uppfattningar sedan i form av citat i artikelns resultatredovisning. Den här designen gjorde det möjligt att studera på vilket sätt olika strategier som användes i ett tidigt skede av implementeringsprocesserna påverkade programmets

hållbarhet över tid. Då vår målsättning var att intervjua de individer som hade mest information om projektorganisationerna, gjorde vi ett ändamålsenligt urval av informanter. I de flesta fall innebar detta personer som hade rollen som projektledare och/eller chef. Vid den första intervjuomgången genomfördes telefonintervjuer som var 50–90 minuter långa med en person från åtta av programmen, och med två personer från tre program. I denna artikel inkluderades även de program som studerades i den tidigare beskrivna artikel 2, där mer utförliga intervjuer genomfördes. I den andra intervjuomgången, där intervjuerna var mellan 20 och 60 minuter långa, ställdes kompletterande frågor för att vi skulle få information om programmens nuvarande status, organisation, finansiering och administrativt stöd. För att validera intervjuaterialet studerade vi även de projektansökningar som varje program tidigare hade skickat in till Socialstyrelsen. Trots att en del program hade lagts ner vid tidpunkten för den andra intervjuomgången lyckades vi få kontakt med representanter från samtliga program så att intervjuerna kunde genomföras. Efter tre år bedömdes även programmens organisatoriska hållbarhet, utifrån tidigare beskrivna kriterier.

4.9.5 Artikel 4.

Vid tidpunkten för forskningsprojektets start fanns det oss veterligen endast ett initiativ i Sverige med ett uttalat syfte att implementera ACT med hög programtrohet. Detta gjorde att vi designade artikel 4 i form av en fallstudie. Precis som i artikel 2 och 3 genomförde vi programtrohetsskattningar, men denna gång utifrån skalan TMACT. Implementeringsprocessen skattades med hjälp av SIS. Liksom i artikel 2 genomförde vi intervjuer med inblandad personal, ledare och samverkanspartners, vilka användes för att göra riktade innehållsanalyser. Trots att det endast fanns ett team tillgängligt att studera, ansåg jag att det fanns flera anledningar till att en artikel om implementering av ACT var intressant för min avhandling. Dels för att modellen förespråkas i de nationella riktlinjerna, och dels för att den har många likheter med IPS som studerades i artikel 2 och 3. Dessutom är ACT den modell som specifikt omnämns av regeringen i ett av de dokument jag studerade i artikel 1.

Intervjuerna genomfördes efter ett år för att analysera implementeringen med hjälp av SIS. Efter ytterligare ett år genomfördes uppföljande intervjuer. Vid den här tidpunkten var resultatet på SIS detsamma, men uppföljningen försåg oss med kvalitativa data som var användbara för att beskriva och förstå teamets utveckling. Den riktade innehållsanalysen genomförde vi genom att kategorisera intervjuaterialet utifrån olika teman som var specifika dels för implementeringen och dels för ACT-modellen. Under de semistrukturerade intervjuerna användes därför intervjuguiden som dels innehöll frågor som baserades på SIS, och dels öppna, tematiska frågor.

Frågorna behandlade följande teman:

- Programmets bakgrund
- Bedömningar av behov
- Typ av stöd som tidigare funnits tillgängligt för målgruppen
- Planering
- Målgrupp
- Organisation
- Rekrytering
- Utbildning och handledning av personal
- Finansiering
- Förankring
- Samverkan
- Kliniskt arbete

I slutet av varje intervju ställde vi en öppen fråga om vilka omständigheter som informanterna ansåg varit mest hämmande och underlättande för en effektiv implementering. I stora drag hade samtliga intervjuguider samma innehåll, men tre olika versioner användes för att täcka in olika perspektiv: a) Processledare, b) Personal, samt c) Chefer och samverkanspartners. De längsta intervjuerna, med processledare och personal, varade i cirka 100 minuter. Övriga intervjuer varade i 30–60 minuter. Totalt genomförde vi 12 intervjuer med 26 informanter (tabell 3). Jag var intervjuare vid sju tillfällen, Urban Markström vid två, och tre intervjuer gjorde vi tillsammans. Efter tre år gjordes ännu en uppföljning. Då tog vi återigen kontakt med processledaren, för att bedöma teamets organisatoriska hållbarhet enligt tidigare beskrivna kriterier.

Tabell 3

Informanter i ACT-implementeringsstudien

	Efter ett år	Efter två år
Processledare	1	1
Team-medlemmar	4	8
Psykiatri, landstinget	2	1
Psykiatri, privat	1	1
Kommunchef	2	2
Samordningsförbundet	1	-
Brukarorganisation	1	1
<i>Summa:</i>	<i>12</i>	<i>14</i>

4.10 Etiska överväganden

När det gäller intervjuerna med personal, chefer och samverkanspartners i de olika programmen inhämtades informerat samtycke från samtliga intervjupersoner. Vi som ingick i forskargruppen var noggranna med att informera, både skriftligt och muntligt, om studiens syfte, hur materialet skulle användas och redovisas, samt om informanternas rätt att när som helst avbryta sitt deltagande i studierna. Vad gäller de programtrohetsskattningar vi genomförde informerade vi även där om vilka uppgifter som skulle bli synliga, samt att det kommer vara möjligt att se programtrohetsnivån för de olika programmen. Vår uppfattning var att detta inte på något sätt sågs som ett problem av de tillfrågade personerna som deltog i studierna. Tvärtom uttrycktes positiva kommentarer och intresse, då medlemmarna i de olika programmen såg materialet som spännande information att få ta del av, och som dessutom skulle kunna vara till hjälp i deras metodutveckling. Viljan var stor till att få möjlighet att synliggöra och ta del av de områden där programmen låg nära den originalmodell de utgick från i sitt arbete, men kanske ännu större till att få syn på de områden där avsteg gjordes. Flera informanter uttryckte att det var dem till hjälp för att få diskussionsunderlag till eventuella korrigeringar av sitt arbetssätt. De data rörande programmets brukare som används i min avhandling är enbart presenterade på gruppnivå, utifrån programmets avkodade inskrivningsdokument. Innan forskningsprojektets start diskuterades frågan om etisk prövning, bland annat med medlemmar i forskningsetiska nämnder i Lund respektive Umeå. Den sammantagna bedömningen gjordes att det ej förelåg skäl för prövning. De huvudsakliga skälen till bedömningen var att projektet följde forskningsetiska principer, var ett uppdrag från statlig myndighet, samt att inga experiment skulle förekomma. Det handlade istället om uppföljning av redan befintliga, etablerade insatser som prövats och redan används, utan att några risker rapporterats.

4.11 Metodreflektioner

Jag är huvudförfattare till de fyra artiklar som ingår i avhandlingen, vilket innebär att jag är den som har haft det huvudsakliga ansvaret för att utforma manuskript och genomföra ändringar i texterna. Mina handledare Urban Markström och Ulrika Bejerholm är medförfattare till alla fyra artiklar, och till artikel 4 är även Bengt Svensson medförfattare. Det var också vi fyra som arbetade med forskningsprojektet som syftade till att studera implementeringen av de nationella schizofreni-riktlinjerna (Socialstyrelsen, 2011), och som finns presenterat i en rapport med huvudtiteln *Implementeringen av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni* (Markström et al., 2015). I projektet fördelades både insamling och bearbetning av material mellan oss fyra. I projektet samlades en större mängd material in, och för att uppnå syftet med avhandlingen har jag i artikel 2, 3 och 4 använt mig både av material som jag har haft huvudansvaret för, och

sådant som andra i forskargruppen har ansvarat för. I programtrohetsskattningarna har jag endast delvis varit delaktig, men när det gäller insamlingen av material som handlar om implementeringen av de olika programmen har jag haft en större roll tillsammans med Urban Markström. Bland det första jag gjorde under min tid som doktorand var att utifrån forskningsöversikter och ramverk sammanställa en lista med faktorer som är betydelsefulla för implementering. Dessa faktorer använde vi sedan vid utformandet av intervjuguider och analysinstrument (vilket senare blev till SIS, vilken beskrivs i Markström med kollegor [2017], där jag är en av medförfattarna). Det material som de andra i forskargruppen har ansvarat för (individdata och programtrohetsskattningar) har jag alltså använt som komplement för att få ökad förståelse för implementering, vilket har varit mitt huvudsakliga fokus både i forskningsprojektet och i avhandlingen.

4.12 Styrkor och svagheter med metodval och tillvägagångssätt

Det finns både ett flertal förtjänster och brister i strategin att använda sig av ramverk och skalor för att studera implementering. En fördel är att de baseras på redan känd forskning om vad som underlättar respektive hämmar implementering. Detta gör arbetet tämligen enkelt att avgränsa, till exempel när det gäller att utforma intervjuguider. Ramverket CFIR beskriver vad som ingår i de olika domänerna relativt detaljerat, vilket underlättar analysen. Dessa egenskaper gör att jag anser att ramverket fungerade bra att använda till de kvalitativa analyserna i artikel 2. Men eftersom ramverket baseras på en stor mängd forskning från skilda områden blir innehållet på samma gång ganska övergripande och generellt hållet. Mycket av tolkningen och operationaliseringen av de teoretiska begreppen blir därför upp till den forskare som använder sig av ramverket att utföra.

Jämfört med CFIR är SIS, som användes i artikel 3 och 4, mer operationaliserad och konkret. Därigenom är SIS både lättanvänd, samtidigt som den synliggör implementeringskomponenterna på ett tydligt sätt. Det underlättade när det gällde att samla in och analysera data i en större mängd, och i kvantitativ form. När det gäller vissa komplexa frågor i SIS, exempelvis implementeringsklimat eller modellens legitimitet, blir dock skattningarna relativt grova. Till exempel kan en modells legitimitet variera mellan olika individer och mellan olika organisatoriska nivåer. Detta gör att de viktningar av informationen som görs för att kunna skatta den typen av komponenter på den tregradiga skalan i SIS leder till att en del av informationen går förlorad.

En svårighet för mig som forskare när det gäller att utgå från perspektivet implementeringsforskning, är att det stora antalet komponenter som har visat sig påverka implementering inte alltid är enkelt att överföra till ett enskilt fall. Det är lätt hänt att analysen leder till antagandet att precis *allt* har betydelse för

implementeringens resultat. Varken CFIR eller SIS säger heller något om samspelet mellan olika implementeringskomponenter. Detta gör det svårt att identifiera vad som varit mest betydelsefullt, det vill säga att hitta "implementeringens kärna", i de program som presenteras i min avhandling. Mitt tillvägagångssätt att även använda kvalitativt intervju-material, samt att på komponentnivå jämföra de olika programmen mellan varandra, har delvis rått bot på dessa brister. Detta har fördjupat förståelsen och därmed bidragit till ny kunskap. En annan begränsning i mitt tillvägagångssätt är att jag inte fördjupat mig särskilt mycket i nivån mellan policyformulering och utförande. Till exempel är det ingen tvekan om att de strategier som Socialstyrelsen använder sig av, och de avtal som skrivs med Sveriges Kommuner och Landsting, påverkar implementeringen på verksamhetsnivå. Där finns en tydlig kunskapslucka, vilken framtida forskning kan bidra till att fylla. Å andra sidan ger artikel 1 en fördjupad bild av vilka strategier regeringen förespråkade, och som ledde till att Socialstyrelsen publicerade de nationella riktlinjerna och utlyste de stimulansbidrag som var en utgångspunkt när de studerade programmen startades upp. Med den utgångspunkten finns en röd tråd i min avhandling, då jag både fördjupat mig i utformning av policy och i vad som sker i de organisationer som försöker omsätta de politiska målsättningarna i praktiskt arbete.

De 14 IPS-program som deltog i artiklarna representerar nästan alla program som erhöll stimulansmedel för att starta IPS. Detta betyder inte att de nödvändigtvis representerar samtliga IPS-program som redan drevs, eller som har startats upp efter den tiden. Valet att inhämta information från en nyckelperson från varje program kan diskuteras - om fler personer hade intervjuats också från de 11 program som inte deltog i fördjupningsstudierna kunde felkällor ha undvikits och informationen ha fördjupats ytterligare. Dock har dessa problem åtminstone delvis minimerats genom att urvalet av informanter skedde medvetet och noggrant, samt att den triangulering av datakällor som gjordes berikade materialet.

En annan fråga är studiernas naturalistiska ansats. Den var betydelsefull i och med målsättningen att studera hur de valda programmen lyckades etablera sig i ordinarie verksamhet (ibland kallat "real life implementation"), och därför är det viktigt att forskaren så långt det är möjligt undviker att påverka processen. När jag genomförde intervjuerna var jag noggrann med att förhålla mig så neutral som möjligt och att inte framföra egna åsikter eller förslag. Samtidigt gjorde de frågor jag ställde, som tydligt riktades mot implementeringstemat, att intervjuerna kan ha påverkat hur informanterna valde att agera framgent för att utveckla sina program. Dessutom gör valet att studera IPS-program som erhållit stimulansbidrag att utfallet kan ha blivit annorlunda, än om vi istället studerat program som startat upp med enbart lokal finansiering. Bidrag är dock en vanlig strategi för att stimulera uppstart

av nya verksamheter, och lokala myndigheter använder ofta dessa bidrag till att starta upp olika typer av program där projekttiden är förutbestämd (Jensen, Johansson & Löfström, 2013; Johansson, Löfström & Ohlsson, 2000). Därför är valet av verksamheter som erhållit bidrag i det här sammanhanget ändå att anse som ett naturalistiskt tillvägagångssätt, och representerar väl hur implementering i det svenska välfärdssystemet oftast går till.

Avhandlingens övergripande design i relation till implementeringsfrågor är också värd att diskutera. I många implementeringsstudier nöjer sig forskarna med att analysera vilka implementeringskomponenter som finns närvarande eller inte. Ett annat vanligt tillvägagångssätt är att välja ut ett specifikt område, till exempel interventionens karaktäristik, teamet eller organisationens förutsättningar att förändras. Dessutom finns även policyperspektivet, som ofta behandlar implementering från ett bredare perspektiv än det konkreta, kliniska arbetet. Mitt val att beröra samtliga dessa perspektiv riskerar både att leda till alltför allmänt hållna fynd, samtidigt som risken finns att indelningen i implementeringskomponenter gör analyserna reduktionistiska och att den sammanhållna bilden av resultatet blir otydlig. Samtidigt finns det förtjänster med de val jag har gjort. Skattningarna av implementeringskomponenter bidrog till att hitta vilka delar av implementeringen som varit betydelsefulla för programmen generellt. Analyserna av de mest betydelsefulla komponenterna samt intervjumaterial bidrog å sin sida till en fördjupad förståelse av utvecklingen av vart och ett av programmen. Mitt val att dessutom relatera policyfrågor på området till personalens arbete med specifika psykosociala insatser har bidragit till ny kunskap både om nuvarande möjligheter och svårigheter i välfärdssystemet, och i utvecklandet av detsamma.

Min ansats att använda både kvalitativt och kvantitativt material ger både fördelar och nackdelar. Till exempel är likheter och skillnader mellan kvalitativa och kvantitativa studiers reliabilitet, validitet och generaliserbarhet något som har diskuterats (Kvale, 2014; Ritchie & Lewis, 2003). Om jag hade valt att genomföra en renodlat kvantitativ avhandling hade jag förmodligen både kunnat använda mig av ett större material, och även genomfört fler statistiska analyser. Om jag istället hade gjort avhandlingen utifrån en renodlat kvalitativ ansats hade jag haft möjligheten till att få ett större djup i intervjuerna för att bättre förstå informanternas tankar, känslor och uppfattningar. Det är alltså möjligt att kritisera min avhandling från båda dessa perspektiv. Min uppfattning är dock att den mixade ansats jag använt mig av ger flera fördelar jämfört med att välja enbart kvalitativ eller kvantitativ metod. Till exempel erbjuder skattningarna av implementeringskomponenter och programtrohet en mer allmängiltig bild av implementeringsprocesserna jämfört med att enbart utgå från informanternas uppfattningar om sitt eget arbete.

Skattningarna gjorde det dessutom möjligt att jämföra de olika programmen på ett översiktligt sätt. De kvalitativa analyser jag har genomfört har bidragit med ett större djup, i och med att de ökat förståelsen och tydliggjort vad arbetet innebär för de individer och organisationer som arbetar med att implementera de modeller som ingår i avhandlingen. För att avhandlingen ska hålla en acceptabel kvalitet har ett flertal strategier som brukar anges som viktiga använts, till exempel triangulering av datakällor, transparens avseende forskningsprocedurer, deltagarvalidering och att dubbelkontrollera inom forskargruppen (Creswell, 2009).

En fråga som jag både funderat själv på och fått från andra forskare är den om mitt stora fokus på olika program och organisationer kan tolkas som att jag har glömt bort brukarna och deras perspektiv. Jag menar att så inte är fallet. Givetvis är det den nytta som brukarna har av insatserna som är det viktiga i slutändan, men det försvagar inte argumenten för varför de studier jag har gjort behöver göras. I detta talar mina resultat i stor utsträckning för sig själva, då både politiker, organisationsledningar och frontlinjepersonal är rörande överens om målsättningarna att erbjuda effektiva insatser, att samverka och att öka kunskapen om målgruppens behov. På samma gång finns det en rad hinder och knutar som tycks göra det arbetet svårt att genomföra i praktiken. Min förhoppning om att öka kunskapen om vad som händer mellan dessa ambitioner och den praktik där de genomförs, är att bidra till att lösa några av dessa knutar. När det gäller de föreslagna insatsernas effekter för brukarna finns det dessutom gott om studier som undersöker detta, såväl internationellt som nationellt.

5 Sammanfattningar av delstudiernas resultat.

Nedan presenteras sammanfattningar av avhandlingens delstudier, vilka har skrivits i form av fyra artiklar. Artikel 1 berör policyfrågor på regeringsnivå, och mer specifikt hur psykosociala insatser har beskrivits av regeringen samt vilka styrstrategier som formulerats för att omsätta policy till praktik. Artiklarna 2, 3 och 4 behandlar implementeringen av de specifika psykosociala insatserna IPS och ACT.

5.1 Artikel 1: Policy Changes in Community Mental Health: Interventions and Strategies Used in Sweden over 20 Years

Syftet var att med fokus på psykosociala insatser och politiska styrstrategier analysera hur regeringen under de senaste 20 åren har formulerat policyfrågor på området psykosociala insatser. Empirin bestod av tre policydokument som producerats av regeringen under den aktuella tidsperioden. Tabell 4 visar en översiktlig bild av artikelns huvudresultat, vilka beskrivs ytterligare i de stycken som följer.

Tabell 4

Regeringens policydokument på psykiatriområdet utifrån teman och kategorier relaterade till psykosociala insatser

	<i>Dokument A (1994)</i>	<i>Dokument B (2009)</i>	<i>Dokument C (2012)</i>
<i>Övergripande målsättning för insatser (kategori)</i>	Att förbättra individers livssituation och deltagande i samhället.	Kunskapsbaserad vård av god kvalitet som motsvarar människors behov.	Jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet.
<i>Insatsernas önskvärda karaktärsdrag (kategori)</i>	Vetenskapligt testade metoder. Kunskapen från psykiatri ska tas tillvara.	Baserade på evidens, hög kompetens, erfarenhet och individuell anpassning.	Baserade på bästa tillgängliga kunskap. Implementering av EBP.
<i>Specifika, namngivna psykosociala insatser (kategori)</i>	Diskuteras ej (förutom den experimentella insatsen personligt ombud).	Personligt ombud.	Personligt ombud, Case Management och ACT.
<i>Styrstrategier (kategori)</i>	Förändringar i lagstiftning. Stimulansbidrag för att stödja utvecklingen.	Förändringar i lagstiftning, stimulansbidrag, styrdokument, överenskommelser.	Riktlinjer, systematiska översikter, prestationsbaserade bidrag.
<i>Governance-strategier (tema)</i>	En relativt autonom stat.	En mix av statens ansvar samt en mobilisering av andra aktörer.	En hög grad av nätverksstrategier. Staten "styr, men rör inte".
<i>Identifierade styrstrategier (tema)</i>	Shotgun. Ett stort mått av handlingsutrymme lämnas till involverade myndigheter.	Shotgun. Förtydligande av statens roll att stimulera och granska.	Shotgun. Egna ansträngningar och andras ansvar lyfts fram. "Delegerat nätverkande".

Sammanfattningsvis handlar målsättningarna i dokument A, vilket regeringen lämnade till riksdagen året före psykiatrireformen, i första hand om klargörande av ansvarsområden, organisering av vård- och stödsystemet, samt identifierade behovsområden hos brukarna. En hörnsten i dokumentets innehåll är frågor som behandlar ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting. Där slogs det fast att landstingen är ansvariga för den medicinska vården, medan kommunerna är ansvariga för att erbjuda psykosocialt stöd till målgruppen. Ansvaret för arbetsrehabilitering ansågs vara delat mellan kommuner, arbetsgivare, försäkringskassa och arbetsförmedling.

I dokument B sammanfattades de senaste årens satsningar, och riktningen för den öronmärkta finansieringen fastställdes för de kommande åren. Det slogs fast att den erbjudna vården skall vara av god kvalitet, varierad, kunskapsbaserad och anpassad för att möta brukarnas behov.

Syftet med dokument C var att "genom stöd till strategiska insatser inom vård och omsorg skapa förutsättningar för ett långsiktigt förändringsarbete som kan ge hållbara vinster för framtiden" (s. 4). Kopplat till dokumentet finns även en handlingsplan som skrevs 2012 av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Den hade som målsättning att skapa långsiktiga strukturer för att stödja kommuner och landsting i deras fortsatta styrning och utveckling av området. Regeringen och SKL undertecknade även en bred överenskommelse för att hitta effektiva former för samverkan mellan berörda myndigheter (Socialdepartementet & SKL, 2013).

5.1.1 Psykosociala insatser

Samtliga dokument lyfter fram tre prioriterade områden för psykosocialt stöd, nämligen sysselsättning/arbete, boende och personligt stöd. Ett återkommande tema för att kunna erbjuda effektiva insatser är att öka personalens kunskap och kompetens. I övrigt finns det både likheter och skillnader i hur psykosociala insatser hanteras i de tre dokumenten, vilka beskrivs nedan.

I och med att det var kommunerna som enligt psykiatrireformens intentioner ålades att erbjuda den för tiden nya typen av samhällsbaserade psykosociala insatser, ledde de målsättningar som angavs i dokument A till en stor ökning av kommunernas ansvar. I finansieringsfrågan tog staten på sig en huvudroll. Svaret på frågan om hur staten hanterade psykosociala insatser vid den här tiden kan sammanfattas med att de bidrog med generösa summor pengar och lämnade ett stort mått av handlingsutrymme till de lokala myndigheterna när det gällde att välja hur pengarna skulle användas. Regeringen angav vilka områden som skulle prioriteras, men kommunerna och landstingen fick stor frihet i att avgöra på vilka sätt stödet skulle planeras, utformas och erbjudas. Enligt dokument A var det viktigt att stödet skulle baseras på vetenskapligt testade metoder, men vilka dessa metoder skulle vara specificerades ej. En anledning till det kan vara att området samhällsbaserade psykosociala insatser var relativt nytt och utforskat vid tidpunkten, något som regeringen också berörde i dokumentet: "Kunskaper om och metoder för hur psykiskt störda kan integreras i samhället har varit bristfälliga eller – i de fall där sådana funnits – inte förts vidare från den psykiatriska vården till andra vårdgivare" (s. 11). De kunskaper och metoder man kände till var alltså baserade på den specialiserade psykiatrin och dess institutioner. I och med den begränsade precisionen och konkretionen i dokument A, ges inte någon klar bild över vilka typer av psykosociala insatser regeringen önskade implementera.

Dokument B publicerades 15 år efter dokument A, och regeringen uttryckte där missnöje över den takt i vilken kunskapsutvecklingen på området hade gått framåt. Det konstaterades bland annat att det enligt SOU 2006:100 "finns en betydande okunskap om rehabilitering av personer med psykisk funktionsnedsättning hos samtliga huvudmän" och att "utöver detta uppvisar många statliga och landstingskommunala verksamheter bristfällig kunskap om målgruppen, om effektiviteten och syftet med den egna verksamhetens aktiviteter" (s. 18). Som en följd av dessa beskrivna kunskapsluckor lade dokument B, precis som det tidigare dokumentet, stor vikt vid att kunskap och kompetens skulle ökas. En skillnad jämfört med dokument A är dock att det stöd som förespråkades åtminstone i viss mån hade beskrivits tydligare, bland annat nämndes att innehållet i insatserna skulle karaktäriseras av evidens och kompetens, erfarenhet och individuell anpassning. Enligt dokumentet existerade det vid tidpunkten olika typer av evidensbaserade insatser, och därför förespråkade regeringen litteratursammanställningar för att göra denna kunskap tillgänglig för de ansvariga myndigheterna. Sammanfattningsvis är en skillnad jämfört med det tidigare dokumentet, att dokument B istället för att enbart betona att kunskapen måste öka, också började definiera vad begreppet kunskap refererar till och även göra en plan för hur och var den önskade kunskapen skulle göras tillgänglig för personalen.

I dokument C gavs grupperna *barn och unga* samt *personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik* extra prioritet. I dokumentet förekommer ett fåtal exempel på stöd till dessa grupper, men de faktiska insatserna beskrivs precis som i tidigare dokument i första hand utifrån termer som kompetensutveckling, samverkan, kvalitet och system för uppföljning. Till skillnad från tidigare finns det dock några exempel på att regeringen avsåg förtydliga vad som menas med evidensbaserad kunskap och psykosociala insatser, till exempel när de beskrev att det enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL ska genomföras "ett projekt som syftar till att stödja kommuner och landsting att utveckla integrerade verksamheter, som t.ex. Assertive Community Treatment (ACT) och Case Managers" (s. 13). Förutom att vara ett exempel på en högre grad av tydlighet, visar det citatet även på en fortsatt ambition att implementera integrerade evidensbaserade insatser och att kommunerna och landstingen skulle ansvara för själva utvecklingsarbetet.

5.1.2 Strategier för styrning och politisk riskhantering

I dokument A föreslog regeringen en uppdatering av socialtjänstlagen. Denna skulle förtydliga kommunernas ansvar för att planera sina insatser och att samverka med landstingen för att stödja människor med psykiska funktionsnedsättningar liksom fallet är när det gäller fysiska funktionsnedsättningar. De styrstrategier som dominerar i dokumentet är främst nyttjandet av stimulansbidrag. Samtidigt betonas

vikten av utvärdering, samt ett förtydligande av olika myndigheters ansvar (ordet *ansvar* förekommer 359 gånger i dokumentet). Utifrån nyttjandet av stimulansbidrag kombinerat med att ett stort mått av handlingsutrymme lämnades till de olika aktörerna är det uppenbart att en single-bullet approach inte användes för att styra utvecklingen av psykosociala insatser. Istället använde sig regeringen av en shotgun approach, och verkade dessutom så långt som möjligt försöka fördela ansvaret på andra myndigheter.

I dokument B introducerade regeringen en plan för att stödja myndigheter i att förbättra kvaliteten på deras insatser och att hitta långvariga strategier för utveckling, organisering och finansiering. Planen skulle skrivas tillsammans av berörda myndigheter, och målet var att utveckla ett system för öppna jämförelser samt att skapa kvalitetsindikatorer. Liksom i dokument A användes företrädesvis mjuka styrstrategier, men en skillnad är att det i dokument B förekommer ett större mått av konkretion och tydlighet. När exempelvis kompetensutveckling diskuteras förekommer det i dokumentet förslag på att utöka platserna på psykologprogrammet, och kunskapsinnehållet förtydligades genom beskrivningar av att det som avses bland annat är kunskap om psykiatrisk problematik och verk samma metoder. Jämfört med dokument A tog policymakarna ett större ansvar för att uttrycka vad de önskade uppnå, men samtidigt var de fortfarande tämligen riskmedvetna. Strategier som användes för att hantera politiska risker var återigen att sprida riskerna genom att föreslå en mängd olika satsningar, och också att genom nätverksstrategier se till att fördela ansvaret för att planera den fortsatta utvecklingen till andra.

Även i dokument C uttrycks ambitionen att fortsättningsvis fördela stimulanspengar och att öka kunskapen på området, men en tydlig skillnad jämfört med tidigare dokument är att regeringen tydligare definierade *var* den önskvärda kunskapen stod att finna. Till exempel förespråkades att myndigheterna skulle använda sig av de riktlinjer och kunskapsöversikter som hade utvecklats de senaste åren. I dokumentet redovisades även en rad överenskommelser mellan regeringen och SKL, där en central del var den breda årliga överenskommelsen *Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa*. Enligt den överenskommelsen skulle de planerade bidragen kopplas till en prestations- och resultatbaserad modell där kraven och målsättningarna stegvis skulle öka. Gällande styrstrategier består de mest framträdande förändringarna i dokument C av 1) konkretiserade mål, inklusive namngivna psykosociala insatser, 2) hårdare styrstrategier vilka exemplifieras av prestationsbaserade bidrag och 3) ett utökat användande av nätverksstrategier och uppmaningar till ansvarstagande, vilket exemplifieras av överenskommelserna med SKL och följande två citat:

Det räcker emellertid inte med att enbart regeringen prioriterar det aktuella området. För att åstadkomma en förbättrad livssituation för personer med psykisk ohälsa krävs handlingskraft, mobilisering och initiativförmåga hos alla inblandade aktörer, dvs. regering, myndigheter, landsting och kommuner samt det civila samhället. (s. 4)

Även om det är staten som sätter ramarna för hälso- och sjukvården och socialtjänsten så är det landstingen och kommunerna som har huvudansvaret för att organisera sina verksamheter så att alla invånare får tillgång till en god vård och omsorg. (s. 8)

Regeringens bidrag i utvecklingen beskrevs som att hjälpa, stödja och underlätta utvecklingen inom prioriterade områden. Vid läsning av dokumentet är det slående att regeringen var mån om att visa tydlighet och kraft, och på samma gång förstärka sin roll som "granskaren" och "den välvilliga underlättaren". På många platser i dokumentet betonas att det faktiska ansvaret för att utveckla och organisera de av regeringen förespråkade insatserna ligger hos andra – återigen en styrstrategi som visar på kraftfullhet från regeringen på samma gång som ett minimerande av politiskt risktagande uppnås.

Sammanfattningsvis beskriver dokument A i första hand *vem* som ska ansvara för psykosociala insatser, medan dokument B fokuserar mer på *vad* som ska göras, och dokument C beskriver åtminstone i någon utsträckning *hur* arbetet ska utföras.

5.2 Artikel 2: Critical Components in Implementing Evidence-based Practice: A Multiple Case Study of Individual Placement and Support for People with Psychiatric Disabilities

Implementeringen av tre IPS-program – Småstad, Förstad och Mellanstad – studerades. Syftet var att beskriva och analysera för implementeringsprocessen betydelsefulla komponenter på organisations- och teamnivå, samt att diskutera hur de påverkar programtrohet och programmets organisatoriska hållbarhet.

5.2.1 Målgrupp

IPS-modellen är utvecklad för att stödja människor med allvarliga psykiska problem. I de randomiserade kontrollerade studier som visat att IPS är en effektiv modell, hade mellan 70 och 80 procent av deltagarna i programmen schizofreni/psykosproblematik, och merparten av övriga hade affektiv problematik (Bejerholm et al., 2015; Crowther et al., 2001; Kinoshita et al., 2013). I de tre program som studerades i artikel 2, såg sammansättningen av målgruppen

annorlunda ut: Ingen av deltagarna i Småstad hade diagnosen schizofreni/psykos. Istället var neuropsykiatrisk problematik vanligast förekommande, följt av personer utan någon psykiatrisk diagnos. Neuropsykiatrisk problematik var också vanligast förekommande bland deltagarna i Förstad, följt av affektiv problematik. I Mellanstad var affektiv problematik vanligast förekommande, följt av neuropsykiatrisk problematik. Målgruppen skiljde sig alltså från de nämnda internationella studierna om IPS. Dock hade de flesta personer en pågående kontakt med psykiatri när de skrevs in i programmen (73% i Småstad, 82% i Förstad, och 90% i Mellanstad).

5.2.2 Programtrohet och organisatorisk hållbarhet

Vid den första programtrohetsskattningen stämde Småstad och Förstad delvis överens med IPS, medan Mellanstad stämde bra överens med IPS (tabell 5). Generellt skattades de kriterier som är relaterade till personal högre än de som är relaterade till organisation. Detta gällde i synnerhet för Småstad och Förstad, medan Mellanstad utmärkte sig med ett bättre resultat avseende organisationen. Vid den andra skattningsomgången hade både Småstad och Förstad lagt ner sina IPS-program. Småstad utförde ändå en andra skattning av det rehabiliteringsprogram som fortfarande bedrevs, men då ambitionen att bedriva programmet enligt IPS inte längre fanns kvar, var det ganska naturligt att programtroheten nu var lägre. IPS-programmet i Mellanstad fanns dock fortfarande kvar, och hade dessutom uppnått en högre programtrohet vid den andra skattningen.

Tabell 5

Programtrohet och organisatorisk överlevnad för IPS-program

	Småstad		Förstad		Mellanstad	
Skattningsomgång	1	2	1	2	1	2
Programtrohetsskattning, SEFS	81	67	89	-	101	109
Programmet etablerat vid tillfället	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja

5.2.3 Implementeringen

Småstad

De inre förutsättningarna präglades i Småstad av en ambitiös satsning, vilket bland annat kännetecknades av en engagerad och kunnig projektledare, medvetet rekryterad personal, samt utbildningssatsningar i modellen. Teamet bedrev även ett omfattande informationsarbete för att nå ut till samverkanspartners och presumtiva deltagare. Programmet fick dock aldrig något större genomslag på ledningsnivå eller bland de myndigheter som var nödvändiga för en ändamålsenlig samverkan. Därför blev heller aldrig IPS-principerna som handlar om integrering med psykiatri och arbetsförmedlingen möjliga att implementera. Trots att personal och projektledare gjorde sitt yttersta för att hitta samverkansformer på teamnivå, gjorde det bristande genomslaget på organisatorisk nivå att ingen var intresserad av att finansiera programmet lokalt, vilket gjorde att det lades ner när de statliga stimulansmedlen tog slut.

Förstad

De flesta informanter från de inblandade organisationerna berättade att de uppskattade initiativet att starta upp ett IPS-program, men ett flertal ansåg också att det fanns problem både med organiseringen av själva projektet och med IPS som modell. Problemen som rörde organisering handlade främst om samverkan mellan de inblandade myndigheterna. Problemen med IPS som modell handlade om att legitimiteten var begränsad hos flera inblandade individer, då de menade att traditionella rehabiliteringsmodeller som utgår från en trappstegsmodell ofta var mer realistiska för målgruppen. Samtidigt fanns det flera bland personalen som var väldigt positiva till modellen och menade att IPS "passade som hand i handske" för deras verksamhet. Organisationen kring IPS-programmet sågs som alltför tungrodd och komplex, vilket bland annat berodde på att fyra kommuner med stora geografiska avstånd drev projektet tillsammans. De övriga inblandade myndigheterna hade dessutom andra geografiska upptagningsområden än kommunerna. Dessutom varierade intresset för att delta i IPS-arbetet, både mellan olika organisationer och olika individer. På ledningsnivå fanns överlag en begränsad vilja till att bidra med resurser i form av personal och pengar, vilket bidrog till finansieringsproblem som slutligen ledde till att programmet lades ner när projektpengarna tagit slut.

Mellanstad

Innan programmet startades rekryterades fyra arbetsspecialister, vilka handplockades med utgångspunkt i att de ansågs ha stor förmåga till att arbeta självständigt, hade kunskaper om supported employment, och ansåg att IPS var en attraktiv arbetsmodell. Både arbetsspecialisterna och ett flertal andra personer från

de inblandade organisationerna gick en utbildning i IPS innan programmet startades. Programmet styrdes och följdes upp av två styrgrupper, varav en på teamnivå och en på chefsnivå. Teamet hade veckovisa möten där programmets utveckling diskuterades, och de genomförde även kontinuerliga programtrohetskontroller för att identifiera möjliga förbättringsområden. Överlag fungerade samverkan mellan de inblandade myndigheterna bra. En anledning till det var enligt informanterna att arbetsspecialisterna jobbade mycket utåtriktat för att informera om programmet och bygga relationer med personal från andra myndigheter. Andra framgångsfaktorer som många lyfte fram var dels att kommunen var lagom stor, samt att många bland personalen redan kände varandra i och med att de drivit ett flertal tidigare samverkansprojekt tillsammans. Flera av de äldre medarbetarna hade dessutom arbetat tillsammans på det mentalsjukhus som tidigare fanns på orten, och de hade fortsatt att samarbeta efter avinstitutionaliseringen trots att de då blev anställda på flera olika myndigheter. När stimulansbidragen från Socialstyrelsen upphörde överfördes resurser från dagcenterverksamheter till IPS-programmet, som i och med detta kunde implementeras som en lokalt finansierad, reguljär verksamhet.

Sammanfattningsvis riktades huvuddelen av programmets insatser till andra målgrupper än den som förespråkas för IPS. I Småstad bedrevs ett ambitiöst program på teamnivå, men det fick aldrig önskat genomslag hos ledning eller samverkanspartners. Förstad präglades av en komplex organisationsform, motstridiga målsättningar, och stora skillnader mellan inblandade organisationer och individer gällande deras engagemang för programmet. Programmet i Mellanstad kännetecknades av en i de flesta fall strategisk planering, god resurstilldelning och en stor vilja hos samtliga inblandade till att prioritera utvecklingen av programmet. Sammantaget bidrog detta till den lyckade implementeringen. Beträffande programtrohet uppnådde alla tre programmen bra resultat i sektionen personal i SEFS, däremot var det endast Mellanstad som uppnådde tillräckligt höga poäng i sektionerna organisation och IPS-verksamheter för att totalt sett stämma bra överens med IPS-modellen. Detta var också den enda av verksamheterna som fanns kvar vid det andra uppföljningstillfället. Resultatet visar att en integrerad modell som IPS är möjlig att implementera i ett sektoriserat vård- och stödsystem. Ett idogt arbete av projektledare och arbetsspecialister verkar kunna räcka långt för att uppnå hög programtrohet på teamnivå, men för att uppnå samma resultat på organisationsnivå och dessutom få utvecklingen av programmet att hålla i sig, är teamen precis som CFIR (Damschroder et al. 2009) anger beroende av stöd från ledning, den egna organisationen och även samverkanspartners.

5.3 Artikel 3: Implementation of Evidence-Based Interventions: Analyzing Critical Components for Sustainability in Community Mental Health Services

14 IPS-program följdes under tre års tid. Implementering, programtrohet och programmens organisatoriska hållbarhet studerades. Syftet var att analysera kritiska implementeringskomponenter på olika organisatoriska nivåer för att erhålla en ökad förståelse för hur en hållbar implementering av evidensbaserade psykosociala insatser kan nås.

5.3.1 Huvudresultat

Vid treårsuppföljningen var 6 av de 14 studerade programmen implementerade i form av etablerade verksamheter i det lokala stödsystemets reguljära utbud. Tre program bedömdes som delvis etablerade, medan fem program hade lagts ner. Nedan redovisas först en översikt av programmens programtrohet enligt SEFS, samt programmens status vid treårsuppföljningen. Sedan följer en diskussion om vilka implementeringskomponenter från SIS som tycks ha haft störst betydelse för utfallet. Eftersom en av målsättningarna med artikeln var att studera vilka komponenter som har betydelse för organisatorisk hållbarhet, består ett flertal delar av resultatredovisningen av jämförelser mellan etablerade IPS-program och ej etablerade IPS-program. I de jämförelserna har de program som skattats som delvis etablerade inkluderats i gruppen ej etablerade.

Programtrohetsskattningarna visade att samtliga program stämde delvis eller bra överens med IPS efter ett år (förutom program nummer 13, som aldrig gjorde någon skattning). Generellt skattades kriterierna i området organisation lägre än de övriga, och drog därför ner den totala poängen för många av programmen. Vid den andra skattningen hade fyra program lagts ner. Åtta av de nio program som fortfarande var aktiva och genomförde skattningar hade nu högre poäng än vid den första skattningen (tabell 6).

Tabell 6

IPS programtrohet (SEFS), efter ett och två år, samt programmens status efter tre år

Program	Programtrohet efter 1 år	Programtrohet efter 2 år	Etablerat efter 3 år
1	97	104	Ja
2	86	92	Ja
3	102	108	Ja
4	101	110	Ja
5	88	96	Ja
6	93	100	Ja
7	92	100	Delvis
8	83	80	Delvis
9	82	89	Delvis
10	80	-	Nej
11	77	-	Nej
12	81	67	Nej
13	-	-	Nej
14	89	-	Nej

115–125 poäng = stämmer mycket bra överens med IPS

100–114 poäng = stämmer bra överens med IPS

74–99 poäng = stämmer delvis överens med IPS

73 och mindre = stämmer inte överens med IPS

5.3.2 Skattningar av implementeringskomponenter

Tabell 7 på nästa sida ger en översiktlig bild av den totala skattningen av implementeringskomponenter enligt SIS efter ett år. I nästkommande stycken diskuteras skillnaden vad gäller närvaro av implementeringskomponenter mellan de etablerade och de ej etablerade programmen. De komponenter som tycks ha haft störst betydelse för utfallet har givits mest utrymme i texten.

Tabell 7

SIS-skattningar av 14 IPS-program efter ett år (Markström et al., 2017).

Bedömda komponenter (n=14 på varje komponent)	Antal program som skattade "inte på plats"	Antal program som skattade "delvis på plats"	Antal program som skattade "helt på plats"
Organisationsnivå			
1. Bedömning av behov och resurser	4	5	5
2. Erfarenheter av liknande modeller	6	6	2
3. Modellens legitimitet	4	6	4
4. Modellens passform	4	6	4
5. Implementeringsklimat	7	2	5
6. Samverkanskultur	1	10	3
7. Engagemang ledning/beslutsfattare	3	6	5
8. Expertis på ledningsnivå	6	6	2
9. Extern expertis	6	4	4
10. Finansieringsstrategi	7	3	4
11. Styrgrupp	3	7	4
12. Engagemang samverkanspartners	0	13	1
Teamnivå			
1. Rekrytering	1	4	9
2. Kontinuitet personal/ledning	5	2	7
3. Ledare	3	4	7
4. Samverkan klientnivå	0	9	5
5. Informationsspridning	0	7	7
6. Feedback finansärer/beslutsfattare	1	7	6
7. Utbildning i metoden	0	5	9
Fortlöpande stöd			
1. Kontinuerlig fortbildning	5	7	2
2. Metodhandledning	1	7	6
3. Programtrohets-skattningar	2	5	7
4. Tid för utvärdering och reflektion	1	4	9
5. Tekniskt och administrativt stöd	0	2	12

Komponenter på organisationsnivå

På organisationsnivå hade de etablerade programmen signifikant högre totalpoäng i SIS jämfört med de program som ej etablerats (Markström et al., 2017). De komponenter där skillnaden var störst var modellens *legitimitet* och *organisatoriska passform*, organisationens *implementeringsklimat*, *extern expertis*, *styrgrupp*, *samverkanspartners*, och *finansieringsstrategi*. Under de kvalitativa intervjuerna var det också många informanter från de ej etablerade programmen som beskrev svårigheter rörande implementeringen av dessa komponenter, men beskrivningarna om vad som var problematiskt varierade. Till exempel berättade flera personer att det var svårt att erhålla legitimitet för IPS bland samverkanspartners. Andra menade att legitimitetsproblemen främst var kopplade till den egna moderorganisationen i och med att IPS kunde ses som en konkurrent om befintliga resurser och ansvarsområden. Komponenten *styrgrupp* fanns på plats i fem av de sex etablerade programmen, och i inget av ej etablerade. En engagerad styrgrupp som tar ansvar för ett programs utveckling verkar vara centralt, eftersom styrgruppens arbete påverkar en rad andra komponenter som till exempel programmets legitimitet, samverkansstrategier och beslut rörande finansiering. En strategi för lokal finansiering blir förr eller senare avgörande för ett programs överlevnad. Sju program saknade en sådan strategi vid ettårsuppföljningen, och av dessa var det endast ett som fanns kvar vid treårsuppföljningen.

Komponenter på teamnivå

Även på teamnivå fanns en signifikant skillnad i SIS-resultatet mellan de etablerade och de ej etablerade programmen. De största skillnaderna rörde komponenterna *engagerad ledare*, *feedback till beslutsfattare* och *kontinuitet bland personal och ledning*. En närvarande ledare utför många viktiga uppgifter och har därför en betydelsefull roll i implementeringen. I de flesta av programmen fungerade projektledarna både som arbetsledare, samverkanskoordinatorer och utvecklingsansvariga. I några fall blev projektledarna handplockade för uppgiften redan innan programmen startades, och då hade projektledarna även viktiga roller när det gällde själva uppstarten av programmen. De team som hade komponenten kontinuitet i personalgruppen på plats reflekterade inte särskilt mycket över den, men i de program som inte hade den komponenten på plats var den en desto större fråga och ansågs vara ett stort hinder för effektiv implementering. En projektledare beskrev att den stora personalomsättningen på grund av att anställda bytte jobb, var sjukskrivna och föräldralediga hade tvingat dem att "starta programmet om och om och om igen", vilket försvårade progressionen.

Fortlöpande stöd

I likhet med de andra nivåerna i SIS fanns även här en statistiskt signifikant skillnad i resultat mellan de etablerade och de ej etablerade programmen. Komponenterna

på den här nivån är av relativt konkret karaktär, och designade för att stödja teamen. Ett team som har dessa komponenter på plats kan lägga större delen av sin tid och energi på operativt arbete och att utveckla programmet enligt den valda arbetsmodellen, istället för att försöka lösa frågor av mer praktisk natur. Möjligheterna till kontinuerlig träning och handledning till personalen varierade mellan programmen, och var lägst bland de program som inte hade någon plan för långsiktig finansiering. Den största skillnaden mellan etablerade och ej etablerade program var komponenten *programtrohetsskattningar*. Efter ett år hade samtliga program som senare etablerades en plan för hur de kontinuerligt skulle skatta programtrohet, medan endast ett av de program som lades ner hade det. Informanterna beskrev att programtrohetsskattningarna var betydelsefulla när det gällde att identifiera förbättringsområden i sitt arbetssätt för att bli bättre på att följa IPS-modellens principer. Flera projektledare beskrev att en annan fördel med skattningarna var att de kunde användas i rapporteringen till styrgruppen, samt att ett positivt resultat möjligen kunde öka chanserna till positiva beslut angående fortsatt finansiering.

5.4 Artikel 4: Complex Interventions and Interorganisational Relationships: Examining Core Implementation Components of Assertive Community Treatment

Implementeringen av ett ACT-team i en storstad följdes under tre års tid. Syftet var att undersöka huruvida implementering av ACT med hög programtrohet är möjlig i ett sektoriserat vård- och stödsystem, och att identifiera vilka komponenter som är betydelsefulla för implementering och organisatorisk hållbarhet, samt effekterna av interorganisatoriska relationer.

Förberedelser och planering

Sedan flera år tillbaka fanns en lokal samverkans- och planeringsgrupp för psykiatrirfrågor. Den bestod av representanter från ett antal intressenter, inklusive socialtjänsten och psykiatrin. Utvecklingen och utbudet av psykosociala insatser var exempel på frågor som diskuterades i gruppen, och beslutet om att implementera ACT togs efter en längre tids planeringsarbete som bland annat inkluderade betydelsefulla implementeringskomponenter som bedömningar av behov, tillgängliga resurser samt de berörda organisationernas klimat och kapacitet. Efter att ett samverkansavtal slutits mellan intressenterna startade en process med den uttalade målsättningen att bygga upp ett team som skulle erbjuda ACT med hög programtrohet. Planeringsgruppen omvandlades till en styrgrupp för programmet, och en tidigare anlitad expert på CM rekryterades som processledare för teamet som startades 2012.

Analys av implementeringskomponenter

Sammanfattningsvis fick ACT-teamet höga poäng både vad gäller implementeringskomponenter och programtrohet. Vid den sista uppföljningen var teamet dessutom en etablerad del av det lokala vård- och stödsystemet. Resultatet av de kvalitativa intervjuerna visade dock på många svårigheter och problematiska ställningstaganden i utformningen av team och arbetsrutiner. När det gäller implementeringskomponenter skattades teamet högt efter ett år, med totalt 67 poäng av maximala 72 (tabell 8). Resultatet på SIS hade inte förändrats vid uppföljningen efter två år.

Tabell 8

ACT-teamets implementeringsresultat på SIS efter ett år

Delskala SIS	Poäng
Organisation (Max 36 p)	35
Team (max 21 p)	18
Fortlöpande stöd (max 15 p)	14
Totalpoäng (Max 72 p)	67

På organisationsnivå angavs att samverkan med andra enheter inom psykiatrin fungerade tillfredsställande. Samverkan med socialtjänsten angavs som mer diffus, både på grund av att deras organisation sågs som komplex och att de stödboenden de bedrev delvis överlappade teamets ansvarsområden vilket försvårade ansvarsfördelningen. Den höga SIS-poängen på organisationsnivå visar på att många av de komponenter som i IPS-studierna visat sig vara svåra att få på plats hade implementerats i ACT-teamet. Som exempel kan stödjande ledning och politiska beslut, samt implementeringsklimat och samverkanstraditioner nämnas. Den enda komponenten som inte fick maximala tre poäng i den här delskalan var modellens organisatoriska passform. Om målsättningen är att uppnå maximal programtrohet indikerar detta att ytterligare justeringar av organisationen kan behöva göras. Komponenter som fanns på plats på teamnivå och som angavs som särskilt betydelsefulla handlade bland annat om teamets sammansättning och processledarens roll. Många informanter lyfte fram teampersonalens och processledarens formella kompetenser, men även deras höga ambitionsnivåer när det gällde att hitta sina roller i teamet, jobba hårt och samverka ansågs viktigt. På delskalan fortlöpande stöd fanns samtliga komponenter förutom administrativt stöd helt på plats.

Programtrohet

De som utvecklat programtrohetsskalan TMACT (Monroe-DeVita et al., 2012) menar att ett resultat-index på 4.0 eller högre är att betrakta som hög programtrohet till ACT. Vid den första mätningen uppnådde teamet 3.2 på skalan (tabell 9). Mellan de uppföljningar som skedde efter 18 och 24 månader utfördes ett kontinuerligt och medvetet utvecklingsarbete vilket ledde till att hög programtrohet uppnåddes. Detta innebar att teamet hade de flesta funktioner som föreskrivs av ACT-modellen på plats, och levererade integrerat stöd till den föreskrivna målgruppen. De brister som fortfarande fanns kvar efter 24 månader handlade främst om administrativt stöd, teamets tillgänglighet samt stöd i boende.

Tabell 9

ACT programtrohet (TMACT) efter 6, 18 och 24 månader

	6 månader	18 månader	24 månader
Programtrohets-index	3.2	4.02	4.35

Analys av intervjumaterialet

De höga poängen på både SIS och TMACT skulle kunna tolkas som att det arbete som utförts var ett i det närmaste perfekt exempel på effektiv implementering. Förutom de höga poängen i skattningsskalorna och att teamet riktade sig mot den avsedda målgruppen var verksamheten vid treårsuppföljningen dessutom en etablerad del av det lokala vård- och stödsystemet. Resultatet av de kvalitativa intervjuerna visade dock på att utvecklingen av teamet på många områden inte alls följde någon rät linje, och det slutgiltiga implementeringsresultatet var på många sätt snarare ett resultat av de inblandade personernas hängivenhet och förmåga att navigera runt hinder än av gynnsamma förutsättningar. Nedan följer en sammanfattande text av de viktigaste identifierade hindren, och de strategier teamet använde sig av för att överkomma dem.

Den kanske mest framträdande svårigheten rörde de kommunanställda socialsekreterarnas roll i teamet. Trots teamets önskemål om det, fick socialsekreterarna inte utföra några myndighetsutövande uppgifter. Detta gjorde att de inte kunde fatta beslut som rörde deltagarnas försörjningsstöd eller boendesituation. För teamets sjuksköterskor och psykiatriker, som var anställda av landstinget, gällde andra villkor. De hade samma delegation som motsvarande funktioner utanför teamet, vilket till exempel innebar att psykiatrikern kunde fatta beslut rörande medicinering och annan behandling. Sekretessen mellan kommun och landsting försvårade teamarbetet på många sätt, exempelvis genom att socialsekreterarna inte fick tillgång till datorer i och med att de var uppkopplade mot landstingets system. På grund av detta kunde socialsekreterarna varken skicka eller ta emot e-post, använda IP-telefoni, skriva ut papper eller hantera

patientjournaler. Den lösning som tillämpades för att utföra den lagstadgade journalföringen gick till så att socialsekreterarna skrev anteckningar för hand, vilka sedan lämnades till en sekreterare som renskrev dem på dator och vidarebefordrade dem till processledaren, som i sin tur förde in uppgifterna i patienternas journaler. Givetvis ansågs detta vara både komplicerat och tidskrävande, och kanske ännu mer negativt var att när socialsekreterarna väl hade lämnat ifrån sig sina anteckningar så hade de inte längre tillgång till dem.

Socialsekreterare: Jag kan ju inte gå in och se om de patienter jag träffar regelbundet är inlagda [...] Så det händer ju att någon har varit inlagd och vi inte har vetat om det. Eller att någon har varit inne på psykakuten. Jag har ju inte heller den möjligheten att i lugn och ro sätta mig och titta i journaler och fundera på hur det har sett ut för en person, för att planera mitt jobb.

Teamets ambition var att i enlighet med ACT-modellen kunna erbjuda brukarna tillgänglighet dygnet runt, under veckans alla dagar. Även detta försvårades av existerande lagstiftning och rutiner. Den möjlighet som föreslogs var att teammedlemmarna via övertidsavtal skulle finnas tillgängliga, men varken fackföreningar eller arbetsgivare ställde sig positiva till det förslaget. Arbetsgivarens förslag var istället att konstruera ett dygnet runt-schema för teamet, men då den lösningen hade omöjliggjort den för modellen viktiga team-approachen, sade personalen nej till det förslaget. Det fanns heller ingen möjlighet att anställa mer personal för uppgiften, vilket innebar att teamets tillgänglighet blev hög under kontorstid men kraftigt begränsad under övrig tid.

Sammanfattningsvis uppfattade teammedlemmarna de hinder som uppstod på grund av regelverk och organisationstraditioner som försvärande omständigheter, vilket gjorde att de fick lägga både mycket tid och energi på att ta sig över dessa hinder istället för att utveckla det operativa arbetet med sina deltagare. Teammedlemmarna menade att de kanske viktigaste framgångsfaktorerna som gjorde att de trots allt lyckades bygga upp teamet var deras och processledarens vilja att jobba hårt för att utveckla verksamheten enligt ACT-modellen, något som en av teammedlemmarna sammanfattade så här:

Vi är personer som är personligt engagerade i det här arbetssättet. Jag tänker att det personliga engagemanget och drivkrafterna och liksom viljan till att det här ska gå är avgörande... och visst, det blir vägbulor och man kör ner i diket, men det ska ändå lösas.

6 Diskussion och slutsatser

Ur ett samhällsperspektiv är integrerade psykosociala insatser ett relativt nytt område. Ur ett mänskligt perspektiv har dock lång tid förflutit sedan psykiatrireformen genomfördes, och därför borde människor med psykisk funktionsnedsättning som behöver stöd kunna förvänta sig att ha tillgång till effektiva och samordnade insatser. Enligt policydokument och utredningar tycks dock många problem på området vara svårlösta. Å ena sidan har utbudet av tillgängliga insatser ökat, men på samma gång består många svårigheter. Exempel på dessa är samverkansproblem, otydligheter gällande ansvarsområden och professionellas roller, samt bristande tillgänglighet och anpassning av samhällsfunktioner till brukarnas behov.

I avhandlingens inledning beskrev jag att det på en internationell nivå råder samsyn kring att fortsätta utvecklingen av samhällsbaserade psykosociala insatser. Detsamma gäller vilka övergripande mål som ska uppfyllas, men synen på vem som ska göra vad, och hur arbetet ska utföras i det praktiska arbetet, varierar. I min avhandling har jag visat på ett flertal exempel där den diskrepansen försvårar utvecklingen, vilket visar sig både på policynivå och på utförarnivå. Det finns ingenting i mina resultat som motsäger att samtliga inblandade verksamheter och personal gör sitt yttersta för att erbjuda vård och stöd av god kvalitet. Under intervjuerna framkom tydligt att deras ambition är att människor med psykisk funktionsnedsättning ska ha samma rättigheter som andra, inkluderas i samhället och så långt det är möjligt ha rätten till ett självständigt liv. Däremot finns flera exempel på avvägningar som tycks vara svåra att göra, både för policymakare och för de organisationer och personalgrupper som ska implementera olika insatser. Forskning om implementering av policy och om implementering av specifika insatser har många beröringspunkter med varandra, även om de delvis utgår från olika perspektiv. I avhandlingen har jag rört mig i bägge dessa fält med målsättningen att bidra till en fördjupad förståelse av hur psykosociala insatser beskrivs, styrs och implementeras i vårt välfärdssystem. Frågan är inte helt enkel att ringa in, då nästan allt verkar betydelsefullt och allt som händer på alla nivåer påverkar implementering och etablering av program och verksamheter. Till exempel hade många av de studerade programmen som senare etablerades de flesta implementeringskomponenter på plats, medan flertalet av de program som lades ner hade väldigt få komponenter helt på plats. Därför är det ofta svårt att avgöra hur olika kriterier eller komponenter samverkar med varandra, men mina resultat har visat på vissa perspektiv som återkommer och därför kan vara värda att ge extra utrymme.

6.1 Policyns egenskaper och handlingsutrymme

De i artikel 1 granskade policydokumenten visar hur Sverige har följt internationella trender i ambitionen att stegvis utveckla ett samhällsbaserat verksamhetsfält för att ersätta de tidigare institutionerna. Innehållet i dokument A berörde i första hand *vem* som förväntas utföra arbetet på området, dokument B nämnde mer om *vad* som förväntas utföras, och dokument C nämnde åtminstone något om *hur* det förväntas göras. Begreppet handlingsutrymme används vanligen för att beskriva de skönsmässiga bedömningar som personal i människobehandlande organisationer tar ställning till i det direkta arbetet med sina brukare. Jag anser att frågan om handlingsutrymme även kan vara användbar för att förstå policy som rör utvecklingen av psykosociala insatser. När dokument A skrevs handlade frågorna i väldigt liten utsträckning om konkreta insatser på området. Samhällsbaserade psykosociala insatser var vid tidpunkten ett nytt och utforskat fält, med nya verksamheter som skulle byggas upp från grunden (även om det vid tiden redan fanns ett antal verksamheter som provade sig fram i olika former). På så sätt är det naturligt med en lägre grad av konkretion angående hur stödet ska utformas, och regeringens huvudsakliga strategi blev därför att stimulera utvecklingen samtidigt som en hög grad av handlingsutrymme lämnades till lokala myndigheter.

I både dokument A och B föreslog regeringen ett flertal lagändringar. I linje med Sveriges tradition av lokalt självstyre berörde dessa förslag främst förändringar av ramlagar som reglerar olika myndigheters ansvarsområden och översiktligt beskriver prioriterade områden. Lagstiftning ses ofta som exempel på hård styrning, men de lagändringar som föreslogs i dokumenten beskrev inte på något konkret sätt förändringar av insatser. Därför är det svårt att förutse effekten av dem, så de är i sammanhanget snarare exempel på mjuk styrning som lämnar ett stort handlingsutrymme till dem som lagändringarna riktar sig till. Likaledes kan strategin som användes i dokument A, och gick ut på att lämna i princip samtliga beslut gällande utformningen av insatser åt lokala myndigheter, ses som ett exempel på en mjuk styrstrategi. När ett stort handlingsutrymme lämnas till berörda myndigheter blir det svårt för en allmän opinion att kritisera regeringen för eventuella brister i utvecklingen av psykosociala insatser. Den här bristen på konkretion och precision har dock kritiserats, då den inte ansetts vara i linje med psykiatriutredningens rekommendationer eller socialdepartementets ambitioner (Markström, 2003; Maycraft Kall, 2010).

6.2 Timing och precision

Jämfört med dokument A innehöll dokument B mer konkreta åtgärdsförslag, vilket delvis kan vara en följd av de våldsdåd och tragedier som inträffat och det samhällsklimat som rådde – dokumentet släpptes vid en tidpunkt när de tre faktorerna som krävs för att öppna ett policyfönster infann sig. Den första faktorn, ett identifierat problem, hade varit närvarande ett flertal år i och med att avinstitutionaliseringen av psykiatrin hade skapat behov av nya stöd- och vårdformer. Vid tidpunkten för publiceringen av dokument B infann sig dessutom de två övriga förutsättningarna som behövs för att öppna ett policyfönster:

- Den internationellt drivna utvecklingen av EBP gav regeringen nya verktyg när det gällde att beskriva målsättningar i utvecklingsarbetet gällande psykosociala insatser.
- Det politiska klimatet var positivt till förändring. De våldsdåd som vid tiden hade skett, och kulminerat med mordet på utrikesminister Anna Lindh, hade dragit mycket uppmärksamhet mot den psykiatriska vården och bidragit till en allmän uppfattning om att "något måste göras".

Innehållet i dokument C visar att utvecklingen av nya insatser hade gett regeringen nya verktyg för kunskapsstyrning. Att en modell som ACT förespråkas är intressant på flera sätt – förutom att den anses vara en konkret beskriven, strukturerad och evidensbaserad modell så representerar den också en för Sverige speciell typ av integrerat arbetssätt. Ett sådant arbetssätt kräver en väldigt nära samverkan mellan kommun och landsting för att kunna bedrivas. I och med dessa egenskaper har modellen eventuellt potential att vara ett medel för att uppnå både de mål som handlar om kunskapsbaserat stöd och de som handlar om samverkan. Dessutom ligger förespråkandet av evidensbaserade insatser och prestationsbaserade bidrag väl i linje med NPM, och är troligen en effektiv strategi för att påverka kommuner och landsting till att på egen hand göra sig granskningsbara. De strategier rörande nätverksstyrning som uttrycks i dokumentet visar på en regeringsambition att inte bara delegera ansvar, utan också att tillse att de ansvariga myndigheterna involveras i det faktiska policyarbetet och implementeringen.

6.3 Otydlighet och konflikt

En svårighet för regeringen tycks vara att de visioner som uttrycks i olika satsningar på psykiatriområdet både kan tolkas och iscensättas på väldigt olika sätt på olika platser i landet. En uttalad strategi för att komma tillrätta med detta har varit att försöka bli tydligare med vad som ska uppnås. I slutrapporten *Statens psykiatrisatsning 2007–2011* (Statskontoret, 2012) menar författarna att "Målet om en mer kunskapsbaserad vård är ett exempel på ett mål som är mer vision än mål. Ett mål är mer konkret, mätbart och går att uppnå inom överskådlig tid" (s. 16). De

skriver vidare att "Regeringen bör formulera mål som är mindre visionära och istället mer projektnära och mätbara" (s. 197). Även Socialstyrelsen verkar ha kommit fram till samma slutsats. Socialstyrelsen menar att det är ett vanligt misstag att man formulerar en vision istället för ett mål. Visioner kan vara idéer om vad man vill uppnå, något att sträva efter. De behöver inte vara realistiska, tydliga eller mätbara. Socialstyrelsen slår fast att "Målet med en implementering måste vara så tydligt att det inte missförstås." (Socialstyrelsen, 2012, s. 7). Ur det här perspektivet är förmodligen satsningen på evidensbaserade insatser ett välkommet inslag för policymakare. Tydligt specificerade insatser med tillhörande programtrohetsskalor blir ett effektivt instrument för att formulera tydliga, mätbara mål angående vilka psykosociala insatser som ska implementeras. Samtidigt ligger ansvaret för insatsernas implementering och resultat fortsatt kvar hos de lokala myndigheterna, vilket gör att onödiga politiska risktaganden kan undvikas.

Dokument A var ett exempel på en policy med såväl stora mått av otydlighet som av konflikt. Policyns oprecisa målsättningar exemplifierar otydligheten, och de inneboende policykonflikterna handlar både om avinstitutionaliseringen i stora drag och fördelning av ansvarsområden mellan myndigheter. Utifrån Matlands (1995) otydlighet/konfliktmodell borde det alltså ha handlat om en symbolisk implementering vilken kan vara betydelsefull när det gäller att belysa målsättningar och värderingar, men är mindre effektiv för att omsätta en policy i praktiken. Samtidigt verkade regeringens förhoppningar ha varit att åstadkomma mer konkreta förändringar på verksamhetsfältet, och de tillsatte också stora ekonomiska resurser för ändamålet (vilket kanske mer ligger i linje för den policymakare som avser att genomföra en administrativ implementering).

När det gäller huvudmålsättningar hade dokument B lägre grader av både otydlighet och konflikt, vilket enligt Matland borde kunna öka förutsättningarna för en administrativ implementering. På policyns olika delområden var dock både otydligheten och konflikten högre, och precis som Statskontoret (2012) uttryckte beskrevs det som skulle implementeras i många fall mer i termer av visioner än av mål. Likt de flesta visioner (till exempel Nollvisionen i trafiksäkerhetsarbetet eller olika visioner för en renare miljö), är konflikten vanligen låg på ett övergripande plan, men desto högre när det handlar om vilka konkreta åtgärder som ska föreslås och vem som ska ansvara för att de genomförs.

I och med de alltmer konkret formulerade beskrivningarna av insatser som presenterades i dokument C var otydligheten lägre jämfört med de tidigare regeringsdokumenten, men som följd kan bli av en minskad otydlighet hade graden av konflikt snarare ökat. Exempel på policykonflikter gällande föreslagna psykosociala insatser rör bland annat EBP-rörelsens vara eller inte vara, vilka

insatser som bör prioriteras, motstridiga målsättningar mellan inblandade myndigheter, samt ansvars- och resursfördelning. För att implementera den här typen av policy lämpar sig politisk implementering bäst, enligt Matland, och utfallet avgörs i första hand av makthierarkier hos dem som förväntas implementera policyn. De styrmedel som uttrycktes i dokument C innebar att de organisationer som avsåg att implementera evidensbaserade insatser dels gavs en ökad legitimitet i och med att insatserna skulle ingå i riktlinjer, samt även ett ekonomiskt övertag i och med de riktade stimulansbidragen. I ljuset av det kan de styrmedel som användes ses som en form av maktförskjutning: från de verksamheter som avsåg implementera mer traditionella insatser, till de som ville implementera evidensbaserade. Användningen av dessa styrmedel var dock inte helt oproblematiske, vilket diskuteras i följande stycke.

6.4 Stimulansbidrag och nationella riktlinjer

Trots att Socialstyrelsens utlysning av stimulansbidrag för att starta upp IPS-program var en följd av att modellen fick högsta prioritet i de nationella riktlinjerna för insatser till personer med schizofreni, är det uppenbart att merparten av resurserna gick till andra målgrupper än den tilltänkta. Ur ett kommunperspektiv är det förståeligt, då kommunerna har ansvar för de behov av arbetsrehabilitering som deras invånare har, oavsett målgrupp. Ur ett implementeringsperspektiv blir den målgruppsglidning som skedde problematisk, eftersom den tyder på att de relativa fördelarna med den modell som ska implementeras fick stå tillbaka för prioriteringar av ökade resurser generellt. Om prioriteringarna primärt handlar om ökade resurser, blir förmodligen ambitionsnivån gällande hög programtrohet lägre. Målgruppsglidningen kan även ha varit en delförklaring till de samverkanssvårigheter som vissa IPS-program upplevde gentemot psykiatrin, då landstingen sannolikt är mindre villiga att tillskjuta resurser till ett program som vänder sig till andra brukare än de som tillhör deras egna kanske mest utsatta målgrupp. Inget av de studerade programmen lyckades heller med att till fullo följa den IPS-princip som förespråkar en tät kontakt mellan arbetspecialister och psykiatripersonal. Samverkanssvårigheter och delvis även skepticism gällande modellen upplevdes som hinder, precis som tidigare studier om IPS har beskrivit (Hasson et al., 2011). De flesta deltagare i IPS-programmen hade dock en pågående kontakt med psykiatrin, vilket borde ha kunnat stimulera samverkan mellan myndigheterna och därigenom vara fördelaktigt för implementeringen av en integrerad modell som IPS. Men resultatet tyder snarare på att samverkanssvårigheter var ett hinder för hög programtrohet.

En tänkbar förklaring till att den uttalade målgruppen missades kan vara att stimulansbidragen utifrån den rådande ansvarsfördelningen i Sverige riktades mot kommunerna, trots att IPS-modellen i en internationell kontext snarare beskrivs

som en typisk psykiatriverksamhet (Becker, Drake & Bond, 2014). Statliga stimulansbidrag tycks i de studerade fallen ha varit en effektiv strategi för att kortsiktigt sprida en utvald evidensbaserad modell i välfärdssystemet, men mindre effektiv för att rikta stödet mot en specifik målgrupp eller att skapa långsiktiga förändringar i arbetssätt och samverkan. På grund av den splittrade målgruppen för insatserna är det svårt att utifrån de presenterade resultaten besvara frågan om hur IPS fungerar i rollen som ett nationellt prioriterat initiativ för människor med psykosproblematik. Resultatet säger inte heller något om vilken typ av stöd människor i den målgruppen kan ha fått istället för IPS. Både riktlinjer och stimulansbidrag tycks alltså till stora delar ha missat den avsedda målgruppen. När det gäller att påverka vilken typ av insatser som ska implementeras tjänar dock riktlinjerna som ett tydligt styrinstrument i och med att de listar specifika, namngivna modeller utifrån prioritetsordning, vilka därigenom får förbättrade förutsättningar för en ökad legitimitet.

Implementering av nationella riktlinjer och evidensbaserade modeller med tillhörande programtrohetsskattningar sker delvis utifrån en annorlunda logik jämfört med implementering av mer generell policy. För att implementera ACT-modellen fanns ingen finansiell statlig satsning motsvarande IPS, utan ACT-teamet drevs mer i form av ett initiativ på gräsrotsnivå. Trots det påverkades implementeringen i hög grad av lagstiftning, lokalpolitik och de inblandade organisationernas skilda målsättningar. Personalen hade dessutom redan från start ambitionen att enligt riktlinjernas anvisningar bilda ett team med hög programtrohet. Utifrån detta påverkades utvecklingen i hög grad av top-down-mekanismer, trots att initiativet till satsningen kom från botten. Man skulle kunna tala om en slags "frivillig toppstyrning", då de inblandade organisationerna trots allt hade kunnat välja att implementera någon helt annan modell, oavsett vad som stod i de nationella riktlinjerna.

6.5 Organisationernas och insatsernas karaktär

Ett huvudfynd i mina delstudier är att implementering av integrerade och evidensbaserade psykosociala insatser är möjlig, även i en svensk välfärdskontext. De principer som IPS och ACT är uppbyggda kring, sågs av många av de intervjuade informanterna som attraktiva utgångspunkter. Många ansåg att modellernas aktiva, utåtriktade och direkta förhållningssätt till psykosocialt stöd både låg i linje med deras människosyn och den utveckling av insatser som de redan arbetade med. Men på samma gång som modellerna anses effektiva och ligga i linje med existerande målsättningar, utmanar de etablerade strukturer i välfärdssystemet (Bejerholm et al., 2011; Markström, 2014). De båda modellernas strategier för samverkan och syn på psykiska problem ansågs ibland som alltför okonventionella. Till exempel beskrev flera informanter från IPS-programmen att modellens annorlunda

ställningstaganden till arbetsträning ibland uppfattades som märkliga, och när det gäller ACT beskrevs de utåtriktade och teambaserade strategierna vara överraskande och ovana för en del av teamets samverkanspartners. För att uppnå en effektiv implementering av integrerade modeller som IPS och ACT, behöver troligen den typen av frågeställningar hanteras på ett medvetet sätt på flertalet organisatoriska nivåer.

Enligt Fixsen och kollegor (2005), är de beteendeförändringar som krävs för en lyckad implementering svåra att genomföra för de flesta människor. Implementering av integrerade modeller som IPS och ACT innebär dessutom att beteendeförändringar behöver ske hos ett stort antal professionella, organisationer och beslutsfattare samtidigt. Vid den typen av komplexa arbetssätt blir implementeringen betydligt mer komplicerad än vad den är för mer avgränsade interventioner (Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011; Aarons et al., 2014). ACT och IPS innebär dessutom, åtminstone utifrån hur det svenska välfärdssystemet är organiserat, att det i praktiken handlar om att helt nya organisationer ska byggas upp för att driva programmen. Dessa organisationer befinner sig i gränslandet mellan socialtjänst och psykiatri och har därmed en hög grad av komplexitet i sin sammansättning. Informanterna i mina studier beskrev handledning och utbildning som viktiga redskap för att lära sig mer om den modell som skulle implementeras. Utbildning och handledning beskrevs också som minst lika betydelsefullt ur perspektivet att det hjälpte personalen att orka stå fast vid sina värderingar och stå upp för den modell och det program de representerade, trots att legitimiteten inom moderorganisationerna ibland var ifrågasatt.

6.6 Implementeringskomponenter

De analyser av implementeringskomponenter som genomfördes med hjälp av SIS visade att det antal komponenter ett program har på plats har potential att förutsäga programmets möjligheter att etableras som en del i den lokala reguljära verksamheten. Tabell 10 visar medelvärdet på SIS uppdelat i de olika delskalorna, och skillnaden mellan de IPS-program som efter tre år var etablerade respektive nedlagda. Förutom en tydlig skillnad i SIS-poäng mellan etablerade och icke etablerade program visar tabellen att den största skillnaden när det gäller implementeringskomponenter fanns på organisationsnivån.

Tabell 10

Medelvärden i SIS efter ett år, och skillnader mellan etablerade och delvis implementerade/nedlagda IPS-program (Markström et al., 2017)

	Samtliga IPS-program (n=14)	Etablerade program (n=6)	Delvis implementerade /nedlagda program (n=8)	P-värde*
SIS totalt, max 72p	53.5 (36-68)†	65.6 (53-68) †	44.4 (36-50)†	.001
Organisationsnivå, max 36p	23 (14-36)†	30.2 (24-36)†	18.2 (14-25)†	.001
Teamnivå, max 21p	17 (12-21)†	19.5 (17-21)†	14 (12-19)†	.003
Fortlöpande stöd, max 15p	12 (6-15)†	13.8 (12-15)†	9.8 (6-13)†	.001

*Mann-Whitney U-test

† Variation

Även om de etablerade programmen generellt hade genomgående högre poäng på implementeringskomponenterna, fanns det vissa komponenter som hade särskilt stort genomslag när det gällde att skilja ut de program som senare etablerades från de som lades ner. På organisationsnivå visade sig till exempel tillgång till extern expertis, styrgrupp, samverkanspartners och finansieringsstrategi vara särskilt betydelsefulla. Dessa komponenter är relativt konkreta och tydliga i sin karaktär. Andra betydelsefulla komponenter, som modellens legitimitet och organisatoriska passform, samt organisationens implementeringsklimat, är mer latent och otydliga. Den typen av komponenter är dessutom avhängiga enskilda individers uppfattningar, och varierar således även inom respektive organisation. Även om skattningarna som utfördes i SIS alltid handlar om en form av bedömning, så skiljer sig dessa komponenter något från de mest betydelsefulla komponenterna på de övriga organisatoriska nivåerna: Engagerad ledare, feedback till beslutsfattare och kontinuitet bland personal och ledning (teamnivå) är samtliga relativt tydligt definierade komponenter, och detsamma gäller programtrohetsbedömningar och personalens möjligheter till fortbildning och handledning (från kategorin fortlöpande stöd). Även om Matlands tidigare diskuterade otydlighet/konfliktmodell är utvecklad i första hand för att förstå policyimplementering, så kan den ge vissa insikter gällande implementeringskomponenterna. För att få komponenter med låg grad av otydlighet på plats torde administrativ eller politisk implementering vara att föredra, där mängden makt och tilldelade resurser avgör utfallet. Det är också rimligt att anta att tillgång till utbildningsinsatser, tecknandet av finansierings- och samverkansavtal och beslut angående att bilda styrgrupper bör ske högre upp i den organisatoriska hierarkin, där det är naturligt att fördelningen av makt och resurser kan styras. Trots det fanns det många exempel, framförallt bland de program som sedan lades ner, där detta inte skedde. Där visade det sig vara mycket svårt för personal och team att påverka dessa frågor i efterhand.

De komponenter där otydligheten är större, till exempel organisationens implementeringsklimat samt modellens legitimitet och organisatoriska passform, handlar i mångt och mycket om förhandlingsprocesser där betydelsefulla symbolfrågor avhandlas. Givetvis har politiker och ledningsgrupper viktiga uppgifter när det gäller att ange riktningen även för den typen av komponenter, men de är på samma gång starkt beroende av den personal som ska genomföra det praktiska arbetet i implementeringen. Då den här typen av komponenter påverkas både av inre och yttre förutsättningar (Damschroder et al., 2009), är de ibland både svåra att kartlägga och att förändra. Dessutom är attityder, normer och värderingar ofta olika i olika organisationer (Kramer & Messick, 1995). Detta ställer särskilda krav på implementeringen av integrerade insatser. Exempel på när sådana olikheter i attityder kan hämma implementeringen är de motstridiga målsättningarna som uppstod i den komplexa organisationen i IPS-projektet i Förstad.

Svårigheter att påverka etablerade traditioner och regelverk upplevdes av många som hämmande när det gällde att förändra samverkansrutiner och arbetsätt. I resultaten från artiklarna 2–4 fanns det dock, både bland etablerade och nedlagda program, många exempel där personalens förmåga att navigera bland motstridiga krav och förväntningar visade sig vara betydelsefull. De program som lyckades bra (till exempel Mellanstad i artikel 2 och ACT-teamet i artikel 4), hade gemensamt att personal och samverkanspartners var ihärdiga, och utmanade eller till och med tänjde på rådande traditioner och regelverk. Personalens handlingsutrymme tycks alltså vara betydelsefullt för implementeringsresultatet. ACT-teamet och personalen i de IPS-program som etablerades erhöll (eller i vissa fall såg till att skapa sig) relativt stort handlingsutrymme, vilket gjorde det möjligt för dem att i viss mån påverka de inre och yttre förutsättningarna. De program där handlingsutrymmet var mindre, hade i stort sett bara möjlighet att påverka hur personalen i teamet arbetade. Därför blev de i stor utsträckning "offer för omständigheterna" när det gällde de implementeringskomponenter som är relaterade till organisationsnivå och yttre förutsättningar.

Resultaten i artiklarna 2–4 bekräftar även vikten av förberedelser och att stödjande infrastrukturer byggs upp före starten av ett nytt program (Metz & Albers, 2014; Meyers et al., 2012). De förberedande satsningarna bör troligen i första hand riktas mot exempelvis samverkan, engagemang, förankring, normer och värderingar inom och mellan de involverade organisationerna (Damschroder et al., 2009). För att lyckas bygga upp den typen av strukturer räcker det inte med ett kompetent team och en engagerad projektledare, utan de inblandade organisationerna bör mobiliseras så långt upp i hierarkierna som möjligt. Frågor om vilka resurser de inblandade organisationerna är villiga att bidra med, hur motstridiga målsättningar ska hanteras och framförallt hur den långsiktiga finansieringen ska tillgodoseas, bör

redas ut i ett så tidigt skede som möjligt om ett program inte bara kortsiktigt ska kunna uppnå en hög programtrohet utan även ha chans till en långsiktig etablering. Trots att resurser i form av tid och finansiering är nödvändiga för en hållbar implementering, så är det vanligtvis inget de implementerande verksamheterna kan påverka på egen hand (Aarons et al., 2016; Beidas et al., 2016; Stewart et al., 2016). Fixsen och kollegor (2005, s. 58) har uttryckt detta som "No matter how good the program may be, if national policy changes and certain services are no longer funded, those services will disappear."

6.7 Interorganisatorisk samverkan

Det vore tänkbart att integrerade modeller som IPS och ACT genom sin utgångspunkt i multiprofessionella team och de principer de är uppbyggda kring, skulle kunna bidra till ett ökat nätverkande och ökad samverkan. Men modellernas egenskaper verkar inte vara tillräckliga för att lösa de samverkanssvårigheter som finns, då många av dessa tycks vara relaterade till motstridiga målsättningar mellan de inblandade organisationerna. De interorganisatoriska relationerna är dessutom mycket komplicerade i de studerade programmen. I vertikal riktning påverkas relationerna av att flera myndigheter är involverade. Det handlar alltså inte enbart om vertikala relationer som är direkt kopplade till programmen, utan även de vertikala relationer som finns i vardera moderorganisationen påverkar implementeringen. De horisontella relationerna försvåras av att programmen förespråkar arbetssätt som skiljer sig från de etablerade, samtidigt som andra verksamheter ibland ser de nya programmen som konkurrenter om resurser och kompetens. Mycket av nätverkandet blev i de studerade programmen därför i stor utsträckning en fråga som projektledare och teampersonal fick arbeta hårt med för att lösa. Personalens kompetens i relation till sina arbetsuppgifter är givetvis betydelsefull, men i många fall tycktes deras ihärdighet när det gäller att hålla fast vid den förändring det innebär att skapa ett nytt team med nya arbetssätt och nya samverkansrutiner ha varit minst lika viktig. Eftersom det var kommunerna som erhöll de statliga projektmedlen för att starta upp IPS-program, var det de som blev projektägare och ansvariga för att bygga upp fungerande interorganisatoriska relationer. En stor utmaning för många program var att hitta fungerande strategier för att formera team tillsammans med personal från andra myndigheter. Dessa i sin tur hade ibland begränsat intresse i och med att de ansåg sig ha fullt upp med sina ordinarie arbetsuppgifter, vilka dessutom gick ut på att uppfylla målsättningar som inte inkluderade engagemang i IPS. Vilken samverkanspartner som upplevdes som lätt respektive svår att samarbeta med varierade. Till exempel beskrev IPS-teamet i Småstad att det svåraste var att bygga upp samverkan med psykiatrin, medan Förstad angav att arbetsförmedlingen var svårast. De flesta informanter beskriver nätverkande över organisationsgränser som mer eller mindre komplicerat och svårt.

Flera informanter från IPS-programmen angav att det var svårt att samverka med personer i en annan organisation, eftersom de inte satt i samma lokal och kanske inte ens kände varandra sedan förut. Ur det perspektivet var ACT-teamet intressant, eftersom det multiprofessionella teamet byggdes upp på förhand, innan det faktiska arbetet med brukare påbörjades. Trots detta var den horisontella osäkerheten inom teamet hög, bland annat beroende på att de anställda i teamet hade olika arbetsgivare och därmed olika förutsättningar. Personal och processledare fick lägga mycket tid och energi på att förhandla om dessa förutsättningar, men erfarenheterna var att det var svårt att lösa dem genom samverkan på ett horisontellt plan. Dessutom fanns samverkanssvårigheter mellan teamet och de redan existerande kommunala stödboendena, där det var svårt för personalen att enas om vem som skulle göra vad i arbetet med brukarna.

Ledaren tycks ha en central roll för att reducera samverkansrelaterad osäkerhet. Ledarskapets betydelse för möjligheterna till en lyckad implementering berörs i såväl policyforskning som implementeringsforskning. Schmid (2010) har poängterat att personer på en mellanliggande hierarkisk nivå har stor makt och därför spelar en nyckelroll när det gäller att lyckas med att genomföra förändringar i en organisation. Dessa personer sprider policymålsättningar, beslut och direktiv från organisationsledare till frontlinjepersonal, och återger även information och feedback från personalen till ledningen. Ledarna på mellannivå har dessutom oftast tillgång både till formella och informella informationskanaler på olika nivåer, och har därför speciella förutsättningar för att driva på eller hålla tillbaka organisationsförändringar. Här utmärkte sig Mellanstad och ACT-teamet bland fördjupningsorterna, eftersom deras teamledare förutom att ha relevant kompetens och högt anseende bland personalen även hade förtroende och legitimitet vertikalt. Därigenom kunde de påverka de beslut som styrgrupperna fattade. Även i Småstad ansågs projektledaren vara kompetent och hade högt anseende bland samverkanspartners, men möjligheten att påverka styrgrupp och organisationsledning var begränsad. I Förstad var de två projektledarnas mandat att fatta beslut otydligt. Dessutom gjorde den komplexa organisationen, med flera samverkansorganisationer utspridda i fyra olika kommuner, att flera i personalgruppen upplevde att ledarskapet var distanserat från dem. En projektledare som har förtroende och mandat att ge feedback vertikalt i båda riktningarna, och dessutom kan påverka de beslut som tas, tycks ha varit centralt för att reducera den samverkansrelaterade osäkerheten i de studerade programmen. Eftersom implementering i hög grad är en social process, och implementeringsresultatet är beroende av kvaliteten på formella och informella relationer (Durlak & DuPre, 2008), bör betydelsen av dessa inte underskattas.

De högre ledarnas engagemang är något som skulle behöva undersökas mer, då det oftast var otydligt i de studerade programmen. De flesta styrgrupper som var kopplade till programmen var sammansatta av chefer på områdesnivå. Det tycks som att dessa i de flesta fall var positivt inställda till programmen så länge det fanns ett statligt tillskott av pengar som finansierade satsningarna, men många av projektledarna fick arbeta hårt för att försöka aktivera styrgruppernas långsiktiga engagemang. ACT-teamet var ett undantag, eftersom att styrgruppen redan innan programmets start var engagerade. Detta kan troligen förklaras med att ACT-teamet inte bedrevs i projektform, utan startades som en lokalt initierad samverkanssatsning. Förmodligen ökade det upplägget styrgruppens incitament både till att vara delaktiga i själva implementeringen och att i ett tidigt skede börja planera för långsiktig finansiering.

6.8 Slutord och förslag på framtida forskning

Policyer som handlar om att utveckla psykosociala insatser har följt tidsandan och den utveckling som har skett internationellt. Historiskt har insatserna i första hand uttryckts i generella termer där ansvaret har delegerats till de lokala myndigheter som ska implementera insatserna. Det mesta av innehållet i policydokumenten beskriver inte området psykosociala insatser i sig, utan istället läggs stor vikt vid kunskap och kompetens i mer allmänna ordalag. Denna ottydlighet har bidragit till stor variation på de insatser som implementeras i välfärdssystemet. I avhandlingens resultatavsnitt beskrev jag hur ottydligheten tycks ha minskat över tid, då det senaste dokumentet beskriver fler specifika insatser. Samtidigt tycktes riktningen gå mot hårdare styrstrategier, i och med förespråkandet av riktade och prestationsbaserade bidrag. Vid en genomläsning av regeringens godkännande av 2017 års överenskommelse med SKL (Socialdepartementet, 2016), verkar det dock inte som att dessa förändringar har påverkat tydligheten när psykosociala insatser beskrivs. Till exempel går det att läsa att det krävs:

tillgång till kunskap om metoder och arbetssätt samt förutsättningar för en ändamålsenlig implementering av den kunskapen för att ge rätt insatser, på rätt sätt och i rätt tid. Huvudmännen är de som ska göra detta arbete, men SKL ska utgöra stöd till huvudmännen i arbetet som ett komplement till det uppdrag myndigheterna har. (sid. 5–6)

De styrstrategier som nämns i överenskommelsen är bland annat tillitsbaserad styrning, och att stärka strukturer för utveckling och kunskapsstyrning. Det arbetet ska "baseras på gemensamt ansvarstagande i ordinarie strukturer, för att skapa förutsättningar för huvudmännen att erbjuda insatser med utgångspunkt i bästa tillgängliga kunskap" (sid. 5). Återigen beskrivs snarare visioner än konkreta

målsättningar. I samma dokument beskrivs de nationella riktlinjernas betydelse och utvecklingen av integrerade psykosociala insatser de senaste åren. Dessa verkar inte ligga i linje med policymakarnas intentioner, då de konstaterar att:

Huvudmännen har svårt att implementera kunskapen som finns på olika områden, vilket medför att skillnaderna i följsamhet till nationella riktlinjer är betydande mellan landstingen och kommunerna. Myndigheten för vårdanalys konstaterar att rekommendationerna i de nationella riktlinjerna inte når vårdpersonalen och patienterna i tillräcklig utsträckning eftersom processen tenderar att avstanna i en kedja där många aktörer ansvarar för olika delar av genomförandet. Vidare behövs ökad samverkan, integrerade verksamheter och samarbete mellan olika huvudmän. (bilaga 1:2, sid. 1)

Den kritik som alltsedan psykiatrireformen har framförts angående bristande samverkan och kunskapsanvändning, samt stor variation i erbjudna insatser, tycks alltså bestå. Samtidigt gör de styrstrategier som används, och även går i linje med EBP och NPM, att det fortsatt är de implementerande myndigheterna som hålls ansvariga för resultatet.

Med tanke på hur utvecklingen har sett ut sedan psykiatrins avinstitutionalisering är det tveksamt om enbart ytterligare stimulansmedel och otydliga avsiktsförklaringar kommer att lösa de beskrivna svårigheterna. Min avhandling illustrerar förvisso flera exempel på att en programtrogen och hållbar implementering av samhällsbaserade och integrerade psykosociala insatser är möjlig. Men för att underlätta interorganisatorisk samverkan finns ett behov av mer kunskap om hur de komponenter i regelverk och organisationsstrukturer som hämmar implementering kan förändras. För att minska berörda aktörers samverkansrelaterade osäkerhet behöver den kunskapen förmodligen också spridas inom och mellan de organisationer som ska utföra arbetet. Resultatet i min avhandling stödjer dock att policymakare behöver beskriva mål och medel på ett tydligare sätt. Då jag främst beskrivit hur policymålsättningar gällande psykosociala insatser beskrivs på regeringsnivå, finns fortfarande en kunskapslucka när det gäller att förstå vilka styrstrategier som fungerar eller inte fungerar på nivån mellan policy och implementerande verksamheter. Utifrån mina resultat är en tänkbar strategi från policymakares och beslutsfattares sida, att i fördelning av statliga bidrag ställa krav på att de verksamheter som ska implementera en insats beskriver hur deras konkreta förberedelser ser ut, och vilka samverkansstrukturer de byggt upp. Även den valda modellens relativa fördelar, planer för lokal finansiering, och vilken målgrupp insatsen ska vända sig till, bör identifieras i ett tidigt skede. Men

eftersom jag inte fördjupat mig i den här nivån i detalj, behövs fortfarande mer forskning för att beskriva dessa mekanismer.

Vid implementeringen av de insatser jag har studerat tycktes åtminstone arbetet på teamnivå underlättas av de tydliga principer med tillhörande programtrohetsskattningar som modellerna IPS och ACT erbjuder. Engagerad personal med rätt kompetens visade sig vara en annan betydelsefull komponent för en lyckad implementering. Dock tycks frontlinjepersonalens implementeringsräckvidd vara begränsad för den här typen av integrerade insatser, och svårigheter att erhålla lokal finansiering gör att många projekt avslutas. När det gäller människobehandlande organisationer är det inte enbart verksamhetens resultat som är avgörande för deras långsiktiga etablering, utan det som ofta avgör om lokala resurser tillsätts är verksamhetens legitimitet (Hasenfeld, 2010). För att uppnå hög legitimitet i omgivningen är det viktigt att implementerande verksamheter har en ledning som underlättar för personalen. En styrgrupp som är engagerad i den valda modellen, och en projektledare som har mandat till vertikal påverkan i båda riktningarna är här betydelsefullt. Lokal finansiering och organisatorisk hållbarhet kräver dessutom ofta att befintliga verksamheter behöver läggas ner, vilket kan leda till konflikter och konkurrenssituationer mellan personalgrupper, samt ambivalens hos lokala beslutsfattare.

Min avhandling har bidragit till att fylla åtminstone några kunskapsluckor när det gäller att förstå policy och implementering av specifika insatser som en sammanhängande helhet. Vidare har jag identifierat komponenter som är betydelsefulla för en hållbar implementering av integrerade psykosociala insatser i en svensk kontext. Jag har dessutom visat på hur olika delar av policy, organisationsnivå och ledningsnivå samspelar med varandra. Mitt breda angreppssätt har dock inte förklarat dessa mekanismer i detalj, och här finns därför ett behov av framtida forskning. Vidare behövs en fortsättning på olika typer av forskning som redan pågår. Där finns behov både av att beskriva fungerande former för interorganisatorisk samverkan, och vilka ansvarsområden som ska ligga på vilken organisatorisk nivå för att underlätta en lyckad implementering av integrerade psykosociala insatser.

7 Författarens tack

Att skriva en avhandling har för mig varit att likna vid att tävla i en individuell lagsport. "En individuell lagsport" är ett uttryck som jag har lånat från roaddracing-sportens värld. Betydelsen är ungefär att det är föraren som presterar på tävlingsbanan och vinner medaljen, samtidigt som hen för att lyckas är helt beroende av människorna runtomkring, det vill säga sitt team. Därför vill jag här ägna några rader åt att tacka mitt team, som gjorde den här segern möjlig!

Det första och största tacket vill jag rikta till Urban Markström och Ulrika Bejerholm, mina teamchefer (eller handledare som vi brukar säga i den akademiska världen). Teamchefer brukar hålla reda på vad som fungerar bra och vad som behöver utvecklas, och dessutom ha rollen som mentorer för sina adepter. Allt detta och mer därtill har ni utfört med glans, Urban och Ulrika. Ni har kommit med idéer, stöttat och varit de mest fantastiska förebilder som forskare jag kan tänka mig. Ni har alltid frikostigt delat med er av era enorma kunskaper, både när det gäller forskarlivet i stort och era expertområden. Urban, det har varit en trygghet att ha dig på andra sidan väggen och veta att du alltid finns för att diskutera stort som smått, både när det gäller de mentalthygieniska och rent tekniska frågorna som är nödvändiga att få svar på för att ta sig igenom ett sådant här lopp. Detsamma gäller dig, Ulrika. Trots att du suttit 120 mil bort har jag alltid känt att jag haft ditt stöd i ryggen och kunnat fråga om vad som helst, när som helst. Ni båda har alltid visat intresse och snabbt gett mig återkoppling när jag behövt er, på samma gång som ni visat tålamod när tidsscheman spruckit på grund av att tidskrifter eller doktoranden har trilskats. Ni har låtit mig utvecklas på egen hand när det behövts, och peppat och stöttat när det har behövts. Om jag lyckas behålla en enda liten promille av allt som du Ulrika lärt mig om IPS, noggrannhet och stringens i skrivande, och det som du Urban lärt mig om författarkonst, forskarsmartness och psykiatriutveckling, så kommer jag att bli en helt fantastisk forskare i framtiden. Ni har varit de bästa handledare jag kan tänka mig, stort tack till er båda!

Nästa tack går till mina teamkompisar/arbetskamrater på socialt arbete, både nuvarande och ni som hunnit dra vidare mot nya utmaningar. Ni har alla varit enormt betydelsefulla för att jag skulle lyckas få ihop doktorandlivet och min avhandling. Några av er har jag haft värdefulla diskussioner med, några har lärt mig massor, några har lättat upp stämningen, några har lyssnat på mina problem, några har läst kurser med mig, några har undervisat mig och några har undervisat med mig, några har umgåtts med mig på fritiden, några har hjälpt mig att förstå mig på doktorandandet, några har varit stöd i motgångar, några har gett mig goda råd, några har varit fantastiskt lunchsällskap, några har suttit med mig på möten, några har hjälpt mig med språkgranskning, några har fattat beslut åt mig, några har hjälpt

mig med praktiska saker, några har gett mig litteraturtips, några har granskat och kommenterat mitt arbete, några har svarat på mina frågor, några har festat med mig, några har fiskat med mig, några har rest med mig, några har tränat med mig, några har firat jul med mig, och några har skött teknik och administration åt mig. Allt detta, plus allt som jag inte kommit ihåg att skriva, ska ni veta att jag uppskattar otroligt mycket och ser som helt avgörande för att jag skulle lyckas med detta. Det är för mig omöjligt att avgöra vad som väger tyngst av de mer konkreta eller de sociala delarna. Så tack, alla! Ingen nämnd och ingen glömd, men jag vill ändå rikta ett särskilt tack till er jag har haft allra mest gemensamt med, eftersom vi tillhört samma tävlingsklass – så extra tack till er, doktorandgänget! Särskilda tack vill jag även ge till Staffan Johansson för värdefulla kommentarer vid mitt slutseminarium, och till vår gästforskare Ivy Krull – for the brilliant language editing of my abstract!

Ett annat för mig betydelsefullt team, är det som utgörs av det tvärvetenskapliga forskarcentret Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser, CEPI. Att få umgås med er har, förutom att det gett mig nya vänner, lärt mig hur utvecklande och lärorikt det är att umgås med andra forskare. När det gäller CEPI-gänget vill jag rikta ett särskilt stort tack till Bengt Svensson – i dig fick jag ännu en fantastisk förebild, läromästare och handledargestalt under den tid vi jobbade tillsammans. CEPI tillsammans med Socialstyrelsen var dessutom de instanser som bidrog till att det forskningsprojekt jag anställdes i blev till. Så tack även till er! Ett jättestort tack också till all personal, projekt/processledare, chefer, samverkanspartners, styrgrupper och brukarrepresentanter som lät mig intervjua er och ta del av era kunskaper och erfarenheter som byggde denna avhandling.

Förutom de komponenter som varit direkt kopplade till implementeringen av min avhandling, har det psykosociala stödet haft en stor betydelse för att jag själv skulle behålla orken och lusten att genomföra loppet ända över mållinjen. Så tack alla mina vänner i Umeå, Bjännsjö, Skellefteå och övriga Sverige för att ni gett mig andrum och visat att det finns annat i livet än att skriva avhandling! Utan den inputen av annat och pauserna från avhandlingstankar hade jag förmodligen fått kortslutning i hjärnkontoret. När det gäller att få hjälp att inse att livet består av mer än kurspoäng och avhandling har såklart min familj haft stor betydelse. Så tack mor och far för ert stöd – särskilt för hur ni ställde upp under den mycoplasma-härjade slutspurten. Utan er hjälp hade jag tvingats bryta loppet där och då. Tack Emelie och Otilia – pusselbitarna som hoppade på halvvägs in i loppet. Ni ger mig en sådan glädje i livet och så mycket att se fram emot, och har visat så stort tålamod med en upptagen doktorand (för att inte tala om Emelies arbete med korrekturen av avhandlingen). Sist men inte minst vill jag tacka mina barn Hilma och Selma. Under de här nästan sex åren har ni visat intresse för mitt arbete, men framförallt visat mig vad som verkligen betyder något i livet. Dessutom har ni lärt mig mer än vad någon professor eller vetenskaplig artikel någonsin kommer att göra. Tusen miljarder tack till er!

8 Referenser

Aarons, G. A., Fettes, D. L., Hurlburt, M. S., Palinkas, L. A., Gunderson, L., Willging, C. E., & Chaffin, M. J. (2014). Collaboration, Negotiation, and Coalescence for Interagency-Collaborative Teams to Scale-Up Evidence-Based Practice. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(6), 915-928. doi: 10.1080/15374416.2013.876642

Aarons, G., Green, A., Trott, A., Willging, E., Torres, E., Ehrhart, C., & Roesch, E. (2016). The Roles of System and Organizational Leadership in System-Wide Evidence-Based Intervention Sustainment: A Mixed-Method Study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(6), 991-1008.

Aarons, G., Hurlburt, A., & Horwitz, M. (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.

Aarons, G. A., Wells, R. S., Zagursky, K., Fettes, D. L., & Palinkas, L. A. (2009). Implementing Evidence-Based Practice in Community Mental Health Agencies: A Multiple Stakeholder Analysis. *American Journal of Public Health*, 99(11), 2087-2095.

Arbesman, M., & Logsdon, D. W. (2011). Occupational therapy interventions for employment and education for adults with serious mental illness: A systematic review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 65: (3), 238-246.

Areberg, C., & Bejerholm, U. (2013). The effect of IPS on participants' engagement, quality of life, empowerment, and motivation: a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(6), 420-428. doi: 10.3109/11038128.2013.765911

Becker, D. R., & Drake, R. E. (2003). *A working life for people with severe mental illness*. Oxford: Oxford University Press.

Becker, D. R., Drake, R. E., & Bond, G. R. (2014). The IPS supported employment learning collaborative. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 79-85. doi:10.1037/prj0000044

Becker, D. R., Swanson, S., Bond, G. R., & Merrens M. R. (2008). *Evidence-based supported employment manual*. Lebanon, NH: Dartmouth Psychiatric Research Centre.

Becker, D. R., Swanson, S., Bond, G. R., & Merrens, M. R. (2011). *Evidence-based Supported Employment Fidelity Review Manual* (second edition). Dartmouth Psychiatric Research Center

Becker, T., & Kilian, R. (2006). Psychiatric services for people with severe mental illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113: 9–16.

Beidas, R. S., Stewart, R. E., Adams, D. R., Fernandez, T, Lustbader, S., Powell, B. J., . . . Barg, F. K. (2016). A Multi-Level Examination of Stakeholder Perspectives of Implementation of Evidence-Based Practices in a Large Urban Publicly-Funded Mental Health System. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(6), 893-908. doi: 10.1007/s10488-015-0705-2

Bejerholm, U. (2012). Arbetsrehabilitering enligt IPS. I Bogarve, C., Ershammar, D. & Rosenberg, D. (red.), *Rehabilitering och stöd till återhämtning vid psykiska funktionshinder: möjlighetens metoder för en ny praktik*. (s. 158-184). Stockholm: Gothia.

Bejerholm, U., Areberg, C., Hofgren, C., Sandlund, M., & Rinaldi, M. (2015). Individual Placement and Support in Sweden—A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(1), 57-66. doi: 10.3109/08039488.2014.929739

Bejerholm, U., Larsson, L., Hofgren, C. (2011). IPS illustrated in the Swedish welfare system: A case study. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 35. 59-72.

Bergmark, A., & Lundström, T. (2006). Mot en evidensbaserad praktik? Om färdriktningen i socialt arbete. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 13, 99-113.

Bevir, M. (red.) (2010). *The Sage handbook of governance* (1. ed.). Los Angeles, Calif.; London: SAGE.

Bhugra, D., Tasman, A., Pathare, S., Priebe, S., Smith, S., Torous, J.s . . . Ventriglio, A. (2017). The WPA-Lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry. *The Lancet Psychiatry*, 4(10), 775-818.

Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker D. R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31: (4), 280–291.

Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker D. R. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11: (1), 32–39.

Bond, G., Drake, R., Mueser, R., & Latimer, E. (2001). Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(3), 141-159. doi: 10.2165/00115677-200109030-00003.

Brodkin, E. Z. (2011). Policy work: Street-level organizations under new managerialism. *Journal of public administration research and theory*, 21: 253-277.

Bryman, A. (2012). *Social research methods*, 4th ed. Oxford: Oxford University Press

Burns, T., Catty, J., Dash, M., Roberts, C., Lockwood, A., Marshall, M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: Systematic review and meta-regression. *British Medical Journal*, 335, 336-340.

Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2005). *Making health policy*. Maidenhead: Open University Press.

Caldas de Almeida, J. M. & Killaspy, H. (2011). *Long-term mental health care for people with severe mental disorders*. European Union.

Corbière, M., Lanctôt, N., Lecomte, T., Latimer, E., Goering, P., Kirsh, B., . . . Kamagiannis, T. (2010). A Pan-Canadian Evaluation of Supported Employment Programs Dedicated to People with Severe Mental Disorders. *Community Mental Health Journal*, 46(1), 44-55. doi: 10.1007/s10597-009-9207-6

Creswell, J. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Crowther, R., Marshall, M., Bond, G., Huxley, P. (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Review 2001*; (2): CD003080.

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*, 4(1), 50.

Danermark, B., Germundsson, P., & Englund, U. (2013). *Toward an Instrument for Measuring the Performance of Collaboration across Organisational and Professional Boundaries*. Malmö: Malmö University.

Dieterich, M., Irving, C. B., Bergman, H., Khokhar, M. A., Park, B., Marshall, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2017*, Issue 1. Art. No.: CD007906. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub3

Dieterich, M., Irving, C. B., Park, B., Marshall, M. (2010). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10.

Drake, R. E., & Bond, G. R. (2011). IPS Support Employment: A 20-Year Update. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14(3), 155–164. doi: 10.1080/15487768.2011.598090

Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 327–350. doi: 10.1007/s10464-008-9165-0

Dye, T. (2001). *Top down Policymaking*. New York: Chatham House.

Eccles, M. P., & Mittman, B .S. (2006). Welcome to Implementation Science. *Implementation Science*, 1, 1. doi:10.1186/1748-5908-1-1

European expert group on the transition from institutional to community-based care (2012). *Common European guidelines on the transition from institutional to community-based care*. Brussels.

Evans, T., & Harris, J. (2004). Street-level bureaucracy, social work and the exaggerated death of discretion. *British Journal of Social Work*, 34 (6): 871-895.

Fawcett, B. & Karban, K. (2005). *Contemporary Theory, Policy and Practice in Mental Health*. London: Routledge.

Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531–540.

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & 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).

Gaebel, W., Weinmann, S., Sartorius, N., Rutz, W., & McIntyre, J.S. (2005). Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison. *The British Journal of Psychiatry*, 187(3), 248–255.

Gambrill, E. (2011). Evidence-based practice and the ethics of discretion. *Journal of Social Work*, 11(1), 26-48.

Goodwin, S. (1997). *Comparative Mental Health Policy – From Institutional to Community Care*. London: Sage publications.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 2: 105-112.

- Grol, R. (red.) (2013). *Improving patient care: The implementation of change in health care* (2.nd ed.). Chichester, West Sussex: Wiley Blackwell.
- Guldbrandsson, K., & Fossum, B. (2009). An exploration of the theoretical concepts policy windows and policy entrepreneurs at the Swedish public health arena. *Health Promotion International*, 24, 4.
- Hasenfeld, Y. (1983). *Human service organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Hasenfeld, Y. (red.) (2010). *Human services as complex organizations*, 2nd ed, Los Angeles: Sage.
- Hasson, H., Andersson, M., & Bejerholm, U. (2011). Barriers in implementation of evidence-based practice: Supported employment in Swedish context. *Journal of Health Organization and Management*, 25(3), 332–345. doi: 10.1108/14777261111143563
- Hill, M. J., & Hupe, P. L. (2009). *Implementing public policy: an introduction to the study of operational governance*. 2nd ed, Los Angeles: Sage.
- Hogwood, B., & Gunn, L. (1984). *Policy analysis for the real world*. Oxford: Oxford University Press.
- Hood, C. (1976). *The limits of administration*. London: Wiley.
- Hood, C. (1995). The 'New Public Management' in the 1980s: Variations on the Theme. *Accounting Organizations and Society*, 20, 2-3: 93-109.
- Howlett, M. (2011). *Designing public policies: principles and instruments*. London: Routledge.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 9: 1277-1288.
- Jensen, C., Johansson, S., & Löfström, M. (2006). Project relationships – A model for analyzing interactional uncertainty. *International Journal of Project Management*, 24(1), 4-12.
- Jensen, C., Johansson, S., & Löfström, M. (2013). The project organization as a policy tool in implementing welfare reforms in the public sector. *The International Journal of Health Planning and Management*, 28(1), 122–137. doi: 10.1002/hpm.2120
- Johansson, S. (2010). Implementing evidence-based practices and programmes in the human services: Lessons from research in public administration. *European Journal of Social Work*, 13(1), 109-125.

Johansson, S. (2011). Who runs the mill? - The distribution of power in Swedish social service agencies. *European Journal of Social Work*, 15, 5.

Johansson, S., Dellgran, P. & Höjer, S. (red.) (2015). *Människobehandlande organisationer: villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. (1.utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Johansson, S., Löfström, M., & Ohlsson, Ö. (2000). *Projekt som förändringsstrategi: analys av utvecklingsprojekt inom socialtjänsten*. (1. uppl.) Stockholm: SNS förl..

Karlsson, M. (2008). *Arbetsinriktad rehabilitering vid psykiska sjukdomar*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Killaspy, H., Kingett, S., Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., King, M. (2009). Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-year outcomes. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 81-82.

Kingdon, J. W. (1995). *Agendas, alternatives, and public policies*. 2nd ed, New York: HarperCollins College Publishers.

Kinoshita, Y., Furukawa, T. A., Kinoshita, K., Honyashiki, M., Omori, I. M., Marshall, M., ... Kingdon, D. (2013). Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Schizophrenia Group*, (9), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, Issue 9.

Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7(3):149-158.

Knapp, M., Mc Daid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (red.) (2007). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*. Maidenhead: Open University Press.

Kramer, R. M. & Messick, D. M. (red.) (1995). *Negotiation as a social process*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Ltd. doi: 10.4135/9781483345369

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lexén, A., Emmelin, M., & Bejerholm, U. (2016). Individual Placement and Support is the keyhole: Employer experiences of supporting persons with mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 44(2), 135-147.

Lexén, A., Hofgren, C., & Bejerholm, U. (2013). Support and process in individual placement and support: A multiple case study. *Work*, 44(4), 435-448.

- Liljegren, A., & Parding, K. (2010). Ändrad styrning av välfärdsprofessioner: Exemplet evidensbaserad i socialt arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift*, (3-4) 270-288.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Liu, H-H. N. (2011). *Policy and practice: an analysis of the implementation of supported employment in Nebraska*. Theses, Dissertations, and Student Research: Department of Psychology. Paper 30. <http://digitalcommons.unl.edu/psychdiss/30>
- Mancini, A., Moser, L., Whitley, R., Mchugo, G., Bond, G., Finnerty, M., & Burns, B. (2009). Assertive community treatment: Facilitators and barriers to implementation in routine mental health settings. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 60(2), 189-95.
- Markström, U. (2003). *Den svenska psykiatrireformen: bland brukare, eldsjälar och byråkrater*. (Doktorsavhandling, Umeå universitet).
- Markström, U. (2014). Staying the course?: Challenges in implementing evidence-based programs in community mental health services. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 11, 10752-10769.
- Markström, U., Bejerholm, U., Svensson, B., & Bergmark, M. (2015). *Implementeringen av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni*. Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser.
- Markström, U., & Lindqvist, R. (2015). Establishment of Community Mental Health Systems in a Postdeinstitutional Era: A Study of Organizational Structures and Service Provision in Sweden. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 14(2), 124-144.
- Markström, U., Svensson, B., Bergmark, M., Hansson, L., & Bejerholm, U. (2017). What influences a sustainable implementation of evidence-based interventions in community mental health services? Development and pilot testing of a tool for mapping core components. *Journal of Mental Health*, accepted for publication.
- Marshall, M. (2008). What have we learnt from 40 years of research on Intensive Case Management? *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 17(2), 106-109.
- Matland, R. (1995). Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART*, 5(2), 145-174.
- Maycraft Kall, W. K. (2010). The governance gap: central-local steering and mental health reform in Britain and Sweden. (Doktorsavhandling, Uppsala universitet).

McGrew, J., & Bond, H. (1995). Critical ingredients of assertive community treatment: Judgments of the experts. *The Journal of Mental Health Administration*, 22(2), 113-125.

Metz, A., & Albers, B. (2014). What Does It Take? How Federal Initiatives Can Support the Implementation of Evidence-Based Programs to Improve Outcomes for Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 54(3, Supplement), S92-S96.

Meyers, D. C., Durlak, J., & Wandersman, A. (2012). The Quality Implementation Framework: A synthesis of critical steps in the implementation process. *American Journal of Community Psychology*, 50(3-4):462-480.

Monroe-DeVita, M., Teague, G. B., Moser, L. L. (2012). The TMACT: a new tool for measuring fidelity to assertive community treatment. *Journal of American Nurses Association*, 17:17-29.

Moos, L. (2009). Hard and Soft Governance: the journey from transnational agencies to school leadership. *European Educational Research Journal*, 8, 3: 397-406.

Määttä, M., & Eriksson, K. (2014). Network Governance and Programme Steering – Rationales and Tensions in Planning Child and Youth Policies. *Social Policy & Administration*. doi: 10.1111/spol.12097

Nilsen, P. (red.) (2014). *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö: Gleerup.

Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science: IS*, 10, 53.

Nilsen, P., Ståhl, C., Roback, K., & Cairney, P. (2013). Never the twain shall meet? - a comparison of implementation science and policy implementation research. *Implementation Science*, 8, Implementation Science, 2013, Vol.8.

Nugter, M. A., Engelsbel, F., Bähler, M., Keet, R., & Veldhuizen, R. (2016). Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community Mental Health Journal*, 52(8), 898-907.

Nygren, U. (2012). *Individual placement and support (IPS) i en socialpsykiatrisk kontext: en väg till arbete för personer med psykiskt funktionshinder?*. (Doktorsavhandling, Umeå universitet).

Nygren, U., Markström, U., Svensson, B., Hansson, L., & Sandlund, M. (2011). Individual placement and support – a model to get employed for people with mental illness – the first Swedish report of outcomes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 591-598. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00869.x

Ogden, T., & Fixsen, D. L. (2014). Implementation science: A brief overview and a look ahead. *Zeitschrift für Psychologie*, 222(1), 4-11. doi: 10.1027/2151-2604/a000160

Palinkas, L. A., & Soydan, H. (2012). *Translation and implementation of evidence-based practice*. New York, NY: Oxford University Press.

Pressman, J. L., & Wildavsky, A. B. (1973). *Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland; or, why it's amazing that federal programs work at all : this being a saga of the Economic development administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes*. Berkeley: Univ. of California P.

Regeringen (1994). *Proposition 1993/94:218: psykiskt stördas villkor*. Stockholm.

Rexvid, D. (2016). *Professionsutövning och kunskapsstyrning: en jämförelse av socialarbetares och allmänläkares klientarbete*. (Doktorsavhandling, Umeå universitet).

Rhodes, R. A. W. (2007). Understanding Governance: Ten Years On. *Organization Studies*, 28, 8: 1243-1264.

Rinaldi, M., Miller, L., & Perkins, R. (2010). Implementing the Individual Placement and Support (IPS) approach for people with mental health conditions in England. *International Review of Psychiatry*, 22, 2: 163-72, doi: 10.3109/09540261003720456

Rinaldi, M., Perkins, R., Glynn, E., Montibeller, T., Clenaghan, M., & Rutherford, J. (2007). Individual placement and support: from research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment* Dec 2007, 14 (1) 50-60; DOI: 10.1192/apt.bp.107.003509

Ritchie, J., & Lewis, J. (red.) (2003). *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers*. London: Sage Publications.

Rosenberg, D. (2009). *Psychiatric disability in the community: surveying the social landscape in the post-deinstitutional era*. (Doktorsavhandling, Umeå universitet).

Rosenheck, R. (2001). Organizational process: A missing link between research and practice. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 52(12), 1607-12.

Rycroft-Malone, J., Kitson, Harvey, McCormack, Seers, Titchen, & Estabrooks. (2002). Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*, 11(2), 174.

Sackett, D. L., Rosenberg W. M. C., Gray J. A. M., Haynes, R. B., Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 312 :71.

Samele, C., Frew, S., & Urquía, N., (2013). *Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health - European profile of prevention and promotion of mental health (EuroPoPP-MH)*. European Commission, Nottingham: The institute of mental health.

Schmid, H. (2010). Organizational Change in Human Service Organizations: Theories, Boundaries, Strategies, and Implementation. I Y. Hasenfeld (red.), *Human services as complex organizations*, 2nd ed. (s. 455-479). Los Angeles: Sage.

Shore, C., & Wright, S. (2000). Coercive accountability. The rise of audit culture in higher education. In Strathern, (red.), *Audit Cultures. Anthropological studies in accountability, ethics and the academy*. London: Routledge.

Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.

Socialdepartementet (2009). *2008/09:185, Från ambition till handling: En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning*. Stockholm: Regeringskansliet.

Socialdepartementet (2012). *PRIO psykisk ohälsa: plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialdepartementet (2016). *Godkännande av en överenskommelse om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017*. Regeringsbeslut, diarienummer S2016/07839/FS. Stockholm: Regeringskansliet.

Socialdepartementet & SKL (2013). *Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013*. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Stockholm: Regeringskansliet.

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010: stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011: stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012). *Om implementering*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd: stöd för styrning och ledning : remissversion*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2008:18 (2008). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten - till nytta för brukaren: betänkande*. Stockholm: Fritze.

Statskontoret (2012). *Statens psykiatrisatsning 2007-2011: slutrapport*. Stockholm: Statskontoret.

Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392–397.

Stewart, R., Adams, D., Mandell, D., Hadley, T., Evans, A., Rubin, R., . . . Beidas, R. (2016). The Perfect Storm: Collision of the Business of Mental Health and the Implementation of Evidence-Based Practices. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 67(2), 159-61.

Svanevie, K. (2011). *Evidensbaserat socialt arbete: från idé till praktik*. (Doktorsavhandling, Umeå universitet).

Swanson, S. J., & Becker, D. R. (2010). *Supported employment: Applying the Individual Placement and Support (IPS) model to help clients compete in the workforce*. Center City, MN: Hazelden.

Tansella, M., & Thornicroft, G. (2009). Implementation science: understanding the translation of evidence into practice. *The British Journal of Psychiatry*, 195(4), 283–285.

Test, M. A., & Stein, L. I. (1980). Alternative to mental hospital treatment. III. Social cost. *Archives of General Psychiatry*, 37, 409–412.

Thornicroft, G., Alem, A., Drake, R. E., & Ito, H. (2011). *Community Mental Health: Putting Policy Into Practice Globally*. John Wiley & Sons.

Thornicroft, G., Ruggeri, M., & Goldberg, D. P. (red.) (2013). *Improving mental health care: the global challenge*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Thornicroft, G., Wykes, T., Holloway, F., Johnson, S., Szumukler, G. (1998). From efficacy to effectiveness in community mental health services. *British Journal of Psychiatry*, 173, 423–427.

Topor, A. (2017). Nya perspektiv på psykiatrin – en social modell. I Englander, M. & Ingvarsdotter, K. (red.), *Socialpsykiatrins grunder: människans villkor*. (s. 15-33). Malmö: Gleerups.

Trägårdh, L. (2008). Det civila samhällets karriär som vetenskapligt och politiskt begrepp i Sverige. *Tidskrift för samfunnsforskning*, 4.

Weisbrod, B. A., Test, M. A., & Stein, L. I. (1980). Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit-cost analysis. *Archives of General Psychiatry*, 37, 400-405.

Wiltsey Stirman, S., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F., & Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: A review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science : IS*, 7, 17.

Wolff, N. (2002). Risk, Response, and Mental Health Policy: Learning from the Experience of the United Kingdom. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 27, 5: 801-832.

World Health Organization (2001). *The world health report: report of the Director-General. 2001, Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2005). *Mental Health Declaration for Europe. European Ministerial Conference on Mental Health: Facing The Challenges, Building Solutions*. Helsinki, Finland, 14 January 2005.

World Health Organization (2008). *Policies and practices for mental health in Europe: meeting the challenges*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

World Health Organization (2011). *Mental Health Atlas 2011*. Geneva : World Health Organization.

Vårdanalys (2015). *Psyisk hälsa – ett gemensamt ansvar. Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995*. Rapport 2015: 10.

Yin, R. K. (2014). *Case study research: design and methods*. (5. ed.) London: SAGE.

Bilaga 1. Kriterier SEFS

Supported Employment Fidelity Scale, Sammanställning av programtrohets skala för IPS (Markström et al., 2015).

Poäng enligt programtrohetsskalan för IPS, skattas 1-5 p

Personal

1. Klientgruppens storlek
2. Arbetscoachernas sysselsättning
3. Arbetscoachernas helhetsansvar

Organisation

1. Arbetsrehabiliteringen integrerad i den psykiatriska behandlingen genom kopplingen till behandlingsteam
2. Arbetsrehabiliteringen integrerad i den psykiatriska behandlingen genom tät kontakt med behandlingsteam
3. Samarbete mellan arbetscoacher och arbetsförmedlare
4. Arbetsgrupp
5. Handledarens roll
6. Inga uteslutningskriterier
7. Verksamheten fokuserar på reguljärt arbete
8. Ledarna för verksamheten stödjer IPS

Insatser

1. Ekonomisk vägledning
2. Frivilligt att berätta om funktionsnedsättningen
3. Kontinuerliga bedömningar av klientens arbetserfarenheter
4. Snabbt sökande efter ett reguljärt arbete
5. Individuellt arbetssökande
6. Utveckla arbeten – täta besök hos arbetsgivare
7. Utveckla arbeten – skapa relationer till arbetsgivare
8. Olika slags arbeten
9. Olika arbetsplatser
10. Permanenta arbeten
11. Uppföljande stöd anpassat efter individen
12. Uppföljande stöd under obegränsad tid
13. Samhällsbaserade tjänster
14. Aktivt uppsökande verksamhet

Totalpoäng:

115–125 poäng = stämmer mycket bra överens med IPS

100–114 poäng = stämmer bra överens med IPS

74–99 poäng = stämmer delvis överens med IPS

73 och mindre = stämmer inte överens med IPS

Bilaga 2. Kriterier TMACT

Tool for measuring assertive community treatment. Schema över datainsamling (Markström et al., 2015).

Område	Frågeställningar
Organisation och struktur	<ul style="list-style-type: none"> • Brukare per teammedlem • Teamets arbetsmetod • Dagliga teammöten (frekvens, deltagande) • Programstorlek • Målgrupp • Aktiv rekrytering • Långsam intagningstakt • Successiv överföring/utskrivning • Låg bortfallsfrekvens • Samordning vid slutenvård • Kanslifunktion
Kärnkomponenter	<ul style="list-style-type: none"> • Teamledare • Teamledare som behandlare • Psykiater • Psykiaterns roll i behandlingen • Psykiaterns roll i teamet • Sjuksköterskor • Sjuksköterskors roll i teamet
Specialister i teamet	<ul style="list-style-type: none"> • Missbruksspecialist • Missbruksspecialistens roll i behandlingen • Missbruksspecialistens roll i teamet • Arbetscoach • Arbetscoachens roll i behandlingen • Arbetscoachens roll i teamet • Brukarspecialist • Brukarspecialistens roll

Vårdens innehåll	<ul style="list-style-type: none"> • Samhällsbaserade insatser • Aktivt uppsökande verksamhet • Varaktighet i möten med brukare • Täta möten med brukare • Täta kontakter med närstående och stödpersoner • Ansvar för krisinterventioner • Ansvar för psykiatriska insatser • Ansvar för rehabiliterande insatser
Evidensbaserad praktik	<ul style="list-style-type: none"> • Behandling av samsjuklighet (missbruksspecialist) • Arbetsinriktade insatser • Insatser kring egenvård och återhämtning • Integrerad behandling vid samtidigt missbruk (teamet) • SE enligt IPS-modellen • Värva och utbilda närstående • Kunskapsbaserad psykoterapi • Stöd till boende
Vårdplanering	<ul style="list-style-type: none"> • Individens starka sidor avspeglas i behandlingsplanen • Individbaserad behandling • Insatser täcker många livsområden • Individens självbestämmande och egenansvar framhålls