



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykoterapeutprogrammet*

## **Första linjen**

**En undersökning om en första linjes barn- och ungdomspsykiatri och de professionellas upplevelser efter genomförandet av den statliga tillgänglighetsåtgärden**

**Ingela Lund & Christina Söderlund**

Psykoterapeutprogrammet 2015

Handledare: Martin Bergström  
Examinator: Per Johnsson

## **Abstract**

In Sweden there was a government decision 2012 to implement a new level of care within the national psychiatric health care. The purpose with this study was to investigate the implementation ie a new means of organization in the psychiatric healthcare for children and adolescents in the city of Växjö. In this study we focus on the implementation nationwide in Sweden and specifically in our county. Our hypothesis was that psychiatric care for children and adolescents has become more focused on mental illness after organizational changes. We also investigated the employees experienced influence over the changes at their workplace, the political process and how the care for lighter mental illness organization was prepared nationwide. Our method was comparing contextual factors together with scientific articles and a survey measured at one occasion at our workplace. The results shows that the employees did not feel involved in the reorganization. They experienced a lack of communication about implementation factors. The employees do have a long time of experience in psychiatric care and with children and youths in particular. There seem to be no reduction in cases or in workload. Our interpretation is that the implementation resulted in a higher specialization, but no change in number of cases. It was clear that the employees saw a need for increased collaboration between the two units.

Keywords: children and adolescents, psychiatry, mental illness, implementation.

## Innehållsförteckning

Inledning .....	1
Barnpsykiatrins uppkomst .....	1
Bakgrund till en förbättrad vård för barn och unga med psykisk ohälsa-första linjen....	2
Genomförande av förändring.....	5
Implementeringsinriktningar .....	7
Delaktighet i implementeringsprocessen.....	8
Kunskap om implementering.....	8
Syfte och frågeställning.....	12
Metod.....	13
Procedur.....	13
Deltagare.....	14
Instrument.....	15
Statistisk bearbetning .....	16
Etiska överväganden .....	16
Resultat .....	17
Beskrivning av undersökningsgruppen och bortfallet.....	17
Diskussion.....	19
Resultatdiskussion.....	19
Metoddiskussion .....	22
Framtida studier .....	23
Referensförteckning .....	24
Bilagor .....	26

## Förord

Denna uppsats handlar om personalens upplevelse i samband med införandet av en ny vårdnivå, en första linje, och om Barn- och Ungdomspsykiatri blivit mer specialiserad. Fokus kommer att ligga på Barn- och Ungdomspsykiatriska kliniken i Kronoberg, där båda författare av denna uppsats arbetar. Undersökningen fokuseras till förändringen samt de anställdas upplevelse av eventuell förskjutning mot specialisering och avlastning, hur det eventuellt förändrats efter implementeringen. Författarna har en tanke om att barn- och ungdomspsykiatri blivit mer specialiserad efter förändringen. Förhoppningen är att uppsatsen ska bringa lite mer klarhet i hur implementering fungerar, både på övergripande nivå men mer specifikt på BUP i Kronoberg.

I uppsatsen förkortas Barn- och ungdomspsykiatri i Kronoberg, BUP. Barn- och ungdomshälsan förkortas med BoUh.

Arbetsfördelningen har inneburit att båda författarna till uppsatsen fördjupat sig i alla delar och bidragit till all text tillsammans, som sedan jämkats ihop till en helhet. Mycket tid har lagts på att redigera texten tillsammans, i ett ömsesidigt lärande av innehållet. Ett tack riktas till handledare Martin Bergström för god handledning. Tack även till universitetsadjunkt Emma Lindeblad, Linnéuniversitetet för goda råd och uppmuntran. Vidare ett stort tack till BUP i Kronoberg, ledningsgruppen som uppmuntrat idén om uppsats samt det kollegiala stöd författarna av denna uppsats uppfattat genom hela utbildningen och specifikt hjälpen med att delta i undersökningen. Slutligen ett stort tack till nära och kära som har stått ut under tre utbildningsår!

## **Inledning**

Bakgrunden till förändringen med en första linjes psykiatri i Sverige är statens ambition av snabb och tillgänglig vård för alla. Vad är då det man i dagligt tal kallar en första linje? De flesta skulle nog mena att det är dit man vänder sig som en första instans för lättare psykisk ohälsa, för bedömning. I fall av svårare psykisk ohälsa remitteras barn och ungdomar till specialistsjukvården, det vill säga barn- och ungdomspsykiatri. En jämförelse går att göra med den somatiska vårdens system med vårdcentraler i första hand och sjukhusvård vid behov. Tanken var att göra vården lättillgänglig. Staten tillsatte en utredning med försöksmottagningar där frågeställningen var huruvida vården på ett lämpligt sätt skulle ta hand om lättare psykisk ohälsa, genom lättillgänglig, förebyggande vård och tidiga insatser.

I Socialstyrelsens rapport (Socialstyrelsen, 2013) kan man läsa att det rekommenderas en uppbyggnad av en första linjes hälsa för barn och unga. Utifrån Socialstyrelsens rapport införs på flera håll i Sverige en uppdelning mellan specialiserad barn- och ungdomspsykiatri och en behandlingsform för lättare psykisk ohälsa, som en slags form av mellanvård för psykiatri. Benämningen av denna mellanvård kallas ofta en första linjes psykiatri.

Ovanstående kan vara en intressant inledning på detta arbete, som kan tänkas skapa idéer om historiens skiftning i vårdformer och behandlingsformer, där det har funnits en generell tanke om en bred folkhälsa för barn och ungdomar. Längre har det också funnits en specialisering genom riktade insatser inom barnpsykiatri och mot psykiska sjukdomar. Lättare psykisk ohälsa hos barn och unga har tidigare uppmärksammats av många professionella, och nu även genom tidigare nämnda rapport från Socialstyrelsen (2013). Tankarna förs tillbaka till utredningen på 1920-talet då man gick från generella rådgivningsbyråer till mer specialiserad psykiatri. Med den nya formen av behandling av lättare psykisk ohälsa skulle man kunna anta att vi nu fått en bredare vård för barn och ungdomar som möjligen liknar 1920-talets sätt att se på psykisk ohälsa, tillgänglig för alla.

### **Barnpsykiatrins uppkomst**

Innan författarna beskriver och förklarar implementering, något man skulle kunna beskriva med ett ord som införande, följer en kort bakgrundsbeskrivning. Vad menar man då med barnpsykiatri? Broberg, Almquist och Tjus (2003) för ett resonemang kring om samhället i stort har förändrats i synen på barnpsykiatri där det samhälleliga ansvaret blivit mindre och

där vi i allt större utsträckning fokuserar på barns psykiatriska sjukdomar. Följden blir ett problematiserande som läggs på en individuell nivå, där barn i allt högre grad får diagnoser.

Under 1920 och 30-talet hade det grundats rådgivningsbyråer dit föräldrar kunde vända sig med sina ungdomars problem, som nämnts tidigare. Regeringen hade under slutet av 1930-talet tillsatt ”Ungdomskommittén” för att nationellt titta på problem bland ungdomar. PBU (Psykisk barna- och ungdomsvård) grundades under 1940-talet och fanns fram till 1985. Sveriges barn- och ungdomspsykiatriska kliniker under 1945-1985 utvecklades och hade emot slutet av denna period 30 kliniker, vilket innebär en ökning med 9 % per år under en 40-årsperiod. Inriktningen var i starten inte psykisk hälsa men inte heller rådgivning, utan sågs mer som en service för mental hälsa, för barn och ungdomar. (Zetterqvist, Nelson & Sandin, 2013).

Barnpsykiatri är en i jämförelse ny vårdform i Sverige. Zetterqvist, Nelson och Sandin (2013) konstaterar att Sverige under mitten av 1940-talet introducerade den första vårdinrättningen för psykisk hälsa för barn. Barnpsykiatri var en politisk vision, och den svenska välfärdsstatens socialdemokratiska mål och tanke var att nära sammankoppla den med psykoanalytisk teori, där barnen var framtiden. Den psykoanalytiska teorin var den teori man utgick ifrån i början inom barnpsykiatrin. Diskussionerna kring effektivitet av behandlingsmetod inom det barnpsykiatriska fältet har sedan förts sedan 1950-talet där åsikterna ofta har varit olika.

Traditionell barn- och ungdomspsykiatri har bedrivits under många år, där såväl barn och ungdomar med symptom på lättare psykisk ohälsa som svåra psykiatriska diagnoser, inordnats under samma paraply. Detta arbete kommer att inrikta sig emot bakgrunden, målformuleringen, förarbetet och hur man har utrett det nya sättet att arbeta med barns psykiska hälsa på olika vårdnivåer. En diskussion som ofta förs i sjukvårdsdebatten är om effektiviteten i arbetet utifrån resurser och förstärkning av dessa och hur det belastar klinikers arbete och medarbetare.

### **Bakgrund till en förbättrad vård för barn och unga med psykisk ohälsa-första linjen**

EU tog 2005 fram olika strategier för att förebygga psykisk ohälsa och en första linjes vård är ett steg i att förbättra och förebygga barn och ungdomars stigande psykiska ohälsa. Efter att det under 2007 gjorts en kartläggning av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL, 2012) på uppdrag av regeringen om att se över tillgängligheten för att ta emot barn och

ungdomar med psykisk ohälsa, visade det sig på många håll i landet vara flera brister och stora regionala skillnader.

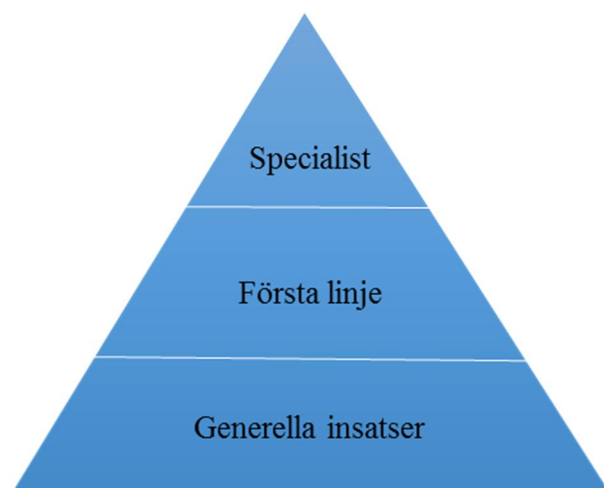
I september 2008 beslutade regeringen att Sveriges Kommuner och Landsting skulle satsa på att förbättra och samordna insatser för att främja psykisk ohälsa och mer effektivt möta och behandla psykisk sjukdom och ohälsa hos barn och unga, något man ser har ökat de senaste åren. (Sveriges Kommuner och Landsting [SKL], 2012).

Modellområdesprojektet-Psykisk hälsa barn och unga: Slutredovisning för perioden 2009-2011 (SKL, 2012) är grunden till det som senare blev en satsning på en första linjes vård för barn och unga med psykisk ohälsa. I rapporten betonas det som behandlas i denna uppsats, och som projektet fokuserar på:

- En välfungerande första linje som bör avlasta specialistsjukvården, det vill säga BUP och möjliggöra ökning av tillgängligheten samt utveckla en nivå med allt större spetskompetens och vård.

- Vinster för barn, ungdomar och deras familjer bör bli verklighet genom ett tidigt erbjudande om insatser för att förhindra en utveckling mot en mer allvarlig problematik.

- En första linje menar man ska vara den vårdnivå som bör finnas mellan generella insatser så som barnhälsovård, primärvård och skolhälsa, och den specialistnivå som BUP bedriver.



**Figur 1 från Modellområdesprojektet – Psykisk hälsa barn och ungdomar; Slutredovisning (SKL, 2012) som en illustration av insatsnivåer.**

Med en första linje avses den vårdnivå som bör finnas mellan generella insatser som riktar sig till alla barn, exempelvis barnhälsovård och skolhälsovård. Den specialiserade vården vid psykisk hälsa är barn- och ungdomspsykiatri. Tidigare var alla tecken på psykisk ohälsa samlad för bedömning och behandling hos BUP. Tanken med förändringen var att skapa en mellaninstans för lättare psykisk ohälsa för att överbrygga området mellan generella instanser och specialiserade insatser. Med specialiserade insatser avser man vården som riktar sig till en liten grupp barn och ungdomar som på grund av sjukdomens art, allvarlighetsgrad eller komplexitet inte kan behandlas effektivt inom ramen för en första linjes psykiatri.

En första linje skall kunna identifiera många olika sorters problematik. Den skall kunna göra enklare utredningar och behandla lindriga former av psykisk ohälsa och kunna bedöma svårare psykisk problematik för remittering till rätt vård. Den skall ha en helhetssyn och samarbeta med de aktörer som är berörda. (SKL, 2012) En ambition med denna undersökning är att resonera kring resultat för förändring av arbetet på kliniken där författarna av uppsatsen arbetar. Arbetet har förändrats och blivit allt mer specialiserat med en upplevd känsla av allt mer krav, något som kanske speglas av samhället i stort. Många behandlare drivs av viljan att arbeta med barn- och ungdomspsykiatri och på så sätt förbättra vården. Bakom denna inställning finns ett stort engagemang parat med universitetsutbildning och yrkesexamen, klinisk erfarenhet och evidensbaserad vård i form av vårdprogram som ligger till grund för arbetet.

Forskning enligt Gillberg och Hellgren (2000) har visat att 7-25% av alla barn och ungdomar lider av någon form av psykisk ohälsa. De hänvisar till en svensk studie där så mycket som vart fjärde barn har sökt barn och ungdomspsykiatrisk hjälp innan vuxen ålder. I de lägre åldrarna är det främst pojkar som det söks hjälp för medan det i tonåren vänder och man ser att det då är betydligt fler flickor som kommer för att få hjälp och behandling. I Statens offentliga utredningar SOU, (2006:77) skriver man att de flesta ungdomar mår bra men att man de senaste åren har sett en ökning av ökad psykisk ohälsa hos barn och ungdomar (Petersen et al., 2010) I Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling, Stockholms läns landsting (2012) beskrivs att man under flera år lagt ner ett stort arbete med att ta fram kliniska riktlinjer för bedömning och behandling samt implementera riktlinjer i den kliniska vardagen. Allt för att förbättra och öka kompetensen inom den specialiserade barn och ungdomspsykiatri, de kliniska riktlinjerna bygger på vetenskap och evidens.



Det man sett är ett ökat vårdtryck hos BUP och en större efterfrågan på specialistnivå (Stockholms läns landsting, 2012). Då vårdgarantin införts klarar allt färre kliniker sina uppdrag, vilket medför att barn och ungdomar får vänta allt för länge. Med en första linje (SKL, 2012) var tanken att man skulle avlasta specialistsjukvården och erbjuda behandling för lättare psykisk ohälsa. Barn och ungdomar ska ges möjlighet till snabba, tidiga insatser, vilket är av stort värde för individen, dess familj och nätverk. Utifrån en ekonomisk långsiktighet så bedömdes insatserna också bli mindre eller färre, och man avsåg även en minskad kostnad för samhället i framtiden. Med minskade åtgärder skulle vinsten bli stor både för individen och samhället, vilket torde vara den viktigaste framtidsinvesteringen samhället har att bidra med enligt SKL (2012). Från att ha behandlat större perspektiv kommer uppsatsen nu att beröra arbetsfältet med barn och ungdomar på BUP i Landstinget Kronoberg.

I Kronobergs län beslutades att det under 2012 skulle etableras en första linje för barn och ungdomar med psykisk ohälsa för att kunna öka tillgängligheten och förbättra kvaliteten för barn och unga, enligt BUP Kronobergs verksamhetsplan 2012. Intentionen var att förändringen skulle leda till avlastning för BUP då ärenden med lättare psykisk ohälsa skulle omfördelas till en första linje och följaktligen BUP skulle inriktas på specialistsjukvård. Ett nära samarbete skulle ske mellan en första linje, BUP samt Mödra- och barnhälsovårdspsykologerna (MBHV). Ovanstående togs även upp i BUPs verksamhetsberättelse 2013 där man nämnde att barn och ungdomars ohälsa fortsatt ökade. Ur ett barn- och ungdomspsykiatriskt perspektiv menade man att det är viktigt att särskilja på psykisk ohälsa och sjuklighet. BUP har som uppdrag att möta de psykiskt sjuka barnen och ungdomarna. BUP i Kronoberg arbetar systematiskt med att implementera ovanstående i olika vårdprogram för att få en så god, säker och likvärdig vård som möjligt. Bakgrunden har nu beskrivits utifrån ett samhällsperspektiv med politiska beslut på olika nivåer, kring en satsning på tidiga och tillgängliga insatser för barn- och ungdomar med psykisk ohälsa. Nu följer en beskrivning hur en förändringsprocess går till.

### **Genomförande av förändring**

Implementering har enligt Nilsen (2011) i modern mening utvecklats i efterkrigstid för att hitta nya sätt att påverka samhällsliga förändringar, där implementering används för att förverkliga välfärdsstatens mål och ambitioner. I den sociala välfärden där också hälso- och sjukvård ingår ville man göra förändringarna tillgängliga att hanteras på en regional nivå efter beslut på nationell nivå i en slags radikal rationalism. Forskningen skulle vara grunden för

politiska beslut och förändringar som sedan skulle implementeras. Förändringarna skedde genom lagändringar, förutsättningar för vårdpersonal, byggnader, statsbidrag och andra åtgärder. Nämnas kan också nationella kvalitetsregister och riktlinjer av socialstyrelsen som ett sätt för forskare, ledning och de som genomför förändringarna att mötas och hitta nya sätt att lära sig och utnyttja nya kunskaper för att genomföra förändringar som kan leda till bättre nyttjande av samhällets resurser. Implementering handlar om en rad aktiviteter som genomförs för att förverkliga en idé. Kliniska riktlinjer har bland annat tagits fram i Sverige för att förbättra vårdkvaliteten och ge vägledning till lämpliga vårdinsatser.

Latinets *implere* betyder ”att fylla” eller ”att fylla upp” enligt Nilsen (2011) och man brukar beskriva implementering med ord som införa, genomföra, förverkliga, utföra, applicera och sätta i verket. Implementering har länge varit ett aktuellt begrepp, det var först under 1960-talet man började tala om implementering som begrepp. Tidigare hade man använt andra ord, och menar att man allt sedan människor började samarbeta med varandra kring komplexa uppgifter egentligen implementerat. Nilsen (2011) har talat om implementering som ett sätt man använt för att införa förändringar redan under tiden i Egyptens uppbyggande av pyramider. Roselius och Sundell (2008) beskriver mänsklighetens försök att realisera ambitioner genom handlingar för att nå ett mål och ett resultat. Implementering är svårt, Guldbrandsson (2007) konstaterar i en rapport där hon menar att hon och många med henne tycker att det sällan blir som man har tänkt, och uttrycker ”implementeringens mödosamma konst” i sin sammanställning.

Nilsen (2011) talar om en lyckad implementering där den beskrivs som att den implementerade metoden blir en del av den dagliga arbetsmetoden i verksamheten. Författarna talar om genomslagskraften som en förändring som blir större om initiativet till nya riktlinjer sker inom en organisation än om det sker nationellt. Implementeringsvetenskapens uppgift är att verka för forskning som kan resultera i förändring i beteende. Traditionellt fördjupar man sig i att studera hinder som ”personalens medvetenhet, kunskap och attityder angående effektiva metoder, och organisationsrelaterade, t.ex. faktorer som avser organisationens struktur, ledarskap, och kultur, vilka försvårar implementering av effektiva metoder”. Allt eftersom implementeringsvetenskapen funnits under en tid har man lämnat perspektivet att det skulle gå att ge generella riktlinjer kring en verksam implementering. Man talar inom vetenskapen mer om sammanhanget, kontextens betydelse för en bra implementering.

Man sammankopplar implementering med ett utökat åtagande bland annat för hälso- och sjukvården och det kan sammankopplas med realiserandet av välfärdsstatens mål, och avsikten är att fortlöpande förfinas och förbättra insatserna. (Stockholms läns landsting, 2012)

Att förstå implementering är som Roselius och Sundell (2008) beskriver, att förstå de processer och beteenden som leder till att idéer förverkligas. Fraser och Galinsky (2010) talar om implementering som en förändringsstrategi som är målinriktad, vilket de tycker ger en tydlig förklaring av ett svåröverskådligt ämne. Historiskt sett kopplades implementeringar av nya interventioner direkt till auktoriteter på området, något man allt mer började ifrågasätta och det kom att ersättas av mer undersökande på området som påverkade tillämpningen.

### **Implementeringsinriktningar**

Implementering delas ofta upp i två riktningar, implementeringsvetenskap och policyimplementering. Implementeringsvetenskapen beskriver hur metoder kan förbättras och erbjudas patienter. Policyimplementering behandlar frågor som är demokratiskt fattade och hur dessa kan realiseras i verkligheten. Styrning av svensk hälso- och sjukvård har alltid byggt på implementering av kunskap enligt Nilsen (2011). Begreppet evidensbaserad praktik bör i detta sammanhang nämnas då staten i mitten av nittioalet enades med landstingen om den så kallade Dagmaröverenskommelsen. Beslutet var att satsa på olika åtgärder för att åstadkomma en mer kunskapsbaserad hälso- och sjukvård. Att det finns vetenskapligt stöd och evidens för att en insats har god effekt är viktigt ur en etisk synpunkt inom människovårdande yrken. Evidens beskrivs som ”kunskap från olika källor som utsatts för olika testningar och funnits trovärdiga” (Nilsen, 2011).

Enligt ovanstående förefaller båda inriktningar i implementering ha använts i förändringen på BUP i Kronoberg, då man talat om processen att komma till rätta med barn och ungdomars ökade psykiska ohälsa. Implementeringsprocessen börjar med att det finns ett behov som inte tillgodosetts. Hos BUP i Kronoberg var kön lång för barn och ungdomar med psykisk ohälsa, liksom i övriga landet. Genom att erbjuda ny behandlingsmetod med tidiga och snabba insatser ville man förbättra vården vilket författarna till denna uppsats uppfattar handlar om implementeringsvetenskap. Beslutet togs demokratiskt på nationell nivå genom regeringsbeslut, men även på lokal nivå genom politiska beslut och kan kopplas till policyimplementering.

## **Delaktighet i implementeringsprocessen**

I Roselius och Sundell (2008) poängteras vikten av att medarbetarna från början måste göras delaktiga i förändringsarbetet och att det är viktigt att identifiera informella ledare och ha deras stöd i förändringen. Man benämner dessa personer ofta som förändringsagenter eller förändringsambassadörer och betonar hur viktig deras roll är för att implementeringen skall fungera. Man tar även upp intressanta punkter kring vanliga misstag vid implementering bland annat nämns att man inte sällan försöker implementera metoder innan de är färdigutvecklade och utvärderade, många gånger blandas även auktoritet ihop med inflytande och man skiljer inte på informella och formella ledare vilket är viktigt för att den kommande förändringen skall få så bra grund som möjligt. I förhållande till ovanstående framgår att tydligt ledarskap är viktigt vid implementering, liksom delaktighet i processen. Nästa del av uppsatsen kommer att beskriva hur man implementerar.

## **Kunskap om implementering**

Det finns en del forskning kring implementering, främst inom omvårdnad och det sociala fältet. Denna undersökning har skett genom studier av litteratur och via referenser, vidare sökning kring forskning om implementering. Författarna har genom Lunds Universitets databaser som LUBsearch, PsycInfo, PsycNet hittat många intressanta artiklar om implementering. Det verkar dock saknas studier kring den nya vårdform som denna uppsats valt att fokusera på. Det finns flertalet studier inom andra områden som hälso- och sjukvård, socialtjänst, där implementeringsprocesser beskrivs. Landstinget Kronoberg var relativt tidiga med att implementera denna nya vårdform.

Påverkansfaktorer som påverkar resultatet av implementering har Durlak och DuPre (2008) skrivit om i en forskningsartikel. De menar att det finns starkt empiriskt stöd för att nivån av implementeringens resultat påverkas av att ett förebyggande arbete sker innan förändringen. Författarna i artikeln talar om en viktig aspekt av kontextuella sammanhang där man nämner olika delar som påverkar i samhället, organisationers fungerande, teknisk hjälp, förebyggande system och liknande. I artikeln hänvisas till forskare inom det sociala fältet som beskriver att man genom förändring, gör tillvaron bättre för många människors hälsa i samhället. Vidare nämns tre faser som påverkar en framgångsrik spridning av ett program för implementering till verkligheten dels genom att en grupp är benägen att prova förändringen, dels hur gruppen använder metoden och benägenheten att behålla förändringen. På det sättet genomförs förändringen, implementeringen. Man beskriver det vanliga motståndet mot att ta

till sig nya innovationer, och att många försök till implementering ofta stupar på att ingen grupp eller organisation känner sig benägna att prova ett nytt sätt att arbeta på. Vikten av utvärdering berörs, vilket man nämner är nära kopplat till processen av implementeringen. För att utvärdera behövs enligt Durlak och DuPre (2008) en analys av hur väl man efterfyllt implementeringens intentioner för att se hur utfallet blev.

Fixsen och Blase (2009) har talat om implementering som en ”felande länk” mellan förarbete och verklighet. De menar vidare att man allt för sällan generellt i samhället, använder sig av aktuell forskning före man utför förändringar med implementering på olika sätt. De talar om ”evidensbaserade program” men ställer sig dock tveksamma till vilken hjälp den typen av program ger. Utövarna kan utifrån sin egen möjlighet ge innovationerna utrymme och komma konsumenter på olika sätt till del. Vidare förklarar de sin bild av implementering, att via forskning hitta nya sätt att föra in förändringar i mänskliga sammanhang och konstellationer, till fördel för människor och samhällen. Fixsen och Blase (2009) översikt av implementeringsforskning är klar; det tar 2-4 år att implementera en ny metod och sker genom stegvis förändring för att införa implementering, tillsammans med arbete kring förändringen. Det behövs kunskap kring hur man inför väl undersökta program i första hand på en nationell nivå.

Författarna till denna uppsats tänker och tror att processgruppen i Landstinget Kronoberg inför beslut och utformande av en första linje för barn- och ungdomar i regionen tog del av den befintliga implementeringsforskningen, samt även de beslut och förarbeten som gjorts nationellt, innan införandet av förändringen.

En klagörande artikel som skrivits (Damschroder & Hagedorn, 2011) om implementeringsforskning, hänvisar till tidigare forskning och definierar implementering till undersökta områden med mycket evidens, som kommer till användning genom nya sätt att använda kunskapen genom olika förändringsstrategier och implementering. Man har enligt Nilsen (2011) undersökt effekten av en implementering som gjorts inom en organisation, och upptäckt att effektiviteten har varit högre än den som utvecklats på en mer nationell nivå. I artikeln problematiserar de kring genomförande av förändringar inom hälso- sjukvården om beslutsfattarna inte tar till sig den kunskap som finns vid implementering och förändring i vården, och hur utfallet då blir. När det gäller implementeringsforskning så har den befunnits relativt ny inom fältet för hälso- och sjukvård och blev tydlig först under 1990-talet.

Implementeringsprocessen har beskrivits av Fixsen genom definierade sex steg enligt Roselius och Sundell (2011).

1. Undersöka behov av och förutsättningar för förändring.

Det första viktiga steget för att en förändring skall bli så bra som möjligt, är att identifiera behov till den förändring som skall genomföras. Det viktigaste motivet till förändringen är förbättring för de patienter som man skall hjälpa. Något man även betonar starkt är att noggrant undersöka andra liknande förändringsarbeten och se hur man då har gjort och vilken effekt och förändring det lett till.

Motivet till den förändring som genomfördes på BUP i Kronoberg genom en ny vårdform skulle gynna patienterna. Vården skulle bli mer lättillgänglig och ge snabba insatser tillsammans med en förhöjd specialisering inom specialistvården.

2. Förankra behovet av förändring.

Det handlar kanske främst om att politiker, samhället och den egna organisationen delar uppfattningen att det finns ett behov av förändring. Den nuvarande verksamheten kanske heller inte förmår att nå de mål som är satta. I detta fall handlar det om tidiga insatser till barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Tidigare har nämnts att när alla medverkar till förändring, så är det större chans att lyckas. Det är även viktigt att alla är medvetna om att det är en långsiktig process. Implementeringen lyckas när de professionella ser att den är gynnsam för klienten men underlättar även för den egna arbetssituationen när de som utövar den nya förändringen, de professionella, görs delaktig i processen.

Förankringen på nationell nivå, av denna nya form av vård var god. Den förefaller ha föregåtts av en välgrundad undersökning där man under ett par år haft en första linjes barnpsykiatri, på olika försöksmottagningar för att se utfallet av resultat. BUP Kronoberg gjorde ett fördjupat underlag genom en skriftlig rapport, inför ett införande. Det var oklart hur de professionella gjordes delaktiga i denna process.

3. Välja metod och planera genomförandet.

Söka den metod som har bäst evidens och vetenskapligt stöd. Man betonar också vikten av ett engagerat ledarskap som kan leda organisationen genom förändringen på ett målinriktat och tydligt sätt. Kommunikation och tydlighet genom hela implementeringsprocessen är viktig både inom organisationen men även utåt mot de externa samarbetspartner som man har och som den nya förändringen kommer att beröra.

Vad gäller en första linjes barn- och ungdomspsykiatri och påverkan på BUP i Växjö så handlade det kanske mindre om implementering av en ny metod, mer om en riktad vårdinsats där kommunikation och ledarskap förefaller varit av största vikt.

4. Utbilda i den nya metoden.

Tydlighet i beskrivning av den nya formen är viktig, så att alla professionella är medvetna om den nya strukturen och arbetar utifrån den. Vikten av kontinuerlig utvärdering betonas också. En viktig faktor menar man är att använda rätt personer till de arbetsuppgifter som är optimala, när förändringarna genomförs. Forskning visar att det är skillnad på att ha kunskap och att använda sig av den. Det blir därför viktigt att se till att kunskap finns och att den används på rätt sätt.

Det handlade kanske även här mindre om metod och mer om rekryteringsförutsättning, att få rätt professioner till rätt arbetsuppgift, kanske även genom att flytta personal.

5. Stödja när metoden börjar användas.

Ledning av arbetet menar man spelar stor roll om förändringsarbetet skall fungera eller inte.Handledning och uppföljning framhävs som en viktig del liksom utvärdering av processen kontinuerligt.

Ledningsgruppen på BUP i Kronoberg var i högsta grad delaktig i processen av ett den nya vårdform som infördes. Vad gäller uppföljning och handledning är det mer oklart hur detta planerades.

6. Varaktigt vidmakthållande av den nya metoden.

För att implementeringen av den nya metoden fortgår och att omstrukturering vidmakthålls, behövs ett arbete göras för att kontinuerligt upprätthålla intentionen.

Förändringar och förbättringsarbeten görs först då den implementerade metoden är väl inarbetad.

Det är svårt att se hur man vidmakthållit denna nya metod i nuläget. Det är förhållandevis kort tid som förflutit sedan införandet 2012 och en uppfattning kan vara att samarbetet inte sker med regelbundenhet.

Stegen har inte fasta gränser utan kan överlappa varandra. Man trycker på att det är viktigt att det finns ett aktivt och funktionellt ledarskap och att den nya förändringen är ordentligt förankrad i organisationen. Man talar också i en forskningsrapport från Lunds Universitet av Wirtberg (2013) om fyra huvudområden som har betydelse för implementeringen:

1. Insikt om att det behövs en förändring
2. Nödvändiga resurser
3. Personalens motivation
4. Då organisationsklimatet bedöms vara gynnsamt

Organisationen uppfattade relativt tidigt utifrån ökade vårdköer och belastningssituation för vården, att en satsning var nödvändig. Det fanns en medvetenhet om att barn och ungdomars psykiska ohälsa hade ökat, och att man behövde satsa på mer lätt tillgänglig vård och snabba insatser. Tanken var att man skulle specialisera barn och ungdomspsykiatrin till en svårare psykiatrisk problematik och förlägga lättare psykisk ohälsa på en ny enhet. På detta sätt skulle även tillgängligheten förbättras för de med svårare psykisk ohälsa, något man fått allt svårare att hantera inom vårdgarantin, med tillgång till specialistvård inom 30 dagar. I och med att man var eniga både i organisationen, politiskt och på en nationell nivå utifrån regeringsbeslut, att tillgänglighetssatsningen var nödvändig så tilldelades pengar för att skapa en ny enhet men nödvändiga resurser. Man omfördelade vissa tjänster från Barn- och ungdomspsykiatrin. Det fanns inom personalgruppen en viss oro då man inte på förhand kunde se om den nya enheten skulle ge avlastning till specialistpsykiatrin.

Efter att ha tagit del av implementeringsteori är det lätt att förstå att det skapades en oro och osäkerhet kring hur framtiden skulle bli. Implementeringsforskningen som just redovisats talar ju just om vikten av tydlighet, delaktighet, förankring och uppföljning. Det fanns en oro på arbetsplatsen, att det skulle komma att bli mer specialiserat med tyngre och svårare ärenden, och en oro att den nya enheten inte skulle bli så avlastande som det var tänkt. Författarna uppfattar dock att det uppfattades positivt med satsningen på Barn och ungdomars psykiska ohälsa.

### **Syfte och frågeställning**

Denna undersöknings syfte har fokuserats till processen av förändringen, samt de anställdas upplevelse av eventuell förskjutning mot specialisering och avlastning och hur det eventuellt förändrats efter implementeringen. Upplevde sig medarbetarna delaktiga och kommunicerade i samband med förändringen? Har det blivit en mer specialiserad vård efter Barn- och ungdomshälsans tillkomst? Har specialistsjukvården avlastats på det sätt som det var tänkt enligt förarbetena?



## Metod

Denna studie är en enkätundersökning som genomfördes på den klinik där båda författare av denna uppsats är anställda. Undersökningen beskriver personalens upplevelse av processen i och med införandet av en första linjes psykiatri för barn och ungdomar. Ledningen uttryckte intresse av att få arbetet kring implementeringen av en ny vårdform belyst. Utgångspunkten var att göra en undersökning av hela personalgruppens upplevelse. Undersökningen har en kvantitativ ansats med en tvärsnittsstudie av upplevelsen, mätt vid ett mättillfälle.

## Procedur

Enkäten konstruerades utifrån syfte och aktuella frågeställningar och distribuerades i pappersform till alla de 66 anställda som fanns på BUP i Ljungby och Växjö. Via personalavdelningen undersöktes befintligt personalunderlag. Enkäterna distribuerades av sekreterare och avdelningschef. Enkäten ifylldes utan namn och med breda åldersintervall, för att garantera anonymitet. Mejl sändes en vecka före utlämnandet av enkäterna samt muntlig information på arbetsplatsträffar, för att informationen skulle nå kollegor med budskapet om vikten av hög svarsfrekvens. Mejl med information om undersökningens början gjordes vid flera tillfällen. I informationen som medföljde enkäten tydliggjordes frivillighet och syfte med studien.

Vid sista inlämningsdatumet hade 23 svar inkommit. Ytterligare tre mejl med påminnelser sändes och tiden försköts för inlämning två gånger. Vidare påmindes kollegor med samma information som i mejlet, vid möten, raster och vid upprepade tillfällen. Hela svarstiden blev således en månad och antalen inkomna svar ledde till en näst intill fördubbling. Det resulterade i slutgiltigt 38 svar. Svarsfrekvensen blev 58 % med ett bortfall på 42 %. Enligt Trost (2012) kan man förvänta sig en svarsfrekvens på mellan 50-75 %, och härvarande undersökning ligger väl inom intervallet. Liknande studier har en svarsfrekvens i spannet 46 % -71 % (Andersson & Hellmer, 2013; Henriksson & Rönnlund, 2007; Rundgren, 2013). Med tanke på flera liknande resultat i deltagande och bortfall blir uppgifterna generaliserbara och övergripande. Undersökningen ger samma resultat som liknande studier och tolkning sker av personalens uppfattning genom gruppens svar.

## Deltagare

Samtliga anställda vid undersökningstillfället (n=66) tillfrågades att delta i undersökningen. Det var 42 % (n=38) som besvarade enkäten. Personalen arbetar på mottagningar i team där flera professioner ingår, såsom läkarsekreterare, läkare, psykologer, sjuksköterska, skötare, socionomer, pedagoger och övriga paramedicinare. Det innebär en arbetsplats med flera professioner, med en viss stabilitet.

*Tabell 1. Nedanstående tabell visar personalens arbetstidslängd på Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Kronoberg, samt övergripande psykiatrisk arbetslivserfarenhet, svar i procent (n=38).*

Tidsintervall	Arbetstid	Erfarenhet
0-2 år	23,7	15,8
2-5 år	13,2	2,6
5-10 år	18,4	7,9
10-20 år	21,1	31,6
>20 år	23,7	42,1

Av de anställda var 69 % över 45 år i undersökningsgruppen och visar att mer än 44 % har tjänstgjort på BUP i Växjö 10 år eller mer. Drygt hälften av gruppen har arbetat på BUP 20 år eller mer. Mer än en tredjedel, drygt 36 % har endast varit anställda 5 år eller mindre. Erfarenheten av psykiatriskt behandlingsarbete i 10 år eller mer blev i undersökningen mer än 73 %. Av dessa 73 % hade drygt 42 % arbetat 20 år eller mer. Det fanns en grupp som har arbetat 5 år eller mindre som till storleken är drygt 18 %.

Tabell 2. Tabellen visar en sammanställning av undersökningens enkätfrågor som fogats samman utifrån gemensamma områden, så kallade kluster och utgör olika kategorier och fokus.

Frågor	Kategori
6,10	Kommunikation
7,8	Delaktighet
14,20,21,24	Specialisering
16,17	Remiss
12,13,15,18,19,22,23,25,26	Arbetsuppgifter
29,30,31,32	Samverkan

### Instrument

Instrumentet i undersökningen var en enkät, konstruerat utifrån huvudområden som byggde på syften och frågeställningar kring uppsatsen om kommunikation, delaktighet, specialisering, remiss, arbetsuppgifter och samverkan utifrån implementeringsteori där intentionen sedan var att föra samman flera frågor i kluster för att kunna tolka resultaten.

Enkäten hade 32 frågor riktade mot personalens upplevelse av processen och organisationsförändringen på BUP i Landstinget Kronoberg, före, under och efter förändringen. Frågorna var slutna och hade en femgradig Likertskala där ett var ”inte alls” och fem var ”mycket”.

Frågorna lades samman till kategorier och medelvärdena korrelerades. Vid skapandet av enkäter med 32 frågor användes Ejlertsson (2014) och Trost (2012). Undersökta områden är främst kommunikation, delaktighet, specialisering och samverkan. Enligt Ejlertsson (2014) innebär validiteten att man mäter det som avses mätas. Validitet skapades genom att knyta frågorna till syfte, bakgrund och teori. Resultaten är en konsekvens av god validitet och är generaliserbara till att användas på likande kliniker. Brister skulle kunna vara just att svaren är slutna, utan möjlighet att utveckla, och att det på det sättet kan ha missats synpunkter och områden. Reliabiliteten enligt Trost (2007) om tillförlitlighet, menas likhet mellan frågor, hur svaren registrerats och möjlig objektivitet. Undersökningen bedöms ha god reliabilitet då enkäten var lika för alla. Vidare matades svaren in i samma program. En brist kan sägas vara

att båda författare av uppsatsen arbetar inom verksamheten som undersöktes, vilket kan ha påverkat objektiviteten.

Andra områden var frågor kring upplevelsen av om det blev specialisering, avlastning och förändring. Frågorna kring kommunikation behandlade upplevelsen kring huruvida förarbetena var kända och om de kommunicerades. Frågorna kring remisser har varit riktade för att undersöka om upplevelsen varit att fler eller färre remisser inkommit. Specialisering har undersökts genom personalens upplevelse av specialisering utifrån diagnoser, arbetet och remisserna och om upplevelsen är att BUP generellt blivit mer specialiserat. Delaktigheten avsåg mäta möjligheten i att påverka förändringen och om beslutsfattarna använt sig av behandlarnas specialistkunskap och huruvida implementeringen lyckades. Frågor kring arbetsuppgifterna handlade om upplevelsen av ändring i vårdtyngd, längd på behandlingstiden, ny behandlingsform, organisationsförändring och vårdprogram. Vidare fanns frågor kring upplevelse om hur samverkan och samarbete fungerade mellan BUP och BoUh och andra vårdgivare (tabell 2).

### **Statistisk bearbetning**

Svaren bearbetades i statistikprogrammet SPSS och tolkades. Deskriptiv statistik utfördes, reliabilitetsanalys och korrelationsanalys Pearson för att summera, jämföra och analysera resultaten. Cohens har föreslagit att vad som utgör stora effekter är 0.1-0.3 och indikerar ett litet samband, 0.3-0.5 som indikerar ett medelstort samband och där 0.5-1.0 visar på ett starkt samband (Field, 2009). Reliabiliteten redovisas med Cronbachs Alfa, där en acceptabel reliabilitet är 0.8 eller över. Två frågor (16, 29) i enkäten har reverserats för att göra tolkning av resultatet möjligt.

### **Etiska överväganden**

I enkätundersökningen fick deltagarna ge sitt samtycke till deltagandet samt att undersökningen var frivillig och skulle behandlas anonymt. Riskerna för deltagande bedömdes som små. Deltagarna hade fått en skriftlig och muntlig information, vad som avsågs mätas och vem som ansvarade för undersökningen. De fick även information om var de kunde vända sig vid frågor före och efter undersökningen.

## Resultat

### Beskrivning av undersökningsgruppen och bortfallet

Kommunikation, delaktighet, remisser, specialisering, remisser, arbetsuppgifter och samverkan jämfördes avseende medelvärde och standardavvikelser (tabell 3). Spridningen blev stor i alla kategorier. Cronbachs Alfa höll en god reliabilitet på 0,92 avseende mått på fråga nr 6-32. Fråga 1-5 bedömdes som bakgrundsvariabler. Nedanstående blev alla resultat utifrån tolkning av personalens upplevelse vid den nya vårdformens införande. Tanken var att de som svarat utgör en grupp med svar som bör blir generaliserbar för hela gruppen.

Enkäten skickades ut till 66 personer, som resulterade i 38 svar. Bortfallet blev 42 %, vilket ligger inom ramen för förväntat bortfall i liknande studier. Åldern delades in i fem grupper, 20-25, 25-35, 35-45, 45-55 och 55 och äldre. Bortfallet var störst i åldersgrupperna över 45 år med 50 % bortfall. Åldersgrupperna 35 år och yngre hade inget bortfall alls. Bortfallet ökade alltså med ökande ålder. Det har inte varit möjligt att analysera bortfallet med avseende på ytterligare variabler.

*Tabell 3. Deskriptiv statistik av medelvärden och standardavvikelser utifrån kategorierna kommunikation, delaktighet, specialisering, remiss, arbetsuppgifter och samverkan. N varierar då enstaka svar i enkäterna uteblivit.*

Kategorier	N	Medel värde	Standard avvikelse
Kommunikation	34	2,63	0,71
Delaktighet	34	1,96	0,78
Specialisering	35	2,49	0,82
Remiss	36	3,36	0,93
Arbetsuppgifter	38	2,31	0,72
Samverkan	37	3,30	0,50

Tabell 3 illustrerar en viss spridning av svaren, i samtliga kategorier. N varierar då vissa svar i enkäterna saknas. (Var god se förklaring av kategorier på s 15 under instrument).

Svaren indikerar att man kände sig delvis kommunicerad där den största andelen av arbetsgruppen har placerat sig och där medelvärdet avseende kommunikation är 2,6. Spridningen blir skev och inte så bred som man kunde önskat.

Ett fåtal tyckte att man hade tillräcklig information. Det stora flertalet hade en upplevelse av lite eller ingen påverkan av förändringen och dess innehåll. En liten grupp kände sig delaktig med ett medelvärde på 1,9.

Hela personalens upplevelse var att det tycktes som om att arbetsuppgifterna förändrats lite och specialiserats endast delvis, eller lite. Remisserna hade delvis ökat.

Samverkan upplevdes delvis ha påverkats. Ingen av deltagarna angav att samverkan blev opåverkad utan flertalet svarade att den snarare ökat. Samverkan med andra vårdgrannar upplevdes inte ha minskat. Det stora flertalet såg ett ökat behov av samarbete med BoUh. Samverkan förefaller ha påverkats.

*Tabell 4. Korrelationssamband mellan de undersökta kategorierna kommunikation, delaktighet, specialisering, remiss, arbetsgrupp och samverkan. Kategorierna har sammanfogats utifrån de frågor som hänger samman och bildar i undersökningen gemensamma kluster.*

		<b>Kommunikation</b>	<b>Delaktighet</b>	<b>Specialisering</b>	<b>Remiss</b>	<b>Arb.upp</b>	<b>Samv</b>
<b>Kommunikation</b>	Korrelation	1	0,43*	-0,13	-0,06	0,23	0,09
	Signifikans		0,01	0,47	0,74	0,19	0,63
	N	34	33	34	34	34	34
<b>Delaktighet</b>	Korrelation	0,43*	1	0,05	0,15	0,02	0,02
	Signifikans	0,01		0,77	0,40	0,90	0,93
	N	33	34	33	34	34	33
<b>Specialisering</b>	Korrelation	-0,13	0,05	1	-0,52**	0,58**	0,16
	Signifikans	0,47	0,77		0,00	0,00	0,37
	N	34	33	35	35	35	35
<b>Remiss</b>	Korrelation	-0,06	0,15	-0,52**	1	-0,59**	-0,12
	Signifikans	0,74	0,40	0,00		0,00	0,49
	N	34	34	35	36	36	35
<b>Arbetsupp</b>	Korrelation	0,23	0,02	0,58**	-0,59**	1	0,36*
	Signifikans	0,19	0,90	0,00	0,00		0,03
	N	34	34	35	36	38	37
<b>Samverkan</b>	Korrelation	0,09	0,02	0,16	-0,12	0,36*	1
	Signifikans	0,62	0,93	0,37	0,49	0,03	
	N	34	33	35	35	37	37

\*) Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*) Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabell 4 visar korrelationsanalys där sambanden mellan de olika kategorierna redovisas. Upplevde man kommunikation, upplevde man även delaktighet.

Specialisering och remisser har i undersökningen visat på ett signifikant samband och det gör även specialisering och arbetsuppgift. De som har svarat att de upplever ökad specialisering har också angett minskad arbetsbelastning, detta resultat visar på signifikant samband. Arbetsuppgifterna visade på en statistisk signifikant korrelation med samverkan.

### **Diskussion**

Författarna av denna uppsats har velat undersöka forskning om vad som påverkar och gör en implementering framgångsrik och hur påverkansmöjligheten för professionella på BUP varit. Ett första antagande inför uppsatsen, var att typen av ärenden inom Barn- och ungdomspsykiatri ändrats, efter införande av den mellanvårdsform som Barn- och ungdomshälsan representerar. En tanke fanns om att medarbetarnas påverkan före förändringen var liten, samt att vården blivit mer specialiserad

Siffrorna visar på att arbetstiden för personalen på BUP i Växjö är lång, många har arbetat 10 år eller mer. Data bekräftar att personalen trots en hög kunskapsnivå och lång erfarenhet inom främst psykiatriskt arbete, där den största andelen medarbetare har 20 år eller längre erfarenhet av psykiatriskt behandlingsarbete, till största del inte känner sig tillfrågade före implementeringen.

Det finns ett gediget underlag med lång erfarenhet och psykiatrisk kompetens på Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Växjö. Författarna ställer sig frågande till om denna kompetens kanske inte tagits tillvara, i förarbetena för implementeringen av nya vårdformen första linjen. Enligt undersökningen kan en tolkning vara att personalen uppfattat sig endast delvis fått information om omorganisationen innan den genomfördes och upplevde sig inte alls ha kunnat påverka avseende implementering av den nya förändring som beslutades. Personalen tycker att man endast till liten del använde behandlarnas specialistkompetens, innan man implementerade. Förarbetena, menar en stor andel av personalen, att man endast delvis kände till. Personalen på BUP i Växjö kände sig inte involverade i förändringen. De erfor en brist på kommunikation kring olika faktorer som skulle påverka förändringen.

### **Resultatdiskussion**

Arbetsuppgifterna hade ett statistiskt signifikant samband med samverkan. Deltagarna som uppfattar att samverkan ökat, uppfattar också en ökad arbetsbelastning. En tolkning kan vara att personal som uppfattat en kommunikation har en känsla av högre specialisering men upplever också en ökad arbetsbelastning. Personalen har en lång erfarenhet

av psykiatrisk vård och med barn- och ungdomar i synnerhet. Resultaten visar på att personalen inte upplever någon minskning av antalet ärenden eller arbetstygnd. Författarnas tolkning är att förändringen eller implementeringen av en ny vårdform om man så vill, resulterat i en högre specialisering men ingen förändring i antal ärenden, ärendena har också blivit mer specialiserade enligt upplevelsen personalen förmedlat. Det var också tydligt att personalen önskade ett utvidgat samarbete mellan de två enheterna BUP och BoUh.

Korrelationsanalysen visar på signifikanta samband vilket gav en tydligare bild. Huvudresultaten visar att upplevde man kommunikation, upplever man även påverkan. Tolkningen blev att personalens känsla av att kunna påverka, kräver kommunikation. Specialiseringen och arbetsuppgifterna verkade ha ett samband med upplevelsen av antalet remisser. Vidare blir tolkningen att en större specialisering och i högre grad förändring av arbetsuppgifterna föreföll ha ett samband med färre remisser. För att förtydliga resultaten så anger respondenter med ökad känsla av specialisering en upplevd känsla av minskat antal remisser men en känsla av ökad arbetsbelastning. En tolkning kan vara att BUP får färre remisser men svårare, implementeringens intentioner verkar uppfyllts med en högre grad av specialisering på BUP.

Samverkan med andra vårdgrannar upplevdes inte ha ökat nämnvärt men inte heller minskat, detta tolkas bero på en högre specialisering, som kräver ett ökat samarbete mellan flera enheter. Det stora flertalet såg ett ökat behov av samarbete med BoUh. Samverkan förefaller ha påverkats. Kommunikationen med personalen är avgörande vid en förändring. Undersökningen återger personalens upplevelser och bekräftar i mycket, den implementeringsteori författarna tagit del av, om att det behövs information före, under och efter implementeringsfaserna, delaktighet, kommunikation för att implementera, och att utvärdering behövs.

Personalen på BUP i Växjö kände sig endast lite involverade i förändringen. De upplevde brister i information och kommunikation kring olika faktorer som skulle påverka förändringen. Utifrån ovanstående och även utifrån tidigare teoretiska resonemang kring implementering, kan man vid brist på kommunikation och känsla av delaktighet, förvänta en sämre och svagare förändringsprocess. (Nilsen, 2010; Roselius & Sundell, 2008). Vidare en större svårighet hos personalen att naturligt se ändringen som en del i den dagliga verksamheten. Det tar längre tid att förankra en förändring om den inte är kommunicerad och det tar längre tid att få den att fungera som en del av organisationen. Roselius och Sundell (2008) poängterar just ovanstående att medarbetarna bör göras delaktiga i förändringsarbetet



för en lyckosam implementering. Durlak och DuPre (2008) menar också att det finns ett starkt empiriskt stöd för att nivån av implementeringens resultat påverkas av att ett förebyggande arbete sker innan förändringen. Resultaten visar att ett fåtal på BUP i Kronoberg tyckte att man hade tillräcklig information och kände en låg delaktighet innan förändringen.

Personalen har en lång erfarenhet av psykiatrisk vård och med barn- och ungdomar i synnerhet. Det stora flertalet har ingen upplevelse i minskning av antal ärenden eller arbetstygnd. Analysen visar att många inte upplever någon alls eller endast liten minskning av antal inkommande remisser i dagsläget. En tolkning kan vara att en större skillnad i upplevelse av minskning i antal remisser borde infunnit sig. Personalen upplever fortfarande en stor arbetsbelastning och vilket kan vara rimligt, då vården specialiserats. De som har upplevt en specialisering har också upplevt en förändring av arbetsuppgifter. Författarnas tolkning är att förändringen eller implementeringen av en ny vårdform om man så vill, resulterat i en högre specialisering men ingen förändring i antal ärenden. Ärendena har också blivit mer specialiserade, enligt upplevelsen personalen förmedlat. Det var också tydligt att personalen önskade ett utvidgat samarbete mellan de två enheterna BUP och BoUh.

I svaren från medarbetarna går att utläsa att en stor del av personalen på BUP tycker att samarbetet endast delvis fungerar med Barn- och ungdomshälsan. Endast en liten del tycker att det fungerar ganska eller mycket bra. Tolkningen är att personalen ser ett behov av utökat samarbete med Barn- och ungdomshälsan. Det går i svaret att utläsa en näst intill total samstämmighet i frågan. Genom att lyfta frågan borde en förändring kunna komma till stånd, med arbetsgrupper för att diskutera uppdrag, ansvar och gränsdragningar för att på så sätt fortsätta arbetet med att skilja ut och följa intentionen med implementeringen, att Barn- och ungdomshälsan står för vården av lättare psykisk ohälsa, och att BUP står för den specialiserade vården för svåra barnpsykiatriska tillstånd. Undersökningen ger fler frågor till om det på BUP i Kronoberg genom BoUh, blivit den avlastning som var tänkt för BUP.

Implementeringsteoretiker poängterar återkommande behovet av uppföljning och utvärdering av samarbete (Nilsen, 2010; Roselius & Sundell, 2008). Hade man haft utvärdering och uppföljning regelbundet, hade sannolikt personalen haft en annan upplevelse av samarbetet som möjligen kunde fungerat bättre.

En tanke man kan ha och som väckt författarnas nyfikenhet, är om det har skapats en ny grupp patienter inom BUP och BoUh, och om avlastning eller minskning av antalet remisser för BUP blev verklighet. I det kliniska arbetet på BUP kan man ha en fråga om personalens utbildning kommit till användning vid implementeringen. Uppsatsförfattarna har

även resonerat om huruvida det påverkar personalen och eventuella följder för behandlaren, att enbart arbeta i specialistvård med allt vad det innebär av svårighetsgrad. Bredden i behandlingsärendena med allt från lättare psykisk ohälsa till de allra svåraste psykiatriska diagnoserna tänker författarna påverkar och blir en svårhanterlig och tung arbetssituation.

## **Metoddiskussion**

Genom en enkätundersökning mätt vid ett tillfälle, trädde en bild fram av personalens upplevelse vid förändringen. Etiska hänsynstaganden togs genom att deltagarna före ifyllande fick ge sitt samtycke samt information om att undersökningen var frivillig. Riskerna bedömdes vara små för deltagarna, som hade fått såväl skriftlig som muntlig information vad som avsågs mätas och vilka som ansvarade för undersökningen. De fick även information om var de kunde vända sig vid frågor före och efter undersökningen.

Enkäten skickades ut till 66 personer, vilket resulterade i 38 svar, som ger ett bortfall på 42 % vilket ligger inom ramen för förväntat bortfall i liknande studier. Tanken är att de som svarat utgör en grupp med svar som bör bli generaliserbar för hela gruppen. Intressant är att det inte finns något bortfall alls i gruppen 35 år och yngre. Bortfallet var störst i åldersgrupperna över 45 år med 50 % bortfall inom respektive grupper. Den relativt stora skillnaden mellan att ha jobbat många år till ett flertal som endast varit anställda mellan 0-2 år på kliniken, kan ha påverkat intresset och engagemanget för enkäten. Vid ifyllande uppkom en del osäkerhet kring tolkningen av frågor som kan ha påverkat och gett brister i resultatet. I efterhand kan man också fundera över brister kring urvalet i undersökningen, då alla anställda tillfrågades. Möjligen kan resultatet bli missvisande då frågorna även ställdes till personal som kanske har liten eller ringa uppfattning, och möjligen ger en skev bild, något Ejlertsson (2014) också konstaterar.

Validitet skapades genom att knyta frågorna till syfte, bakgrund och teori. Reliabilitet sker genom likhet mellan frågor, hur svaren registrerats och möjlig objektivitet. Undersökningen bedöms ha god reliabilitet då enkäten var lika för alla. (Ejlertsson, 2014; Trost, 2012). Författarnas ambition har varit att ha en bred undersökning med allas upplevelser och åsikter kring delaktighet och motivation under implementeringen. Undersökningens styrka är att det har gått att få fram hela personalens åsikter kring att de inte kände sig delaktiga i implementeringen, något som implementeringsforskningen visar är av största vikt för en god implementering och bör var generaliserbar utifrån denna undersökning. (Durlak & DuPre, 2008; Nilsen, 2010; Wirtberg, 2013).

Det kan i denna uppsats finnas brister i objektivitet, då uppsatsförfattarna är kliniskt verksamma och arbetar på BUP i Kronoberg och inte kan ses som helt neutrala i förförståelse. Undersökningen skedde dock genom en enkätstudie som var anonym. Vikten av att undersöka ett fenomen i författarnas kliniska vardag, stärker undersökningen mot om den skulle utföras av utomstående forskare. Undersökningen ger en intern validitet genom att resultaten överensstämmer med uppsatsförfattarnas egen insyn och erfarenhet, så kallad face validity eftersom svaren stämmer överens med den kunskap och förförståelse författarna har. Resultaten håller en god extern validitet, genom slutsatsen att undersökningen är generaliserbar och bör kunna användas på likande kliniker (Field, 2009). Undersökningen stärks med god reliabilitet genom ett resultat på Cronbachs Alfa som visar 0,92, vilket stärker undersökningens generaliserbarhet.

### **Framtida studier**

Ett steg framöver kan vara att via undersökningar finna andra enheter med en första linjes barn- och ungdomspsykiatri, som startade samtidigt, för att ta del av deras erfarenheter. Det vore sannolikt intressant för andra landsting att se om resultaten ger en samstämmighet, inför planering av en liknande förändring eller för de som är i processen. Det är rimligt att tänka att man skulle kunna göra samma enkätundersökning på jämförbara enheter och inte upptäcka några större skillnader. BUP i Kronoberg borde inte vara unika och det vore intressant att undersöka likheter och eventuella skillnader. Så vitt författarna vet så har utvärdering och uppföljning inte gjorts i Landstinget Kronoberg.

En idé om uppföljning och utvärdering av detta nya implementerade sätt att arbeta kan vara att undersöka inflöde före och efter 2012 såväl vad gäller BUP som BoUh, för att se eventuella förändringar i flöden av remisser. Det vore intressant att undersöka remisstalen, då undersökningen gav bilden av att personalen inte uppfattat någon större förändring av antalet remisser. En sådan undersökning skulle ge en bild hur remisserna omfördelats och eventuellt ökat. En tolkning skulle då kunna göras kring psykisk ohälsa hos barn och ungdomar, om det skulle bekräfta en ökning eller minskning av antal ärenden.

Fram träder i detta arbete vikten av ett fortsatt regelbundet samarbete mellan BUP och BoUh för utvärdering och regelbundna diskussioner, för att hitta förbättringsområden, men också för att strukturen och för att intentionen med implementeringen ska behållas.

## Referensförteckning

- Abelson, M. (2011). Verksamhetsplan 2012; Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Barn- och kvinnocentrum. *Landstinget Kronoberg, Barn- och kvinnocentrum*.
- Andersson, L. Hellmer, L. (2013). När är en IVA-patient avdelningsklar? Intensiv- och avdelningssjuksköterskans uppfattning om avdelningsklar patient – en jämförande enkätstudie. (Magisteruppsats) Lunds Universitet.
- Broberg, A., Almqvist, K., Tjus, T., Iliste, A., & Nilsson, B. (2003). *Klinisk barnpsykologi: utveckling på avvägar*. Stockholm: Natur och kultur.
- Damschroder, L. J., & Hagedorn, H. J. (2011). A guiding framework and approach for implementation research in substance use disorders treatment. *Psychology Of Addictive Behaviors, 25*(2), 194-205. doi: 10.1037/a0022284
- 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
- Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Andy Field. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage publications.
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., & University of North Carolina at Chapel Hill, F. I. (2009). Implementation: The Missing Link between Research and Practice. Implementation Brief. Number 1. *FPG Child Development Institute*,
- Fraser, M., & Galinsky, M. (n.d). Steps in Intervention Research: Designing and Developing Social Programs. *Research On Social Work Practice, 20*(5), 459-466
- Gillberg, C., & Hellgren, L. (2000). *Barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Natur och kultur.
- Guldbrandsson, K. (2007). *Från nyhet till vardagsnytta: om implementeringens mödosamma konst: en forskningssammanställning*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2007.
- Henriksson, H. Rönnlund, M. (2007). *Betydelsefulla ledaregenskaper: Ur personalperspektivet*. (C- Uppsats). Luleå tekniska universitet.

- Nelson, K. Z., & Sandin, B. (2013). Psychodynamics in child psychiatry in Sweden, 1945–85: From political vision to treatment ideology. *History Of Psychiatry*, 24(3), 308-325. doi: 10.1177/0957154X13483044
- Nilsen, P. (2010). *Implementering: teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, 2010 (Polen)
- Petersen, S., Bergström, E., Cederblad, M., Ivarsson, A., Köhler, L., Rydell, A. M., & Hägglöf, B. (2010). Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. *En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid*. Stockholm: Kungl. Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet.
- Roselius, M., & Sundell, K. (2008). *Att förändra socialt arbete: forskare och praktiker om implementering*. Stockholm: Gothia.
- Rundgren, K. (2013). Nya Primärvårdens arbete kring psykisk ohälsa: En enkätstudie av nulägesituationen inom ett landsting. (Student paper). Umeå universitet.
- Socialstyrelsen. (2013). *Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa-uppföljning av landstingets insatser 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2006:77 Ungdomar, stress och psykisk ohälsa – Analyser och förslag till åtgärder. Stockholm: *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa: analyser och förslag till åtgärder: slutbetänkande*. (2006). Stockholm: Fritze.
- Stockholms läns landsting, Barn och ungdomspsykiatri, 2012. *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling 2012*. Stockholm 2012.
- Sveriges Kommuner och Landsting, S. K. (2009). *Rätt insatser på rätt nivå för barn och unga med psykisk ohälsa*. Stockholm 2009.
- Sveriges Kommuner och Landsting, 2012. *Modellområdesprojektet-Psykisk hälsa barn och unga: Slutredovisning för perioden 2009-2011*. (2012) Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- Trost, J. (2012). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.
- Wirtberg, I., Axberg, U., Balldin, S., Bergström, M., Hansson, K., & Svensson, P. (2014). *Bättre hälsa bland Skaras barn och ungdomar*. Lunds Universitet.
- Åquist Falkenroth, A. (2013). Verksamhetsplan 2013; BUP Kronoberg, Barn- och kvinnocentrum. *Landstinget Kronoberg, Barn- och kvinnocentrum*.

## Bilagor

### APPENDIX

Hej!

Vi vill med denna undersökning få en uppfattning om vårt arbete på Barn- och Ungdomspsykiatriska kliniken förändrats och påverkats av organisationsförändringen efter införande av en första linjes psykiatri i Växjö 2012. Genom enkäten hoppas vi kunna få svar på personalens upplevelser av innehållet i vården och hur det påverkar det dagliga arbetet. Undersökningen är anonym och undersökarna har lagt sig vinn om att försöka ställa breda frågor, för anonymitetens skull. Vid uppsatsens sammanställning är det gruppens uppfattning och resultat som kommer att redovisas. Ingen information kommer att framgå utifrån personliga resultat.

Nedan följer en lista på ett antal frågor med ett 5-gradigt intervall med påståenden av egna upplevelser sedan organisationsförändringen. Markera med kryss, där det översta alternativet inte stämmer alls med din uppfattning, och där det nedersta alternativet mycket väl överensstämmer med din uppfattning.

Undersökningen bör ta maximalt 10 minuter att besvara och vi ber er att lämna dem i våra respektive postfack inom en vecka, senast 141121. För att få ett bra så underlag som möjligt ber vi er att lämna svaren inom den tidsram vi anger.

Denna undersökning bedrivs inom ramen för Psykoterapeutprogrammet och är en del av vårt uppsatsarbete vid Institutionen för Psykologi vid Lunds Universitet. Ditt deltagande är värdefullt för oss.

Handledare för undersökningen är PhD, Docent/Associate Professor Martin Bergström vid Institutionen för Socialt arbete, vid Lunds Universitet.

Med vänliga hälsningar

Christina Söderlund

0470-58 68 53

[christina.soderlund@ltkronoberg.se](mailto:christina.soderlund@ltkronoberg.se)

Ingela Lund

0470-58 61 89

[ingela.lund@ltkronoberg.se](mailto:ingela.lund@ltkronoberg.se)

## **Personalenkät angående förändringen på BUP vid Barn och Ungdomshälsans tillkomst 2012**

### **MEDGIVANDE TILL DELTAGANDE I STUDIEN**

Deltagandet är frivilligt men din medverkan är mycket värdefullt för oss. Svaren kommer att behandlas anonymt. Det behövs dock ett medgivande från dig. Tänk på att bara sätta ett kryss vid varje fråga, och att svaren är utifrån din kännedom om frågan, d v s så vitt du vet.

Jag intygar att jag har tagit del av informationen och är medveten om att svaren kommer att behandlas anonymt, samt att deltagandet är frivilligt.

### **Jag samtycker till deltagande i undersökningen.**

- [ ]

#### **1. Ålder**

- [ ] 20-25 år
- [ ] 25-35 år
- [ ] 35-45 år
- [ ] 45-55 år
- [ ] 55< år

#### **2. Utbildningsnivå**

- [ ] Gymnasial utbildning
- [ ] Eftergymnasial utbildning
- [ ] Universitetsutbildning 1-2 år
- [ ] Universitetsutbildning 2-5 år
- [ ] Universitetsutbildning 5< år

#### **3. Hur länge har du arbetat på BUP i Växjö?**

- ( ) 0-2 år
- ( ) 2-5 år
- ( ) 5-10 år
- ( ) 10< år

**4. Hur lång erfarenhet har du av psykiatriskt behandlingsarbete?**

- () 0-5 år
- () 5-10 år
- () 10-20 år
- () 20< år

**5. Arbetar du aktivt i behandlingsarbete?**

- () Ja
- () Nej

**6. Gavs det tillräcklig information om den planerade omorganisationen?**

- () Inte alls
- () Lite
- () Delvis
- () Ganska mycket
- () Mycket

**7. Fanns det möjlighet att påverka förändringen och dess innehåll?**

- () Inte alls
- () Lite
- () Delvis
- () Ganska mycket
- () Mycket

**8. Använde beslutsfattarna sig av behandlarnas specialistkunskap som en del i förarbetet kring förändringen?**

- () Inte alls
- () Lite
- () Delvis
- () Ganska mycket
- () Mycket



**9. Var upplevelsen hos personalen att förändringen med en första linjes psykiatri skulle leda till en förbättring och ökad vårdkvalitet?**

- () Inte alls
- () Lite
- () Delvis
- () Ganska mycket
- () Mycket

**10. Var förarbetena kända innan man genomförde organisationsförändringen?**

- () Inte alls
- () Lite
- () Delvis
- () Ganska mycket
- () Mycket

**11. Ledde organisationsförändringen till det beslutsfattarna planerat?  
(se bilaga)**

- () Inte alls
- () Lite
- () Delvis
- () Ganska mycket
- () Mycket

**12. Har vårdtyngden ökat i de ärenden ni möter?**

- () Inte alls
- () Lite
- () Delvis
- () Ganska mycket
- () Mycket

**13. Är det en generell uppfattning att behandlingstiden har förlängts i ärenden nu, jämfört med tidigare?**

- () Inte alls
- () Lite
- () Delvis
- () Ganska mycket
- () Mycket

**14. Upplevs diagnoserna mer specialiserade nu mot tidigare?**

- () Inte alls
- () Lite
- () Delvis
- () Ganska mycket
- () Mycket

**15. Har BUP färre behandlingsärenden som inte kräver så stora insatser, d v s färre lättare behandlingsärenden efter organisationsförändringen?**

- () Inte alls
- () Lite
- () Delvis
- () Ganska mycket
- () Mycket

**16. Är uppfattningen att vi i dagsläget har färre inkommande remisser?**

- () Inte alls
- () Lite
- () Delvis
- () Ganska mycket
- () Mycket

**17. Är uppfattningen att vi i dagsläget har fler inkommande remisser?**

- () Inte alls
- () Lite
- () Delvis
- () Ganska mycket
- () Mycket

**18. Har arbetsuppgifter förändrats efter en första linjes införande?**

- () Inte alls
- () Lite
- () Delvis
- () Ganska mycket
- () Mycket
- 

**19. Märks det i ert dagliga arbete att det finns en första linjes psykiatri?**

- () Inte alls
- () Lite
- () Delvis
- () Ganska mycket
- () Mycket

**20. Har arbetet på BUP blivit mer specialiserat?**

- () Inte alls
- () Lite
- () Delvis
- () Ganska mycket
- () Mycket

**21. Upplever personalen att arbetet på BUP blivit mer specialiserat?**

- () Inte alls
- () Lite
- () Delvis
- () Ganska mycket
- () Mycket

**22. Märker personalen i sitt dagliga arbete att det finns en första linjes psykiatri?**

- ( ) Inte alls
- ( ) Lite
- ( ) Delvis
- ( ) Ganska mycket
- ( ) Mycket

**23. Har den nya organisationsförändringen underlättat i det dagliga arbetet?**

- ( ) Inte alls
- ( ) Lite
- ( ) Delvis
- ( ) Ganska mycket
- ( ) Mycket

**24. Märks det någon skillnad på de remisser som inkommer, d v s är de mer riktade mot specialistpsykiatri?**

- ( ) Inte alls
- ( ) Lite
- ( ) Delvis
- ( ) Ganska mycket
- ( ) Mycket

**25. Uppfattar personalen att första linjens psykiatri arbetar med det uppdrag som var tänkt, d v s lättare psykisk ohälsa?**

- ( ) Inte alls
- ( ) Lite
- ( ) Delvis
- ( ) Ganska mycket
- ( ) Mycket

**26. När ni får en remiss från Barn- och Ungdomshälsan, är det er uppfattning att de följer de riktlinjer med korta behandlingstider som det var tänkt, d v s 5-7 samtal?**

- () Inte alls
- () Lite
- () Delvis
- () Ganska mycket
- () Mycket

**27. Är Barn och Ungdomspsykiatrins uppdrag i dagsläget tydligt?**

- () Inte alls
- () Lite
- () Delvis
- () Ganska mycket
- () Mycket

**28. Upplevs det som om uppdraget för Barn och ungdomshälsan är tydligt?**

- () Inte alls
- () Lite
- () Delvis
- () Ganska mycket
- () Mycket

**29. Har samverkan med andra vårdgrannar minskat?**

- () Inte alls
- () Lite
- () Delvis
- () Ganska mycket
- () Mycket

**30. Har samverkan med andra vårdgivare ökat?**

- () Inte alls
- () Lite
- () Delvis
- () Ganska mycket
- () Mycket

**31. Fungerar samarbetet med Barn och ungdomshälsan bra?**

- Inte alls
- Lite
- Delvis
- Ganska mycket
- Mycket

**32. Finns det ett behov av ett ökat samarbete mellan BUP och Barn och ungdomshälsan?**

- Inte alls
- Lite
- Delvis
- Ganska mycket
- Mycket

**Tack för din medverkan!**

**Vänliga hälsningar**

**Ingela Lund och Christina Söderlund**