

”Att göra det till vår metod”

En aktivt deltagande studie av implementering av intensivbehandling för posttraumatisk stress för krigsskadade och torterade

Abstract

Intensivbehandling för posttraumatisk stress (ITTP) framstår som en lovande behandling för patienter med psykiskt lidande till följd av krig, tortyr eller flykt. Implementering av denna behandlingsmodell är därför viktigt att studera. Denna kvalitativa studie, som kombinerade Quality Implementation Framework (QIF) med Participatory Action Research (PAR) och tematisk analys, undersökte en implementeringsprocess för intensivbehandling av posttraumatisk stress genom aktivt deltagande på ett behandlingscenter för krigs-och tortyrskadade. I den tematiska analysen framkom fyra centrala teman: *meningsskapande i implementeringen, balansgången mellan anpassning och ursprungsmodell, Att bli en del av det: professionella roller omförhandlas samt Att växa tillsammans under implementeringen*. Att kombinera QIF och PAR visade sig utgöra ett användbart ramverk för att studera implementeringsprocessen samt identifiera och adressera barriärer och främjande faktorer för en lyckad implementering av ITTP. Studiens resultat och insikter bidrar till utvecklingen av mer robusta implementeringsstrategier för ITTP.

Bakgrund och problem

Krigsupplevelser och posttraumatisk stress

Rapporter om världsläget präglas av oroligheter och krig. UNHCR (2024) uppskattar att 122 miljoner människor i världen har tvingats fly på grund av krig, konflikter, brott mot mänskliga rättigheter och förföljelse. Människor som överlever flykt, krig och tortyr löper stora risker att drabbas av psykisk ohälsa (Blackmore et al., 2020; Carpinello., 2023; Fazel et al., 2005; Turrini et al., 2021). Att kunna erbjuda effektiva behandlingar för människor som överlever dessa erfarenheter är därför av stort intresse i syfte att minska mänskligt lidande samt för att stater ska kunna leva upp till tortyröverlevares rätt till rehabilitering enligt Istanbulprotokollet (OHCHR, 2022). Utöver depression och ångest PTSD (Posttraumatic stress disorder – Posttraumatisk stressyndrom) ett tillstånd som denna population ofta lider av (Blackmore et al., 2020) och symptomnivåerna hos dessa patienter är ofta höga (Teodorescu et al., 2012; Tinghög et al., 2017).

Traumafokuserad psykologisk behandling är effektivt som behandling för personer PTSD där Prolonged Exposure (PE) (Foa & Rothbaum., 2007) och Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (Shapiro, 2018) är två av de metoder som har god evidens (Lewis et al., 2020; NICE, 2018). Dessa behandlingsmetoder levereras vanligtvis 1-2 gånger i veckan under ca 15 sessioner och syftar till att på olika sätt hjälpa patienten att bearbeta svåra händelser (Foa et al., 2018; Zepeda Méndez et al., 2018; Shapiro, 2018). Forskare har under senaste år kunnat visa på framgångsrika intensiva behandlingsprogram för PTSD där patienten upplevt flera traumatiska händelser (Intensive Trauma Treatment Program – ITTP) där PE och EMDR kombineras (Sciarrino et al., 2020; Wachen et al., 2019; van Woudenberg et al., 2018; Voorendonk, de Jongh et al., 2020; Auren et al., 2022; Gahnfelt et al., 2025). Denna typ av ITTP består av behandlingspass med PE, EMDR, fysisk aktivitet och psykoedukation som patienten deltar i under samma dag, oftast 8 dagar i följd. Patienten träffar även flera olika behandlare under loppet av behandlingen (Gahnfelt et al., 2025). Nyligen publicerades en pilotstudie genomförd i svensk kontext med lovande resultat av intensivbehandling för PTSD med patienter som lider av PTSD som en följd av krig och tortyr (Tinghög et al., 2024). Intensivbehandling har fördelar jämfört med traditionell veckovis psykologisk behandling ur flera aspekter. Dels kan behandlingen genomföras på kortare tid och dels rapporterar studier betydande lägre antal avhopp (bl. a van Woudenberg et al., 2018). Att fortsätta studera och

implementera intensivbehandling för PTSD på behandlingscenter för krigsskadade patienter är därför mycket relevant. Röda Korset har fem behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Sverige där nu alla center har, eller har påbörjat implementering av intensivbehandling för PTSD. Den modell som implementerats kombinerar traumafokuserad psykologisk behandlingarna PE, EMDR samt fysisk aktivitet och eller fysioterapi (Tinghög et al., 2024).

Hur framgångsrik implementering kan förstås och studeras

Det finns, generellt sett, ett glapp mellan vad som i forskning visats sig vara effektiv psykologisk behandling och vad som sedan praktiseras och erbjuds till patienter (Greenhalgh et al., 2004; Hasson, & von Thiele Schwarz., 2023 och 2017). Implementeringsforskningen försöker förstå detta glapp och hur det kan minskas (Sundell et al., 2015; Hasson, & von Thiele Schwarz., 2023 och 2017; Leykum et al 2009). I detta forskningsfält har många olika modeller utvecklats för förstå olika delar av en implementeringsprocess samt vad som är viktigt och effektivt när en ny metod ska föras in i en given kontext. En lyckad implementering beskrivs som när en (ny) metod införs och kommer till nytta för användare eller brukare i en given kontext. Detta har beskrivits av Hasson & von Thiele Schwarz (2023) med formeln *nytta = metod x implementeringsaktiviteter x kontext* och författarna framhåller vikten av att förstå alla delar på ett relevant sätt för att lyckas med implementering. En implementeringsprocess behöver därmed hantera komplexa variabler i form av; den nya interventionens beskaffenhet, det sammanhang den ska införas samt de aktiviteter som leder till lyckad och hållbar implementering. Komplexiteten speglar sig i forskningen kring implementering och det är svårt att få en överblick av vad som är centralt att fokusera på i ett implementeringsarbete. I en ambition att skapa ett praktiskt användbart ramverk för implementering så utvecklade Meyers och kollegor (2012a) Quality Implementation Framework (QIF). QIF är en modell som definierar viktiga steg i implementeringsprocessen och tillhandahåller frågor att arbeta med under processen olika faser, se nedan.

Sjukvårdskontexter, såsom den aktuella kontexten för denna studie, kan betraktas som exempel på komplexa adaptiva system i den bemärkelsen att individer i dessa system relaterar till varandra, är lärande och att systemet är självorganiserande för att klara av en uppgift (Leykum et al., 2009). Detta skapar stora behov av feedback, flexibilitet och anpassning efter kontextens specifika förutsättningar när en ny metod ska prövas (Durlak & DuPre., 2008; Meyers et al., 2012a). Samtidigt ställs höga krav på vårdkontexter att implementera evidensbaserad behandling som många gånger är standardiserad och utgår ifrån resultat från RCT-studier (SBU

2023; Hasson, & von Thiele Schwarz., 2017; Sundell et al., 2015). Således behövs ett ramverk för implementering som kan fånga och hantera sjukvårdskontextens komplexitet.

Denna studie tar mot denna bakgrund avstamp i att det finns ett behov av att utforska hur implementering av intensivbehandling för posttraumatisk stress som en följd av krig, flykt och/eller tortyr genomförs på ett bra och effektivt sätt. Eftersom forskningen kring intensivbehandling av PTSD är ett relativt nytt fält är en utforskande ansats i detta skede relevant. Kopplat till detta är det intressant att undersöka hur kliniker kan använda sig av vetenskapliga metoder för att leda, följa och utvärdera en implementeringsprocess, något som är viktiga aspekter av arbetet i en klinisk vardag för specialistpsykologer.

Syfte

Denna studie syftar till att utforska och följa implementering av intensivbehandling för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) vid ett av Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade med utgångspunkt i Quality Implementation Framework och Participatory Action Research (PAR) genom en tematisk analys av material från implementeringsarbetet.

Metod

Studiedesign

Att inta en position som både forskare och deltagare i processen är en av hörnstenarna i Participatory Action Research (PAR) och ett användbart metodologiskt ramverk för att, med vetenskaplig metod, följa och genomföra implementeringsprocesser (Leykum et al., 2009). Leykum et al (2009) förespråkar att integrera PAR i RCT-studier som ett komplement för att överbrygga glappet som uppstår mellan RCT-studiers standardiseringskrav och den praktiska implementeringens krav på flexibilitet och anpassning utifrån en specifik kontext. Andra exempel på att använda PAR i implementeringsforskning återfinns inom bland annat omsorgsstudier (Friesen-Storms et al., 2015). PAR erbjuder ett ramverk som sätter fokus på kontinuerlig utvärdering och feedback-loopar för att möjliggöra justeringar och förbättringar samt fånga och hantera olika dimensioner av en implementeringsprocess i komplexa vårdkontexter (Harvey et al., 2023; Cordeiro et al, 2018). Således lämpar sig PAR väl för syftet med denna studie.

Luciana Cordeiro och Cassia Soares (2018) sammanfattar Action Research inklusive PAR i fyra principer: 1) Deltagande och samarbete 2) cykler av planering, agera, observera och reflektera

3) Kunskap som bygger på deltagarnas realitet 4) Social förändring och problemlösning. Sean Kidd och Michael Kral (2005) beskriver *samarbete* och *reflexivitet* som två viktiga principer i PAR där reflexivitet i detta sammanhang ska förstås som kritisk självreflektion över forskningsprocessen. PAR bör inte ses som en metod utan ett teoretiskt ramverk för att genomföra ett projekt i förändring och samtidigt studera detta. Inom denna ram kan sedan olika metoder användas beroende på frågor och kontext (Kidd et al., 2018; Friesen-Storms et al., 2015). I denna studie har *PAR* integrerats med *QIF* samt med en *tematisk analys* som primär metod för analysfasen, se mer under genomförande och analys.

I linje med PAR (Kidd & Kral., 2005; Simon & Wilder., 2018; Cordeiro et al., 2018; Harvey et al., 2023) antar författaren av denna rapport rollen som både forskare och aktiv deltagare i implementeringen, vilket innebär (som också eftersträvas) en påverkan på kontexten och implementeringsprocessen genom ett partnerskap med medarbetarna på aktuell mottagning. Författaren har antagit en roll som *projektledare* (benämns härnäst som detta) och därmed varit en aktiv medskapare i implementeringsprocessen. Min roll som projektledare har varit att bidra med kunskap kring implementering utifrån QIF-modellen samt teori kring anpassning av evidensbaserade modeller, bland annat med utgångspunkt i Hasson & von Thiele Schwarz (2017) och Sundell (2015). Epistemologiskt utgår jag från att det inte går att objektivt beskriva det fenomen jag studerar utan att kunskap alltid konstrueras i förhållande till kontextuella faktorer och relationer, vilket är särskilt centralt när jag själv är delaktig i processen. Jag verkar dock i ett kliniskt kunskapsfält kring psykologisk behandling där fokus är på att ge och kunna visa på vad som är hjälpsamt för patienterna. Således har jag en teoretisk förankring i ett konstruktivistiskt kunskapsperspektiv men verkar i ett fält som utgår från positivistiska pragmatiska antaganden och är av uppfattningen att ett positivistiskt perspektiv också är av vikt för att kunna definiera, beskriva och möjliggöra en god, säker och effektiv behandling för patienter, tillika effektiv implementering. Med dessa utgångspunkter i kritisk självreflexivitet och realism ansluter sig denna studie vetenskapsteoretiskt till en kritisk realism (Bhaskar., 1998; Scott., 2007; Fletcher., 2016; Fryer., 2022) som har genomsyrat studiedesign, genomförande och analys.

Quality Implementation Framework

Med utgångspunkt i en litteraturöversikt av tidigare implementeringsforskning skapade Meyers och kollegor (2012a) implementeringsmodellen *Quality Implementation Framework (QIF)*. QIF utgår från att en implementeringsprocess innebär vissa kritiska faser och steg när det kommer till vilka aktiviteter som behöver genomföras och när. QIF-modellen har visat sig vara

användbar i en rad olika sektorer och har bidragit till att öka förståelsen för hur man bäst implementerar evidensbaserade metoder i praktiken (Metz & Bartley., 2012). När Meyers och kollegor utvecklade modellen och gjorde den ytterligare tillgänglig och praktisk användbar genom Quality Implementation Tool (QIT) (Meyers et al., 2012b). I en svensk kontext har

Fas 1. Initial bedömning

Steg 1. Beskriv behovet - varför gör vi detta?

Steg 2. Bedöm den nya insatsen/metoden - passar den vår verksamhet, vår kultur, våra behov och värderingar?

Steg 3. Bedöm beredskap för förändring - är vår verksamhet redo för den nya insatsen och är vi redo för förändring?

Steg 4. Bedöm behovet av att anpassa insatsen - bör och kan vi anpassa den nya insatsen till vår organisation?

Steg 5. Bedöm behovet av att anpassa verksamheten - behöver vi stärka infrastrukturen, motivationen eller kunskapsnivån?

Steg 6. Bedöm det organisatoriska stödet - har den nya insatsen stöd från centrala aktörer i verksamheten?

Steg 7. Utse implementerare - har vi identifierat vilka som genomför implementeringen i praktiken?

Steg 8. Utbilda implementerare - kan vi erbjuda tillräcklig utbildning och träning?

Fas 2. Struktur för implementering

Steg 9. Utse ansvariga för implementeringsprocessen – utse organisatoriskt ansvariga och specificera roller och ansvar.

Steg 10. Ta fram en implementeringsplan

Fas 3. Genomförande

Steg 11. Erbjud stöd till implementerarna.

Steg 12. Följ upp implementeringen.

Steg 13. Ge återkoppling till alla involverade.

Fas 4. Lärdomar och förbättringar

Steg 14. Lärdomar att ta med i nästa implementeringsprocess.

Figur 1: Förkortad översikt av Folkhälsomyndighetens översättning av QIF

Folkhälsomyndigheten (2023) utvecklat och översatt konkreta verktyg som utgår från QIF och QIT, riktade mot verksamheter som står inför att hantera implementeringsprocesser.

Figur 1 redovisar en något förkortad översikt av Folkhälsomyndighetens översättning av de tre faserna och 14 stegen i QIF. **Fas 1** i QIF syftar övergripande till att göra en bedömning kring behovet av en ny insats och förutsättningarna för att implementera denna i sats i den tilltänkta kontexten. Här adresseras också behovet av att anpassa och eventuellt förstärka verksamhetens resurser samt behovet att anpassa insatsen för att kunna passa den nya kontexten. **Fas två** syftar till att planera implementeringsarbetet och skapa en tydlig struktur gällande ansvarsområden och roller i processen. Under **fas 3** genomförs insatsen men kontinuerligt stöd och återkoppling för att utvärdera och justera arbetet. Att genomförande kommer först under fas 3 och steg 11 av 14 visar på modellens tyngdpunkt på bedömningsfas och förarbete. **Fas 4** handlar om att reflektera och utvärdera själva implementeringsprocessen för att kunna med lärdomar till framtida implementeringsarbete. I implementeringsprocessen i denna studie användes dessa faser och steg som en referensram för att analysera och planera processens gång, se även genomförande.

Behandlingskontexten

Den aktuella behandlingskontexten är organiserad i en huvudmottagning och två mottagningsfilialer spridda geografisk över två län. Mottagningen tar emot vuxna personer med flyktningbakgrund, samt ensamkommande barn från 16 års ålder, som lider av trauma från krig, tortyr och – eller – svåra flyktupplevelser. Patienterna kommer via egenremiss eller på remiss från till exempel andra vårdgivare, skolhälsovård, arbetsförmedling och SFI. Den modell av intensivbehandling för PTSD som var föremål för implementering utgick från den modell utprovad på för aktuell patientgrupp Röda Korsets behandlingscenter (RKC) i Uppsala (Tinghög et al., 2024) och som i sin tur bygger på behandlingsprogram prövade i både heldygnsvård och öppenvård (Alting van Gesau et al., 2022; Auren et al., 2022, van Woundenberg et al., 2018). RKC Uppsalas modell består av behandling fem dagar i rad (måndag-fredag) där varje dag har samma behandlingsschema; dagen inleds med 90 min Prolonged Exposure följt av fysisk aktivitet (i detta fall fysioterapeutisk behandling) 60 min, därefter lunchpaus 60 min. Efter lunch har patienten 90 min EMDR och dagen avslutas med ett psykoedukationspass. Modellen tillämpar terapeutrotation, vilket innebär att patienten träffar olika behandlare vid de olika behandlingssessionerna. För fysioterapipassen skedde ingen terapeutrotation då endast en fysioterapeut arbetar på mottagningen. Mottagningen tog emot en patient åt gången för intensivbehandling. Behandlingsveckan föregicks av en förberedelsefas med patienten där patienten bedömdes lämplig för intensivbehandling, psykosociala faktorer relevanta för behandlingen kartlades och adresserades samt en behandlingsplan av målminnen för behandlingen arbetades fram tillsammans med patient.

Medverkande

Utöver jag som projektledare medverkade samtliga 10 medarbetare på aktuell mottagning i studien. Jag arbetade, under tiden studien pågick, på en annan av Svenska Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade som psykolog. Jag var bekanta med flera av de medverkande utifrån tidigare kollegialt utbyte, medan andra medverkande var nya bekantskaper. Graden av delaktighet hos övriga medverkande varierade då vissa medarbetare ingick i mindre arbetsgrupper kring intensivbehandling under implementeringsprocessen, medan andra deltog på workshops för hela mottagningen. Den aktuella mottagningen består av

en arbetsgrupp sammansatt av både av olika professioner: psykologer, fysioterapeut, kuratorer, medicinsk sekreterare samt verksamhetschef.

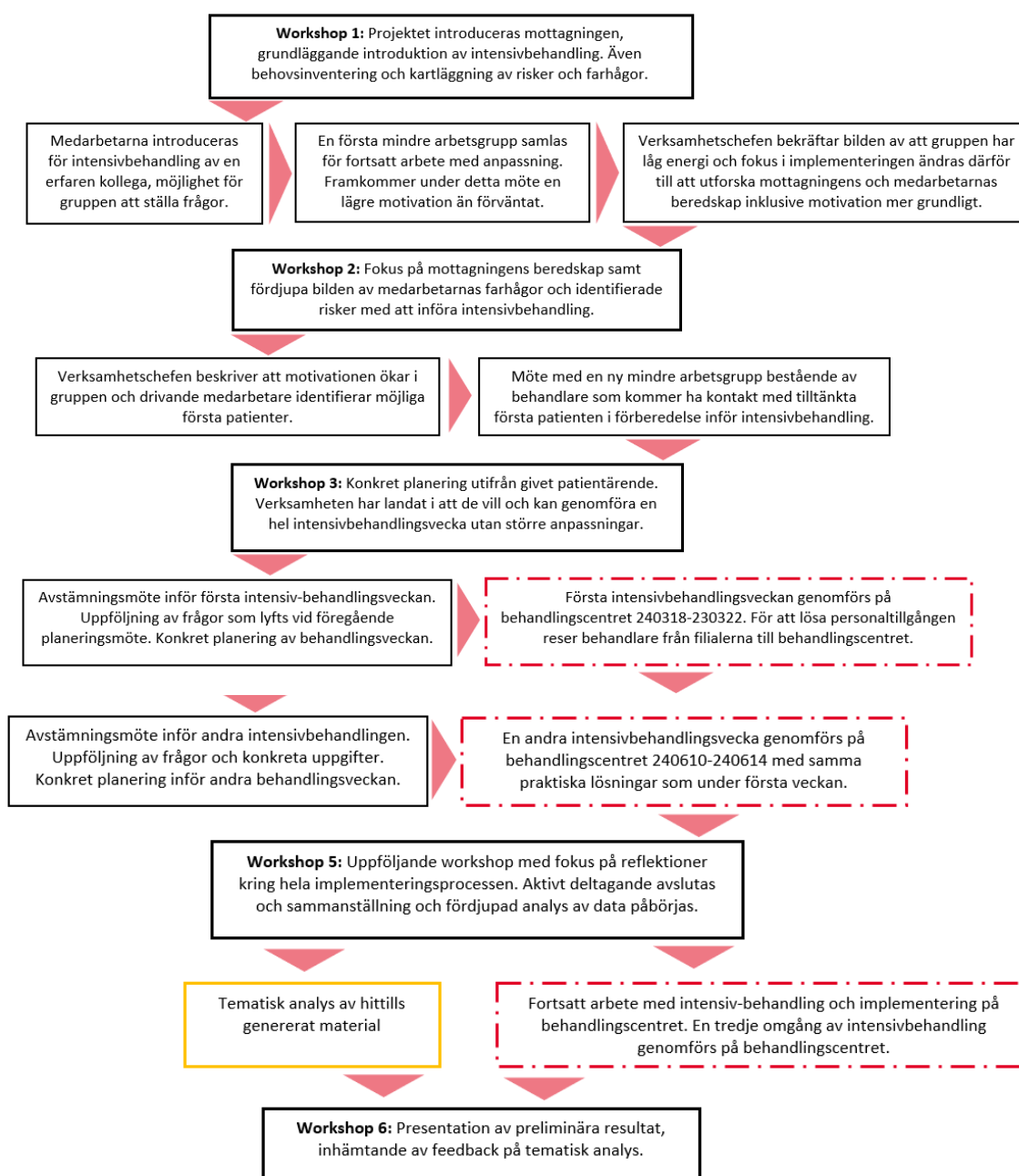
Etiska överväganden

Tillsammans med samordnare på Röda Korsets Högskola, styrgrupp för kunskapscentrum på Röda Korsets Högskola, verksamhetschef och handledare var bedömningen att detta projekt faller inom ramen för studerandeundantaget och inte behöver etikprövas av etiknämnd då varken person- eller patientdata kommer hanteras. Riskerna för medverkande i studien bedömdes som låga då alla medverkade är erfarna professionella behandlare som verkar i en organisation där de får stöd vid behov och projektet skedde inom ramen för ordinarie verksamhet. Skriftligt informerat samtycke inhämtades från medverkande att delta i arbetet och samtycke till att använda det material som producerades under implementeringsarbetet, se bilaga 1. Detta gjordes genom att det skriftliga samtycket skickades elektroniskt till alla medverkande som skrev ut, signerade och återsände samtyckesblanketten till projektledaren. I samtyckesblanketten efterfrågades möjligheten att spela in workshop via teams som minnesstöd. Detta gjordes endast vid ett tillfälle (workshop 5). Allt producerat material hanterades som konfidentiellt; inget material gick att spåra till enskilda personer och allt material hölls inlåst eller skyddades med lösenord vid digital data. Införandet av intensivbehandling i verksamheten skedde som en del i mottagningens utvecklingsarbete av ordinarie kliniska behandling och patientkontakterna har skett inom befintlig verksamhet. Således har riskerna för patientens deltagande i intensivbehandling varit en fråga för den ordinarie verksamheten och inte en fråga kopplat till detta projekt, även om dessa bedömningsfrågor hade en plats i implementeringsarbetet. Patienterna som erbjöds intensivbehandlingen informerades om att ett verksamhetsutvecklingsprojekt pågick och mottagningen inhämtade samtycke från patienterna att genererat avidentifierat material användes verksamhetsutvecklande syfte. Dock har jag som projektledare aldrig varit i kontakt med patienterna och data från patienterna har inte varit föremål för denna studie.

Genomförande

Kontakt initierades med den aktuella mottagningen våren 2023 för att undersöka intresset av att genomföra ett projekt kring implementering och anpassning av intensivbehandling inom ramen för ett specialistarbete för psykologer. Det framkom då att mottagningen diskuterat implementering av intensivbehandling men fastnat mycket i praktiska hinder. Således såg de

potentialen i att genomföra en implementering inom ramen för ett tydligt definierat projekt och ett samarbete inleddes och ett partnerskap upprättades. En preliminär implementeringsplan



Figur 2: Översikt av implementeringsprocessen baserat på QIF och PAR

(Folkhälsomyndigheten, 2023; Meyers et al., 2012a) upprättades och sedan följde implementeringsprocessen som illustreras i figur 2. Denna figur är sammanställd utifrån de processanteckningar som jag som projektledare fört.

Processen präglades av cykler att planera, genomföra, studera/reflektera/analysera och agera, för att utforska problem tillsammans och fundera ut vägar framåt, i linje med PAR (Kidd & Kral, 2005; Kidd et al., 2018). Agenda för möten och workshops skapades av projektledare med

stöd i QIF. Alla workshops och möten genomfördes digitalt i Microsoft teams och applikationen Teams Whiteboard användes för att, med digitala post-its, fånga gemensamma aspekter av frågor som uppkom och därefter kunna gruppera i viktiga aspekter att ta med framåt i implementeringsprocessen. Här sökte jag som projektledare efter gemensamma frågeställningar och stämde av med deltagarna under workshopen för validering. Vid vissa workshops har gruppering av frågor och viktiga aspekter gjorts av projektledare i paus för att sedan stämma av med deltagarna efter paus. Efter möten och workshops har projektledare sammanfattat arbetet, beslut och frågor som sedan skickats ut i ett dokument till deltagarna för validering inför nästa möte. Jag som projektledare har efter möten och workshops reflekterat över processen och använt mig av QIF-modellen för stöd i att se möjliga kommande steg. Dessa reflektioner har tagits tillbaka till medarbetarna och eller till verksamhetschef för att diskutera kommande steg i implementeringsprocessen. Det material som producerades under processen samlades var föremålet för analys, se nedan. Detta material bestod av: mötesanteckningar, material från workshops (digitala post-its), individuellt skrivna reflektioner från behandlare utifrån intervjuguide, mejlkonversationer med verksamhetschef, kronologiska reflexiva processanteckningar (förda i one-note av mig som projektledare). Intervjuguide (se bilaga 2) användes vid workshop 5 samt skickades för skriftlig ifyllning för alla medarbetare. Implementering beskrivs ofta som en process som tills viss del går i cykler även om specifika steg och faser är viktiga för att nå en framgångsrik implementering (Folkhälsomyndigheten, 2023; Hasson, & von Thiele Schwarz, 2023; Meyers et al., 2012a; Kidd & Kral, 2005; Kidd et al., 2018). Detta gör att frågan om när implementeringen är ”klar” blir svår att avgöra. Därmed behövdes en avgränsning för hur länge studien av denna implementeringsprocess ska sträcka sig. Initialt definierades stopp i datainsamlingen och delaktighet i projektet efter 1-3 genomförda pilotbehandlingar, vilket i praktiken blev efter, på den aktuella mottagningen, två genomföra intensivbehandlingar.

Analys

Analys under processens gång är en del av ramverket för PAR (Cordeiro et al., 2018; Kidd & Kral, 2005). Utifrån detta perspektiv kan analysprocessen anses ha haft sin början under första workshopen då det material som är föremål för tematisk analys genererades genom en reflexiv analys under workshops och möten. För att få en fördjupad förståelse av implementeringsprocessen gjordes dock en djupare och bredare analys där allt (ovan beskrivet) relevant material för implementeringsprocessen inkluderades. Jag som projektledare och aktiv deltagare klev ur implementeringsprocessen efter, på mottagningen två genomförda

intensivbehandlingar och en utvärderande workshop (workshop 5). Arbetet med intensivbehandling fortskred sedan på den aktuella mottagningen, men utanför ramen för denna



Figur 3: Analysprocessens olika steg

studie. Studien fokuserade efter detta på en grundligare tematisk analys av det hittills genererade materialet. Denna analysprocess illustreras i figur 3.

Kategorisering av materialet utifrån QIF

För att få en överblick och kunna göra en första innehållsmässig sortering av materialet utifrån en QIF som processmodell så sorterades materialet i en kategoriseringsmatris med inspiration från innehållsanalys (Elo & Kyngäs, 2008). Kategoriseringsmatrisen användes för att få en första struktur på materialet som bestod av olika typer av text; vissa meningsbärande enheter var längre skrivna stycken i utvärdering, andra var enstaka ord på digitala post-its. Syftet med denna sortering var även att ordna materialet kronologiskt för att kunna fånga förändringar i temana över tid i processen. Kategoriseringsmatrisen konstruerades utifrån QIF-modellens 14 steg där varje kategori i matrisen motsvarade ett steg i QIF-modellen. Efter en första genomläsning av materialet lästes materialet igen för att då koda och sortera meningsbärande enheter under de kategorier som innehållet relaterade till. Vissa meningsbärande enheter placerades in i flera kategorier. Meningsbärande enheter placerades i kronologisk följd inom de 14 kategorierna.

1. Tematisk analys

För att konstruera meningsfulla teman som beskriver implementeringsprocessen gjordes därefter en tematisk analys utifrån Braun & Clark (2019). Braun & Clark beskriver sex faser av tematisk analys som har varit utgångspunkten i denna analys. *Fas 1* handlar om att bekanta sig med materialet, vilket kategoriseringsmatrisen bidrog med. Detta gjordes även genom att det kategoriserade materialet läses i sin helhet. *Fas 2* innebär att generera initiala kodningar, vilket gjordes under en andra och tredje genomläsning av kategoriseringsmatrisen. I *Fas 3* genererades potentiella teman utifrån det kodade materialet, teman som sedan förfinades och reviderades i *fas 4*. Dessa teman definierades tydligare och rubriksattes utifrån relevanta beskrivningar av innehållet i *fas 5*. Braun & Clark (Ibid) beskriver författandet av rapporten som den sista fasen (*fas 6*); i denna analys har skrivandet varit en central del att omarbeta och

modifiera temana för att skapa en sammanhängande och tydlig bild av innehållet i materialet. På så sätt skapades övergripande teman som överlappade kategorierna i matrisen konstruerades tillsammans med en bild av hur dessa teman förändrades över tid. Detta gav till slut ett resultat bestående av fyra huvudteman med tre respektive två underteman. Även om denna analys gjordes förutsättningslöst och med en induktiv ansats så bör den förstås som, vad Braun & Clark (2006) beskriver som en teoretisk utgångspunkt med tanke på en förförståelse och förankring i teorin kring implementering och QIF-modellen.

2. Validering av temana med medarbetarna

När ett preliminärt resultat formerats så presenterades detta för medarbetarna på mottagningen i syfte att validera resultatet och inhämta reflektioner som sedan integrerades i analysen. Denna validering var ett sätt att integrera den tematiska analysen inom ramen för PAR-modellen där samskapande och partnerskap är viktiga aspekter (Kidd & Kral, 2005; Simon & Wilder, 2018; Cordeiro et al., 2018; Harvey et al., 2023). Utifrån medarbetarnas reflektioner och kommentarer på det preliminära resultatet gjordes några tillägg för att tydliggöra vissa perspektiv som medarbetarna lyfte fram men framförallt var ändringar i resultatet efter denna presentation av strukturell karaktär, då medarbetarna uttryckte att de kände igen sig i de tematiska beskrivningarna som presenterades. Vissa rubriker på temana har omarbetats efter presentationen för medarbetarna.

Bakgrund till analys av kategoriseringsmatris

Genom att använda sig av QIF-modellen i kategoriseringen av materialet och i nästa steg identifiera gemensamma teman på ett mer övergripande plan kunde betydelsefulla teman kopplat till QIF för denna specifika kontext identifieras. En implementeringsprocess kan förstås i varandra efterföljande steg men också som en cyklisk process (Hansson & von Thiele Schwartz, 2023). QIF-modellen fokuserar till stor del på den linjära kronologiska aspekten av denna process och modellens många steg riskerar att fragmentera en process som, åtminstone i detta specifika fall, brottas med barriärer som återkommer i flera olika steg och som förändras över tid. Metodvalet gällande analysförfarandet i denna studie har tagit hänsyn till båda dessa aspekter av en implementeringsprocess; i första steget kategorisera kronologiskt efter QIF-modellens steg, i andra steget identifiera övergripande teman får att få en bild av centrala delar av processen som helhet.

Resultat: Teman som beskriver implementeringsprocessen

Tema 1: Meningsskapande i implementeringen

Ett tema som framträder i materialet är frågor kring huruvida införandet av intensivbehandling var meningsfullt och relevant för den aktuella mottagningen. Här identifieras tre underteman: *behov för patienter och behandlare, passar intensivbehandling hos oss samt har vi tid, ork och lust*. Temat kring relevans och meningsfullhet kan relateras till QIF-modellens första steg i fas 1 som fokuserar att bedöma insatsens relevans och hur redo kontexten är att implementera insatsen.

Behov för patienter och behandlare

Beskrivningar av behovet att kunna erbjuda intensivbehandling på mottagningen framträder tydligt initialt i processen. Här framkommer beskrivningar av praktiska behov som relaterar till de geografiska förutsättningarna för patienterna och mottagningen; det faktum att många patienter har en lång resväg och upptagningsområdet för mottagningen är stort där intensivbehandling beskrivs som en möjlighet att kunna underlätta detta. Här lyfts också de patienter vars livssituation påverkar deras möjlighet att genomföra behandling, bland annat på grund av arbete eller osäkerhet kring sin möjlighet att vistas på orten eller i landet framöver: *"Patienter som inte vet om de kommer befinna sig här under en längre tid skulle också kunna gå igenom en behandling"*

Relaterat till detta lyfts även vinsterna med behandlingsformen utifrån förhoppningar om att förkorta behandlingstiden och därmed lidandet för patienterna. Inför att starta upp intensivbehandling så framträder förhoppningar om intensivbehandling som ett arbetssätt som kan utveckla kompetensen hos medarbetarna. Dels genom att lära av varandra, dels genom att öka fokus i behandlingarna på traumabearbetning. Många lyfter också möjligheten att få ha ett nära teamarbete kring en patient: *"Fördelar med att få arbeta i team, lära av varandra"*

Under den utvärderande workshopen och i den skrivna utvärderingen så återkommer detta tema. Då dels i form av en stärkt tilltro till behandlingsuppläggets effektivitet, dels beskrivningar av erfarenheten att få arbeta med intensivbehandling som väldigt positiv. Arbetsgruppen beskriver det som att de fått ett nytt verktyg att arbeta med och en tilltro till metodens effektivitet samt att upplägget kan hjälpa patienten som annars inte fått hjälp: *"...hade inte kommit vidare med*

den här patienten utan en intensivbehandling, något nytt, potent som vi har tillgång till nu som vi inte har haft tidigare.” Medarbetarna beskriver att de är motiverade att fortsätta arbeta med intensivbehandling och de ser att behovet hos patientgruppen finns.

Passar intensivbehandling hos oss?

Initialt i processen framkommer många frågor kring om intensivbehandling passar mottagningens arbetssätt, teamarbete och tankesätt kring patienterna. En aspekt som lyfts är huruvida patienterna kommer klara belastningen denna behandlingsform innebär då de ser att många av patienterna är sköra. En annan aspekt som lyfts är huruvida intensivbehandling har för snävt fokus på att enbart minska PTSD-symptom och främst ett arbetsredskap för psykologerna. Därmed ifrågasätts också om andra professioner egentligen ska involveras i arbetet med intensivbehandling, vilket återkommer under temat roller. Denna bild av intensivbehandling ställs mot mottagningens arbetssätt som beskrivs vara präglad av att ha ett helhetsperspektiv på patienterna där psykologiska, psykosociala och fysioterapeutiska insatser ses som alla viktiga och komplettera varandra: *”Går tänket i IB stick i stäv med vårt holistiska synsätt?”*

Det framträder dock tydligt ett skifte i dessa perspektiv och senare i processen beskrivs intensivbehandling som ett tillägg till övrig behandling och inte en motsättning till mottagningens holistiska arbetssätt: *”Intensivbehandling kan vara ett komplement till andra verktyg, en del i helheten”.*

Har vi tid, ork och lust?

I de initiala kontakterna med verksamheten beskrivs motivationen till att prova intensivbehandling som hög hos medarbetarna. I de första mötena med arbetsgruppen framkommer dock osäkerhet kring om det finns tillräckligt med utrymme och resurser i verksamheten för ett implementeringsarbete. Det lyfts också fram en oro kring att arbetet med intensivbehandling kommer öka arbetsbelastningen hos medarbetarna. Oro för ökad arbetsbelastningen kopplas också till medarbetarnas motivation att arbeta med implementering av intensivbehandling: *”Beroende på upplägg och arbetsbelastning som det medför så minskar eller ökar stödet (för att prova intensivbehandling).”* I kommunikation mellan mig som projektledare och verksamhetschef bekräftas bilden av att motivationen i gruppen är låg under en period.

Beskrivningarna kring motivation förändras dock igen under processen och vid senare workshops och i den skrivna utvärderingen beskrivs en förändring till ökad motivation. Denna förändring beskrivs som en följd av framför allt två faktorer: dels arbetet som gjordes med att närmare utforska farhågor, problem och risker, dels vikten av att komma i gång att arbeta med förberedelsen planeringen med en konkret patient:

”Från början mycket osäkerhet, ingen större drivkraft hos stora delar av gruppen. Viktigt med det arbete vi gjort med farhågor och problem – både för att möta dem, men också börja tänka på hur vi kan göra och därmed också på patienter.”

Relaterat till motivation så lyfter också medarbetarna att de upplevt arbetet som utforskande och inte direktivt. Istället för att få tillsagt hur de ska göra, beskriver de en upplevelse av att undersöka hur de vill göra det och tillsammans hitta vägar framåt. En ytterligare källa till ökad motivation som lyfts är också formatet; att detta görs inom ramen för en studie/specialistarbete och det finns ett intresse att hjälpa en kollega att genomföra och komma framåt i ett sådant arbete.

Tema 2: Balansgång mellan anpassningar och ursprungsmodell

I materialet identifieras ett tema som berör olika aspekter av anpassningar och planering. Övergripande så framträder en bild av att arbetsgruppen, inklusive projektledare, initialt föreställt sig ett stort behov av anpassningar av intensivbehandlingsmodellen men landar i mindre anpassningar av metoden och mer anpassningar av verksamheten. I detta tema framträder tre underteman: *prova i mindre skala eller hela modellen, vi börjar på plats och hur löser vi allt praktiskt?* Relaterat till QIF-modellen så kan vi se att detta tema också knyter an till den första fasen kring att bedöma behovet av att anpassa metoden och verksamheten, men även den andra fasens fokus på implementeringens struktur och tredje fasen av genomförande, utvärdering och justering.

Prova i mindre skala eller hela modellen

Under första och andra workshopen arbetas fram ett förslag som innebär att mottagningen till en början ska prova intensivbehandling i mindre skala. Arbetsgruppen efterfrågar ett enklare upplägg där valda delar av intensivbehandlingen provas: *”Vilka ’komponenter’ behöver vi använda oss av och hur ska vi anpassa dessa till våra förutsättningar?”* I mina anteckningar som projektledare och i kommunikation med enhetschef så framförs vikten av att göra genomtänkta anpassningar och inte förändra grundtanken i modellen: *”Vad blir en ad-hoc-*

anpassning och vad blir en strukturerad, genomtänkt anpassning med bibehållen programlogik?”. Dessa olika överväganden diskuteras på planeringsmöten och arbetsgruppen enas kring en planering med en långsiktig målsättning att genomföra en hel intensivbehandlingsvecka, men att göra det stegvis genom att till en början genomföra valda delar av intensivbehandlingen.

När den konkreta planeringen kring den första patienten tar form så överges dock planerna på att prova i mindre skala och arbetet fokuserar på att planera för en hel intensivbehandlingsvecka. Medarbetarna beskriver att de, i stället för att anpassa metoden och upplägget, valde att erbjuda patienter intensivbehandling där det var mindre praktiska omständigheter att ta hänsyn till. Detta för att inte fastna i att allt för många praktiska detaljer. *”Vi tänkte: vi behöver inte ha löst alla scenarier innan vi börjar”*. Därmed framträder en förändring under processens gång där ett större fokus på anpassningar av både upplägg av intensivbehandlingen och innehållet i behandlingssessionerna fanns initialt, anpassningar som senare inte genomfördes till förmån för behandlingsmodellens ursprungliga upplägg.

Denna förändring i förhållande till anpassningar återkommer också i beskrivningar av den konkreta behandlingen: *”Vi funderade först på att göra en del anpassningar som inte blev av då patienten var stabilare/klarade mer exponering än vad vi initialt visste”*.

Vi börjar på plats

Implementeringsprojektet startade med utgångspunkten att digitala inslag var en förutsättning för att kunna genomföra intensivbehandling på mottagningen utifrån att personalresurserna är utspridda på olika orter. Men i materialet under implementeringsarbetets gång framkommer det beskrivningar kring tveksamhet inför digitala inslag: *”Skönt att slippa ev tekniskt strul som kan ställa till planering. Föredrar face to face om möjligt”*. Arbetsgruppen beskriver det som att digitala inslag blir ytterligare en faktor att ta med i uppstartsarbetet och att de föredrar att lägga fokus och energi på att genomföra intensivbehandling utifrån ursprungsmodellen, för att eventuellt senare införa mer digitala distansinslag. Under studiens två intensivbehandlingsveckor genomfördes endast ett psykoedukationspass digitalt. Denna erfarenhet beskrivs dock som främst positiv och arbetsgruppen beskriver också motivation till att utveckla digitala inslag framöver.

De logistiska problemen löstes i stället framförallt genom att behandlare reste från filialerna till mottagningen under intensivbehandlingsveckan som ett alternativ till att göra stora delar av

behandlingen via video. Beslutet att anpassa verksamheten i stället för att införa mer digitala inslag beskrivs av behandlarna ha medfört en oväntad positiv effekt hos en av patienterna:

”Hade färre (digitala inslag) än vad vi först tänkte. Vi reste i stället, vilket patienten reflekterade över. Var positiv och rörd över att vi hade åkt från olika ställen för att träffa just hen. Tror det hade betydelse och gav extra motivation att komma när det kändes tufft.”

Hur löser vi allt praktiskt?

Hur verksamheten i övrigt kunde anpassas för att möjliggöra ett genomförande av intensivbehandling diskuterades mycket på workshops och återkommer i det skrivna materialet. Här framkommer beskrivningar av vikten av att få tid till det praktiska arbetet och hur verksamheten bäst löser praktiska problem såsom lokaler och mat för patienten. Medarbetarna framhåller vikten av att ha möten specifikt avsatta till att planera intensivbehandlingen och att dessa möten inte blandades upp med andra frågor. Även om dessa möten värdesattes så uppmärksammas några förbättringsområden gällande tidsåtgång. Här lyfts förberedelsefasen fram som en del som behöver struktureras upp tydligare, avsättas mer tid till och göras en tydligare planering kring. Andra aspekter som lyfts fram är att tiden mellan de två pilotomgångarna av intensivbehandling var för kort: *”Lite för kort varsel med planeringen, bättre framförhållning.”*

Utöver detta framkommer många frågor kopplat till hur verksamheten ska anpassas om behandlingen genomförs på någon av filialerna: *”Hur gör vi om behandlingen bäst genomförs på annan ort? Hur många behandlare kan vi ha med då?”* I utvärderingen lyfts förbättringar av framtida planering av intensivbehandlingar. Här lyfts framtida frågeställningar kring strukturen kring intensivbehandling beskrivs som viktiga delar att tydliggöra såsom: hur många behandlingar är rimliga att genomföra på ett år, vilka patienter ska erbjuda och vilka som ska fortsätta driva arbetet med intensivbehandling på mottagningen.

Tema 3: Att bli en del av det: Professionella roller omförhandlas

I materialet framkommer ett tema kring hur de professionella rollerna kopplat till intensivbehandling formas och omförhandlas under implementeringsprocessen. Bland annat handlar denna förhandling om vilka medarbetare som är relevanta för att genomföra intensivbehandlingen och vem som ska ha vilket ansvar i arbetet. Här framträder två underteman som också kan ses som samma teman som förändras över tid från: *tvekan och tvivel*

till *alla är betydelsefulla*. Detta tema går att relatera till QIF-modellens andra fas och specifikt steg 11 som uppmärksammar roller.

Tvekan och tvivel

Initialt i processen berör detta tema tvivel och tvekan kring delaktighet och vikten av sin roll. Intensivbehandling beskrivs initialt som något bara är något för psykologer och flera ur övriga professioner frågar sig om de överhuvudtaget bör medverka i en eventuell intensivbehandling: *"Ska jag vara med, utifrån kuratorsrollen, har prata med de andra och tror inte det"*. Även jag som projektledare uttrycker tvivel i mina anteckningar och i kontakt med enhetschef kring min roll och upplägget på projektet: *"Är det bättre för gruppen om de hittar någon hos sig som gör det?"* Men temat kring roller förändras under processen och i slutet av projektet är tvivlet kring sin egen roll inte alls närvarande. I kontrast till tvivlet framträder i stället nedanstående tema där alla roller beskrivs som betydelsefulla.

Alla är betydelsefulla

Under sista workshopen framträder ett genomgripande tema kring att alla har varit betydelsefulla i arbetet med implementeringen och genomförandet av intensivbehandlingen. Arbetsgruppen lyfter fram upplevelsen av allas specifika funktioner i teamet varit viktiga. Vid olika tillfällen framhålls vikten av alla yrkeskategorier; administratör, kurator, fysioterapeut och psykolog och beskriver specifikt och vikten av allas arbete under intensivbehandlingen:

"Vi har verkligen varit starka och effektiva tillsammans. Det blev så tydligt hur allas roller är betydelsefulla" ... "Alla av oss har sin yrkesprofession och sin konkreta roll under den intensiva veckan."

Här lyfts också chefens roll i implementeringsarbetet fram och vilken av att denne har gett förutsättningar och genom engagemang ökat motivationen. Även min roll som projektledare beskrivs som viktig för att starta upp processen och föra den framåt genom att planera tider och ge utrymme för frågor och reflektion.

Tema 4: Att växa tillsammans under implementeringen

I materialet framkommer ett tema kring stöd och lärande som består av tydliga beskrivningar kring olika typer av stöd som har varit viktiga under processen samt hur och vad arbetsgruppen lärt sig av arbetet. Detta tema återfinns framförallt i material från sista workshopen och i den skrivna utvärderingen. Här identifieras tre underteman: *stöd från varandra, lärande av*

varandra och lärdomar från implementeringen. Detta tema relaterar till genomförandefasen (fas 3) i QIF-modellen där stöd och återkoppling lyfts fram som centralt.

Stöd från varandra

Det mest framträdande i detta tema är beskrivningarna av det stöd som medarbetarna fått från varandra i teamet:

”Jag tycker stödet i arbetsgruppen varit toppen. Det har funnits ett starkt engagemang och transparens. Orosmoment och frågetecknen har lyfts och vi hittar nya lösningar. Vi såg till att ha mycket kommunikation under IB-veckorna och de som sedan träffade patienten gav också återkommande feedback på hur det gick. Jag tänker att detta är väldigt viktiga bitar.”

Detta stöd beskrivs som centralt och här lyfts både emotionellt stöd och kollegialt utbyte fram. Även beskrivningar kring vikten av uppföljning och återkoppling framträder här. Denna typ av stöd beskrivs återkommande under processen både i möten med mig som projektledare och andra möten i teamet samt i kontakt med chef. Medarbetarna beskriver vikten av ett tryggt samarbete mellan behandlarna som en förutsättning för konstruktiv uppföljning och återkoppling.

Lärande av varandra

Initialt i mina anteckningar som projektledare finns beskrivningar kring hur arbetsgruppen ska introduceras för intensivbehandlingsmodellen, vilket går ihop med den övergripande implementeringsplanen. Utöver detta beskrivs behovet av utbildning som litet, då behandlarna har med sig en grundläggande utbildning i de behandlingsmetoder som används under intensivbehandlingen:

”För just detta (utbildning) har vi väl inte fått någon mer. Och jag tror inte det behövdes heller, alltså rent metodmässigt. All kunskap satt vi redan på och sedan har det skett ett stort kollegialt utbyte under själva IB-veckorna.”

Lärande beskrivs alltså framförallt kopplat till lärande av varandra i teamet. Här beskriver behandlarna att de fått en större inblick i hur deras kollegor arbetar i behandling, vilket beskrivs som väldigt positivt och gett förutsättningar att kunna lära av varandra på ett sätt som inte är möjligt i det övriga behandlingsarbetet.

Lärdomar kring implementering

Under sista workshopen och i utvärderingen framkommer beskrivningar kring lärdomar som arbetsgruppen tar med sig i framtida arbete. En av de generella lärdomar som arbetsgruppen beskriver är: *"Vikten av att lyfta fram farhågor och risker och fundera på hur vi kan använda det nya på vårt sätt."* Betydelsen av att initialt stanna upp och utforska farhågor är återkommande och länkar samman med flera olika teman ovan så som motivation och här även hur mottagningen kan använda och tänka kring intensivbehandling på ett sätt som passar deras kultur och arbetssätt.

En annan generell lärdom som beskrivs är det positiva med att lära av erfarenheter genom att prova, följa upp och göra korrigeringar i arbetet med intensivbehandlingen. Detta cykliska arbetssätt är något som beskrivs som en utgångspunkt i början av processen och som medarbetarna reflekterar över i utvärderingen.

Utöver detta lyfts också lärdomar kring att ha en tydlig definierad funktion utöver chefen som leder arbetet med implementeringen; fördelen med att: *"några eller någon som håller i implementeringsprocessen, kanske inte en chef"*. Vikten av att ha en extern projektledare som håller i planeringen av implementeringsarbetet lyfts fram från både arbetsgruppen och chefen men detta upplägg har, som återfinns under tema roller, inte varit utan föremål för tvivel från min sida som projektledare.

Främjande faktorer och barriärer

Utifrån ovanstående resultat kan några faktorer lyftas fram för att förstå vad som har underlättat respektive varit barriärer som behövde överkommas i denna specifika implementeringsprocess. Den barriär som medarbetarna lyfte fram som en av de första var **geografiska och praktiska förutsättningar** att genomföra intensivbehandling på behandlingscentret. **Att få tid att arbeta med praktiska frågor och lösningar** samt genomföra **anpassningar i metod och verksamhet relevanta för denna specifika mottagning** kan ses som de främjande faktorer som varit hjälpsamma i att överkomma de praktiska hindren och hitta lösningar för de geografiska förutsättningarna.

Trots att medarbetarna tidigt såg **behovet och de potentiella vinsterna med att implementera intensivbehandling** (främjande faktor) framkom också **bristande motivation** (barriär). Här behövde en förståelse kring vad som låg bakom denna bristande motivation vilket gjordes genom att **kartlägga medarbetarnas farhågor och identifierade risker** (främjande faktor) med att implementera intensivbehandling. I detta arbete framkom följande barriärer: **en oro för ökad arbetsbelastning, en osäkerhet kring om intensivbehandling passar mottagningens arbetssätt**

samt osäkerhet kring sin roll i implementeringsprocessen och i intensivbehandlingsupplägget. Dessa barriärer överkoms genom att medarbetarna skapade sig en *gemensam bild av att alla professioner är viktiga* (främjande faktor) i arbetet med intensivbehandling. En annan främjande faktor som påverkade motivationen var *övergången till konkret planering* kring en specifik patient. Ytterligare en främjande faktor som framträder i resultatet är *tydliga definierad roller som leder och planerar implementeringsprocessen*.

Diskussion

Syftet med den här studien har varit att utforska och följa implementeringen av intensivbehandling för patienter med posttraumatiska stresssymptom vid ett av Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade. Detta gjordes med utgångspunkt i två kompletterande metoder (QIF och PAR), samt genom en tematisk analys av det arbetsmaterial som producerats under implementeringen. Studien visar hur implementeringen av ITTP genomfördes med stöd i sex workshops samordnat av rapportförfattaren och genom ett fortlöpande uppföljnings- och analysarbete.

Resultatet från den tematiska analysen överensstämmer i stora delar med tidigare forskning kring implementering. Bland annat återfinns många av ovan beskrivna främjande faktorer i de faser och steg som utgör QIF-modellen. Framförallt återfinns QIF-modellens steg gällande *tidigt identifierat behov av insatsen, arbetet med motivation, arbetet med anpassningar* och *tydligt definierade roller* i implementeringsprocessen som främjande faktorer i aktuell kontext. Därmed konstateras att arbetet utifrån QIF-modellen (kombination med PAR) har varit en viktig del i att generera främjande faktorer under implementeringen. Denna validering av QIF-modellens användbarhet överensstämmer med tidigare forskning (Metz & Bartley., 2012; Folkhälsomyndigheten, 2023)

Resultatet i denna studie pekar också på vikten av andra främjande faktorer respektive barriärer som återfinns i forskning kring implementering av psykologiska behandlingsmetoder. Yan Huo och kollegor (2023) lyfter fram bland annat *uppfattad relevans* av interventionen, interna organisatoriska faktorer såsom *ledskapets engagemang* och *motstånd mot förändring*. Dessa faktorer återspeglas även i resultatet i denna studie. Cynthia Yamokoski och kollegor (2023) presterar en beskrivning av implementering av intensivbehandling för PTSD utifrån iPARIHS-modellen och konstaterar att bland annat, i likhet med denna studie, att *initialt bristande*

engagemang från personal varit en barriär som behövde överkommas för att nå lyckad implementering. Yamokoski et al (2023) konstaterar också att ett *ledarskap som kan guida implementeringen, möjlighet att konsultera med externa experter* samt *starkt engagemang i teamet* har varit främjande för att stödja implementeringen. Således kan vi konstatera att beskrivna fenomen inom implementeringsforskning kring psykologisk behandling återfinns i aktuell studiekontext.

Studiens begränsningar

En möjlig kritik mot studiedesignen för denna studie är att de temana som identifieras präglas av förförståelse kring implementering och QIF-modellen och därmed riskeras andra viktiga perspektiv för att förstå denna specifika implementeringsprocess inte synliggöras. Valet av studiedesign och analysförfarande argumenteras för under metodavsnittet. En annan möjlig kritik mot studiedesignen är att långsiktig hållbarhet i implementeringen inte adresseras, ett perspektiv som lyfts fram i senare forskning som en viktig del i implementering (Hansson & von Thiele Schwartz, 2023; Khalil & Kynoch, 2021). Denna studie säger inte något om de långsiktiga effekterna av denna implementeringsprocess och hur kontexten kan behålla och utveckla arbetet med intensivbehandling på ett hållbart sätt. Den tidsmässiga avgränsningen av studien blir här en svaghet. Upplägget på studien gör också att resultatet framförallt ska ses som kunskap kopplat till den specifika behandlingskontexten där implementeringen gjordes, således är generaliserbarheten i resultatet av denna studie begränsad. Trots ovan nämnda begränsningar är förhoppningen att läsaren ska se att fördelen med denna studiedesign överväger och att den bidrar med nya kunskaper till fältet implementering av psykologisk behandling och specifikt intensivbehandling av PTSD.

Framtida forskning

För att kunna fortsätta att utvärdera och implementera intensivbehandling för PTSD i fler sammanhang och för andra patientgrupper behöver implementeringen av ITTP utvärderas i olika kontexter. Intensivbehandling för PTSD i den form som implementerats skiljer sig mycket från konventionell psykologisk behandling och ifrågasätter många vedertagna antaganden kring psykoterapi och psykologisk behandling (Sciarrino et al., 2020; Wachen et al., 2019; van Woudenberg et al., 2018; Voorendonk, de Jongh et al., 2020; Auren et al., 2022). Att implementera nya behandlingsmodeller av denna typ kräver, som den här studien visar, en lyhördhet inför hur behandlingsteamet tillsammans förstår, anpassar och reagerar på ITTP i den specifika kontexten. För att bygga vidare på denna kunskap så är en möjlig riktigt för framtida forskning att, i likhet med Yamokoski och et al (2023), fortsätta fokusera på att kartlägga vilka

barriärer och främjande faktorer som är återkommande specifikt för implementering av intensivbehandling av PTSD. Denna tidigare forskning saknar dock en tydlig metod för analys och datainsamling och kan ses mer som deskriptiv. Här finns en potential i att bygga vidare på aktuell studies tillvägagångssätt och gällande datainsamling och analys för mer robusta resultat.

Om evidens för ITTP fortsätter att stärkas bör också en parallell forskning kring implementering av denna behandlingsmodell, med data från olika kontexter, kunna ge en mer solid grund för att peka på viktiga steg och implementeringsaktiviteter specifikt för implementering av ITTP. Att studera effekterna av behandlingen genom tex RTC och samtidigt vetenskapligt följa och studera implementeringsprocessen i likhet med vad Leykum et al (2009) förespråkar är en intressant utgångspunkt för framtida forskning.

Kliniska implikationer

Detta specialistarbete i specialisering i psykologisk behandling har ämnat bidra till kunskap om implementering av intensivbehandling för patienter med PTSD genom ett studieupplägg som ligger nära en klinisk verklighet för specialistpsykologer. Ett av de kliniskt intressanta fynden i denna studiedesign är att se potentialen i Participatory Action Research som verktyg för (specialist)psykologer. Ett aktivt reflekterande deltagande befinner sig nära den kliniska verklighet som specialistpsykologer verkar där en pendling mellan aktivt deltagande i metodutveckling och implementering å ena sidan och en reflekterande process med vetenskaplig förankring å andra sidan. PAR erbjuder här en vetenskaplig ram för detta arbete och erbjuder en modell för hur håller vi en utvecklingsprocess vetenskaplig. Ett exempel i denna kontext är att PAR-ramen gav mig som projektledare ett utrymme att stanna upp och utforska det som kom upp och navigera nästa steg utifrån detta i stället för att forcerat arbeta vidare till nästa fas i implementeringen. Det blev ett sätt att ha "örat mot marken" som Hansson & von Thiele Schwarz (2023) beskriver som viktigt i en implementeringsprocess. Att adressera farhågor var centralt i just detta sammanhang, i andra kontexter är det kanske andra faser eller steg där behovet av att stanna upp och utforska tillsammans med medarbetare/brukare är av extra vikt. PAR erbjuder en modell för att identifiera relevanta och viktiga problem och ge förutsättningar att begripliggöra dessa för att kunna föra processen framåt tillsammans (Kidd & Kral, 2005). Även analysprocessen där aktivt deltagande avslutas till förmån för en fördjupad och bredare tematisk analys, en analys som sedan tas tillbaka till deltagarna för validering, kan ses som ett möjliggörande av både aktivt deltagande och en fördjupad tematisk analys av en process. Därmed bidrar denna studie också med en modell för ett arbetssätt för (specialist)psykologer att verka i den kliniska vardagen med förankring i vetenskaplig metod.

Utöver PAR så visar bekräftar studie på användbarheten i QIF-modellens som ett stöd i en implementeringsprocess vilket ger en klinisk implikation för användande av strukturerade implementeringsmodeller såsom vid implementering av psykologisk behandling.

Slutsatser

I likhet med tidigare forskning (Yamokoski et al., 2023; Sundell et al., 2015; Hasson, & von Thiele Schwarz, 2023 och 2017; Leykum et al., 2009) så kan denna studie konstatera att barriärer för implementering kan överkommas och att ett strukturerat ramverk för implementeringen har varit avgörande för att adressera dessa barriärer. Att implementera ITTP kräver en struktur för att fånga upp utförarnas bild av behandlingens potential, risker och identifikation av praktiska problem. Kombinationen av QIF och PAR gav förutsättningar för att identifiera och arbeta med relevanta barriärer och facilitera främjande faktorer. Därmed konstateras att de som leder ett implementeringsarbete behöver vara lyhörda och möta berörda parter där de befinner sig och arbeta utifrån dessa psykologiska och praktiska förutsättningar.

Referenser

- Alting van Geusau, V. V., Mulder, J. D., & Matthijssen, S. J. (2021). Predicting outcome in an intensive outpatient PTSD treatment program using daily measures. *Journal of Clinical Medicine*, 10(18), 4152. <https://doi.org/10.3390/jcm10184152>
- Auren, T. J. B., Klæth, R. J., Jensen, A. G., & Solem, S. (2022). Intensive outpatient treatment for PTSD: An open trial combining prolonged exposure therapy, EMDR, and physical activity. *European Journal of Psychotraumatology*, 13, 2128048. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2128048>
- Bhaskar, R. (1998). *The possibility of naturalism: A philosophical critique of the contemporary human sciences* (3rd ed.). Routledge.
- Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 17(9), e1003337. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Carpiniello, B. (2023). The mental health costs of armed conflicts—a review of systematic reviews conducted on refugees, asylum-seekers and people living in war zones. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2840. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042840>
- Cordeiro, L., & Soares, C. (2018). Action research in the healthcare field: A scoping review. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16, 1003–1047. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003200>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9188-z>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309–1314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71103-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71103-4)

- Fletcher, A. J. (2016). Applying critical realism in qualitative research: Methodology meets method. *International Journal of Social Research Methodology*, 20(2), 181–194.
<https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1144401>
- Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Rosenfield, D., Yadin, E., Yarvis, J. S., Mintz, J., Young-McCaughan, S., Borah, E. V., Dondanville, K. A., Fina, B. A., Hall-Clark, B. N., Lichner, T., Litz, B. T., Roache, J., Wright, E. C., & Peterson, A. L. (2018). Effect of prolonged exposure therapy delivered over 2 weeks vs 8 weeks vs present-centered therapy on PTSD symptom severity in military personnel. *JAMA*, 319(4), 354–364.
<https://doi.org/10.1001/jama.2017.21242>
- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Folkhälsomyndigheten. (2023). *Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst: En rapport om implementering inom folkhälsoområdet (Version 3.0)*. Från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material>
- Friesen-Storms, J. H., Moser, A., van der Loo, S., Beurskens, A. J., & Bours, G. J. (2015). Systematic implementation of evidence-based practice in a clinical nursing setting: A participatory action research project. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 57–68.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12697>
- Fryer, T. (2022). A critical realist approach to thematic analysis: Producing causal explanations. *Journal of Critical Realism*, 21(4), 365–384.
<https://doi.org/10.1080/14767430.2022.2076776>
- Gahnfelt, H., Weineland, S., Carlsson, P. F. G., & Blomdahl, C. (2025). 8-day intensive treatment programme for PTSD and complex PTSD vs treatment as usual: a clinical trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2553422>
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
- Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Seers, K., Wilson, P., Cassidy, C., Embrett, M., Hu, J., Pearson, M., Semenic, S., Zhao, J., & Graham, I. D. (2023). Connecting the science and practice of implementation – Applying the lens of context to inform study design in implementation research. *Frontiers in Health Services*, 3, 1162762.
<https://doi.org/10.3389/frhs.2023.1162762>
- Hasson, H., & von Thiele Schwarz, U. (2017). *Användbar evidens*. Natur och Kultur.
- Hasson, H., & von Thiele Schwarz, U. (2023). *Implementeringsboken*. Natur och Kultur.

- Huo, Y., Couzner, L., Windsor, T. *et al.* (2023). Barriers and enablers for the implementation of trauma-informed care in healthcare settings: a systematic review. *Implement Sci Commun* 4, 49. <https://doi.org/10.1186/s43058-023-00428-0>
- Khalil, H., & Kynoch, K. (2021). Implementation of sustainable complex interventions in health care services: The Triple C model. *BMC Health Services Research*, 21(143). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06115-x>
- Kidd, S., & Kral, M. (2005). Practicing participatory action research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 187–195. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.187>
- Kidd, S., Davidson, L., Frederick, T., & Kral, M. J. (2018). Reflecting on participatory, action-oriented research methods in community psychology: Progress, problems, and paths forward. *American Journal of Community Psychology*, 61, 76–87. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12214>
- Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1729633–1729633. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>
- Leykum, L. K., Pugh, J. A., & Lanham, H. J. (2009). Implementation research design: Integrating participatory action research into randomized controlled trials. *Implementation Science*, 4, 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-69>
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (1995). *Designing qualitative research*. Sage Publications.
- Metz, A., & Bartley, L. (2012). Active implementation frameworks for program success: How to use implementation science to improve outcomes for children. *Zero to Three*, 32(4), 11–18.
- Meyers, D. C., Durlak, J. A., & Wandersman, A. (2012a). The quality implementation framework: A synthesis of critical steps in the implementation process. *American Journal of Community Psychology*, 50(3–4), 462–480. <https://doi.org/10.1002/ajcp.20557>
- Meyers, D. C., Katz, J., Chien, V., Wandersman, A., Scaccia, J. P., & Wright, A. (2012b). Practical implementation science: Developing and piloting the quality implementation tool. *American Journal of Community Psychology*, 50(3–4), 481–496. <https://doi.org/10.1002/ajcp.20558>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder NG116*. Hämtad 2025, från <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- OHCHR. (2022). *Istanbul protocol: Manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (2022 edition)*. United Nations.
- SBU. (2023). *Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten: En metodbok*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. <https://www.sbu.se/metodbok>

- Sciarrino, N. A., Warnecke, A. J., & Teng, E. J. (2020). A systematic review of intensive empirically supported treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 33*(4), 443–454. <https://doi.org/10.1002/jts.22505>
- Scott, D. (2007). Resolving the quantitative–qualitative dilemma: A critical realist approach. *International Journal of Research & Method in Education, 30*(1), 3–17. <https://doi.org/10.1080/17437270701207694>
- Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures* (3rd ed.). Guilford Press.
- Simon, A. F., & Wilder, D. (2018). Action research in social psychology. *Archives of Scientific Psychology, 6*(1), 169–177. <https://doi.org/10.1037/arc0000054>
- Sundell, K., Beelmann, A., Hasson, H., & von Thiele Schwarz, U. (2015). Novel programs, international adoptions, or contextual adaptations? Meta-analytical results from German and Swedish intervention research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 45*(6), 784–796. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.920938>
- Teodorescu, D. S., Heir, T., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T., & Lien, L. (2012). Mental health problems and post-migration stress among multi-traumatized refugees attending outpatient clinics upon resettlement to Norway. *Scandinavian Journal of Psychology, 53*(4), 316–332. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00983.x>
- Tinghög, P., Malm, A., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Lundin, A., & Saboonchi, F. (2017). Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: A population-based survey. *BMJ Open, 7*(12), e018899. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018899>
- Tinghög, P., Vågbratt, L., Jennstål, J., Bragesjö, M., & Möller, N. (2024). Acceptability and preliminary effects of intensive brief trauma-focused PTSD treatment for refugees: A pilot study. *Torture Journal, 34*(3), 54–63.
- Turrini, G., Tedeschi, F., Cuijpers, P., Del Giovane, C., Kip, A., Morina, N., Nosè, M., Ostuzzi, G., Purgato, M., & Ricciardi, C. (2021). A network meta-analysis of psychosocial interventions for refugees and asylum seekers with PTSD. *BMJ Global Health, 6*(6). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006339>
- UNHCR. (2024). Mid-year trends report 2024.
- Voorendonk, E. M., de Jongh, A., Rozendaal, L., & van Minnen, A. (2020). Trauma-focused treatment outcome for complex PTSD patients: Results of an intensive treatment programme. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), 1783955. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1783955>
- Wachen, J. S., Dondanville, K. A., Evans, W. R., Morris, K., & Cole, A. (2019). Adjusting the timeframe of evidence-based therapies for PTSD-massaged treatments. *Current*

Treatment Options in Psychiatry, 6, 107–118. <https://doi.org/10.1007/s40501-019-00180-w>

- White, G. W., Suchowierska, M., & Campbell, M. (2004). Developing and systematically implementing participatory action research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(4 Suppl 2), S3–S12.
- van Woudenberg, C., Voorendonk, E. M., Bongaerts, H., Zoet, H. A., Verhagen, M., Lee, C. W., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2018). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1487225. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1487225>
- Yamokoski, C., Barron, S., Fowler, J., Fast, E., & Flores, H. (2023). Barriers and facilitators to the implementation of intensive treatments for PTSD: Early lessons learned from the field. *Cognitive and Behavioral Practice*, 30(3), 384–396. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.04.003>
- Zepeda Méndez, M., Nijdam, M. J., ter Heide, F. J. J., van der Aa, N., & Olff, M. (2018). A five-day inpatient EMDR treatment programme for PTSD: Pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1425575–1425510. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1425575>

Bilaga 1: Skriftligt samtyckesformulär



Sida 1(2)

Deltagarinformation

Anpassning och implementering av intensivbehandling

Gällande [REDACTED] specialistarbete som handleds vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I specialistutbildningen för psykologer ingår att genomföra ett arbete inom vald specialinriktning, i detta fall psykologisk behandling. Detta arbete skall göras utifrån vetenskaplig metod i form av en studie eller verksamhetsutvecklande arbete.

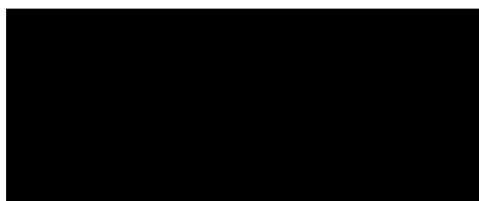
Jag avser att genomföra en aktivt deltagande studie inom ramen för mitt specialistarbete med fokus på implementering och anpassning av intensivbehandling på er mottagning.

Jag vill därför tillfråga dig om samtycke att använda det material och reflektioner som framkommit och framkommer under implementeringsarbetet med intensivbehandling som data i mitt specialistarbete. Som stöd för minnet önskar jag även att vår sista digitala workshopen/gruppintervju 17/6 spelas in digitalt. Denna inspelning kommer endast jag ha åtkomst till och kommer raderas när resultatdelen av arbetet är författat.

Det material som framkommit och framkommer vid arbetet med implementeringen kommer att behandlas konfidentiellt och redovisas i en form där inga enskilda deltagare kan identifieras.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande. Om du väljer att inte delta eller om du beslutar dig för att avbryta kommer detta inte att på något sätt påverka dig.

Om du önskar ytterligare information angående denna undersökning kan du vända dig till oss (se nedan).



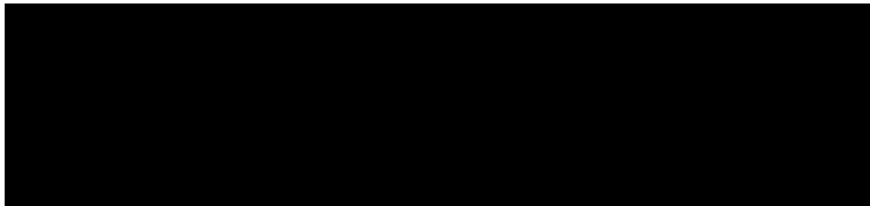
Anpassning och implementering av intensivbehandling

Jag har fått muntlig och/eller skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta.

Plats och datum	Underskrift
	Namnförtydligande

Skickas till:



Bilaga 2: Intervjumall inför workshop 5

(första 4 frågorna i bilagan skickades även ut för individuell skriftlig ifyllnad till alla medverkande)

Struktur: Självreflektion och anteckna, sedan helgrupp. ”Nyfiken på allas perspektiv”. ”Om ni kikar ner på era lappar, finns det något skrivet där som inte vi tagit upp” Kan jag återkomma till er och få fatt i det? Runda? Bikupor och helgruppsdiskussion. När Bikupor? Inspelning? Tidfördelning på de olika frågorna?

1: Vad har du/ni för reflektioner gällande *planeringen inför* att påbörja intensivbehandling på er mottagning? Vad är era reflektioner kring hur er beredskap sett ut *gällande tid, resurser, kunskap/utbildning och motivation*?

2: Vad har du/ni för reflektion kring vilka *roller/arbetsuppgifter* som varit viktiga i arbetet med att införa och genomföra av intensivbehandling på er mottagning?

3: Vad har du/ni för reflektioner kring hur *stöd, uppföljning och återkoppling* sett ut under uppstarten av arbetet med intensivbehandling på er mottagning?

3: Hur har du/ni upplevt *anpassningar av och arbetet med* intensivbehandling, utgå ifrån:

- Förberedelser inför intensivbehandlingen (kartläggning, förberedelse med patient och på mottagningen)
- Terapeutrotation
- Intensiva dagar, flera dagar i följd
- Kombinationen av två traumafokuserade behandlingar
- Anpassning av traumafokuserade behandling
- Fysioterapi/mellanpass
- Psykoedukation

4: Vad har du/ni för reflektioner kring vad ni tar med er till:

- Fortsatt arbete med intensivbehandling
- Framtida implementeringsprocesser

Fördjupande frågor att ställa utifrån QIF vid workshop 5

(dessa frågor använde projektledare som stöd vid workshop 5)

Fas 1

Vad har ni för reflektioner kring arbetet med att identifiera *behovet* av intensivbehandling på er mottagning? Vad har ni för reflektioner kring *hur redo er mottagning varit* för att prova intensivbehandling? Vad har ni för tankar kring *resurser* (personal, tid, utbildning, träning, materiella resurser)? Frivillighet? Vad är era reflektioner kring hur passar IB med er verksamhet, era värderingar? Er identifierade risk för att det påverkar teamarbetet negativt?

Vad har ni för reflektioner kring arbetet med *anpassningar* inför arbetet med intensivbehandling? Fundera på Anpassningar både gällande upplägget och Anpassningar i er verksamhet.

Fas 2

Vad har ni för reflektioner kring *planeringen* av uppstarten av intensivbehandling på er mottagning?

Vilka *roller* blev viktiga i arbetet med uppstarten av intensivbehandling? Vad har ni för reflektioner kring *ansvarsfördelning* och *roller*, hur blev det i praktiken?

Fas 3

Genomförande

Vad har ni för reflektioner kring hur *stöd, uppföljning och återkoppling* sett ut under uppstarten av arbetet med intensivbehandling på er mottagning? Har ni fått det stöd ni behövt?

Hur har ni upplevt *arbetet med* och *anpassningar av* intensivbehandling, utgå ifrån:

- Förberedelser inför intensivbehandlingen (kartläggning, förberedelse med patient och på mottagningen)
- Terapeutrotation
- Intensiva dagar, flera dagar i följd
- Kombinationen av två traumafokuserade behandlingar
- Fysioterapi/mellanpass
- Psykoedukation

Fas 4

Lärdomar att ta med

- Fortsatt arbete med intensivbehandling
- Framtida implementeringsprocesser