



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykoterapeutprogrammet*

## **Evidensbaserad psykologisk praktik inom ett hälsoval**

*- ett organisatoriskt lärandeperspektiv*

**Henrik Freidnitz & Livia Petri**

Psykoterapeutexamensuppsats 2016

Handledare: Robert Holmberg

Examinator: Mats Fridell

## Sammanfattning

Studien undersöker vilka individuella och organisatoriska inlärningsmekanismer som bidrar till utveckling av evidensbaserad psykologisk praktik inom ett hälsoval för kognitiv beteendeterapi i Region Skåne. Sexton psykologer verksamma inom hälsovalet deltog i studien som genomfördes i form av fyra fokusgrupper. Frågeställningen utgår från de policydokument som beskriver EBPP och evidensrörelsens historiska utveckling. Andra utgångspunkter är definitioner av kunskapsstyper, samt organisatoriskt lärande. Resultaten tolkades genom tematisk analys utifrån en konstruktivistisk vetenskapsteoretisk ingång.

Det finns en utbredd upplevelse hos respondenterna av att det praktiska ansvaret för att upprätta och vidmakthålla EBPP inom ramen för hälsoval psykoterapi vilar på den enskilde yrkesutövaren. Verksamhetsområdets omfång och komplexitet gör att betoningen på det individuella ansvaret ibland tycks medföra hinder för införande och utövande av EBPP och för organisatoriskt lärande. Deltagarna beskriver en mängd individuella strategier för att förstå och hantera dessa svårigheter.

Det finns stora möjligheter att bygga vidare på befintliga initiativ och strukturer relaterade till gemensamt lärande i organisationen och organisatoriskt stöd för EBPP, för att på sikt balansera den ensidiga betoningen på den enskildes ansvar. En partiell överflyttning av ansvaret för EBPP till organisationen och dess anställda tillsammans skulle kunna främja en klinisk praktik som ligger närmare EBPP.

Nyckelord: Evidensbaserad psykologisk praktik, EBPP, organisatoriskt lärande, kunskapsstyrning, kognitiv beteendeterapi, KBT

## **Abstract**

The object of study of this thesis is which individual and organizational learning mechanisms contribute to the development of evidence based psychological practice within a specific type of primary care setting in Skåne, Sweden. We conducted four focus groups in which sixteen licensed psychologists practicing within this setting participated. The theoretical background of the thesis consists of policy documents describing EBPP and the historical development of the evidence-based practice movement. Other theoretical starting points are definitions of types of knowledge, and organizational learning. The results underwent a thematic analysis conducted from a constructivist perspective.

The dominating view among the informants is that the responsibility for implementing and maintaining EBPP within this primary care setting is that of the individual practitioner. The scope and complexity of the field entail that the focus on the individual responsibility of the practitioner sometimes seems to create obstacles to implementing and delivering EBPP as well as to organizational learning. The participants describe a wide range of individual strategies to understand and deal with these predicaments.

There are many ways to expand on existing structures and initiatives concerning joint learning within the organizations and organizational support of EBPP, in order to successively balance the one sided emphasis of the responsibility of the individual practitioner. A partial shift of the responsibility for EBPP towards the organization and the joint workforce could enhance a clinical practice more aligned with EBPP.

Key-words: Evidence based psychological practice, EBPP, organizational learning, knowledge management, cognitive behavioral therapy, CBT

## Introduktion

Den här uppsatsen undersöker hur individuellt och organisatoriskt lärande kan underlätta implementering och vidmakthållande av evidensbaserad psykologisk praktik (EBPP), i det vardagliga arbetet med kognitiv beteendeterapi (KBT) inom ramen för ”Avtal för psykoterapi i hälsoval Skåne” (nedan kallat hälsoval psykoterapi). Evidens och EBPP är mångtydiga begrepp med flera historiska föregångare, vilket gör det angeläget att även närma sig den mer grundläggande frågan hur man som psykolog, med uppdrag att utföra evidensbaserad behandling, tolkar och bedriver sin yrkesverksamhet. Vi har därför, i fokusgruppsformat (Wibeck, 2010), träffat psykologer som arbetar med KBT i vårdval psykoterapi för att få ta del av hur de resonerar kring den här typen av frågor.

Alltsedan Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) publicerade sina riktlinjer med rekommendation om KBT vid depression (SBU, 2004) och ångesttillstånd (SBU, 2005) har det funnits stora förhoppningar om att evidensbaserad psykologisk behandling ska bli mer tillgänglig och därmed bidra till en bättre vård. Implementering och disseminering, det vill säga införande och spridning av metoder, är samtidigt komplexa processer: Den stora satsningen på en rehabiliteringsgaranti, där KBT var en central metod, ledde till ökad tillgänglighet (Socialstyrelsen, 2010) men blev redan initialt kraftigt kritiserad i sin utformning av psykologprofessionen (Fredriksson et. al., 2009) och bedömdes av Riksrevisionen (2015) ha misslyckats utifrån sina målsättningar. När rehabiliteringsgarantin lokalt har omvandlats till ett hälsoval (Region Skåne, 2015) är det mer angeläget än någonsin att undersöka yrkesutövarnas perspektiv på sitt vardagliga arbete, bortom abstrakta etiketter som evidensbaserad.

Nedan följer en kort redogörelse för evidensrörelsens historiska rötter och hur de resulterade i utformningen av policydokument för EBPP. Därefter beskrivs de svårigheter som implementering av evidensbaserade metoder har visat sig medföra och några förslag på lösningar hämtade från litteraturen på området. Det finns stor variationsbredd bland lösningar som i olika utsträckning betonar den enskilde yrkespersonens ansvar att på egen hand tillgodogöra sig och använda forskning.

Den här variationen i betoning kan även finnas inom en organisation, i form av det som kallas för *verksamhetsrationaliteter* (Fernler, 2011). Slutligen redogör vi för begreppet organisatoriskt lärande så som det används av Lipshitz, Popper och Friedman (2002) för att på

ett mer konkret sätt kunna beskriva hur kunskap faktiskt används och utvecklas i en organisation. Den här bakgrunden är utgångspunkten för samtalen i fokusgrupperna och utgör det teoretiska ramverket för tolkningen av resultatet.

### **Evidensrörelsens rötter**

Ingemar Bohlin (2011) redogör för fyra utvecklingslinjer i evidensrörelsens framväxt och utbredning:

**Resultatrörelsen.** Under 1970-talet identifierades stora skillnader i medicinsk praxis mellan olika amerikanska delstater. Utifrån detta uppstod ambitioner att systematiskt sammanställa och sprida kunskap inom läkarkåren (Wennberg, 1984). Idén fick stort inflytande och vid 1980-talets mitt hade databaser för att kunna genomföra *registerstudier* byggts upp. Data bestod exempelvis av uppgifter om vilka ingrepp patienter genomgått, komplikationer och mortalitet. På så sätt hoppades man kunna bygga upp en kunskapsbas om olika interventioners användbarhet. På grundval av denna utarbetades *riktlinjer* till stöd för kliniskt beslutsfattande (Bohlin & Sager, 2011).

**Klinisk epidemiologi.** Klinisk epidemiologi som hållning till medicinsk forskning och utbildning artikulerades under 1980-talet i Nordamerika, med särskild förankring vid McMasters University i Ontario. Ambitionen var att utveckla metoder för att resultaten av kvantitativa studier skulle kunna användas som en resurs i klinisk praktik. *Critical appraisal* (Tugwell, Bennett, Sackett, & Haynes, 1985), förmågan att leta upp forskning och att använda normer eller andra strukturerade metoder för att utvärdera i vilken mån ett forskningsresultat är relevant och signifikant för ett specifikt problem, blev här en central kompetens för klinikern. Hållningen beskrivs som antiauktoritär och kritisk mot etablerad expertis (Bohlin & Sager, 2011), då resultat från vetenskapliga studier hölls högre än etablerade experters bedömningar och klinisk erfarenhet, vilket tidigare hade större inflytande över den kliniska praktiken. Framför allt värderades randomiserade kliniska prövningar (här använt synonymt med randomiserad kontrollerad studie, i klinisk setting), en metod som efter hand skulle få en central roll i evidensrörelsen.

**Randomiserade kliniska prövningar (RCT:er).** Med inspiration från jordbruket (Fisher, 1935) introducerades randomiserade, kontrollerade studier i medicinsk vetenskap och praktik på 1940-talet vid utprovningen av ett botemedel mot tuberkulos (Gehan & Lemak

1994). Studiens design, som är dubbelblind med kontrollgrupp, syftar till att på ett systematiskt sätt undersöka kausalitet, i det här fallet att en effekt verkligen beror på utförd intervention.

**Metaanalys och systematiska översikter.** Metaanalysen lanserades på 1970-talet, som ett sätt att hantera att mängden forskning inom den kvantitativa delen av samhällsvetenskapen blivit så omfattande att tidigare metoder för sammanställning inte längre fyllde sitt syfte. Metoden syftar således till att sammanställa resultat från många kvantitativa studier. Efter hand har detta systematiserats med successiv komplettering av ny forskning i form av systematiska översikter. The Cochrane collaboration, som etablerades 1993, sammanställer forskningen om åtskilliga aspekter av hälsovård (Starr, Chalmers, Clarke, & Oxman, 2009).

### **Evidensbaserad medicin (EBM)**

Det vi idag känner som evidensbaserad medicin lanserades i början av 1990-talet som ett nytt paradig inom medicinsk utbildning och praktik. Den grundläggande idén är att systematiska ansträngningar krävs för att garantera att den vård som bedrivs verkligen bygger på den mest tillförlitliga vetenskapliga kunskap som finns tillgänglig, en ambition som kan spåras till ovan beskrivna föregångare (Wennberg, 1984; Tugwell, Bennett, Sackett, & Haynes, 1985; Gehan & Lemak 1994). Dessa har även bidragit till att tre huvudsakliga metoder från början har präglat evidensrörelsen (Bohlin & Sager, 2011): RCT, metaanalyser och kliniska riktlinjer. Det sistnämnda syftar här på dokument som sammanställs av en tillsynsmyndighet eller professionsorganisation i syfte att tillgängliggöra en sammanställning av kunskapsläget för att ge praktisk vägledning för diagnostik och behandling (SBU, 2016).

Det kan vara värt att notera att dagens EBM således inte har ett enhetligt ursprung, utan är en följd av ett antal historiska strävanden med något olika betoning sinsemellan. Dessa inriktningar kan i viss mån skönjas än idag, vilket gör att evidensrörelsen är mindre enhetlig än vad som exempelvis framkommer vid läsning av policydokument (exempelvis Sveriges Psykologförbund, 2013). Spännvidd finns i utgångspunkter kring hur kunskap från olika former av källor (RCT, metaanalyser, registerstudier), ska värderas och tillämpas, men också huruvida klinikern själv ska bedöma värdet av forskningen eller om den ska introduceras i en verksamhet i form av riktlinjer.

## Evidensbaserad psykologisk praktik (EBPP)

Redan initialt förekom således olika åsikter kring hur evidensrörelsens ideal skulle kunna förverkligas i praktiken och även tvivel kring i vilken utsträckning detta alls var möjligt. Exempel på frågor som uppstod var: I vilken utsträckning kan empiriska slutsatser generaliseras till olika kontexter? Är det möjligt att inrymma all typ av kunskap inom ramen för evidensrörelsens metodik?

Trots kvarstående frågor kan evidensbaserad medicin idag beskrivas som det dominerande paradigmet inom klinisk verksamhet (Duggal, & Menkes, 2011). Här används oftast begreppet *evidensbaserad praktik*, som kan beskrivas som ett sätt att försöka formulera svar på frågor om tillämpning av *evidensbaserade metoder*. Både Amerikanska psykologförbundet (2006) och svenska psykologförbundet (2013) har antagit policydokument om evidensbaserad psykologisk praktik (EBPP), modellerade efter de medicinska motsvarigheterna (American Psychological Association, 2006). EBPP definieras som en kombination av:

1. **Bästa forskningsevidens.** Här avses ursprungligen (American Psychological Association, 2006) något betydligt mer inkluderande än evidensbaserade metoder med stöd i RCT eller metaanalyser, även om dessa enligt dokumentet ska tillskrivas högst vikt i bedömning av en methods effektivitet. Även ”tillämpbarhet”, det vill säga värderingar av i vilken mån de är *genomförbara* i en viss kontext ska bedömas. Riktlinjerna understryker att det är den enskilde psykologens ansvar att kunna värdera forskningen och att detta är en kompetens som utgör en av grundstenarna i psykologyrket. De svenska riktlinjerna (Sveriges psykologförbund, 2013) är något mer kortfattade och är mindre explicita vad gäller detta sistnämnda påbud.
2. **Klinisk/psykologisk expertis.** Under denna punkt beskrivs kompetenser som inte nödvändigtvis är kopplade till en specifik metod utan snarare erövrats genom fortlöpande utbildning och praktik. Exempel kan vara interpersonell kompetens och förståelse för hur kulturella och individuella faktorer påverkar ett förlopp. Här nämns även kompetenser som är relaterade till att kunna värdera bästa forskningsevidens. APA (2006) beskriver hur den här punkten har utvidgats i jämförelse med den medicinska förlagan, något som kan tolkas som att EBPP vilar något tyngre mot

klinisk expertis än evidensbaserad medicin, som i så fall är en något mer direkt tillämpning av bästa forskningsevidens.

3. **Klientens värderingar, egenskaper och kontext.** Slutligen beskrivs hur tillämpning av evidensbaserade metoder inom ramen för klinisk expertis ska ske utifrån den specifika klienten och med informerat samtycke från denne. Idealt skulle en konsekvens av detta vara att klienten själv har mer än en effektiv metod att välja mellan.

### **KBT inom ramen för EBPP**

EBPP brukar ibland kontrasteras mot ett mer enahanda fokus på evidensbaserade metoder, *evidence based treatments* (EBT). EBPP blir då en beskrivning av hur EBT tillämpas i praktiken, utifrån klinisk expertis och klientens värderingar och kontext. Komplexiteten i begrepp som EBM och EBPP kan illustreras genom att undersöka ett specifikt exempel på detta. Det finns förmodligen igen psykologisk behandlingsmodell som är mer förknippad med EBPP är kognitiv beteendeterapi (KBT), inte minst i ett svenskt perspektiv. En slags möjlig sammanstrålning mellan EBM och EBPP kan sägas ha skett då SBU (2004; 2005) presenterande sina riktlinjer för vård av depression och ångest, där KBT anges som förstahandsval vid flera tillstånd. Forskning om KBT har sedan årtionden varit förankrad i många av de metoder som utgör grundpelare i EBM och har i många avseenden utvecklats som en parallell till evidensrörelsen (se exempelvis Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012).

I likhet med EBM är dock KBT ett betydligt mycket mer heterogent fenomen än vad som framgår exempelvis vid läsning av SBUs riktlinjer, där man på sin höjd specificerar ett par riktningar inom KBT. I själva verket rör det sig om ett otal behandlingsmodeller som bitvis skiljer sig åt ganska mycket (McMain, Newman, Segal & DeRubeis, 2015). Som ett illustrativt, vardagligt exempel kan nämnas att Wikipedia (2016) i skrivande stund listar 32 specifika modeller under rubriken "List of cognitive-behavioral therapies".

Dessutom finns det vetenskapsteoretiska skillnader mellan de teoretiska modellerna inom KBT som gör att tolkningen av vad som avses med evidens kan skilja sig, precis på samma sätt som inom EBM/EBPP generellt. Det kan exempelvis röra sig om syn på huruvida ett "behandlingspaket" kan ses som evidensbaserat eller om detta begrepp är reserverat för



specifika procedurer i en specifik kontext (McMain, Newman, Segal & DeRubeis, 2015; Smith, 2013).

Detta kan i viss mån begränsa värdet för den enskilde klinikern av övergripande riktlinjer av typen ”erbjud KBT”. För att tillfullo leva upp till EBPP krävs alltså förmåga till *critical appraisal* (Tugwell, Bennett, Sackett, & Haynes, 1985), det vill säga att själv kunna värdera och använda forskningsresultat. Om dessa svårigheter överbryggas kvarstår själva genomförandet, som medför betydligt mer omfattande procedurer än exempelvis administrationen av en viss sorts medicin, de kräver med andra ord omfattande klinisk/psykologisk kompetens, så som framkommer i policydokument om EBPP (American Psychological Association, 2006).

### **Implementeringsgapet**

En följd av att fokus efter hand förs mot EBPP, från exklusivt fokus på EBT, är att frågor om implementering och disseminering (införande och spridning av metoder) kommer i dagen. Forskare har gett uttryck för att KBT inte tillgängliggörs i tillräckligt hög utsträckning och att de behandlingar som utförs i praktiken inte följer beforskade manualer (se exempelvis Shafran et. al, 2009). Det påpekas att glappet mellan den kunskap som finns tillgänglig och det som faktiskt praktiskeras i hälso- och sjukvården är stort (Richter Sundberg, 2016). Hur detta ska överbryggas är i hög utsträckning kopplat till vilken förväntan som finns på den enskilde psykologens kompetens att själv värdera forskning, som skisserades ovan. Utöver eventuell variation i denna kompetens tillkommer alltså den mängd behandlingsmodeller som KBT omfattar, samt den praktiska kunskap som krävs för att utföra innehållet i dessa: Även om kompetensen att bedöma forskningen skulle finnas, finns utrymmet tids- och resursmässigt i den kliniska vardagen?

Hur blir en evidensbaserad metod verksam i en given kontext? Svaret på den här typen av frågor är i högsta grad knutet till synen på evidens. Ett sätt att fånga variationsbredden är att kontrastera angreppssätt som således utgår ifrån att klinikern själv på ett naturligt sätt förväntas börja utföra metoden inom ramen för sitt yrkesutövande till mer systematisk implementering ”uppifrån och ner”. Olika synsätt på detta kontinuum har systematiserats av bland andra Trisha Greenhalgh (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004):

- **Let it happen:** En förväntan på att metoder införs spontant i organisationen av de yrkesverksamma. En psykolog som är anställd för att arbeta med KBT bör självständigt kunna implementera, utvärdera och vidmakthålla ett evidensbaserat arbetssätt.
- **Make it happen:** Metoder implementeras systematiskt av ledningen. Psykologen blir i det här perspektivet utförare av evidensbaserade metoder.
- **Help it happen:** Ansvar för att metoder införs och vidmakthålls delas av yrkesverksamma och ledning.

### **Den evidensbaserade psykologen - scientist practitioner eller utförare av riktlinjer?**

Den mest renodlade formuleringen av den här synen på klinikerns roll som bärare av ett evidensbaserat arbetssätt är *the scientist practitioner*, eller *Boulder model* efter orten för den konferens där modellen först skisserades i slutet av 1940-talet (Baker & Benjamin, 2000). Modellen syftade ursprungligen till att sätta ramarna för utbildningen till klinisk psykolog. Den bärande idén är, precis som namnet antyder, att den kliniska psykologen utbildas parallellt till forskare och kliniker. Som "scientist practitioner" bör psykologen kunna tillämpa EBPP i princip så som det beskrivs i policydokumenten - psykologen har själv vetenskaplig kompetens att värdera grundforskning (jämför *critical appraisal*) och klinisk kompetens att tillämpa denna i det enskilda fallet. I en organisation med den här typen av medarbetare blir en "let-it-happen"-attityd till implementering realistisk. Den yrkesverksamme bör som en del i sin profession själv kunna generera den här typen av praktik.

Redan under 1970-talet höjdes dock ifrågasättande röster kring huruvida det verkligen är möjligt och önskvärt att i stor skala utbilda psykologer till både kliniker och forskare (Frank, 1984). Kraven för att utveckla expertis inom respektive område sågs i viss mån som inkompatibla. Som en konsekvens av detta utformades och godkändes en parallell utbildningsmodell i USA, med mer renodlad klinisk inriktning. Dessa två alternativ fortlever alltså i det nordamerikanska utbildningssystemet.

En liknande debatt fanns i Sverige, inte minst kopplad till psykologen som psykoterapeut. Under slutet av 1970-talet var just utvecklingen mot att psykologer hade psykoterapi, primärt psykodynamisk psykoterapi, som verksamhetsområde, något som många inom akademisk psykologi såg som ett alltför stort avsteg från vetenskapligt grundad

yrkesverksamhet (Rigné, 2002). I Sverige finns bara en utbildningsform till legitimerad psykolog. Om denna är formad ur ett scientist-practitionerideal är det inte fullt uttalat. Parallellt finns utbildningen till legitimerad psykoterapeut med ännu mer oklar placering på detta kontinuum.

Hur ska då kriteriet om bästa forskningsevidens kunna upprätthållas om inte den enskilde psykologen har full förmåga att värdera forskning? En möjlighet är givetvis att förkasta evidensprojektet i sin helhet och se klinisk praktik som något skiljt från forskning, så som psykoterapeuterna anklagades för att göra i slutet av 1970-talet. En annan möjlighet, som har sina historiska rötter redan i resultatrörelsen, är att begränsa klinikerns ansvar till att studera och tillämpa riktlinjer som sammanfattar vilken typ av metoder som aktuellt har högst evidensvärde.

I praktiken kan detta innebära behandlingsprogram där organisationen byggs runt en eller flera evidensbaserade metoder och klinikern blir en slags utförare inom ramen för det systemet. Det blir då organisationen som genom sin ledning med stöd i riktlinjer väljer metod - "make it happen". En implikation av detta blir att inte varje enskild yrkesutövare behöver ha kompetens nog att själv värdera forskning, den enskilde kan istället lita sig mot andras expertis, exempelvis som sammanfattad i kliniska riktlinjer. Ett exempel på en mer storskalig satsning av den här typen är den implementering av bland annat KBT som har genomförts i Storbritannien inom ramen för *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)* (se exempelvis Clark, 2011).

### **Kunskapsstyrning**

I Sverige ser vi under senare år initiativ som syftar till att lyfta ansvaret från enskilda yrkesutövare genom att erbjuda högre grad av stöd i kliniskt beslutsfattande. I 2007 års SOU-rapport (Ansvarskommittén, 2007) är *kunskapsstyrning* ett ledord. Bakgrunden till strävan mot statlig kunskapsstyrning uppges vara att verksamma på alla nivåer inom hälso- och sjukvård ska ha tillgång till "en stark kunskapsbas" som utgångspunkt för yrkesmässiga beslut.

Detta ses som en grundförutsättning för att åstadkomma likvärdig sjukvård för medborgarna, oberoende av geografi och individuella skillnader (Ansvarskommittén, 2007), det vill säga en strävan som motsvarar 1970-talets amerikanska resultatrörelse. En konsekvens

av detta är att professionerna får minskad autonomi vad gäller det faktiska innehållet i exempelvis behandlingen av olika sjukdomstillstånd. Det som ska styra är istället ”själva kunskapen” (Timmermans & Berg 2003; Socialstyrelsen & Sveriges kommuner och landsting, 2009). I rapporten föreslås att kunskapsstyrningen ska ske dels genom att underlätta kunskapspridning, bland annat genom inrättande av regionala kunskapscentrum, dels genom utökad *uppföljning* av vårdens kvalitet och resultat. Det senare föreslås ske genom utökning av *patientdataregister* (Ansvarskommittén, 2007).

Landstingen har kommit olika långt i sina ansatser att införa kunskapsstyrning i den här meningen. Både Stockholms läns landsting och Västra Götalandsregionen har omfattande resurser för kunskapsstyrning, och har skapat strukturer för implementering av olika kunskapsunderlag såsom nationella riktlinjer. I Region Skåne, där fokus för denna undersökning ligger, finns ännu ingen sammanhållen enhet som arbetar med frågan (Socialstyrelsen & Sveriges kommuner och landsting, 2009). Man ser även ett behov av förändring i formerna för kunskapsstyrning, med en riktning bort från vårdprogram mot mer kortfattade faktainstruktioner avpassade till tidens produktionskrav (Socialstyrelsen & Sveriges kommuner och landsting, 2009)

### **Verksamhetsrationaliteter**

Ett annat sätt att förstå bredden i perspektiv avseende tillämpning av evidensbaserad praktik är utifrån begreppet *verksamhetsrationaliteter* (Fernler, 2011). Fernler definierar verksamhetsrationalitet som ”ett antal sammanhängande principer för hur en verksamhet ska organiseras och styras”. Hon nämmer tre olika verksamhetsrationaliteter, *den professionella*, *den ekonomisk-administrativa* och *den politiska* verksamhetsrationaliteten. Den professionella verksamhetsrationaliteten utmärks av en syn på den enskilde yrkesutövaren som någon som strävar efter att utöka praktisk kunskap och kompetens. Ur det här perspektivet är det de professionella som förstår verksamheten och därmed bör styra densamma.

Den ekonomisk-administrativa verksamhetsrationaliteten har styrning och planering som sin huvuduppgift. Inom denna antas att detta går att göra oberoende av verksamhetens innehåll, då metoderna betraktas som allmängiltiga. Sjukvården har, enligt Fernler, historiskt styrts utifrån den professionella verksamhetsrationaliteten och närmare bestämt den medicinsk-professionella.

Detta har förändrats under andra halvan av 1900-talet då främst den ekonomisk-administrativa verksamhetsrationaliteten fått ett öka inflytande inom styrningen av hälso- och sjukvård (Östergren & Sahlin-Andersson, 1998). Synen på styrning och vad denna bör innebära kan utifrån denna teori skilja sig åt beroende på vilken profession man tillhör och därmed vilken verksamhetsrationalitet som genomsyrar den egna synen på organisationen.

### **Individuellt lärande i organisationer och organisatoriskt lärande**

Utifrån denna bakgrund försöker föreliggande studie undersöka vad som faktiskt sker i tillämpningen, det vill säga själva praktiken i EBPP. Hur kliniska psykologer uppfattar sitt yrkesutövande i förhållande till EBPP är med några få undantag (Goldfried et. al., 2014; Stewart, Stirman & Chambless, 2012; Stewart & Chambless, 2007) bristfälligt beforskat. Beroende på vilken tolkning som görs av evidensbegreppet är det relevant att tala om två agenter i detta tillämpande; Evidensbaserade metoder praktiseras av en yrkesperson, vilket är den rimliga tolkningen av policydokument för EBPP, alternativt att evidensbaserade metoder praktiseras av en organisation, så som exemplifieras av IAPT, *Improving Access to Psychological Therapies*, den brittiska satsningen på att öka tillgängligheten till psykologisk behandling på primärvårdsnivå (se exempelvis Clark, 2011). Ytterligare en möjlig tolkning av organisationsaspekten skulle kunna vara implementering av riktlinjer i en hälso- och sjukvårdsorganisation.

**Instrumentellt och konceptuellt användande av forskning.** Innebörden av att använda forskning kan förstås på olika sätt. Det vanligaste inom ramen för området EBPP är sannolikt det som kan benämnas som *instrumentellt* användande, vilket innebär att forskningen har en direkt och synbar påverkan på det konkreta arbetet, exempelvis i form av identifierbar manualiserad KBT.

*Konceptuellt* användande innebär en mer indirekt och svåridentifierad påverkan på det synliga resultatet. Exempel på konceptuellt forskningsanvändande kan handla om att förståelsen för vissa frågor förändras i grunden efter att man tagit del av forskning, att man som kliniker blir uppmärksam på en ny aspekt av ett problem, eller får hjälp att utmana ett befäst tankesätt.

Vid undersökningar av forskningsanvändande inom ramen för praktiskt yrkesutövning har professionella lättare att ge exempel på konceptuellt forskningsanvändande än

instrumentellt (Walter et al, 2004; Rickinson, 2005). Påtagliga skillnader mellan olika professioner i detta avseende har dock identifierats (Hannan et al, 1998).

Begreppen konceptuellt och instrumentellt forskningsanvändande kan också ses som ytterligheter på ett kontinuum mellan vilka en växelverkan sker, snarare än som en linjär utvecklingslinje från konceptuellt till instrumentellt forskningsanvändande (Nutley, Walter & Davies, 2007). Området är inte fritt från värdeomdömen. Programtrohet, det vill säga instrumentellt användande, lyfts fram som en framgångsfaktor vid implementering (Denton et al 2003, Mihailic et al 2004) samtidigt som andra studier lyfter fram vikten av lokal anpassning. Lokala anpassningar kan behöva göras både för att kontexten motiverar det och för att nya metoder accepteras i högre utsträckning, när praktiker får sätta sin egen prägel på dem (Mihailic et al 2004; Nutley & Davies, 2000). Vid vilken punkt hamnar den lokala anpassningen av metoden i fråga så långt från ursprunget att den istället blir en innovation? Det är vanligare att komplexa metoder återuppträffas och förenklas vid implementering. Ytterligare faktorer som ökar sannolikheten att man rör sig från metodologisk replikation mot innovation är att man inte har uppnått full kunskap om den metod som ska implementeras eller att man lär sig av andra, snarare än går till en ursprunglig källa (Rogers, 2003).

**Organisatoriskt lärande.** Särskilt intressant är skärningspunkten mellan individens och organisationens tillämpning av kunskap eller lärande. Här möts de olika paradigmen inom EBP – de som utgår ifrån den enskilde yrkespersonens strävanden, i sin renaste form som scientist-practitioner, och de som i högre grad utgår ifrån att evidensbaserad kunskap är något som implementeras ”ovanifrån”.

Om båda dessa perspektiv i någon mån kan ses som valida blir konsekvensen att kunskap och lärande kan flöda i båda riktningar, från den enskilde klinikers verksamhet mot den övriga organisationen och tvärtom. Ett sätt att fånga den här processen är att beskriva konkreta organisatoriska inlärningsmekanismer (Lipshitz, Popper, & Friedman, 2002), där erfarenhet från yrkesutövande utvecklas och institutionaliseras i organisationen, exempelvis via rutiner, på ett sätt som påverkar beteendet hos andra yrkesverksamma inom organisationen.

Organisatoriskt lärande och lärande organisationer (Senge, 2006) är begrepp som både är populära och kritiserade, inte minst till följd av oklarhet kring definition och

operationalisering (Friedman, Lipshitz & Popper, 2005). I vår undersökning blir det viktigt att använda begreppet ” ickemetaforiskt” (Ron, Lipshitz, & Popper, 2006), det vill säga att undersöka de faktiska aktiviteter, dokument och rutiner som utgör organisatoriskt lärande. Den teoretiska utgångspunkten till detta är *the Multifacet Model of Organizational Learning* (Lipshitz, Popper, & Friedman, 2002). Definitionen av ” produktivt” organisatoriskt lärande är enligt denna: ” ...an experience-based process through which knowledge about action-outcome relationships develops, is encoded in routines, is embedded in organizational memory, and changes collective behavior” (Lipshitz, Popper, & Friedman, 2002, s. 82)

Friedman, Lipshitz & Popper, 2005, presenterar en modell med olika ”fasetter” av organisatoriskt lärande, som omfattar kontextuella, policyrelaterade, psykologiska, kulturella och strukturella faktorer (författarnas översättning från engelskan):

1. **Struktur:** Beskriver bland annat de system som möjliggör produktivt lärande, det vill säga ”mötesplatser” exempelvis i form systematiska gemensamma utvärderingar direkt kopplade till arbetsuppgifter. Detta beskrivs som *organisatoriska inlärningsmekanismer* ” OLMs”.
2. **Kultur:** Handlar om aspekter av organisationskultur som har direkta implikationer för huruvida organisatoriskt lärande kan ske. Mer specifikt nämns:
  - a) *Transparens* - i vilken utsträckning det egna arbetet eller reflektioner kring det blir synliga för andra.
  - b) *Integritet* - i vilken mån feedback eller efterforskningar ges eller fortsätter, oavsett eventuella negativa konsekvenser för den enskilde.
  - c) *Uppgiftsorientering* - förmåga att fokusera på informationens relevans i relation till ärendet oavsett status/rang hos parterna.
  - d) *Uthållighet i efterforskningar:* att fortsätta felsöka tills full förståelse uppnåtts, något som fordrar tolerans för osäkerhet, att kunna skjuta upp att bilda sig en åsikt, intellektuell nyfikenhet, och ovilja att förenkla.
  - e) *Ansvarsskyldighet* - att en enskilde tar ansvar både för att lära sig och att implementera det man lärt sig.
3. **Psykologi:** Innefattar dels *psykologisk trygghet*, det vill säga att medarbetarna känner sig trygga nog att göra fel och att ärligt våga säga vad de tänker/tycker, dels

*engagemang i organisationen*, att den enskilde ser organisationens intressen som samstämmiga med egna intressen.

4. **Policy:** *Feltolerans* - att misstag eller felrapportering framkommer och leder till stöd snarare än bestraffning, samt *engagemang i lärande och personal* - att det finns förutsättningar och stöd för kunskapsutveckling och yrkesutövande inom ramen för en god arbetsmiljö.
5. **Kontext:** Slutligen nämns hur faktorer utifrån påverkar i vilken mån yrkesutövandet går över i organisatoriskt lärande:
  - a) *Felkänslighet* - hur snabba och allvarliga konsekvenserna av fel blir, samt vad felen kostar.
  - b) *Osäkerhet i omvärlden* - hur snabbt utvecklingen går i branschen och hur mycket och svår extern konkurrens det finns.
  - c) *Uppgiftens uppbyggnad* - är det möjligt att få direkt feedback på enskilda moment?
  - d) *Närhet till kärnuppdrag* - är arbetsuppgiften kring vilken lärande sker central för verksamhetens funktion och målsättning?
  - e) *Engagerat ledarskap*.

### **Modeller för att öka forskningsanvändande inom hälso- och sjukvård**

Vilka vägar har provats för att öka användandet av forskning i organisationer? I sin genomlysning av temat utifrån forskningsanvändning i brittisk offentlig sektor beskriver Nutley, Walter & Davies (2007) tre igenkännbara men skilda förhållningssätt i hur man organiserar verksamheter för att öka forskningsanvändandet i den praktiska kontexten: *Scientist practitioner-modellen (The research-based practitioner model)*, identisk med det som tidigare i texten benämns som ”scientist-practitioner”, *Den invädda forskningsmodellen (Embedded research model)* samt *Modellen med spetsorganisationer (Organizational excellence)*.

Scientist practitioner-modellen är i hög grad samstämmig med vad som beskrivits ovan under EBPP. Ansvaret för att tillägna sig och tillämpa forskningsresultat blir individens. Den typ av forskning som avses är i regel instrumentell. Modellen ger individen stor frihet i att välja arbetsmetoder och den implementeras genom att man väljer anställda med rätt



utbildning, som på så sätt utgör garanten för att evidensbaserad kunskap tillämpas. Den främjas exempelvis genom att säkerställa tillgång till databaser (Nutley, Walter & Davies 2007). Beskrivna svagheter med modellen är svårigheten att hitta forskningsresultat som är presenterade på ett sätt så att de är lätta att direkt implementera i en praktisk kontext (Drummond and Weatherly, 2000; Booth et al., 2003), tidsbrist (Sheldon and Chilvers, 2000; Rickinson, 2005), som delvis kan kopplas till den stora mängd beslut praktiker fattar under en enskild arbetsdag (Jackson 1971), brist på kunskap i att värdera forskningsresultat (Sheldon and Chilvers, 2000), tveksamheter relaterade till effektivitet, då den innebär att varje praktiker sannolikt gör identiska ställningstaganden på egen hand (Nutley, Walter & Davies, 2007), samt frågan om hur tillämpbar den faktiskt är utanför det medicinska området (Hammersley, 2001).

*Den invävda forskningsmodellen* innebär att forskningsresultat byggs in i riktlinjer, organisatoriska processer och verktyg. Exempel på verktyg kan vara konkreta checklistor att använda i det dagliga arbetet, eller beslutsstöd inbyggda i IT-system, exempelvis vid medicinsk ordination (Davenport & Glaser, 2002). Även i den här modellen avses främst instrumentellt forskningsanvändande och klinikerna kommer sällan i direkt kontakt med själva forskningsresultaten. Ansvar för att forskning används i det kliniska arbetet ligger istället hos de som skapar riktlinjer och system lokalt, på tjänstemanna- och chefsnivå, regionalt och nationellt, där Socialstyrelsens nationella riktlinjer kan tjäna som exempel. Beskrivna begränsningar med modellen är bland annat att den sannolikt är lättare att implementera i organisationer där arbetet är standardiserat och där antalet alternativa beslutsvägar i ett givet fall är begränsade (Davenport & Glaser, 2002), den kan generera motstånd hos personal som upplever att den begränsar det yrkesmässiga självbestämmandet (Drummond & Weatherly, 2000) och den lämpar sig sämre för anpassning av metoder i relation till enskilda fall (Davenport & Glaser, 2002).

Kännetecknande för *Modellen med spetsorganisationer* är idén om kontinuerligt samarbete mellan kliniker och verksamma forskare. Klinikerns yrkesutövande antas här formas och begränsas av organisationen (Davies et al, 2000). Ansvar för användandet av forskning i arbetet ligger hos ledningen i den lokala organisationen. Idén om organisatoriskt lärande är bärande i det att den lokala kontexten anses central och kunskap genereras i en växelverkan mellan forskning och klinisk vardag. Studier av organisationer som kan beskrivas

som spetsorganisationer har funnit både konceptuellt och instrumentellt forskningsanvändande (Greenwood et al, 2003). Problem med modellen är bland annat att den är tid- och resurskrävande (Goering et al, 2003) riskerar att vila på enskilda individer (Cousins & Simons, 1996) och framför allt har provats i mindre skala (Nutley, Walter & Davies, 2007). Det är samtidigt den modell som författarna upplever som mest framkomlig för att öka forskningsanvändande i praktiskt arbete. De beskriver fördelar med den som går utöver ökat instrumentellt forskningsanvändande, såsom förändringar i organisationskultur, som kan innebära en större beredskap för att införliva ny kunskap (Cohen & Levinthal, 1990).

### **Hälsoval psykoterapi**

Tillgången till evidensbaserad psykologisk behandling har ökat kraftigt de senaste åren. Inte minst genom den statliga satsning på en rehabiliteringsgaranti som lanserades 2008 i syfte att förhindra sjukskrivning och öka återgången till arbete för personer med lindrigare psykisk ohälsa. Bland annat KBT skulle erbjudas personer med diagnoser inom områdena depression, ångest och stress. Rehabgarantin kritiserades kraftigt av Riksrevisionen (2015), bland annat för överdrivet fokus på metod, bristande bedömningar och osystematisk fördelning av resurserna, och förnyades därefter inte som statligt projekt.

Regionalt i Skåne har rehabgarantin övergått till ett hälsoval för psykoterapi, där man breddat satsningen till att även inkludera mer omfattande psykoterapeutiska behandlingar och fler behandlingsmetoder (även psykodynamisk terapi är inkluderad). Som en del i detta kan ackrediterade privata aktörer och hälsovårdsenheter fortsatt erbjuda kognitiv beteendeterapi. Både privata aktörer och vårdcentraler kan ackreditera sig för att ge behandlingarna, även om beslutet om remiss för behandling åligger distriktsläkare på hälsocentralerna.

Ackrediteringsavtalet för hälsoval psykoterapi (Region Skåne, 2015) är helt fritt från kunskapsstyrning, såsom riktlinjer kring vilka specifika behandlingar som ska erbjudas vid vilka tillstånd. Det enda som specificeras är den formella kompetensen hos behandlarna för respektive behandlingsform. De organisationer och yrkespersoner som arbetar i hälsoval psykoterapi tvingas således ta ställning till frågan om tillämpning av evidensbaserad kunskap självständigt. Utformningen av ackrediteringsvillkoren antyder ett förhållningssätt till forskning som bäst kan beskrivas utifrån en förväntan om ”let it happen”, det vill säga att klinikerna själva tar till sig och tillämpar forskningsresultat i sin praktik.

Mycket finns däremot reglerat som går att koppla till en ekonomisk-administrativ verksamhetsrationalitet, exempelvis vilka datasystem som ska användas, hur långa behandlingarna ska vara och hur lokalerna ska se ut.

### **Syfte och frågeställningar**

Undersökningen har sitt ursprung i våra egna strävanden att få evidensbaserade metoder att fungera inom ramen för vårt eget yrkesutövande. Ursprungligen var vårt intresse inriktat på underlättande faktorer för EBPP, både organisatoriska och individuella. Angelägenheten stärktes ytterligare utifrån en fördjupad förståelse för implementeringsgapet (Goldfried et al., 2014).

Under vårt arbete med den teoretiska bakgrunden till undersökningen komplicerades dock vår egen bild av EBPP på ett sätt som gjorde att vi inte längre trodde oss kunna hitta några enkla svar på den ursprungliga frågan. Det blev då intressant att även fördjupa förståelsen av de yrkesverksamma psykologernas vardag och deras förhållningssätt till EBPP. Utifrån detta utkristalliserar två frågeställningar sig:

1. Vilka individuella och organisatoriska inlärningsmekanismer bidrar till utveckling av EBPP inom vårdval psykoterapi?
2. Hur går detta att förstå utifrån deltagarnas beskrivna tillämpning av EBPP i det vardagliga arbetet?

### **Metod**

Studiens författare är studerande på psykoterapeututbildningen vid Lunds universitet med inriktning kognitiv beteendeterapi. Vi är båda leg. psykologer, yrkesverksamma på samma mottagning inom vuxenpsykiatrisk öppenvård. Vi arbetar företrädesvis med psykologisk behandling och beskriver oss som psykologer med KBT-inriktning i vårt psykoterapeutiska arbete. Uppsatsens frågeställning har tillkommit som ett resultat av våra samtal kring hur vi försöker tillämpa evidensbaserad psykologisk praktik i vardagen. Vi har båda tänkt på om de svårigheter vi upplevt bäst skulle kunna hanteras på individ-, organisations- eller samhällsnivå, då vi genom åren kämpat på egen hand i våra respektive praktiker för att överbrygga dem.

Den vetenskapsteoretiska ingången i studien beskrivs bäst som konstruktivistisk, i betydelsen att vi vill undersöka meningsinnehåll, så som skapat människor emellan (Braun & Clarke, 2006). Detta är kopplat till frågeställningen då vi främst intresserar oss för de yrkesverksamma psykologernas vardag, hur de förstår och använder begrepp snarare än vad begreppen betyder i någon abstrakt mening. Fokusgruppsmetodik (Wibeck, 2010) framstod utifrån detta som ett självklart val av metod.

Då omfattningen av studien är begränsad har vi valt att fokusera på en avgränsad grupp med deltagare som delar grundutbildning, teoretisk inriktning och arbetsuppgifter. Det är sedan tidigare känt att det finns skilda synsätt på forskningsanvändande, som går att härleda till grundutbildning (Hannan et al, 1998), vilket därför hade varit mindre intressant att undersöka. Vi valde att vända oss till psykologer då vi själva anser oss vara präglade av vår grundutbildning i vårt förhållningssätt till evidensbaserad praktik och därmed har funderat kring om upphoven till en del av våra upplevda dilemman skulle kunna lokaliseras till skärningspunkten mellan formuleringar kring professionens uppdrag och den kliniska verkligheten. Att vi valde KBT som metod beror dels på att det är vår egen teoretiska hemvist, dels på hur intimt inriktningen kommit att förknippas med EBPP i Sverige, så som beskrivits i bakgrunden. Att använda hälsoval psykoterapi som fokus för studien framstod som intressant, då ramarna, med det specificerade antalet samtal och diagnosgrupperna som kan komma ifråga för remiss, gör att arbetsuppgifterna deltagarna ställs inför är jämförbara trots att deltagarna är verksamma i olika organisationer.

I ett tidigt skede av arbetet med studien övervägde vi om vi skulle försöka inkludera chefer, tjänstemän och utbildare i separata fokusgrupper. Detta fick vi prioritera bort på grund av studiens begränsade omfång. Vi valde att inte inkludera chefer tillsammans med de anställda i fokusgrupperna. Syftet var att deltagarna skulle kunna tala så fritt som möjligt, även om individuella och organisatoriska faktorer som försvårar inläring.

## **Deltagare**

Datainsamlingen skedde med hjälp av fokusgrupper. Vi träffade informanterna i två timmar per grupp. Grupperna bestod av tre till sex personer. Vi genomförde fyra fokusgrupper med totalt sexton deltagare.

De sexton deltagarna var samtliga psykologer i åldrar mellan 27 och 48 år. De hade arbetat med psykoterapi i mellan tre månader och sexton år. Elva kvinnor och fem män deltog. Två av informanterna var PTP-psykologer, två var även utbildade psykoterapeuter. Ingen av deltagarna hade genomgått specialistutbildning. Samtliga var yrkesverksamma inom Hälsoval psykoterapi, men en del av dem hade även andra typer av arbetsuppgifter. En av intervjuerna gjordes med informanter som tillsammans utgjorde en yrkesgrupp på sin arbetsplats, de andra tre intervjuerna samlade personer från två, respektive flera arbetsplatser. Deltagarna kom därför från totalt 12 olika arbetsplatser. I tre av grupperna arbetade samtliga deltagare på privata eller offentliga hälsocentraler. Den fjärde gruppen utgjordes av psykologer på en mottagning som var specialiserad på hälsoval psykoterapi. Ytterligare tre mottagningar tillfrågades om deltagande, men deltog inte i studien på grund av bristande intresse, tidsbrist respektive föräldraledighet.

### **Intervjuguide**

Intervjuguiden utformade vi i första hand utifrån Lipshitz, Popper, & Friedmans (2002) fasetter av organisatoriskt lärande. Den bestod av fem övergripande frågor:

1. Om du kunde titta på dig själv när du (arbetade med psykoterapi med en patient), vad skulle du kunna se att du använde?
2. Varifrån kommer det du använder i behandlingsarbetet? Vad hjälper dig i jobbet?
3. Vad triggas dig/får dig att göra nya saker (i ditt behandlingsarbete)? (Vad får dig att ändra arbetssätt?) Interventioner?
4. Hur mycket insyn har andra i ditt arbete? Saker du delar/inte?
5. Vad finns det mer som påverkar vad du gör och inte i behandlingen?

Varje fråga följdes av en rad stödord utifrån centrala teman våra initialt formulerade frågor berörde. Stödorden syftade till att hjälpa oss att vara uppmärksamma på om relevanta områden täcktes av under intervjuerna. Intervjuguiden utprovades på två kollegor på vår gemensamma arbetsplats, båda psykologer verksamma inom KBT-delen av hälsoval psykoterapi.

## **Procedur**

Deltagarna rekryterades dels med hjälp av uppsatsförfattarnas professionella nätverk, dels genom att vi inventerade möjliga mottagningar att kontakta via Region Skånes lista över mottagningar anslutna till Vårdval psykoterapi. Vi exkluderade mottagningar som bestod av endast en person eller endast en person som uppfyllde inklusionskriterierna för studien (psykolog som arbetar med hälsovalets KBT-inriktning). Detta gjordes då vi även var intresserade av organisatoriskt lärande, vilket underlättas om det finns kollegor med liknande arbetsuppgifter på arbetsplatsen.

Vi kontaktade deltagarna via e-post, i vissa fall direkt till deltagare vi var bekanta med i varierande grad, i andra fall till cheferna för de aktuella arbetsplatserna. I samtliga fall inhämtades chefernas godkännande. Tid och plats bestämdes utifrån informanternas önskemål. Samtliga intervjuer genomfördes över en förlängd lunch, som undersökningsledarna bjöd på. Intervjuerna ägde rum på någon av informanternas arbetsplatser.

Undersökningsledarna hjälptes åt att leda intervjuerna utifrån intervjuguiden. Intervjuerna spelades in.

## **Dataanalys**

De inspelade fokusgruppsintervjuerna transkriberades av undersökningsledarna. Transkriberingen var inte helt ordagrann. Delar som innehöll utsagor på helt andra teman än uppsatsens frågeställning (såsom praktiska frågor kring maten) har ibland inte transkriberats. Upprepningar, stakningar och felsägningar har utelämnats. Den vägledande principen vid den initiala transkriberingen var att innehållet i den aktuella utsagan skulle framgå av transkriptionen. De citat som återfinns i uppsatsen har transkriberats på nytt och denna gång ordagrant.

Vi använde oss av en teoridriven, deduktiv tematisk analys såsom den beskrevs av Braun och Clarke (2012). Analysen var teoridriven såtillvida att data tematiserades utifrån våra teoretiska utgångspunkter: Möjliga synsätt kring EBPP, tecken på organisatoriskt lärande såsom beskrivs av Friedman, Lipshitz & Popper, (2005), utsagor om disseminering och implementering av kunskap (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004) och påverkan av verksamhetsrationaliteter (Fernler, 2011). Då vi kodade samtliga utsagor som inte

handlade om helt, till frågeställningen orelaterade ämnen, kodades även utsagor som inte kunde sägas ha en teoretisk hemvist i ursprungsskedet. I den slutgiltiga tematiska analysen kunde emellertid samtliga utsagor inordnas under de övergripande teman som beskrivs i resultatdelen nedan.

Vi hade således ett deduktivt förhållningssätt i vår analys av materialet, på så sätt att vi använde vår teoretiska förförståelse för att strukturera informanternas utsagor och försöka förstå vilka antaganden de vilade på. Den tematiska analysen genomfördes i de sex steg som beskrevs av Braun och Clarke (2006). De omfattade i korthet: att vi skapade oss en förståelse för data genom lyssning och genomläsning samtidigt som vi gjorde noteringar. Skapandet av de första koderna innebar att vi markerade relevanta utsnitt i utskriftena och kategoriserade dem utifrån innehåll. Därpå följde en sammanställning av koder till teman, som innebar en högre abstraktionsnivå än själva koderna. Detta följdes av en kontroll av att de teman vi identifierat faktiskt hade stöd i innehållet i rådata. De sista stegen innebar att vi namngav våra teman och och sammanställde materialet i sammanhängande text.

## **Etik**

Till de initiala mailen med förfrågan om medverkande i studien bifogades ett brev som beskrev studien. I detta brev framhölls även att deltagandet var frivilligt och när som helst kunde avbrytas. Här framkom även att resultatet endast skulle redovisas på global nivå, det skulle alltså vare sig kunna kopplas till enskild deltagare eller arbetsplats. Detta brev sändes både till kontaktpersonen och verksamhetschefen, då denne inte själv var kontaktperson. Under intervjuerna informerades gruppdeltagarna återigen om frivillighet i deltagande, möjlighet att avbryta sitt deltagande och att resultatet endast skulle redovisas på global nivå.

Några risker för skada i den mening som avses i lagen om etikprövning (Lag 2003:460) ansåg vi inte föreligga då vi inte använde oss av metoder som avser att påverka människor psykiskt, eller behandlade personuppgifter (Lag 2003:460). Två mindre risker kunde identifieras: Dels att forskningspersonernas svar i och med gemensamt deltagande i intervjuerna kan spridas av kollegor som på så sätt riskerar att bryta anonymiteten. Detta adresserades muntligen i början av varje intervju för att göra deltagarna uppmärksamma på frågan och ge dem en möjlighet att inkludera denna information i sitt medgivande om att delta i studien. Den andra risken är kopplad till att en del av forskningspersonerna var bekanta med

en eller båda undersökningsledarna, vilket medförde risk för att samtycke till att delta kunde uppfattas som en väntjänst och därmed minska benägenheten att tacka nej. Detta adresserades i relation till de aktuella personerna.

Vi ansåg det motiverat att genomföra studien trots dessa risker. Dels var deltagarna väl informerade om dem, kunde inkludera dem i sitt samtycke och kände till att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande. Dessutom skyddades de av det faktum att inga personuppgifter hanterades i något led av undersökningen. Frågeställningen är av vikt då den inte tidigare har undersökts i den aktuella kontexten. Vi förväntade oss också att forskningspersonerna själva skulle ha glädje av möjligheten att delta i undersökningen, då de frågor de talade om sinsemellan berör utmaningar i yrkesutövandet.

Etikprövning gjordes ej i enlighet med relevant lagtext (Lag 2003:460).

## Resultat

Deltagarnas utsagor organiseras i fem teman som sammanfattas i tabell 1 och utvecklas nedan.

*Tabell 1. Resultat av tematisk analys*

<b>Tema 1: Yrkesutövandet är i första hand individuellt</b>	a) Tillägnande av kunskap, b) Inläringen och implementeringen av kunskapen i arbetet, c) Utöva yrket.
<b>Tema 2: En spännvidd i tolkningar av EBPP utifrån den enskilde yrkesutövarens ansvar för detta:</b>	a) Slump/aktualitet, b) Försök till EBPP, c) Egen preferens.
<b>Tema 3: Det individuella yrkesutövandets gränser - den ensidiga betoningen på den enskilde yrkesutövarens ansvar:</b>	a) Upplevelsen av att inte leva upp till ett tänkt ideal, b) Är uppdraget omöjligt?, c) Problem med implementering-vidmakthållande, d) Evidenskritik, e) Vad innebär det att arbeta utifrån forskning?
<b>Tema 4: Organisatoriskt lärande och inflytande:</b>	a) Upprättande av stödande och underlättande funktioner och strukturer, b) Avgränsande och inskränkande



	funktioner och strukturer och dess upplevda konsekvenser för yrkesutövandet, c) Frånvaro av styrning/påverkan från organisationen och dess upplevda konsekvenser för yrkesutövandet.
<b>Tema 5: Faktorer som påverkar yrkesutövandets och organisationens ömsesidiga inflytande:</b>	a) Praktiska förutsättningar, b) Transparens och feedback, c) Fokus i lärandet, homogenitet, d) Trygghet.

---

### **Tema 1: Yrkesutövandet är i första hand individuellt**

Intervjuerna uppehöll sig i stor utsträckning kring mötet med patienten. I svaren beskrev intervjupersonerna hur kunskapen och färdigheterna praktiseras där. Genom samtliga led i processen, från tillägnande, via implementering till utövande, fanns en stor spännvid dels i hur systematiskt det sker, dels i vilken grad deltagarna reflekterade kring hur det sker.

**a) Tillägnande av kunskap.** I redogörelserna för var man hämtat den kunskap man använder i patientarbetet tog man upp utbildning, handledning, egen läsning, tidigare arbetsplatser och informella nätverk, i form av exempelvis bokklubbar eller en facebookgrupp. Ett flertal nämnde eget läsande och handledning och de som gått psykoterapeututbildningen nämnde denna. Flera av deltagarna underströk att den praktiska kunskap de använder idag inte kommer från grundutbildningen till psykolog. Den kunskap som förekom som exempel var Compassion focused therapy (Gilbert, 2009), Unified Protocol (Barlow, 2012), Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011), kognitiv terapi (Beck & Rush (1979), mindfulness (Segal, Williams & Teasdale, 2013), Fokuserad Acceptance and Commitment Therapy (Strosahl, Robinson, Gustavsson, 2014), Martells (2011) modell för beteendeaktivering, manualer för olika ångesttillstånd, såsom posttraumatiskt stressyndrom, generaliserat ångestsyndrom eller social fobi, antologier som sammanfattar olika tillstånd och deras behandling, diagnosspecifika behandlingar generellt, samt specifika interventioner, såsom olika typer av psykoedukation, exponering, kognitiv omstrukturering, mullvadsteknik, formulering av hemuppgifter och livskompassen ur ACT.

**b) Inläringen och implementeringen av kunskapen i arbetet.** Informanterna beskrev hur de har projekt, där de lär in en metod genom läsa in sig på teori som de sedan tillämpar i patientarbetet. Det framkom i intervjuerna att detta sker på egen hand, eller någon gång tillsammans med en kollega. Beskrivningar av att detta sker på fritiden återkom medan ett par personer i olika intervjuer uttryckte en ambition att använda uppkomna återbudstider till egna, pågående implementeringsprojekt.

Projektet beskrevs flera gånger i intervjuerna som kopplade till en specifik manual eller metod:

Så hur kan jag göra? Så att jag har ju mycket anteckningar själv liksom, att jag försöker sammanfatta det för mig själv och koka ner det liksom egentligen till ett par punkter nästan bara. Jag har bland annat under hösten nu jobbat med den här Unified Protocol-boken och liksom. Då har jag för varje kapitel har jag liksom sammanfattat ett par sidor för mig själv och sedan har jag sammanfattat det till någonting. Så jag håller hela tiden på att lära in det för att få den här överblicken. Vad är de centrala punkterna i det här? Det är inte jättelätt, så, det har tagit sin tid.

Vid ett par tillfällen i intervjuerna beskrevs inlärningsprojekt som verkar vara delansatser i mer omfattande planer, såsom att lära in en repertoar av olika diagnosspecifika manualer, eller att genom flera på varandra följande delprojekt lära in en metod. Den här processen beskrevs explicit i en av intervjuerna med delmomenten att upptäcka genom att stöta på en artikel i uppsatsarbete, gå kortare metods specifika utbildningar, välja en handledare som är inriktad på den aktuella metoden, läsa in sig tillsammans, titta på instruktionsfilmer på Youtube, prova successivt i terapirummet, och anordna kurser i metoden som man också själv deltar i.

Återkommande i intervjuerna var också att åtaganden, såsom att hålla i en för personen ny gruppbehandling, beskrivs som ett sätt att ta sig an och träna in nya metoder.

**c) Utöva yrket.** Slutligen beskrev deltagarna sitt utförande av KBT i terapirummet. Här beskrevs mer övergripande vilka behandlingsmetoder man har i sin repertoar:

Det är exponering i alla dess former egentligen. Det är ju det som.. jag har frångått lite

den kognitiva omstruktureringen men nu med UP så tycker jag att den har fått lite uppsving igen på något sätt, men man använder den kanske lite annorlunda, för att kartlägga vad det är som gör att det blir svårt med, som ett komplement, till det andra. Och det kanske inte funkar så bra ensamt, men väldigt bra med allt det andra, med alla andra interventioner egentligen.

En del av deltagarna beskrev även sitt användande av specifika KBT-interventioner: Jag ... kör liksom mycket mer, av någon anledning kognitiv omstrukturering och sånt och den typen av.... för jag kan känna att det kan ha ett stort värde som till exempel att jobba med mullvadsteknik kan vara väldigt: ah! När det funkar kan det vara väldigt, så kraftfullt, tycker jag. Och så att bara beskriva den här enkla Becks med grundantagande. Kan också väldigt för vissa, funka jättebra, att man kan förstå bättre, varför jag alltid hamnar i samma fällor.

Beskrivningar av hur man utför specifika metoder återkom, liksom omnämnandet av personliga ”favoriter”, både i form av hela behandlingsprogram och interventioner som man använder regelmässigt med sina patienter. Deltagarna rörde sig i sina beskrivningar mellan användandet av grundläggande KBT-strategier på olika sätt, såsom att sätta en agenda, formulera mål eller hemuppgifter och tillämpningen av hela behandlingsmanualer, såsom Unified Protocol eller diagnosspecifika KBT-protokoll, exempelvis för social fobi och PTSD. I beskrivningarna av yrkesutövandet illustrerades också mer övergripande kompetenser som hur man lägger upp en behandling.

Sedan kan det ju också vara att man vet att depressionsbehandling, det kan man utgå antingen från Martell eller beteendeaktivering... och problemlösning och så kan man utgå från Becks depressionstänk, eller hans behandlingsmodell, så det finns ju olika. Man kan ju gå in på olika håll om man tittar på, om vi nu tänker att man tittar på en diagnosgrupp på olika sätt. Sedan är det ju då: vad kan man bäst själv, eller vad passar den här patienten bäst, om man nu är väldigt och kan många.”

**Tema 2: En spännvidd i tolkningar av EBPP utifrån den enskilde yrkesutövarens ansvar för detta.**

Deltagarna gick vid flera tillfällen vidare från att beskriva sitt yrkesutövande till att beröra övergripande förhållningssätt i att tillägna sig, implementera och använda kunskap. Deltagarnas respektive förhållningssätt går att gruppera inom tre huvudsakliga områden, där vissa av deltagarna tydligt verkade omfatta ett av förhållningssätten medan andra deltagare kunde växla mellan olika positioner under intervjun. Berättelserna illustrerar olika tolkningar av ansvar, uppdrag och innebörd av EBPP.

**a) Slump/aktualitet.** Ett samtalsämne som återkom handlar om en upplevd brist på systematik i hur man väljer vad man tillgodogör sig och tillämpar för kunskap. Relaterat till detta blir yrkesutövandet i viss utsträckning präglad av det man själv fokuserar på för tillfället. Detta beskrevs ibland som beroende av utifrån kommande impulser.

Jag tycker också att det går i vågor med hur man fokuserar, som kanske blir lite slumpmässigt, för att man råkar ha varit på någon workshop eller utbildning och då finns det så nära till hands i ens minne så den typen av övningar hittar man sätt att använda och sedan oj, det försvann lite...

Nyligen genomgångna utbildningar beskrevs återkommande som något som präglar intervjupersonerna, liksom hur det, som i citatet ovan, tenderar att blekna med tiden. Andra beskrev att patienterna ibland kommer i kluster, flera med samma problematik på kort tid. Här lyftes vid ett par tillfällen huruvida detta egentligen handlar om patienterna, eller om det är så att psykologens bedömning varierar över tid. Egna, varierande intressen, beskrevs också som något som eventuellt styr vad i klientens svårigheter man lägger fokus på.

**b) Försök till EBPP.** Som en kontrast till denna typ av slumpmässighet beskrevs en mer problematiserande syn på urvalet av kunskap relaterad till forskning. Svårigheter med att värdera vad som är vederhäftigt var ett återkommande tema i deltagarnas reflektioner. Olika tankar som rörde källkritik formulerades, såsom att jämföra olika källor med varandra.

Jag tror att oavsett vad det är så använder jag nog Google pinsamt mycket för att hämta information och titta efter vad som kan härledas till källor jag litar på mer och vad som har negativa anknytningar där, om jag inte har något annat specifikt

tillgängligt...och så klart, brukar alltid titta på de statliga utredningarna och tittar på offentliga dokument och sådär, vilket inte nödvändigtvis är en garanti för att det är någonting jag kan hålla med om.

Intervjupersonerna beskrev även en strategi som handlar om att de litade på information som kommer från vissa personer, såsom handledare och kollegor och känner igen vissa namnkunniga forskare. ” Man tänker såhär, men om Craske har varit med och skrivit det här kan det inte vara helt jävla off, liksom, så. Det måste vara hyfsat nära någonting. Kan inte tänka mig att hon skulle stå där och blåljuga om något, liksom.”

Återkommande var även tanken att man egentligen borde gå tillbaka till ursprunglig forskning, snarare än böcker. ” Det är lite viskleken i det. Jag har aldrig själv sett forskningen, liksom och kunnat granska den, första hand. För det finns det inte riktigt tid till.”

**c) Egen preferens.** Återkommande i intervjuerna var även att man uttalade sig utifrån en position som innebär att man själv väljer vilken teoretisk inriktning man vill ha i sitt yrkesutövande. ”

Det där är också spännande, det du säger, det här att det passade dig, för jag tänker, vissa hoppar ju på allt nytt för att, men nu är det evidens på detta, så nu är det det här vi ska jobba med. Vissa verkar så väldigt snabba med det. Själv funkar jag inte så alls, utan där är jag mer som du att jag får känna av lite att, är det här något som passar mig, då räcker kanske inte det här att nu är det här evidens, nu är det bara såhär vi ska jobba.

Resonemanget om val utifrån egen preferens fanns i olika grader i samtliga intervjuer och verkar vara parallellt med, men skiljt från försöken att upprätta EBPP. Vid några tillfällen i intervjuerna uttalade samma personer såväl hur de anstränger sig för att arbeta evidensbaserat, som hur de väljer teoretisk inriktning utifrån preferens. Ibland föreföll det som om intervjupersonerna växlade mellan olika positioner i relation till olika patienter:

Sedan blir det ju någonstans. På de patienterna där man väljer att köra ACT-spåret, som vi jobbar rätt så mycket med, där, det är ju mer diagnostiskt överskridande så att där kan man ju köra, det är ju inte utifrån någon manual vi jobbar då, men man kan

jobba på ett liknande sätt med väldigt många olika typer av problematik.

En intervjuperson som tidigare under intervjun beskrivit ett förhållningssätt som utgår från hur man väljer metod utifrån bästa forskningsevidens uttryckte senare under samma intervju:

Egentligen hade det varit lättare så som ni... ni har gemensam handledning och arbetar utifrån ACT. Så kanske det är lättare.. då är det det man är uppdaterad på, för jag kan känna mig.. På utbildningen är det fortfarande kan jag känna mig lite splittrad kring metod. Jag kan inte känna att den där, eller den där. Jag har fortfarande sådär att jag håller på lite grand och velar och kan tycka att olika saker är bra. Jag hade önskat att jag mer hade kunnat. Ja, Unified protocol har jag tagit lite till mig men det är också saker jag inte tycker är klockrena med den.

I vissa utsagor beskriver intervjupersonerna att de har problem med hur olika metoder inom KBT vilar på olika antaganden, exempelvis om tankars funktion i traditionell kognitiv terapi jämfört med synen på tankar vid tillämpning av mindfulness. Detta kan göra att olika interventioner logiskt motsäger varandra och därmed kan vara svåra att väva samman i en och samma behandling.

Det tycker jag har varit svårt för mig till exempel med det här, jag jobbar mycket med mindfulness och så samtidigt jobbar jag med kognitiv omstrukturering. För mig har det varit jättesvårt att få ihop det på något sätt och så kommer då UP som, aha, då blev den kognitiva omstruktureringen bara någon form av, alltså, det ska bara underlätta att tänka i vissa banor för att kunna göra de här andra sakerna. Jag vet inte om det är jag som är dum som inte har fattat det innan, men det lossnade nu på något sätt att, nej, men, man ska inte se det som, det är svårt att förklara kanske, men för mig har det gått stick i stäv, det här att presentera först att, nu ska vi acceptera och jobba med detta i mindfulness och så ska man jobba med kognitiv omstrukturering nästa gång, alltså, det blir ju jättekonstigt. Men jag tycker att där har den kognitiva omstruktureringen, det är precis samma sak man gör, men mitt förhållningssätt är annorlunda till det jag gör, när jag gör det. Det är jätteskönt, för då kan jag ta in det igen utan att jag liksom förstör

för patienten, för jag tycker att jag gör patienten förvirrad om jag liksom presenterar olika interventioner som inte passar ihop.

Problemet med krockar mellan olika delar av KBT-paraplyet anges ibland som skälet till att man valt att hålla sig inom ramen för en eller ett par metoder:

Jag kom nog också till någon sådan där punkt. Först var det mycket KBT sedan blev det väldigt mycket BT och sedan började jag plocka in lite ACT. Och så kunde jag hamna där ibland, liksom att jag jobbade både med det kognitiva, men Gud. Så jag fick liksom bestämma mig. Vad är det jag vill jobba med? Ja, men då är det BT och ACT och då blev det det. Och nu jobbar jag väldigt lite med kognitiv omstrukturering och så, men det kan hända någon enstaka gång. Men det blev för rörigt för mig.

### **Tema 3: Det individuella yrkesutövandets gränser - den ensidiga betoningen på den enskilde yrkesutövarens ansvar**

Ett flertal gånger under samtliga intervjuer har en eller flera deltagare givit uttryck för negativa tankar och känslor relaterade till den egna strävan att arbeta psykoterapeutiskt med KBT.

...och jag tror det jag personligen har med mig i rummet där också, när man har den här rösten som säger: det här borde du inte gjort, du skulle gjort det här egentligen i det här samtalet, nu blev det inte bra, nu har du bara suttit här och lyssnat och bekräftat, det håller inte. Nu får du liksom ”shape it up.”

Trots de ansträngningar som beskrevs under temat individuellt yrkesutövande uttryckte deltagarna återkommande att de inte uppnådde den kvalitet i behandlingsarbetet de förväntade sig av sig själva. Ibland nämndes även möjliga orsaker till detta såsom otillräckligt med tid eller otillräckliga kognitiva resurser att tillgodogöra sig all den kunskap som finns eller svårighet att införliva alla moment i behandlingarna som ingår exempelvis i den typen av KBT som beskrivs i manualer.

Det finns liksom evidens för vissa typer av behandlingar, till exempel ångest, som

följer en ganska så tydlig struktur. Man skulle kunna göra en behandling för social fobi utifrån någon modell. Men när har jag gjort det, liksom? Det kan jag känna är... jobbigt. Där drar jag den slutsatsen att när jag inte gör det så gör jag kanske inte rätt, helt enkelt. Jag gör inte som jag ska. Även om jag liksom försöker komma fram till att jag gör så.. gott jag kan utifrån de förutsättningar som finns, så försöker jag ändå göra mitt bästa liksom, såklart. Men jag tror det kommer därifrån för mig, att det finns liksom ett rätt och det rätta när jag inte till. Det känns alltid lite jobbigt.

#### **a) Upplevelsen av att inte leva upp till ett tänkt ideal.**

Deltagare i ett par olika intervjuer beskrev hur de upplever att de borde vara mer kunniga utifrån hur erfarna de är. ” C: Min upplevelse är också att jag börjar bli för gammal... Nu har jag jobbat sedan (årtal). Tiden då jag kunde ställa frågor... är över. Den chansen hade jag, men jag tog den inte (många skratt) Intervjuledare: Vad gjorde du då? C: Jag tog den inte då, för jag tänkte: jag måste ju kunna det här... och nu måste jag kunna det på riktigt.”

Återkommande i flera av intervjuerna var också upplevelser av att kollegorna eller yrkeskåren generellt klarar uppdraget bättre än man själv gör.

Det är ju rätt lätt inför andra psykologer, tycker jag, alltså när man presenterar något samtal, eller så att, man får ju många som frågar, hur var det med den här biten, frågade du efter detta, liksom, undersökte du denna tråden och så. Det är ju väldigt lätt hänt att man känner sig otillräcklig i det... Där kan det ju vara lätt att man hamnar i den här självkritiska, man känner att: Gud, vad mycket jag har missat och någon annan hade gjort det här bättre. Uppenbarligen har ju de här andra psykologerna idéer om hur jag skulle gått vidare med det spåret och det spåret och det spåret.

Det känslomässiga behovet av att tala öppet om de upplevda svårigheterna beskrevs i flera utsagor såsom:

Jag känner nog, mycket av det vi pratar om idag, det här, okej: följer jag alltid den här KBT-strukturen och sådana saker.. ibland kanske att man, nej, men, nu blev det inte bra här. Men det behåller jag helst för mig själv (skratt). Alla andra har nog superkoll. Jag tycker det är väldigt skönt att sitta och prata såhär för att man känner igen sig i



mycket av det som ni andra säger. Det är skönt, sådär har jag också känt ibland. Så det är nog mer på det övergripande planet då i så fall. Oj, jag borde nog vara mer uppdaterad på forskning och sådana bitar, kan man känna.

Som en vidareutveckling av utsagorna om upplevda svårigheterna med att åstadkomma EBPP uttryckte man oro för vad andra skulle tänka om kvaliteten på det egna arbetet, om de visste vad som försiggick i terapirummet.

Det finns nog ganska mycket av en föreställning i alla fall hos mig att alla andra har sådan jävla koll på vad de gör och att de har de här superbehandlingarna i huvudet som de bara spottar ur sig och det är liksom fläckfritt, från session ett till sju när alla är färdigbehandlade och inte har några symptom kvar. Någonstans finns det en sådan där grundidé hos mig som också gör att jag kan dra mig ibland för att söka mer kunskap och att verkligen ställa en extra fråga under handledningen eller till kollegor...

**b) Är uppdraget omöjligt?** I en del av intervjuerna beskrev vissa av deltagarna en personlig slutsats om att det inte är möjligt att leva upp till alla yrkesmässiga ideal. Detta blir då ett alternativ till det dåliga samvetet. Flera personer lyfte fram omfånget av vad man hade behövt tillgodogöra sig för att leva upp till ett tänkt ideal och kontrasterade detta med tidsbrist.

Det hade ju känts mycket skönare om man hade varit uppdaterad på det senaste inom alla olika områden. Det är ju inte. Då hade vi behövt avsätta, antingen hade vi behövt lägga ner våra liv utanför jobbet och det tror jag ingen av oss vill eller så hade vi behövt avsätta ganska mycket tid för det.”

I några fall beskrevs personliga lösningar på dilemmat, såsom:

Jag känner i alla fall att jag får lita till att läser jag bara psykologtidningen till exempel, då får jag lita på att det som står.. Så länge jag håller mig till det som står där och fångar upp lite nya begrepp, så får ju det någonstans, herregud, hur mycket ansvar kan man ta som ensam, som enskild psykolog för att hålla sig uppdaterad..

**c) Problem med implementering-vidmakthållande.** Fortbildning och metodutveckling beskrevs ofta som ett personligt projekt som initieras på eget initiativ samt

genomförs och vidmakthålls utan yttre stöd, vilket kan få till följd både att implementeringen och vidmakthållandet blir bristfälliga. Deltagarna beskrev i vissa fall en form av trial and error-process i implementeringen.

(om Livskompassen utifrån ACT) Då känner man så, ok, man har pappret, man har instruktionerna, man kanske har läst nått utöver det, men vet inte riktigt sådär, men hur, vad är det Fredrik Livheim säger eller gör när patienterna svarar och det där är inte en värdering, liksom. Hur får man det till att bli det. Det blir mycket bara att hitta på och testa själv.

Ett resultat av att implementeringsprojekten är personliga blir att en del metoder faller bort redan innan de införlivats i psykologens repertoar på grund av att man inte tränar på dem tillräckligt antal gånger. Om nya interventioner: ” Delvis är det väl helt enkelt att man testat och får man inte ganska snart en positiv feedback på det så släpper man det”.

Mängden material som man ser behov av i terapirummet kontrasterades mot förberedelsetiden och den egna kognitiva kapaciteten

... nu blir det lite, man kanske skulle vilja förbereda någonting eller läsa in sig precis hur hängde det där ihop, eller klarar man det pedagogiskt sett och så finns inte den tiden. Då gör man sin egen good enough-version och som kanske funkar på de flesta, men där någon behöver mer så kanske det inte funkar. Då inser man att jag kunde inte förklara det tydligare än det.

Svårigheterna med att vidmakthålla sina kunskaper över tid lyftes på ett par olika ställen i materialet.

Fan, allting är ju en färskvara ändå, hur man än vrider och vänder på det, så att jag kunde något för två år sedan betyder inte att jag kan det nu om jag inte har ...aktivt gjort om det här om och om igen, liksom. Jag tror inte på den här idén om att man blir bättre och bättre hela tiden. Jag tror snarare att om man inte aktivt jobbar med det så blir man sämre och sämre hela tiden. Man måste hela tiden jobba för att bara hålla sig på samma nivå och vill man dessutom bli bättre, då måste man göra något

ytterligare...

**d) Evidenskritik.** Det varierade således i vilken utsträckning intervjupersonerna beskrev svårigheterna i termer av självkritik eller istället formulerade problemet som en omöjlighet i uppdraget. Kritik mot evidensparadigmet föreföll vara ett alternativt förhållningssätt som uttrycktes vid flera tillfällen. Innebörden i kritiken varierar. I en del fall fanns tankar om att man som utbildad psykolog har kvalifikationer som går utöver vad forskningsresultat har att erbjuda.

Evidens tror jag väl liksom är viktigt för de flesta av oss som jobbar inom det här företaget, men jag i alla fall känner att för mig får det också, det går ju en gräns där man stirrar sig blind på det. Jag tänker att jag har gått fem års utbildning inte för att läsa in mig på en massa manualer och sedan sitta och punkta av det.

I någon utsaga framhöll man skillnader mellan forskningens renodlade studier och den kliniska vardagens komplexitet. Svårigheter med att tolka forskning och motstridiga resultat lyftes också som en invändning.

**e) Vad innebär det att arbeta utifrån forskning?** Ett annat sätt att formulera förhållningssätt till svårigheterna var att reflektera kring hur hårt eller fritt man förhåller sig till forskning, exempelvis till en manual. I vissa fall gav deltagarna uttryck för värderingar kring vilken typ av kunskap som räknas.

...de behandlingarna som kanske blir mest lyckade för min del är faktiskt, när jag följer ”Ingen panik” eller nån tvångsmanual och så vidare, det är strukturerat, det är genomtänkt och mycket fokus på hemuppgifter, alltså, faktiskt, det är då man också kan säga att man bedriver KBT egentligen.

I intervjuerna förekom en rad utsagor som illustrerar spännvidden i synsätten kring vad det är att arbeta enligt en metod:

En sak som jag också tyckt att jag lärde mig mycket av var att jag lärde mig Unified

protocol, det var ju en sån, ett, att gå in i något så detaljerat. Även om jag inte följer det fullt ut, så har man stor nytta av att kunna en manual, tycker jag...

” C: Compassionfokuserad terapi har vi börjat jobba med. A: Eller inslag av. C: Ja, inte ren, liksom så, inslag, mycket inslag av, kan vi väl säga egentligen.”

Tydliga beskrivningar av ett friare förhållningssätt till teori förekom också.:

Det är ju väldigt tydligt, alltså det är inget snack om att vi jobbar med KBT, det är i den änden vi är, men det är också så att man behöver inte.. ägna så himla mycket uppmärksamhet åt att allting är helt rättroget, men vi är där, sedan får jag göra avstickare ibland, det är inte..

#### **Tema 4: Organisatoriskt lärande och inflytande**

Det fjärde temat berörde exempel på när deltagarna beskrev situationer eller fenomen kopplade till skärningspunkten mellan det enskilda yrkesutövandet och den organisatoriska omvärlden. Det kan röra organisationens påverkan på yrkesutövandet men även en typ av metarefleksion kring frånvaron av sådan påverkan, en upplevelse av att arbeta i ett tomrum.

##### **a) Upprättande av stödjande och underlättande funktioner och strukturer.**

Deltagarna beskrev hur det ibland upprättas strukturer eller relationer i organisationen som fungerar stödjande eller hjälpsamt korrigerande i det enskilda yrkesutövandet. Det kan gälla handledning där man får hjälp att söla information eller feedback från kollegor. Det finns också ett antal beskrivningar av hur kollegor kan ha en stödjande eller tröstande funktion som inte nödvändigtvis är kopplad till lärande utan snarare känslöhantering.

Ibland beskrevs det hur mer stabila strukturer kan byggas för gemensamt lärande. Det kan exempelvis handla om när handledning används i ett mer specifikt syfte. Det förekom också att psykologen själv gör ansatser att skapa den här typen av strukturer, som ett resultat av det egna yrkesutövandet, eller att de uppstår som en gynnsam bieffekt av individuellt lärande och yrkesutövande. Man försöker exempelvis dela med sig av material som man själv har gjort eller mailar ut sammanfattningar av sådant som man läst.

Det sätt den enskilde yrkesutövaren närmade sig de dilemman som är förknippade med olika led i EBPP kan ha implikationer för hur kollegor och senare organisationen som

helhet arbetar. I sin mest renodlade form kan det instiftas strukturer från ”golvet” och upp. Oftast rör det sig om ansatser, endast i undantagsfall beskrevs lyckade exempel där detta vidmakthålls över tid. Ett exempel kan vara gemensamma ansatser för att organisera tidböcker för att möjliggöra högre grad av transparens, utbyte och feedback.

Relativt sällan nämndes mer återkommande rutiner för kommunikation mellan den enskilde psykologen och andra delar av organisationen, exempelvis ledningen. Vissa undantag gavs dock, det kan gälla återkommande möten med chefen där man stämmer av sin verksamhet eller upprättade rutiner kring remisshantering.

Det framkom en del uppslag kring hur detta skulle kunna utvecklas, exempelvis genom att ge tydligare information till andra yrkesgrupper om det arbete man utför. I vissa grupper framkom även tanken på en mer sammanhållen funktion för stöd i det enskilda yrkesutövandet, exempelvis i att välja metod och utvärdera arbetet.

Att organisationen skulle använda riktlinjer för att reglera yrkesutövandet nämndes bara vid något tillfälle och då på ett övergripande sätt:

Om något blir en rekommendation liksom, i, men i SBU, det var ju ganska många år sedan nu...så blev ju KBT rekommenderat av SBU, i alla fall när det gällde, nu minns jag inte, typ fobier och ångest, så, ja ... och då blev det så tydligt, så då var det inget. Då pratade man om det på den arbetsplatsen jag var på. Då fick man läsa in sig. Då blev det väldigt tydligt att det var så vi skulle jobba. Förutom några gamla psykoanalytiska tanter som fortsatte på sitt spår, ja. Men sådana rekommendationer styr ju mycket, tycker jag”.

Vid ett par tillfällen nämndes att kommunikationen och transparensen är större inom psykologgruppen än mellan den enskilde psykologen och organisationen i övrigt. Det finns dock i vissa av organisationerna en del exempel på mer strukturerade rutiner för att säkerställa att information från det egna yrkesutövandet blir synlig för andra delar av organisationen, som planerade auskultationer vid introduktion eller rutiner kring att återkoppla efter genomförd utbildning.

Ibland beskrev deltagarna ansatser till att sprida sitt eget lärande till andra i organisationen, utan att detta nödvändigtvis blir en strukturerad mekanism:

Ett sätt tänker jag, för jag är ju ganska, för att få in saker hos mig och tillämpa dem, så brukar jag skriva ner och göra liksom formulär eller olika instruktioner och övningar och de får ju ni sedan mailade till er.”

Ibland är spridningen fullständigt slumpmässig: ” Jag hittar ju ibland i skrivaren (stora skratt) liksom material. Du hade något sådant stressbehandlingsmaterial, så började jag bläddra i det, shit det här verkar ju skitbra, så, kan du ge mig det här?”

När arbetet med gemensamt lärande drivs av den enskilde yrkeutövaren på det här sättet beskrevs det även som sårbart då det är beroende av drivkrafter primärt kopplade till det individuella lärandet:

(forts. från ovanstående citat) Nu, i takt med att jag ändå känner mig mer och mer bekväm i att

improvisera och skjuta från höften och att jag har lite, liksom mer erfarenhet bakom mig, så försvinner ju, lite, alltså, det har ju varit lite ångestdrivet av mig att göra det här, så försvinner ju lite av angelägenheten av den sortens arbete... men vi får se hur länge det håller i sig.”

Samtidigt nämns i flera intervjuer att den vardagliga, ostrukturerade kontakten med kollegor ibland uppfattas som mer värdefull för gemensamt lärande än upprättade strukturer.

Handledning generellt nämndes under flera fokusgrupper som en av de mer centrala mekanismerna för gemensamt lärande, något som exemplifieras redan under temat ” individuellt yrkesutövande”. Ett annat specifikt format är kollegial handledning där ibland något större fokus ligger på hantering av de organisatoriska förutsättningarna.

En mer konkret mekanism för gemensamt lärande, som nämndes i flera av organisationerna, är delade databaser med arbetsmaterial.

En del underskott av gemensamt lärande tillskrivs att det individuella yrkesutövandet prioriteras, eventuellt till följd av ekonomiska krav eller andra begränsande eller frånvarande mekanismer hos organisationer (se vidare nedanstående underrubriker).

och egentligen skulle jag vilja ha mer sådär färdigutskrivet som man bara kan ta fram. Jag sitter jättemycket med patienten och skriver ut i rummet och då går jag ju alltid in

och hämtar på den här (arbetsplatsgemensam databas för material), så då vet jag att jag har det här, så. Men jag skulle vilja ha mycket mer sådär strukturerat. Jag tror vi hade en sådan ambition när vi flyttade hit, att nu har vi äntligen ett ordentligt förråd, där ska vi ha något, men sedan så drar det igång med patienter och nu är det jul.

**b) Avgränsande och inskränkande funktioner och strukturer och dessas upplevda konsekvenser för yrkesutövandet.** Det beskrevs lika ofta hur organisationen eller omgivningen upplevs hindra eller begränsa yrkesutövandet genom att skapa ramar, exempelvis kopplade till ekonomiska krav eller hur många gånger psykologen kan träffa en patient inom ramen för avtalet. Mer specifikt kan tidsramar för behandlingarna ibland krocka med tolkning av evidens.

Om man återgår till såhär evidensen när man tittar på, men får vi in liksom någon med PTSD och så vet vi, vad finns det liksom för metoder som har evidens, okej, EMDR och Prolonged exposure och då ska det egentligen vara sådär tio till tolv, det ska vara längre sessioner och det kan vi inte göra, vad ska vi göra då, okej, då blir det såhär men okej ska vi inte gå in i det här alls eller är det ändå bättre, att jobba liksom exponerande utifrån de ramarna vi har?

Det fanns också beskrivningar av att förhålla sig till de ekonomiska förutsättningarna när de upplevs göra allför mycket våld på värderingar kopplade till yrkesutövandet:

Det som drev en till att bli psykolog var ju inte det här att göra knivskarpa bedömningar... utan det är ju att man är nyfiken på saker och ting, man vill veta någonting, hur funkar den här personen, hur tänker den här personen. Och då tänker jag så att, men då kan man väl ge sig själv ett eller två samtal för att ta reda lite mer om det innan man behöver fatta något beslut. Man behöver inte stressa fram till den punkten. Vår verksamhet klarar av att vi tar oss den tiden... Det är bra att vara lite nyfiken.

**c) Frånvaro av styrning/påverkan från organisationen och dess upplevda konsekvenser för yrkesutövandet.** Ytterligare en aspekt av detta tema är att deltagarna ofta

explicit nämnde en tydlig frånvaro av organisatorisk påverkan, särskilt från ledning. Det kunde handla om en upplevelse av att den övriga organisationen inte vet vad man gör eller att det inte finns någon ändamålsenlig utvärdering. Även om den organisatoriska omgivningen ibland kan sätta ramar för yrkesutövandet så är det ytterst ovanligt, i deltagarnas beskrivning, att den ingriper i innehållet i detta, exempelvis genom att förskriva specifika metoder eller riktlinjer. Åter igen blir då yrkesutövarens egna värderingar i kombination med ekonomiska förutsättningar styrande för yrkesutövandet.

I flera fokusgrupper beskrevs att det finns en frånvaro av inblandning från ledning och organisation vad gäller yrkesutövandet. ”Det är inte så att chefen kommer säger, pekar med... ”det här ska ni göra”. Men för min del är det svårt att lära mig något som jag inte själv är nyfiken på.”

I en av grupperna har man svårt att svara på en fråga som gäller om man får feedback i sitt kliniska arbete och hur det i så fall påverkas: ”Man är ju väldigt självständig som psykolog. På rak arm, spontant, kommer jag inte på någonting för man gör ju som man.. inte om man inte menar feedback från patienten, men utifrån, nej.”

Den upplevda bristen på feedback i yrkesutövandet återkom även i övriga fokusgrupper. Den feedback som ges är snarare av kvantitativ karaktär, exempelvis hur många patienter man har träffat under en period och i annat fall orelaterad till sådant man själv uppfattar som relevant i yrkesutövandet: ”Man får ju väldigt lite feedback, alltså man kan ju få det ibland från patienten och sedan så utvärderar man sig själv, liksom.”

Ibland blir därför det gemensamma lärande lidande, så som har beskrivits under tidigare underrubriker till detta tema: ”man sitter själv på sin kammare och jobbar på vissa sätt, eller har formulär som man inte delar med sig eller tänker nu ska jag skriva ned något sådär psykoedukativt material om stress, det måste ju vara gjort en del gånger, men att man inte har...”

En ytterligare aspekt, som utvecklas mer i tema 5 är bristande insyn mellan delar av organisationen: ”Jag har ingen aning om vad våra kollegor går för utbildningar, det framkommer ju aldrig till oss. Det är ju jättesynd... Jag tänker om någon sjuksköterska hade berättat att de har gått någon utbildning

....så nu är jag jättesugen på att starta en grupp kring någonting”, så hade vi kanske



tänkt, ja, men åh, där hade vi kunnat hoppa på och komma lite som psykologer, så hade vi kunnat ha grupp tillsammans, så hade det kunnat vara mötesplats för att skapa nya sätt att jobba.”

### **Tema 5: Faktorer som påverkar yrkesutövandets och organisationens ömsesidiga inflytande.**

I övriga teman beskrev deltagarna vad som händer i samspelet mellan det egna yrkesutövandet och organisationen men inte alltid varför. Ibland framkommer dock faktorer som upplevs påverka i vilken utsträckning organisatoriska faktorer influerar yrkesutövandet eller när det egna lärandet sprids organisatoriskt. Det kan gälla sådant som i vilken grad arbetet som utförs är synligt eller i vilken grad kollegor på arbetsplatsen delar ens teoretiska bas.

**a) Praktiska förutsättningar.** Det finns en del omständigheter som utgör en förutsättning för gemensamt lärande. Ett konkret exempel som gavs är geografisk närhet till kollegor. Annat är avsatt tid för att prata med varandra: ”

En av de absolut stora vinsterna med att vara på samma ställe. Och det är därför jag tycker det är det så viktigt, just för att ses två timmar en gång i månaden, det är liksom inte i närheten av tillräckligt och lika viktigt som den här omedelbara grejen... bara av att kunna hugga någon i korridoren två minuter.

Många av deltagarna saknade forum att reflektera kring yrkesutövandet. Detta verkar kunna vidmakthålla en högre tröskel för att lyfta teman där gemensamt lärande hade kunnat vara hjälpsamt. Vid några tillfällen lade deltagarna märke till detta under fokusgrupperna, då de i sig utgör en typ av samtal som man saknar i sin yrkesmässiga vardag.

” Det finns ett litet hinder för det här, och jag tänker, den här typen av samtal har man ju ganska sällan. Alltså, vad gör vi egentligen och vet vi vad vi gör, eller hur mycket höftar vi, eller hur mycket chansar vi?”

**b) Transparens och feedback.** Generellt uttrycktes behovet av att vara synlig i sitt arbete för att möjliggöra feedback på sådant man kanske inte själv sätter ord på:

Jag tänker att det kanske blir någon slags mellannivå att när saker går riktigt dåligt

eller så, då tror jag att jag är bättre på att dela dem jag gjorde hela den här, så blev det helt värdelöst, här händer ingenting, men så finns det de här, där man själv kanske inte får syn på att det är riktigt dåligt, det är bara något som återkommande inte riktigt funkar.

Om innehållet i feedback blir alltför generellt, vilket ofta kan bli fallet vid lägre grad av transparens, blir också inflytandet på yrkesutövandet mindre, ofta obefintligt.

” Man har patientens berättelse i bästa fall. Kanske en sjukgymnast som träffar patienten. och säger att det är bra. Lätt att avfärda som att patienten tycker om att komma till mig.”

**c) Fokus i lärandet, homogenitet.** Något som tycks underlätta synlighet på ett sätt som i sin tur möjliggör lärande i andra delar av organisationen är mer strukturerat arbete med projekt kring specifika arbetsmetoder:

Det man gör...på sitt rum, det har jag lite svårt att se.. att det får så stora organisatoriska effekter.. däremot, så kanske när man gör en sådan här lite större grej, man går liksom den här utbildningen och så har vi den här gruppen (personalvårdande grupp för övrig personal). Då händer det grejor, tänker jag...Om man tänker på liksom att vi kommer ha detta lite som personalvård... där kan det nog ge.. vi vet inte var det landar någonstans... att vi delar ett perspektiv i högre utsträckning... vi får.. en gemensam kunskap, på ett sätt som vi kanske inte ...har idag...Förändrar kanske hur vi tar hand om patienterna.

Det antyds att homogenitet i arbetssättet i en organisation kan öka möjligheterna att den enskildes yrkesutövande berikas av gemensamt lärande, genom att man arbetar flera med samma utbildningsbakgrund eller liknande teoretisk inriktning.

Handledarskap inom organisationen, för psykologkandidater eller PTP-psykologer är en funktion som skapar förutsättning för lärande både för den handledde och den som handleder, vilket exemplifieras i ett par av intervjuerna. Det faktum att det finns ett forum där man tvingas verbalisera och reflektera kring sin kunskap uppfattades som hjälpsamt.

Något högre potential som organisatorisk lärmekanism, som något som påverkar det gemensamma arbetssättet, tycks handledning generellt nå där det är mer direkt kopplat till en specifik metod eller funktion: ” Också att vi liksom successivt har gjort, men också att vi har sett till att dels gått lite kortare utbildningar sedan att vi nu har handledning från (handledares namn) som är en väldigt duktig så, och att vår nästa plan nu är att vi ska försöka arrangera en specialistkurs.” Generellt kan således gemensamma projekt kring ett specifikt arbetssätt driva utvecklingen.

**d) Trygghet.** Att trygghet är en förutsättning för transparens och därmed gemensamt lärande återkom i respondenternas berättelser. Med detta avses både tryggheten i att uttrycka sådant som skulle kunna upplevas som pinsamt men också trygghet i att inte bli bestraffad.

Men ibland kan det ju skapa så mycket skam så att, nej, det här ska jag faktiskt inte berätta för någon, det kan jag i och för sig känna. Jag kan inte något exempel nu, men ibland kan jag känna: Skammen, liksom bara... Det här är för jobbigt att berätta för någon. Jag får bara liksom glömma det, så.

## Diskussion

Vi har undersökt hur kliniskt verksamma psykologer förhåller sig till evidensparadigmet i sitt yrkesutövande och i sin professionella utveckling utifrån individuellt och organisatoriskt lärande. För att kunna renodla detta perspektiv har vi valt en snäv ingång, med fokus på psykologer som arbetar med KBT inom hälsoval psykoterapi. En lista på specifika underlättande faktorer, eller mekanismer, sammanfattas i tabell 2.

---

*Tabell 2. Underlättande mekanismer för lärande kopplat till EBPP i deltagarnas beskrivning av sin yrkesverksamhet teoretiskt kopplade till fasetter (Lipshitz, Popper & Friedman, 2002) för organisatoriskt lärande .*

---

**Struktur:**

Gemensam tillgång till material i välfungerande databaser. Schemamässig planering som möjliggör geografisk närhet till medarbetare. Systematisk hjälp att av exempelvis handledare att bedöma

	<p>kvalitet på information. Fokus på en specifik metod, helst gemensamt med medarbetare.</p>
<b>Kultur:</b>	<p>Särskilt sådant som är möjliggörande för <i>transparens</i>: Att arbeta tillsammans, exempelvis med gruppbehandling, gemensamma workshops där man har möjlighet att öva kliniska färdigheter, auskultationer.</p>
<b>Psykologi:</b>	<p>Främst <i>psykologisk trygghet</i>, att våga uttrycka svårigheter. För organisatoriskt lärande även <i>engagemang i organisationen</i>, främst då de närmaste kollegorna som man delar sitt arbete med.</p>
<b>Policy:</b>	<p>Tid och utrymme att reflektera kring sitt arbete. Möjlighet till vidareutbildning, gärna kopplad till verksamheten, i bästa fall delat med andra medarbetare.</p> <p>Avgränsade projekt. Specifik feedback på arbetet.</p>
<b>Kontext:</b>	<p>Engagerat ledarskap. <i>Närhet till kärnuppdrag</i> – lärande försvåras när psykologisk behandling är en mer perifer del av verksamheten som på vissa hälsocentraler. Homogenitet, att fler i arbetsgruppen har ett liknande arbetssätt.</p>

---

Deltagarnas utsagor visar att det yrkesmässiga projektet inom undersökningsgruppen i hög grad är något som utövas av den enskilde och att deltagarna som regel inte förväntar sig något stöd från organisationen gällande innehållet i sitt arbete utöver generell vidareutbildning och handledning.

Istället dominerar en ekonomisk-administrativ verksamhetsrationalitet (Fernler, 2011) vardagen; Den styrning man har erfarenhet av är kopplad till konkreta ekonomiska ramar. Yrkesutövandet och utvecklingen av detta sker skiljt från organisationen, inom den professionella verksamhetsrationaliteten där man snarast vänder sig till kollegor, inom eller utanför organisationen för information och stöd.

Det är därmed inte sagt att deltagarna alltid förhåller sig till evidensbaserad utifrån ett scientist-practitioner-perspektiv, exempelvis med fokus på critical appraisal (Tugwell, Bennett, Sackett, & Haynes, 1985), även om denna modell teoretiskt sett ligger närmast deras beskrivningar. Detta nämns snarare, med några undantag, som ett ouppnåeligt ideal och i något fall som en boja, som begränsar friheten att fritt välja metod.

Den enskilde har inte alltid förutsättningar och kompetens att själv värdera och implementera forskningsresultat i arbetet. Den återkommande beskrivningen av att man i sitt praktiska arbete inte har någon användning av sin grundutbildning som psykolog pekar mot detta. Den grundläggande akademiska utbildningen blir fränkopplad praktiken. Uppfattningen att hindret snarare utgörs av kognitiva begränsningar hos individen, att kunna ta del av, rymma och tillämpa all den kunskap som finns tillgänglig, är ännu mer utbredd i våra informanternas berättelse. Organisatoriskt lärande blir därför en potentiellt värdefull ingång. Syftet med organisatoriskt lärande är just att överskrida de personliga begränsningarna genom att förlägga en del av detta till organisationen och kollektivet (Ron, Lipshitz & Popper 2006).

Deltagarna reflekterar på olika sätt kring sitt egna kunskapsinhämtande: En typisk ambition kan vara att åtminstone täcka av ett område, såsom de vanligaste förekommande formerna av psykisk ohälsa inom primärvården och de vanligaste behandlingsmetoderna inom KBT som kan tillämpas vid dessa. Samtidigt beskrivs en oro över iakttagelsen att inhämtandet och utövandet av metoder ter sig slumpmässiga på olika sätt, i hög grad influerat av vad man själv är intresserad av för närvarande eller vad man nyligen kommit i kontakt med. Detta upplevs ibland kontrastera mot kriteriet om bästa forskningsstöd (Sveriges psykologförbund, 2013). I viss utsträckning kan det beskrivas som de svårigheter som evidensrörelsen från början försökte utgöra svaret på, genom exempelvis systematiska översikter och kliniska riktlinjer (Starr, Chalmers, Clarke, & Oxman, 2009; Ansvarskommittén, 2007).

En erfarenhet som de allra flesta av deltagarna delar är alltså frustrationen över att inte kunna leva upp till en tänkt bild av hur EBPP bör gå till. Ofta uttrycks det som ”dåligt

samvete”, vilket ytterligare understryker upplevelsen av personligt ansvar. Det är sällan uttalat vad denna idealbild av yrkesutövande utgörs av. Oftast är beskrivningen svepande av typen ”perfekta behandlingar”. Som vi har sett är dock både evidens och KBT begrepp som vid närmare granskning kan betyda en mängd olika saker (Bohlin & Sager, 2011), vilket kan få som konsekvens att uppdraget formuleras olika. Frågor om var man hämtar kunskap, hur den tillämpas och hur kompetens vidmakthålls får således olika, ibland motstridiga, svar.

Det deltagarna rapporterar i form av utveckling och inläring utgår således ifrån egna strävanden och projekt. Detta kan tolkas som en konsekvens av det som inom implementeringsforskning beskrivs som ”let it happen” (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004), en förväntning på att relevant forskning inkorporeras i verksamheten av klinikern själv.

Svårigheten med att sprida EBM till psykologins verksamhetsområde blir tydlig i olika deltagares strävan att sammanfatta olika behandlingsmodeller genom att komprimera dem till enstaka punkter. Komplexiteten i psykologisk behandling blir en utmaning för den som försöker arbeta evidensbaserat. I utsagorna blir det också relevant att förstå deltagarnas olika positioner utifrån olika perspektiv på vad det är att tillämpa kunskap, på ett kontinuum mellan konceptuellt och instrumentellt användande (Nutley, Walter & Davies, 2007).

Vi får beskrivningar av hur nötrandet av manual i återkommande gruppbehandlingar och behovet av praktisk träning på interventioner värderas, vilket ligger närmare en instrumentell syn på kunskap. Vi får också ta del av tankar på att man har tillåtelse att välja utifrån eget omdöme och preferens, eller att använda egna innovationer (Rogers, 2003), grundade på den omfattande akademiska utbildning inom fältet man faktiskt besitter.

Det senare är i linje med en mer konceptuell syn på forskningsanvändande som något som tillhandahåller underliggande insikter. Det skulle eventuellt också kunna förstås utifrån dilemman tidigare generationers psykologer upplevt i Sverige och internationellt (Frank, 1984; Rigné, 2002). Yrkets breda spännvidd mellan forskare och praktiker som hjälper människor på fältet gör att det attraherar människor med olika syn på vad som är centralt i yrkesutövandet (Frank, 1984) och kan vara svårt att överbrygga som individ.

Möjligtvis finns även aspekter av psykologi som kunskapsområde och psykologisk behandling som yrkesverksamhet som försvårar evidensbaserad praktik. Det kan exempelvis vara svårare att ge konkreta riktlinjer kring genomförandet av en komplex psykologisk

intervention än administration av en viss farmakologisk behandling. Det faktum att mycket behandling sker i enrum gör att det blir svårt att få konkret och specifik feedback. Både komplexitet samt brist på transparens och feedback medför utmaningar i att upprätta strukturer för organisatoriskt lärande (Lipshitz, Popper & Friedman, 2002). Bristen på transparens blir eventuellt också en ond cirkel som successivt minskar den psykologiska tryggheten, i det att de yrkesverksamma rapporterar föreställningar om att de själva håller en lägre kvalitet i arbetet än kollegorna. Detta kan i värsta fall få till följd att man avsiktligt undviker transparens, något som beskrivs av några deltagare.

Olika tolkningar av dessa svårigheter i yrkesutövandet går att relatera till olika hanteringsstrategier. Exempelvis kan tvivel uppstå på evidensprojektet som sådant och kliniker anammar istället en mer renodlad praktikerroll där det som styr fokus snarare beror på vad man har uppfattat som verksamt i mötet med klienten eller själv tycker är intressant. Ibland dras detta till sin spets på ett sätt som antyder att det är psykologen i sig som är ”evidensbaserad”, att detta är innebörden av att vara en legitimerad yrkesutövare. Valfrihet och möjlighet till individanpassning blir den positiva konsekvensen av frånvaro av kunskapsstyrning. Som medveten strategi kan det ses som en av många tolkningar av EBPP, här med betoning på klinisk expertis (Sveriges psykologförbund, 2013), det vill säga en anpassning av vilka interventioner som är relevanta och genomförbara i just den kontext man själv befinner sig i. Detta i brist på användbara kliniska riktlinjer eller förutsättningar att lära sig och praktiskt tillämpa samtliga potentiellt effektiva interventioner.

En variant av detta är att välja en specifik metod att specialisera sig på. Våra deltagare nämner främst *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)* (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012) samt *Compassion Focused Therapy* (Gilbert, 2009). Syftet kan även vara att hitta en teori som håller samman den kunskap man erövrat genom utbildning och yrke. Som exempel här nämns *Unified Protocol* (Barlow, 2011). Initiativet kommer alltid från en enskild yrkesutövare och aldrig som en konsekvens av kunskapsstyrning från ledningen. Vid något tillfälle beskriver deltagarna detta förhållningssätt på ett skämtsamt tillspetsat sätt, med distans, förvissade om att några universallösningar inte existerar. Men oftast kan det tolkas som en strävan att finna ett sätt att närma sig ett yrkesutövande, som trots allt kan vara förankrat i vetenskap på ett mer hanterbart sätt. Ett fokus på en specifik metod, särskilt om

den delas av andra medarbetare, förefaller också skapa goda förutsättningar för organisatoriskt lärande i våra deltagares berättelser.

Relaterat till detta syftar en del strategier till att hantera de känslor av osäkerhet eller otillräcklighet som kan vara förknippade med den beskrivna yrkesmässiga situationen. Dessa syftar då inte nödvändigtvis till lärande i sig utan till just känslohantering. Vissa strategier som nämns ramar av deltagarna in i ett KBT-perspektiv och beskrivs som undvikanden. Det kan röra sig om att undvika en viss typ av sammanhang som uppfattas som alltför tvärsäkra eller bestraffande.

Andra strategier är mer kopplade till medarbetare och beskrivs som att söka stöd, ” ta en kram” eller ” prata av sig”. Trygghet är teoretiskt relaterat till transparens och därmed organisatoriskt lärande (Lipshitz, Popper & Friedman, 2002). Det är alltså inte orimligt att tänka sig mekanismer som syftar till detta som hjälpsamma även för lärande. Samtidigt kan det vara viktigt att särskilja känslohantering från organisatoriskt lärande för att undvika alltför ensidigt fokus på att hantera känslor. Vid sammanblandning av de två kan man eventuellt gå miste om möjligheter till lärande i det kliniska arbetet.

Deltagarna beskriver hur organisationen påverkar det egna yrkesutövandet men kanske i ännu högre utsträckning, frånvaro av organisatorisk påverkan. Vissa organisatoriska inlärningsmekanismer (OLMs) (Lipshitz, Popper & Friedman, 2002) nämns, i form av exempelvis mer systematiserad, verksamhetsförankrad handledning och gemensamma databaser. Deltagarna beskriver färre OLMs relaterade till organisationen utanför arbetsplatsernas psykologgrupper, såsom ledning eller andra yrkesgrupper. I många fall kommer deltagarna med förslag på användbara organisatoriska inlärningsmekanismer, såsom information om behandlingsinnehåll riktad till andra yrkesgrupper, eller någon form av organisatoriskt stöd för att systematisera forskning. Ansatserna för att skapa gemensamt lärande som nämns i intervjuerna kommer ofta från de anställda själva och ter sig sårbara, då yttre stödfunktioner saknas. Detta visar sig i intervjuernas återkommande beskrivningar av projekt som startas och sedan är svåra att vidmakthålla, exempelvis fungerande gemensamma databaser med arbetsmaterial.

Deltagarna beskriver hur de begränsas i sitt yrkesutövande av organisatoriska ramar, inte sällan kopplade till begränsningar av antal samtal per patient. Vanligt förekommande är också brist på insyn och styrning avseende det kliniska arbetet.



Deltagarna beskriver i vissa fall faktorer som upplevs påverka organisationens möjligheter att inverka på det egna arbetet, och förutsättningarna för det egna kunskapsinhämtandet att nå vidare ut i organisationen. En aspekt av detta är att själva verksamhetsområdet kan sägas innehålla inbyggda svårigheter som behöver överbryggas för att öka möjligheter till lärande. Det faktum att man som psykolog ofta arbetar ensam med en patient gör att möjligheten att få feedback direkt på enskilda moment är begränsad, vilket uttrycks som en allvarlig brist av deltagarna. Bristen på transparens kan alltså sägas vara inbyggd i den form av yrkesutövande psykoterapi oftast innebär. Psykologisk behandling uppfattas också av våra deltagare som ett verksamhetsområde med låg felkänslighet, så tillvida att det ofta är oklart exakt vad i arbetet som varit verksamt för att hjälpa en enskild patient. Det är inte heller tydligt när en enskild intervention fungerar bättre eller sämre. Detta skulle utifrån Lipshitz, Popper, & Friedmans (2002) teoretiska ramverk kunna sammanfattas som en missgynnsam kontext för organisatoriskt lärande.

I intervjuerna framkommer endast i något fall exempel på organisatoriska ansatser att överbrygga dessa svårigheter. Deltagarna benämner dessa svårigheter i termer av brist på praktiska förutsättningar såsom tid och möjlighet att tala med kollegor. Bristen på transparens och feedback framstår som hinder i såväl den individuella som den organisatoriska inläringen.

Underlättande för lärandet framstår gemensamma projekt av olika slag, såsom methodspecifik handledning eller gemensamma projekt, vilka ökar transparens och möjlighet till direkt feedback. Homogenitet, att arbeta utifrån samma teoretiska bas nämns också som underlättande, sannolikt för att det delvis hanterar problemet med mängden kunskap fältet inrymmer. Feedback på en ny metod underlättas om man inte är ensam på arbetsplatsen med att införa den. Trygghet i att uttrycka misslyckanden i relation till kollegor beskrivs som en förutsättning för att kunna lära sig av varandra.

### **Undersökningens begränsningar**

Tack vare ett mycket snävt fokus på psykologer med en liknande teoretisk inriktning och liknande organisatoriska ramar finns det skäl att tro att vi relativt väl fångar föreställningar i just den här gruppen. Att resultaten så tydligt går att koppla till en specifik kontext ses som en styrka utifrån den kvalitativa ansatsen (Elliott, Fischer, & Rennie, 1999).

Möjligtvis kan det vara så att de organisationer och de individer som har valt att delta är särskilt engagerade och intresserade av undersökningens fokus. Detta kan medföra frågetecken kring hur representativa deras resonemang är för gruppen som helhet. Även om vi uppfattar att vi uppnådde mättnad (Wibeck, 2010) hade det varit önskvärt att genomföra ytterligare en eller två fokusgrupper för försäkran om detta.

Undersökningen har helt fokuserat på frågor om evidens och lärande ur de yrkesverksammas perspektiv. Resultaten får därför förstås som representativa för deras upplevelse av det egna arbetet och inte som kausala samband. Detta är förvisso förenligt med uppsatsens konstruktivistiska ansats (Braun & Clarke, 2006). Det hade varit önskvärt att få preliminär feedback på den tematiska analysen av våra informanter (Elliott, Fischer, & Rennie, 1999) men detta lät sig inte göras inom givna tidsramar. Istället har vi som författare månat om att koda och tematisera på ett sätt som har gjort det möjligt att få feedback på kvalitet i fynd av varandra och i handledning. Utifrån detta har målsättningen varit att presentera resultat på ett så *koherent* (Elliott, Fischer, & Rennie, 1999) sätt som möjligt.

Det hade varit intressant med metodtriangulering (Elliott, Fischer, & Rennie, 1999) för att ytterligare underbygga våra resonemang. Vi hade till exempel initialt planer på att använda enkäter för att undersöka attityder till evidensbaserad praktik (Aarons, 2005), men fann att detta inte i tillräckligt hög utsträckning skulle bidra till svar på forskningsfrågan.

Liknande frågeställningar hade även varit möjliga att undersöka ur ett ledningsperspektiv, utifrån den politiska styrningen, tjänstemannaperspektivet eller ytterligare ett perspektiv på kunskapsförmedling. Detta hade kunnat åstadkommas genom att inkludera även chefer, politiker, utbildare och handledare. Vår ursprungliga förhoppning var att kunna kontrastera dessa olika grupperns uppfattningar för att bättre förstå svårigheter i implementerings- och dissemineringsprocesser. Detta hade varit oerhört intressant och hade ökat användbarheten av slutsatserna ytterligare. En sådan ansats visade sig dock inte genomförbar inom de snäva ramar en psykoterapeutexamensuppsats utgör.

Den lokala förankringen är likaledes både en styrka (Elliott, Fischer, & Rennie, 1999) och en svaghet med studien. Förhoppningsvis har vi lyckats beskriva mycket som är relevant just för hälsovalet i Region Skåne som ett case. Det är samtidigt viktigt att se det just som ett case: Möjligtvis har andra Regioner och landsting kommit längre när det gäller att understödja forskningsanvändande på psykologins verksamhetsområde (Ansvarskommittén. 2007).

Det är också värt att nämna vårt eget engagemang i de frågor undersökningen söker svar på. Även om ingen av författarna i skrivande stund är verksamma inom hälsovalet så har vi liknande utbildningsbakgrund och teoretisk utgångspunkt som många av informanterna. Våra egna resonemang och förförståelse har säkerligen präglat både hur vi har frågat och hur vi har tolkat resultaten. Vår kliniska förankring och närhet till frågeställningen har samtidigt varit nödvändig i undersökningens praktiska ansats. Vi har ansträngt oss för att synliggöra vår utgångspunkt som ett led i att leva upp till kvalitetskriterier för den här typen av forskning (Elliott, Fischer, & Rennie, 1999).

### **Implikationer för vidare forskning**

En forskningsfråga som har inspirerat den här undersökningen är: ”By what processes are particular innovations in health service delivery and organization implemented and sustained (or not) in particular contexts and settings, and can these processes be enhanced?” (Greenhalgh, Rober, Macfarlane, Bate, Kyriakidou, 2004). I vårt arbete har vi haft förmånen att erfara en del gynnsamma förutsättningar som skulle kunna vidareutvecklas i kommande forskning:

**Lokal förankring.** Forskningsfrågan är förankrad i en specifik klinisk kontext. Vi vet redan idag att det finns effektiva interventioner för många tillstånd (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang 2012). Så som framgår av citatet ovan ligger mycket av utmaningen framgent i att göra dem tillgängliga och användbara i en specifik kontext, som hälsoval psykoterapi. Det finns således skäl att fortsätta undersöka vad som faktiskt sker i yrkesutövandet lokalt, där metoderna tillämpas kliniskt.

**Kliniker och forskare i samarbete.** Som beskrivet i bakgrunden är det inte självklart att det i stor skala är möjligt att utbilda yrkesutövare till full kompetens både vad gäller forskning och klinik. Vi som kliniker uppfattar att vi har haft en unik position att närma oss frågeställningarna, samtidigt som den kompetens i forskningsmetodik vår handledare har kunnat erbjuda har varit nödvändig för att genomdriva studien. Inom den KBT-inriktade forskningssfären har närmandet mellan kliniker och forskare setts som en nyckelfaktor i att överbrygga implementeringsgapet (Goldfried et al., 2014).

**Tillvarata processer som redan finns i organisationen.** Mycket av det kliniker gör i sin vardag är potentiell forskning. I samtliga fokusgrupper finns exempel på ansatser till att systematisera och tillgängliggöra kunskap. Det vore värdefullt att ta tillvara dessa strävanden, något som även skulle underlätta lokal förankring och integration mellan forskning och praktik.

**Använd organisationsmodeller som skapar förutsättningar för invävd forskning.** Vissa former av organisationer underlättar sannolikt klinisk forskning (Nutley, Walter & Davies, 2007). Ett närmande mellan akademien och de organisationer där metoder praktiseras skulle sannolikt göra slutsatser av klinisk forskning mer användbara i dessa specifika kontexter. Detta utvecklas ytterligare nedan, under slutsatser.

**Riv murarna mellan klinisk psykologi och andra discipliner såsom organisationspsykologi.** Vi har som kliniker haft möjligheten att undersöka frågor som har relevans för vårt vardagliga yrkesutövande under handledning som inte har haft en klinisk utgångspunkt i sig. Vi uppfattar oss själva som experter på den typ av klinisk psykologi vi arbetar med och har därför på ett tydligt sätt berikats av att den expertis handledningen har tillfört har haft en annan prägel. Att kliniska psykologer samarbetar med forskare som har en annan utgångspunkt är inte särskilt vanligt och skulle sannolikt ha potential att skapa lokala lösningar som kan främja EBPP.

## **Slutsatser**

**Deltagarna i fokusgrupperna rapporterade en utbredd upplevelse av att det praktiska ansvaret för att upprätta och vidmakthålla EBPP inom ramen för hälsoval psykoterapi vilar på den enskilde yrkesutövaren.** Sammanfattningsvis beskrivs en underförstådd uppdelning mellan ledningens ekonomisk-administrativa verksamhetsrationalitet och de yrkesverksammas professionella verksamhetsrationalitet, där de senare får ta ansvar för EBPP. Teoretiskt relaterar detta till psykologyrket som en profession som delvis uppfattas som modellerad på en scientist-practitioner-modell. Det går även att förstå som att hälsovalet och de flesta organisationer som ingår i det tycks agera utifrån ett let-it-happen perspektiv vad gäller implementering.

**Det stora individuella ansvaret tycks ibland medföra ett hinder för EBPP och organisatoriskt lärande. Deltagarna beskriver en mängd individuella strategier för att förstå och hantera detta.** Det är relativt vanligt att konsekvenserna av det stora individuella ansvaret ger ett slags glapp mellan hur man själv upplever att man arbetar och hur man föreställer sig att evidensbaserad psykologisk behandling bör se ut. Inte sällan attribueras detta till personliga brister, antingen i förmåga att tolka och använda forskning eller relaterade till kognitiva resurser. Alternativt uppfattas svårigheterna vara kopplade till just krocken mellan det som teoretiskt kan förstås som verksamhetsrationaliteter, där det kliniska yrkesutövandet blir begränsat av en styrning som genomsyras av det som teoretiskt kan beskrivas som den ekonomisk-administrativa verksamhetsrationaliteten.

I själva verket kan man fråga sig om det som upplevs är en parallell till implementeringsgapet; Implementering och disseminering av evidensbaserade metoder är så komplexa processer att EBPP inom ramen för individuellt yrkesutövande är svår genomförbart. Mer systematiskt organisatoriskt lärande och andra typer av stöd för att öka forskningsanvändande skulle krävas som ett komplement. En konsekvens av betoningen på den enskilde yrkesutövarens ansvar är svårigheter att införliva och vidmakthålla kunskapen i arbetet. Deltagarna upplever i flera fall också en slags godtycklighet i sina val av metoder.

En vanlig hanteringsstrategi, som kan tjäna som exempel, är att som yrkesutövare eller mottagning fokusera på en specifik metod. Det finns skäl att tro att homogenitet kan vara en underlättande faktor för organisatoriskt lärande och disseminering (se exempelvis Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004). Samtidigt kan det finnas en konflikt mellan alltför smal teoretisk profilering och EBPP. En beståndsdel i EBPP är valfrihet för klienten (Sveriges psykologförbund, 2013). Som någon av våra deltagare konstaterar kan KBT i dagsläget betyda ACT på någon enhet och någon annan specifik behandlingsmodell på en annan enhet, utan att information om detta förmedlas systematiskt vid val av behandlare.

**Det finns möjligheter att bygga vidare på befintliga initiativ och strukturer relaterade till gemensamt lärande i organisationen och organisatoriskt stöd för EBPP. Detta skulle på sikt kunna modifiera den ensidiga betoningen av den enskildes ansvar.**

Om kunskapsstyrning på allvar skulle kunna bli praktiskt användbart inom psykologins verksamhetsområde återstår mycket arbete när det gäller att tillgängliggöra

kunskap på ett tillräckligt konkret sätt (Ansvarskommittén, 2007). De organisationer som är ackrediterade inom hälsovalet är sannolikt för små för att enskilt kunna avsätta de resurser som det skulle kräva att genomföra större satsningar på ökat forskningsanvändande i linje med den invävda forskningsmodellen eller modellen med spetsorganisationer (Nutley, Walter & Davies, 2007).

Hälsovalet som helhet har samtidigt stor potential att på sikt utgöra en lämplig kontext för den typen av utvecklingsarbete. Dess begränsade omfång i kombination med de ackrediterings- och uppföljningskrav som ställs på de ingående organisationerna (Region Skåne, 2015) ger möjligheter både till samordning, styrning och uppföljning.

Då hälsovalet, så som det från början är utformat, är avsett att tillhandahålla behandling för ett begränsat antal former av psykisk ohälsa (Region Skåne, 2015) skulle det vara möjligt att i alla fall delvis använda sig av den invävda forskningsmodellen (Nutley, Walter & Davies, 2007). Den hade kunnat införas genom att man exempelvis, i likhet med arbetssättet inom IAPT (Clark, 2011), specificerade vilka behandlingsprotokoll som skulle utföras vid vilka diagnoser. Med hjälp av samordnade utbildningsinsatser, sammanfattade manualer, metodspecifik handledning och skattningar riktade mot diagnosspecifika symptom, skulle det vara möjligt att bygga in kliniska riktlinjer i strukturen kring patientarbetet. Behandlingsresultatet skulle bli möjligt att utvärdera och koppla till specifika interventioner, vilket i sin tur skulle möjliggöra kliniska studier av hög kvalitet inom ramen för hälsovalet.

Modellen med spetsorganisationer (Nutley, Walter & Davies, 2007) är också tänkbar. Detta genom att inrätta någon av hälsovalsmottagningarna som en kombinerad klinisk mottagning och FoU-avdelning, där kliniker och forskare arbetade tillsammans exempelvis kring att utforma sätt att avgöra vårdnivå för utveckling av triagering av patienter till hälsoval respektive specialistpsykiatri, anpassning av manualiserat arbete till den lokala kontexten och liknande. Detta skulle kunna spridas vidare till övriga hälsovalsmottagningar genom upplärning av nya medarbetare på FoU-mottagningen, regelbundna gemensamma utbildningar med fokus på praktiska moment, eller möjligheter för kliniker att forska på en del av sin tjänst. En annan möjlighet är delade tjänster, exempelvis i form av specialisttjänstgöring för psykologer som vi har sett exempel på i andra delar av sjukvården de senaste åren.

De svårigheter som finns inbyggda i verksamhetsområdet behöver tas på allvar och hanteras. Den bristande transparensen och låga felkänsligheten (Lipshitz, Popper, & Friedman, 2002) kan antagligen bara överbryggas till en del.

Många uppfattar samtidigt att plattformar för den typen av samtal som fokusgrupperna medförde saknas i den kliniska vardagen. Olika faktiska processer och mötesplatser för att synliggöra arbetet och möjliggöra feedback, vilket är centralt för organisatoriskt lärande (Lipshitz, Popper & Friedman, 2002), upprättas emellertid ibland av yrkesutövarna själva. Funktionen kan vara känslomässigt stödjande på ett sätt som möjliggör trygghet eller mer inriktad på lärande genom feedback, båda sannolikt nödvändiga processer (Lipshitz, Popper & Friedman, 2002).

De initiativ till lärande, både individuellt och organisatoriskt, som deltagarna beskriver är hoppningivande. Att tillmäta befintliga processer högre betydelse skulle kunna öka reflektionen kring dem och därmed öka deras potential. Deltagarna berättar exempelvis om hur handledning och utbildning i betydligt i högre utsträckning får ett värde om de kopplas till det faktiska yrkesutövandet, gärna delat med flera medarbetare. Databasers betydelse bör inte heller underskattas och deras funktion och överlevnad kan stärkas genom att man har en innehållsansvarig.

Att i vardagen öka synligheten genom gemensamma projekt av typen gruppbehandlingar med flera psykologer som gruppleddare, eller andra gemensamma uppdrag är ett sätt att öka transparensen. Likaså är olika typer av auskultationer eller gemensamma besök sätt att överbrygga bristen på transparens. En kort kollegial avstämning kring dagens genomförda sessioner är också ett sätt att öka transparens, liksom gemensamt användande av skattningsskalor i arbetet med kontinuerligt delande av resultat.

Vi ser stora möjligheter att bygga en organisatorisk kontext för lärande i riktning mot EBPP. Våra deltagare visar att de, i sitt egna yrkesutövande, redan gör omfattande ansträngningar i denna riktning. Ett mer systematiskt samarbete mellan aktörerna som skapar patienternas kontext: kliniker, administrativt ansvariga, forskare och andra kunskapsförmedlare, kan vara ett sätt att på sikt minska gapet mellan evidens och praktik.

## Referenser

- Aarons, G. A. (2005). Measuring Provider Attitudes Toward Evidence-Based Practice: Consideration of Organizational Context and Individual Differences. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(2), 255–271.  
<http://doi.org/10.1016/j.chc.2004.04.008>
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Ansvarskommittén. (2007). *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft: slutbetänkande*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Baker, D. B., & Benjamin, L. T. (2000). The affirmation of the scientist-practitioner. A look back at Boulder. *The American Psychologist*, 55(2), 241–247.
- Barlow, D. H. (Ed.). (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Beck, A. T., & Rush, A. J. (Eds.). (1979). *Cognitive therapy of depression* (13. print). New York: Guilford Press.
- Bohlin, I., & Sager, M. (Red.). (2011). *Evidensens många ansikten: evidensbaserad praktik i praktiken*. Lund: Arkiv.
- Bohlin, I. (2011) Evidensbaserat beslutsfattande i ett vetenskapsbaserat samhälle. Om evidensrörelsens ursprung, utbredning och gränser. Bohlin, I. & Sager, M. (Red.), *Evidensens många ansikten: evidensbaserad praktik i praktiken* (pp. 31-69). Lund: Arkiv.
- Booth, S. H., Booth, A. & Falzon, L. J. (2003) The need for information and research skills training to support evidence-based social care: a literature review and survey, *Learning in Health and Social Care*, vol 2, no 4, pp 191-201.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <http://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. I H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*. (pp. 57–71). Washington: American Psychological Association.
- Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of



- depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 318–327. <http://doi.org/10.3109/09540261.2011.606803>
- Cohen, W. M., & Levinthal, D. A. (1990). Absorptive Capacity: A New Perspective on Learning and Innovation. *Administrative Science Quarterly*, 35(1), 128. <http://doi.org/10.2307/2393553>
- Cousins, J. B., & Simon, M. (1996). The Nature and Impact of Policy-Induced Partnerships Between Research and Practice Communities. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 18(3), 199–218. <http://doi.org/10.3102/01623737018003199>
- Davenport, T. H., & Glaser, J. (2002). Just-in-time delivery comes to knowledge management. *Harvard Business Review*, 80(7), 107–111, 126.
- Davies, H. T. O., Nutley, S. M. & Smith, P. C. (Eds). (2000) *What works? Evidence based policy and practice in public services*. Bristol: The Policy Press.
- Denton, C. A., Vaughn, S., & Fletcher, J. M. (2003). Bringing Research-Based Practice in Reading Intervention to Scale. *Learning Disabilities Research and Practice*, 18(3),
- Drummond, M., & Weatherly, H. (2000). Implementing the findings of health technology assessments. If the CAT got out of the bag, can the TAIL wag the dog? *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 16(1), 1–12.
- Duggal, R., & Menkes, D. B. (2011). Evidence-based medicine in practice: Perspective. *International Journal of Clinical Practice*, 65(6), 639–644. <http://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2011.02681.x>
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 215–229. <http://doi.org/10.1348/014466599162782>
- Etikprövningsnämndens. (2016). *FAQ*. Hämtad 1a maj 2016 från <http://www.epn.se/start/faq/>
- Frank, G. (1984). The Boulder Model: History, rationale, and critique. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15(3), 417–435. <http://doi.org/10.1037/0735-7028.15.3.417>
- Fernler, K. (2011). Kunskapsstyrningens praktik - kunskaper, verksamhetsrationaliteter och vikten av organisation I I. Bohlin & M. Sager (Red.), *Evidensens många ansikten* (pp.131-163). Lund: Arkiv.

- Fisher, R. A. (1935). *The design of experiments*. London: Oliver & Boyd
- Fredriksson, M., Linton, S., Lisspers, J., Malin, L., Örjan, S., Öhman, A., Öst, L. G., Bohman, B. & Lundin, C. (2009, 24e mars). Regeringens storsatsning mot psykisk ohälsa äventyrar patientsäkerheten. *Läkartidningen*. Hämtad 28e april, 2016, från <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=11694>
- Gehan, E. A., & Lemak, N. A. (1994). *Statistics in medical research: developments in clinical trials*. New York: Plenum Medical Books Co.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199–208. <http://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Goering, P., Butterill, D., Jacobson, N., & Sturtevant, D. (2003). Linkage and exchange at the organizational level: a model of collaboration between research and policy. *Journal of Health Services Research & Policy*, 8 Suppl 2, 14–19. <http://doi.org/10.1258/135581903322405126>
- Goldfried, M. R., Newman, M. G., Castonguay, L. G., Fuertes, J. N., Magnavita, J. J., Sobell, L., & Wolf, A. W. (2014). On the Dissemination of Clinical Experiences in Using Empirically Supported Treatments. *Behavior Therapy*, 45(1), 3–6. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.007>
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629. <http://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
- Greenwood, C. R., Tapia, Y., Abbott, M. & Walton, C. (2003) A building-based case study of evidence-based literacy practices: implementation, reading behavior, and growth in reading fluency, K-4, *Journal of Special Education*, vol 37, no 2, pp 95-110.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change* (2nd ed). New York: Guilford Press.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <http://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hammersley, M. (2001) *Some questions about evidence-based practice in education, Paper presented at the Annual Conference of the British Educational Research Association, University of Leeds, 13-15 September*. Hämtad 1a maj, 2016, från

- [www.leeds.ac.uk/educol/documents/00001819.htm](http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/00001819.htm).
- Hannan, A. , Enright, H. and Ballard, P. (1998) *Using research: the results of a pilot study comparing teachers, general practitioners and surgeons*. Hämtad 1a maj, 2016 från [www.leeds.ac.uk/educol/documents/000000851.htm](http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/000000851.htm).
- Jackson, P. (1971) The way teachers think. I G. Lesser (Ed.) *Psychology and educational practice* (pp 10-34). Chicago, IL: Scott Foresman.
- Lag (2003:460) om etikprovning av forskning som avser människor. Hämtad 1a maj, 2016 från [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)
- Lipshitz, R., Popper, M., & Friedman, V. J. (2002). A Multifacet Model of Organizational Learning. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 38(1), 78–98.  
<http://doi.org/10.1177/0021886302381005>
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: a clinician's guide*. New York: Guilford Press.
- McMain, S., Newman, M. G., Segal, Z. V., & DeRubeis, R. J. (2015). Cognitive behavioral therapy: Current status and future research directions. *Psychotherapy Research*, 25(3), 321–329. <http://doi.org/10.1080/10503307.2014.1002440>
- Mihailic, S., Fagan, A., Irwin, K., Ballard, D. and Elliott, D., (2004) *Blueprints for violence prevention*. Hämtad 1a maj 2016 från [www.ojjdp.ncjrs.org/publications/PubAbstract.asp?pubi=11721..](http://www.ojjdp.ncjrs.org/publications/PubAbstract.asp?pubi=11721..)
- Nutley, S. M. and Davies, H.T.O. (2000) Making a reality of evidence -based practice: some lessons from the diffusions of innovations, *Public Money and Management*, vol 20, no 4, pp 35-43.
- Nutley, S. M., Walter, I. & Davies, H. T. O. (2007) *Using Evidence. How research can inform public services*. Bristol: The Policy Press.
- Region Skåne. (2015) *Förutsättningar för Ackreditering/Förfrågningsunderlag och Avtal för Psykoterapi i Hälsoval Skåne gällande år 2016*. Hämtad 28e april, 2016, från [https://www.skane.se/Public/Protokoll/H%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rdsn%C3%A4mnden/2015-12-02/Ackrediteringsvillkor%20Psykoterapi%202016/Psykoterapi%202016%20ackvillkor%20151020%20\\_%20version%2012%20pdf%20inlagda%20i%20PACT.pdf](https://www.skane.se/Public/Protokoll/H%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rdsn%C3%A4mnden/2015-12-02/Ackrediteringsvillkor%20Psykoterapi%202016/Psykoterapi%202016%20ackvillkor%20151020%20_%20version%2012%20pdf%20inlagda%20i%20PACT.pdf)

- Rickinson, M. (2005). *Practitioners' use of research, NERF Working Paper 7.5*. Hämtad 1a maj 2016 från [www.nerf-uk.org](http://www.nerf-uk.org).
- Richter Sundberg, L. (2016). *Mind the Gap: exploring evidence-based policymaking for improved preventive and mental health services in the Swedish health system*. (Doctoral dissertation). Umeå: Umeå universitet.
- Riksrevisionen. (2015). *Rehabiliteringsgarantin fungerar inte: tänk om eller lägg ner*. Stockholm: Riksrevisionen.
- Rigné, E. M. (2002). *Profession, Science and State-Psychology in Sweden 1968- 1990*. Sociologiska institutionen, Göteborgs Universitet, Göteborg.
- Rogers, E. M. (2003) *Diffusion of innovations* (5:e upplagan) New York: Free Press.
- Ron, N., Lipshitz, R., & Popper, M. (2006). How Organizations Learn: Post-flight Reviews in an F-16 Fighter Squadron. *Organization Studies* (01708406), 27(8), 1069–1089. <http://doi.org/10.1177/0170840606064567>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed). New York: Guilford Press.
- Shafran, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A., Wilson, G. T. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 902–909. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.003>
- Sheldon, B. & Chilvers, R. (2000) *Evidence-based social care: A study of prospects and problems*, Lyme Regis, UK: Russel House.
- Socialstyrelsen & Sveriges kommuner och landstning. (2009). *Mot en effektivare kunskapsstyrning*. Stockholm: Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.
- Starr, M., Chalmers, I., Clarke, M., & Oxman, A. D. (2009). The origins, evolution, and future of The Cochrane Database of Systematic Reviews. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 25(S1), 182. <http://doi.org/10.1017/S026646230909062X>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar: en systematisk litteraturöversikt. Vol. 3*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). *Behandling av ångestsyndrom: en systematisk litteraturöversikt. Vol. 1*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk

- utvärdering (SBU).
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (n.d.). *Vårt uppdrag*. Hämtad 28e april, 2016, från <http://www.sbu.se/sv/om-sbu/vart-uppdrag/>
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2007). Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice? *Journal of Clinical Psychology, 63*(3), 267–281. <http://doi.org/10.1002/jclp.20347>
- Stewart, R. E., Stirman, S. W., & Chambless, D. L. (2012). A qualitative investigation of practicing psychologists' attitudes toward research-informed practice: Implications for dissemination strategies. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(2), 100–109. <http://doi.org/10.1037/a0025694>
- Strosahl, K., Robinson, P. A., & Gustavsson, T. (2014). *Fokuserad ACT*. Stockholm: Natur & kultur.
- Sveriges Psykologförbund. (2013). *Policyprogram för evidensbaserad psykologisk praktik*. Hämtad 28e april, 2016, från <http://www.psykologforbundet.se/Documents/F%C3%B6rbundet%20tycker/Policydokument/Evidensbaserad%20psykologisk%20praktik.pdf>
- Smith, T. (2013). What Is Evidence-Based Behavior Analysis? *The Behavior Analyst, 36*(1), 7–33.
- Socialstyrelsen. (2010). *Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingens insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Timmermans, S. & Berg, M. (2003). *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.
- Tugwell, P., Bennett, K. J., Sackett, D. L., & Haynes, R. B. (1985). The measurement iterative loop: a framework for the critical appraisal of need, benefits and costs of health interventions. *Journal of Chronic Diseases, 38*(4), 339–351.
- Walter, I. C., Nutley, S. M. and Davies, H.T.O. (2004) *Assessing research impact. Report of RURU seminar*. Hämtad 1a maj 2016 från: [www.ruru.ac.uk/publications.html](http://www.ruru.ac.uk/publications.html).
- Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Wikipedia (2016, 1a mars). List of cognitive–behavioral therapies. I *Wikipedia, the free encyclopedia*. Hämtad 28e april, 2016, från

[https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=List\\_of\\_cognitive%20%93behavioral\\_therapies&oldid=707749508](https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=List_of_cognitive%20%93behavioral_therapies&oldid=707749508)

Wennberg, J. E. (1984). Dealing with medical practice variations: a proposal for action.

*Health Affairs (Project Hope)*, 3(2), 6–32.

Östergren, K. & Sahlin-Andersson (1998), *Att hantera skilda världar. Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*. Stockholm: Landstingsförbundet.