



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykologprogrammet

**Behandlares, handledares och utbildares upplevelser av
arbete med Emotion Regulation Group Therapy ur ett
implementeringsperspektiv**

Isabell Dimblad Gonzalez & Johanna Victorén

Psykologexamensuppsats. 2024

Handledare: Jonas Bjärehed
Examinator: Lars-Gunnar Lundh

Abstract

The integration and dissemination of a method within routine care rely not only on treatment efficacy but also on the effectiveness of the implementation. So far, Emotion Regulation Group Therapy (ERGT), a manual-based group treatment, has not been investigated from an implementation perspective. The aim of this study was to examine the implementation process of ERGT in Sweden and thereby contribute to a broader understanding of how the method functions in practice. This was examined through the research question: What possibilities and challenges do ERGT therapists, supervisors and educators describe from working with the method? Ten semi-structured interviews were conducted, and the data was analyzed using reflexive thematic analysis. Four themes were formulated: *Adherence and adaptations*, *Challenges faced by ERGT therapists*, *The handling of the challenges* and *Contradictory notions about ERGT's future*. Respondents attest to the possibility to adhere to the treatment manual. Education and supervision can be used to overcome difficulties. Treatment fidelity along with aspirations to disseminate it exists. However, the method requires a high degree of therapeutic skills and challenges the therapist in terms of working with the manual, managing the time and maintaining a group processes. Additional and updated research on ERGT is requested. Our respondents paint a picture that the implementation process of ERGT, from a user's perspective, has worked well so far. However, reasons for apprehensions about ERGT's future exist. This can inspire future modifications and advancements in ERGT. The study exemplifies how implementation concepts can be applied when exploring treatment implementation.

Keywords: Emotion Regulation Group Therapy, implementation, facilitators and barriers, therapists' experiences

Sammanfattning

Huruvida en metod används och sprids i rutinmässig vård beror inte enbart på behandlingseffekt utan även på effektiviteten i implementeringen. Den manualbaserade gruppbehandlingen Emotion Regulation Group Therapy (ERGT) har ännu inte undersökts utifrån dess implementeringsprocess. Syftet med denna studie var att utforska ERGT i Sverige idag ur ett implementeringsperspektiv och att därigenom bidra till en bredare bild av hur metoden fungerar i praktiken. Detta undersöktes genom frågeställningen: Vilka möjligheter och utmaningar beskriver behandlare, handledare och utbildare inom ERGT med att arbeta med metoden? Tio semistrukturerade intervjuer genomfördes och data analyserades utifrån reflexiv tematisk analys. Fyra teman formulerades: *Följsamhet och anpassningar*, *Utmaningar för ERGT-terapeuten*, *Hantering av utmaningar* och *Paradoxala föreställningar om ERGTs framtid*. Respondenterna förmedlar att det överlag går att följa behandlingsmanualen som det är avsett, att utbildning och handledning finns tillgängligt för att hantera svårigheter samt att det finns intresse för att arbeta med metoden och ambitioner att bevara och sprida den. Samtidigt ställer metoden höga kompetenskrav på terapeuten, manualen är på vissa sätt svårarbetad, tidsbrist förekommer och upprätthållande av ett gruppfokus kan vara svårt. Respondenterna efterfrågar mer samt ny forskning på ERGT. Respondenternas svar ger oss bilden att ERGTs implementeringsprocess, sett ur ett användarperspektiv, har fungerat väl hittills men att det finns skäl att se på framtiden med viss oro. En praktisk implikation kan vara att ge inspiration och utgöra underlag för framtida förändrings- och utvecklingsinitiativ inom ERGT. Uppsatsen exemplifierar hur implementeringsbegrepp kan tillämpas i ett utforskande av behandlingsmetoders implementeringsprocesser och kan användas i framtida studier med liknande frågeställning.

Nyckelord: Emotion Regulation Group Therapy, implementering, möjligheter och utmaningar, behandlares upplevelser

Tack

Vi vill rikta ett varmt tack till vår handledare Jonas Bjärehed som på ett skickligt och engagerat sätt har hjälpt, stöttat och uppmuntrat oss i vårt arbete. Vi tackar även våra respondenter som har tagit av sin tid och som på ett generöst sätt har delat med sig av tankar och erfarenheter.

Innehållsförteckning

Behandlares, handledares och utbildares upplevelser av arbete med Emotion Regulation

Group Therapy ur ett implementeringsperspektiv.....	1
Implementering.....	1
Implementeringsvetenskap.....	2
“Lyckad” implementering.....	4
Terapeuters upplevelser av arbete med manualbaserade behandlingar.....	5
ERGT.....	5
Metodens innehåll och upplägg.....	6
ERGTs implementeringsförlopp i Sverige.....	6
Forskningsunderlag för ERGT.....	7
Syfte och frågeställning.....	9
Metod.....	9
Metodansats.....	9
Design.....	9
Deltagare och datagenerering.....	10
Dataanalys.....	11
Etik.....	12
Resultat och diskussion.....	13
Följsamhet och anpassningar.....	13
Utmaningar för ERGT-terapeuten.....	15
Hantering av utmaningar.....	17
Paradoxala föreställningar om ERGTs framtid.....	18
Konkluderande diskussion.....	20
Styrkor och begränsningar.....	23
Framtida forskning.....	23
Författarnas bidrag och ansvar.....	24
Referenser.....	25
Bilaga 1.....	30
Bilaga 2.....	31

Bilaga 3.....	32
Bilaga 4.....	33

Behandlares, handledares och utbildares upplevelser av arbete med Emotion Regulation Group Therapy ur ett implementeringsperspektiv

ERGT, Emotion Regulation Group Therapy, implementerades i Sverige för cirka tio år sedan som en del i ett nationellt samordnat arbete med inriktning mot att bredda utbudet av behandling för personer med självskadebeteende. ERGT är en manualbaserad gruppbehandling som genomförs under 16 veckor. Idag finns det omkring 350 utbildade behandlare över hela landet och nya behandlare utbildas fortlöpande. I denna uppsats har vi intervjuat aktiva och tidigare aktiva behandlare, utbildare och handledare inom ERGT och efterfrågat deras perspektiv på vilka möjligheter och utmaningar som finns i arbetet med metoden. Vi använder implementeringsteori som teoretisk begreppsapparat för att analysera deras svar och ämnar på detta sätt bidra med ett ännu inte undersökt perspektiv på ERGT som skulle kunna ha bäring i en mer övergripande utvärdering av hur väl metoden fungerar i praktiken. Vi inleder med att redogöra för de aspekter av implementeringsteori som vi funnit relevanta för vårt ändamål följt av en introduktion till behandlingsformen ERGT och det forskningsunderlag vi funnit på ämnet.

Implementering

Inom hälso- och sjukvården utvecklas ständigt nya metoder i syfte att kunna erbjuda patienter bästa möjliga vård (Nilsen, 2011; Socialstyrelsen, 2012; Westerlund et al., 2019). Att en vårdmetod uppvisar behandlingseffekt är en betydande men långt ifrån ensamt avgörande faktor vad gäller i vilken omfattning metoden används, sprids och integreras i rutinmässig vård (Bauer & Kirchner, 2020; Folkhälsomyndigheten, 2023; Kirchner et al., 2020). Effektiviteten i metodens implementeringsprocess har visat sig vara desto mer avgörande – en insikt som har gjort att intresset för implementeringsforskning har vuxit de senaste decennierna (Bauer & Kirchner, 2020; Colditz & Emmons, 2017; Folkhälsomyndigheten, 2023; Proctor et al., 2011). Begreppet implementering har fått flera definitioner då det brukas inom flera områden (Shoemaker et al., 2017). Begreppet kan beskrivas med vardagsord som att genomföra, införa, förverkliga, applicera, introducera, utföra eller sätta något i verket (Nilsen, 2014; Folkhälsomyndigheten, 2023). Inom det medicinska området definierade Rabin med kollegor (2008) implementering som den process där forskningsbaserade interventioner kommer till nytta och integreras i en verksamhet. Det som införs kan vara en specifik och avgränsad metod, insats eller intervention såväl som forskningsbaserad kunskap som tas i bruk (Nilsen, 2014). När ordet metod används i denna uppsats inbegriper det även insatser och interventioner.

Implementeringsvetenskap

Implementeringsforskning bedrivs idag inom flera fält. Ett av dessa, implementeringsvetenskap (implementation science), kan definieras som studiet av metoder som främjar systematisk användning av forskningsresultat och evidensbaserad praktik i rutinmässig vård (Bauer & Kirchner, 2020; Eccles & Mittman, 2006). Att arbeta evidensbaserat är en grundläggande premis inom modern hälso- och sjukvård (Hasson et al., 2020), inte minst för psykologer anställda inom vården i Sverige vilka enligt Patientsäkerhetslagen ska arbeta i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (SFS 2010:659, 6 kap. 1-2 §). Principer för Evidensbaserad Psykologisk Praktik (EBPP) erbjuder vägledning i hur psykologer kan förena vetenskap och beprövad erfarenhet i sitt arbete (Sveriges Psykologförbund, 2020) men upplevda svårigheter med att arbeta utifrån evidensmodellen har även föranlett ökat fokus på implementeringsvetenskap i syfte att få hjälp i hur åstadkommandet av en mer evidensbaserad praktik kan gå till (Nilsen, 2014). Ett av implementeringsvetenskapens huvudsakliga fokusområden är att identifiera hindrande och underlättande faktorer som kan inverka på en implementeringsprocess utfall (Bauer & Kirchner, 2020; Grimshaw et al., 2012). Faktorena som identifieras riktar in sig på flera parter i det system som implementeringsarbete sker i: klienter/patienter (inom implementeringsforskningen kallade målgrupp), behandlare (inom implementeringsforskningen kallade användare), chefer, mottagningar, organisationer, statliga intressenter samt samhället i stort (Bauer & Kirchner, 2020; Damschroder et al., 2009; Harvey & Kitson, 2016).

Hindrande implementeringsfaktorer uppstår när något i en metods kontext gör att metoden inte passar dess användare (Hasson & von Thiele Schwarz, 2023). En modell för att kartlägga vilka hindrande och underlättande faktorer en metods användare upplever är Veta, Kunna, Vilja (Alexandersson, 2006; Hasson & von Thiele Schwarz, 2023; Michie et al., 2014). Modellen består av tre komponenter: kompetens (veta) – vilket handlar om i vilken utsträckning användarna upplever sig ha tillräcklig kunskap och kännedom om metoden samt färdigheter nog för att kunna använda metoden; möjlighet (kunna) – vilket handlar om i vilken utsträckning fysiska och sociala förutsättningar finns för att använda metoden; och motivation (vilja) – vilket handlar om hur användarnas inställning ser ut till att använda metoden. Kompetensbrist, alltså brist på den förstnämnda komponenten, kan uppstå på individ-, grupp- och organisationsnivå (Delamare Le Deist & Winterton, 2005) och kan definieras som en individs eller gruppens oförmåga att utföra en

uppgift baserat på egna kunskaper och färdigheter (Hasson & von Thiele Schwarz, 2023). En metods innevarande egenskaper inverkar på vilken typ av kompetenskrav som ställs på dess användare (Hasson & von Thiele Schwarz, 2023). I de fall då olikheter mellan användarnas kompetensnivå och metodens kompetenskrav föreligger kan strategier som omskolning, vidareutbildning, nyanställning eller förenkling av metoden komma till användning (Hasson & von Thiele Schwarz, 2023). Fysiska och sociala förutsättningar berör faktorer som finns utanför användarna själva, till exempel tillgång till lämpliga lokaler, viktiga dokument, planeringstid, handledning, experthjälp samt ekonomiska resurser (Michie et al., 2011). Om brist på resursområdet föreligger finns det risk att metoden i fråga inte kan eller inte används så som det är avsett utan att justeringar av innehåll och/eller utförande sker (Hasson & von Thiele Schwarz, 2023), något som inte bara kan föranleda att metoden inte blir hjälpsam för målgruppen (Socialstyrelsen, 2012) utan även att den blir till fara för den (Hasson et al., 2020). Goda fysiska och sociala förutsättningar kan å andra sidan inverka positivt på implementeringsprocessen genom att utmytna i tydliga förväntningar på användande och utförande, göra det praktiskt möjligt att använda metoden och generera tydliga fördelaktiga konsekvenser av användandet (Hasson & von Thiele Schwarz, 2023). Komponenten motivation är komplex på så vis att den berör användares inställning till att agera baserat på dess behov, vanor och tankar men inte alltid föranleder ett faktiskt handlande (Michie et al., 2011). En positiv attityd till användande kan samexistera med en låg intention att agera (Hasson & von Thiele Schwarz, 2023), detta baserat på till exempel omkringliggande normer (Ajzen, 1991), egen bedömning av chansen att lyckas (Ajzen, 1991), upplevd grad av självbestämmande (Deci et al., 2017) samt egen inställning till konkurrerande metoder (West & Michie, 2020). Ett vanligt förekommande hinder utöver de tre som tas upp i Veta, Kunna, Vilja är tidsbrist (Sadeghi-Bazargani et al., 2014). Tidsbrist är en konsekvens av brister på andra områden (Harding et al., 2014) vilket har gjort att tidsbrist som faktor inte har inkluderats i modellen (Hasson & von Thiele Schwarz, 2023).

I en systematisk översiktsstudie av hindrande och underlättande faktorer för klinikers användande av evidensbaserade interventioner för posttraumatiskt stressyndrom identifierades faktorer på interventions-, klient-, kliniker- och systemnivå (Finch et al., 2020). Det mest frekvent rapporterade hindret på interventionsnivå var när klinikerna föredrog individanpassad behandling och därmed fann den manualiserade interventionen för begränsad eller när det saknades möjlighet att anpassa interventionsmanualen (Finch et al., 2020). Den underlättande faktor som klinikerna

rapporterade mest frekvent var å andra sidan när manualen medgav flexibilitet och anpassning (Finch et al., 2020). På klientnivå var en av de mest frekvent rapporterade hindrande faktorerna samsjuklighet hos klienter (Finch et al., 2020). De mest frekvent rapporterade hindren på klinikernivå inkluderade brist på metodspecifik träning samt oro över den emotionella tyngden av att arbeta med den specifika patientgruppen (Finch et al., 2020). Underlättande faktorer på klinikernivå inkluderade ökad klinisk erfarenhet och positiv attityd till evidensbaserade interventioner (Finch et al., 2020). Hinder på systemnivå inkluderade tidsbrist avseende behandlingsarbete i bredare bemärkelse än sessionstid och spridning av evidensbaserade metoder samt bristande tillgång på träning och resurser (Finch et al., 2020). Underlättande faktorer som rapporterades återkommande på systemnivå var när det fanns god tillgång till träning och resurser (Finch et al., 2020).

“Lyckad” implementering

Vad som definierar en lyckad implementeringsprocess är komplext och mångtydigt. En vida spridd modell för konceptualisering och utvärdering av implementeringsutfall inom hälso- och sjukvården, framtagen av Proctor med kollegor (2011), presenterar åtta domäner: godtagbarhet (acceptability), upptagande (adoption), lämplighet (appropriateness), implementeringskostnad (implementation cost), genomförbarhet (feasibility), trogenhet (fidelity), genomtränglighet (penetration) och hållbarhet (sustainability). Godtagbarhet berör i vilken grad metodens innehåll, utförande och komplexitetsnivå upplevs som tillfredsställande. Upptagande berör upplevelser av själva införandet av metoden. Lämplighet berör i vilken utsträckning metoden upplevs passa samt vara relevant för och kompatibel med verksamheten eller användaren i fråga, samt i vilken utsträckning metoden upplevs tillgodose det behov som den implementerades för. Implementeringskostnad berör upplevd kostnad av implementeringsinsatsen, något som kan variera baserat på tre komponenter: metodens komplexitet, implementeringens komplexitet och kontextens komplexitet. Den första har att göra med vilka typer av och vilken mängd resurser som krävs för att användandet av metoden ska fungera väl. Den andra har att göra med implementeringens organisering och vilka strategier för implementering som används. Den tredje har att göra med hur organisationen ser ut, om den exempelvis består av en ensamföretagare eller en mottagning med många anställda. Genomförbarhet berör i vilken mån en metod kan användas framgångsrikt inom ett visst sammanhang. Denna liknar domänen lämplighet men betonar, istället för övergripande och teoretiska aspekter, praktiska aspekter såsom kompetensnivå och tillgång till

nödvändiga resurser. Trogenhet berör i vilken grad metoden har implementerats som det var tänkt av metodens grundare, både utifrån följsamhet till metoden, tilltänkt spridning av metoden och upplevd kvalitet på utförandet av metoden. Genomtränglighet berör i vilken utsträckning en metod har integrerats inom en viss verksamhet eller miljö. Detta kan exempelvis undersökas genom att räkna på hur många som använder metoden i förhållande till hur många som har blivit utbildade eller tränade i den, eller som förväntas använda den. Hållbarhet berör i vilken utsträckning en metod har bibehållits och blivit rutinmässig inom en viss verksamhet.

Terapeuters upplevelser av arbete med manualbaserade behandlingar

Forbat med kollegor (2015) undersökte i en systematisk översiktsrapport klinikers syn på och erfarenheter av att arbeta efter behandlingsmanualer. I deras analys framkom att kliniker som arbetat efter manual har en mer positiv inställning till arbetssättet än kliniker som inte har den erfarenheten (Forbat et al., 2015). Det framgick även att kliniker som arbetat manualbaserat anser att manualerna medger flexibilitet vad gäller arbetssätt samt att en terapeutisk relation kan uppnås och upprätthållas trots rådande fördomar om att detta ska vara svårare vid manualbaserad terapi (Forbat et al., 2015). I en explorativ studie av Najavits med kollegor (2004) undersöktes terapeuters syn på manualbaserade behandlingar. Resultaten visade bland annat att terapeuterna generellt var mycket positiva till att arbeta utifrån manualbaserad behandling, att de upplevde att det var möjligt att genomföra behandlingarna som det var tänkt, att de var nöjda med behandlingen, att de kände sig bekväma med att implementera de respektive behandlingarna och att de kände stark allians med behandlingarna (Najavits et al., 2004). Samtidigt rapporterade terapeuterna att sannolikheten att de skulle använda metoderna utan modifieringar utanför studien var låg, men att sannolikheten att de skulle använda metoderna med modifieringar var högre (Najavits et al., 2004). Forskning på erfarna terapeuters upplevelser av att lära sig en ny behandlingsmetod visade att erfarenhetsbaserad träning i form av praktiska övningar och tid till reflektion kring egna upplevelser är viktigt för god inläring (Napel-Schutz et al., 2017). Rollspel, övningar i mindre grupper, konstruktiv feedback och stöd från kollegor och metodexperter samt tillfällen att ställa frågor och diskutera motstånd kring att börja jobba med en ny metod lyftes som hjälpsamma faktorer (Napel-Schutz et al., 2017).

ERGT

ERGT, Emotion Regulation Group Therapy, är en manualbaserad gruppbehandling som utvecklades av Kim L. Gratz under början av 2000-talet med ambitionen att öka tillgången på

evidensbaserad psykologisk behandling för personer med självskadebeteende (Gratz & Gunderson, 2006). År 2011 initierade Socialdepartementen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) satsningen Nationella Självskadeprojektet, med uppgift att leda utvecklingsarbete kring självskadebeteende (Nationella Självskadeprojektet, u.å.b). En del i denna satsning var att implementera behandlingsformen ERGT i Sverige, vilket påbörjades under åren 2013 och 2014 (Nationella Självskadeprojektet, 2013).

Metodens innehåll och upplägg

Kim L. Gratz utformade ursprungligen ERGT som en behandling med fokus på emotionsregleringssvårigheter, känslomässigt undvikande och självskadebeteende för kvinnor med Emotionellt instabilt personlighetssyndrom (EIPS) (Gratz, 2013). Metoden integrerar element från olika acceptansbaserade beteendeterapier, framför allt Acceptance and Commitment-terapi (ACT) och Dialektisk Beteendeterapi (DBT) och är avsedd att vara en tilläggsbehandling till pågående individualterapi (Gratz, 2013). Behandlingen hålls alltid av två terapeuter (Gratz, 2013). I svensk kontext är ERGT en 16 veckor lång gruppbehandling med veckovisa tvåtimmarssessioner (Nationella Självskadeprojektet, 2023). Fokus under behandlingen är att hjälpa gruppdeltagarna att förändra sitt förhållningssätt till sina emotionella upplevelser (Gratz, 2013). Strävan är inte att minska emotionell intensitet, känslighet eller reaktivitet utan att arbeta för att gruppdeltagaren ska komma i kontakt med "villighet", emotionell acceptans och beteendemässig kontroll (Gratz, 2013). Behandlingen är uppbyggd kring ett antal övergripande teman och moduler. De övergripande teman som ska genomsyra samtliga av behandlingens 16 veckor är: känslors funktion, distinktionen mellan kontroll av beteende vid känslor och kontroll av känslor (där det förstnämnda är det man arbetar med), distinktionen mellan känslomässig smärta och känslomässigt lidande, "villighet" i termer av att aktivt välja mellan olika handlingsalternativ, betoningen på process istället för utfall samt den terapeutiska hållningen som ska karaktäriseras av modellinlärning, en icke-dömmande hållning och att använda sina egna erfarenheter för att relatera, så kallat self-disclosure (Gratz, 2013). Behandlingens moduler är: "Känslomässig acceptans/villighet", "Att reglera en känslas intensitet eller varaktighet när det behövs istället för att ta bort eller undvika känslan helt", "Att kontrollera sina impulser samtidigt som man upplever smärtsamma känslor", "Att göra det man vill göra samtidigt som man upplever smärtsamma känslor" och "Värderad riktning".

ERGTs implementeringsförlopp i Sverige

Vid implementeringen i svensk kontext genomfördes en utprovning av behandlingsmetoden nationellt. Totalt 30 terapeuter från 14 olika mottagningar i Sverige gick en tredagarsutbildning i metoden och startade därefter upp ERGT på sin hemmottagning (Nationella självskadeprojektet, u.å.a). Terapeuternas första behandlingsomgång utvärderades med hjälp av videoinspelningar av sessionerna och handledning på veckobasis (Nationella självskadeprojektet, u.å.a). Projektgruppen bakom ERGT-utvärderingen sammanställde rekommendationer inför fortsatt implementering av ERGT i Sverige. Rekommendationerna är att behandlingen bör utföras av terapeuter med gedigen utbildning i beteendeanalys, gärna legitimerade psykologer med kompetens inom KBT, att uppstart av ERGT vid en mottagning ska föregås av en ERGT-utbildning för terapeuterna, att minst två extra timmar i veckan (utöver sedvanlig sessionstid och administration) ska avsättas för att fylla deltagares eventuella behov av extrasessioner, extra hjälp med hemuppgifter eller akuta bedömningar, att deltagarnas självskadebeteende och livslust regelbundet ska följas upp samt att kontinuerlig handledning bör erbjudas (Nationella självskadeprojektet, u.å.a).

Forskningsunderlag för ERGT

ERGTs behandlingseffekter har prövats i USA genom ett fåtal studier: En pilotstudie med RCT-design omfattades 12 deltagare som fick delta i ERGT utöver sin vanliga behandling respektive 10 deltagare som fick fortsätta sin vanliga behandling (Gratz & Gunderson, 2006), en breddningsstudie utan kontrollgrupp omfattades 23 deltagare som fick ERGT utöver sin vanliga behandling (Gratz & Tull, 2011) samt en större RCT-studie med uppföljning vid tre och sex månader omfattades 31 deltagare som fick ERGT-behandling respektive 30 deltagare som fick ERGT-behandling efter 14 veckor (Gratz, Tull & Levy, 2014). Resultaten från dessa studier indikerade att behandlingsformen har positiva effekter på flera utfallsmått, bland annat avsiktlig självskada, emotionell dysreglering, EIPS-specifika symtom, depressiva symtom samt stress- och ångestsymtom (Gratz & Gunderson, 2006; Gratz & Tull, 2011; Gratz, Tull & Levy, 2014). I samband med den större RCT-studien genomfördes två studier: en prediktorstudie för behandlingsrespons på ERGT som tilläggsbehandling för avsiktligt självskadande kvinnor med EIPS (Gratz, Dixon-Gordon & Tull 2014) och en studie som studerade emotionsreglering som potentiell förändringsmekanism i ERGT (Gratz et al., 2015). I prediktorstudien framkom det att allvarigare grad av flera, för ERGT, relevanta faktorer såsom emotionsdysreglering och EIPS-symtom, avsiktlig självskada samt inläggning på sjukhus och självmordsförsök under senaste året predicerade bättre respons under behandlingen och vid uppföljning (Gratz, Dixon-Gordon & Tull

2014). Samsjuklighet i form av social fobi, paniksyndrom och kluster B-personlighetssyndrom predicerade större förbättringar i EIPS-symtom under behandlingen och vid uppföljning (Gratz, Dixon-Gordon & Tull 2014). Komorbiditet i form av generaliserad ångest, posttraumatisk stress och kluster A- och C-personlighetssyndrom associerades däremot med sämre behandlingsrespons vid uppföljning (Gratz, Dixon-Gordon & Tull 2014). I studien om emotionsreglering som potentiell förändringsmekanism testades förändring i emotionsdysreglering som en mediator för effekten av ERGT på avsiktlig självskada och EIPS-symtom samt i vilken utsträckning som förändring i emotionsdysreglering under behandling predicerar framtida förbättring i avsiktlig självskada vid uppföljning efter nio månader (Gratz et al., 2015). Resultaten indikerade att emotionsreglering var en förändringsmekanism i behandlingen och specifikt att resultat visade att förbättringar i emotionsdysreglering över behandlingens gång medierade den observerade minskningen i kognitiva och affektiva EIPS-symtom under behandling och predicerade framtida förbättring i avsiktlig självskada under uppföljning (Gratz et al., 2015).

En större behandlingsutvärdering genomfördes i samband med den svenska implementeringen av ERGT (Sahlin et al., 2017). För de 95 patienter som ingick i studien uppmättes signifikanta förbättringar på det primära utfallsmåttet: frekvens av avsiktlig självskada samt de sekundära utfallsmåtten: självskadans variabilitet, emotionsdysreglering, andra självdestruktiva beteenden samt generella psykiatriska symtom, resultaten höll i sig vid sex månaders uppföljning (Sahlin et al., 2017). Därtill har det gjorts en prediktorstudie (Sahlin et al., 2019) baserat på data från Sahlin med kollegors (2017) behandlingsutvärdering. Resultatet gick i linje med Gratz och kollegors (2015) resultat och indikerade att högre nivå av avsiktlig självskada vid behandlingsstart var associerad med större behandlingseffekt vid eftermätning och uppföljning, samt att allvarligare grad av EIPS-symtom vid behandlingsstart var associerad med större förbättringar på utfallsmåttet avsiktlig självskada (Sahlin et al., 2019). Komorbiditet var däremot associerat med sämre behandlingsrespons (Sahlin et al., 2019). Slutsatsen från studien var att metoden passade för en bredd av EIPS-patienter inklusive patienter med allvarligare grad av avsiktliga självskadebeteenden och EIPS (Sahlin et al., 2019). I en liten studie med mixad design så framkom det att patienternas förbättrade förmåga till emotionsreglering var den mest varaktiga förändringen (Dahlberg et al., 2018). Det har även gjorts en okontrollerad öppen studie som indikerade att en individuell variant på ERGT benämnd Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents (ERITA) skulle kunna lämpa sig för tonåringar med icke-suicidala

självskaдебeteenden, då liknande positiva effekter avseende bland annat: självskaдебeteenden, emotionsreglering och global funktionsnivå uppmättes där, samt att effekterna höll i sig eller hade stärkts ytterligare vid sex månaders uppföljning (Bjureberg et al., 2017).

Syfte och frågeställning

Sammanfattningsvis indikerar forskningen som gjorts på ERGT i amerikansk och svensk kontext att terapiformen har avsedd behandlingseffekt. Det har nu gått tio år sedan processen att implementera ERGT startade i Sverige och det saknas forskningsunderlag som undersöker andra perspektiv på metodens fungerande. Implementeringseffektivitet har visat sig vara betydelsefullt för en methods användning, spridning och integrering i vården (Bauer & Kirchner, 2020; Folkhälsomyndigheten, 2023; Kirchner et al., 2020) vilket i förlängningen är avgörande för att en behandlingsform ska komma avsedd patientgrupp till gagn. Vi menar därmed att ett implementeringsperspektiv på en behandlingsmetod kan vara ett relevant komplement till forskning på metodens behandlingseffekt då det kan ge en bredare och mer högupplöst bild av hur en metod fungerar. Syftet med vår uppsats är att utforska ERGT i Sverige idag ur ett implementeringsperspektiv och att på detta vis bidra till en bredare bild av hur ERGT fungerar i praktiken. För att uppnå vårt syfte har vi valt att intervjua personer med inblick i hur det är att arbeta med metoden: behandlare, handledare och utbildare inom ERGT. Vår frågeställning är: Vilka möjligheter och utmaningar beskriver behandlare, handledare och utbildare inom ERGT med att arbeta med metoden?

Metod

Metodansats

Vi antar kritisk realism som epistemologisk hållning i vårt arbete. Med det menar vi kritisk realism som en kombination mellan ontologisk realism och epistemologisk relativism (Braun & Clarke, 2022). Vi antar därmed att det finns en objektiv, verklig värld men att denna inte är möjlig för oss att studera på ett direkt sätt (Braun & Clarke, 2022). Det som är tillgängligt för oss är istället de versioner som våra respondenter förmedlar, influerade av respondenternas unika perspektiv, specifika kontext, språk och kultur (Braun & Clarke, 2022). Ett kritiskt realistiskt förhållningssätt möjliggör för oss att förhålla oss till våra respondenters svar som meningsbärande återgivelse av sina erfarenheter och upplevelser av arbete med ERGT, vilket är de vi eftersöker för att kunna besvara vår frågeställning och uppnå vårt syfte med uppsatsen.

Design

För att samla in data till denna uppsats valde vi att genomföra tio semistrukturerade intervjuer. Semistrukturerad intervju som format medger en flexibel intervjustil och möjliggör för respondenten att uttrycka sig om sina erfarenheter med egna ord (Barker et al., 2016). Genom semistrukturerade intervjuer kunde vi samla in respondenternas egna ord om sina unika erfarenheter av att arbeta med ERGT. Vi använde reflexiv tematisk analys som analysmetod. Metoden är inte bunden till någon ontologisk eller epistemologisk hållning utan sättet att använda metoden avgör om den kan anses kompatibel med den valda ontologiska och epistemologiska hållningen (Braun & Clarke, 2022). Vi som genomför analysen har uppgiften att på ett trovärdigt sätt redogöra för de olika perspektiven som vi tycker oss se i datamaterialet samt argumentera för varför dessa perspektiv är betydelsefulla (Braun & Clarke, 2022). Den reflexiva tematiska analysen möjliggjorde frihet för oss att tolka det insamlade materialet och sedan argumentera för de teman vi landat i med beaktning för kontext och vår egen förförståelse. Vi kunde med andra ord kombinera en närhet till respondenternas egna beskrivningar av sina erfarenheter och upplevelser av arbete med behandlingsformen med en flexibilitet i att argumentera för det vi menar är det viktiga för att kunna besvara vår frågeställning och uppnå vårt syfte.

Deltagare och datagenerering

Vi har använt oss av bekvämlighetsurval. I enlighet med studiens syfte så var vi intresserade av att intervjua behandlare, handledare och utbildare inom ERGT, såväl aktiva som tidigare aktiva. Vi valde att inkludera behandlare, handledare och utbildare för att skapa förutsättningar för fler perspektiv på metoden, något vi menar är relevant utifrån att vi antagit ett implementeringsperspektiv. För att nå relevanta intervjupersoner mailades en kortare enkät ut till personer som gått ERGT-utbildning utifrån handledare Jonas Bjäreheds kontakter. Frågorna ämnade bland annat att samla in information om personens aktuella arbetsplats, om och när personen genomgått ERGT-utbildningen, om personen var aktiv och/eller har varit aktiv som ERGT-behandlare, hur många ERGT-grupper behandlaren hållit i samt om personen hade tankar kring vad metoden behöver just nu. I enkäten ingick även information om syftet med datainsamlingen samt att personerna fick godkänna eller neka till att deras uppgifter samlades in och användes i detta syfte. Personerna fick fylla i om de ville bli kontaktade avseende deltagande i en intervju om sina erfarenheter av att arbeta med ERGT. Totalt anmälde sju personer sitt intresse för deltagande i en intervju under perioden 230905-231013. Samtliga av dessa personer mailades sedan enskilt med förfrågan om att bli intervjuade. Sex intervjuer bokades in på detta sätt. Fem

intervjuer bokades in utanför enkäten, i huvudsak genom kontakters kontakter. Totalt genomfördes tio intervjuer under september och oktober månad med elva respondenter. Av dessa utfördes sex stycken på plats och fyra stycken, varav en var intervju med två respondenter samtidigt, utfördes digitalt. Intervjuerna tog mellan 45-70 minuter. Respondenterna är alla aktiva eller tidigare aktiva behandlare, handledare och/eller utbildare inom ERGT. Vi har benämnt respondenterna R1-R11. Samtliga respondenter har erfarenhet i någon utsträckning av arbete med metoden. Två av respondenterna har nyligen påbörjat arbete med ERGT medan övriga har flerårig erfarenhet av arbete med metoden. Fyra av respondenterna har arbetat med metoden, i olika roller, i minst sju år. Samtliga intervjupersoner fick inför den avtalade intervjutiden en samtyckesblankett samt skriftlig information skickad till sig på mail. Informerat samtycke inhämtades vid starten för varje intervju. I intervjuerna ställdes frågor för att undersöka olika aspekter av respondenternas erfarenheter av att arbeta med metoden, däribland: Upplevelse av ERGT-utbildningen, om det går att arbeta med manualen som det är avsett, vad respondenten behöver för att göra ett bra arbete med metoden och behov av handledning (se bilaga 3 och 4). Vid de sex fysiska intervjuerna spelades ljudet in via en diktafon medan ljudet i de fyra digitala intervjuerna spelades in via zooms inspelningsfunktion. Inspelad data sparades på våra respektive datorer i form av ljudfiler. Materialet transkriberades och datan sparades i lösenordsskyddade textdokument. Ljudfilerna och transkriberingsdokumenten raderas efter att uppsatsen godkänts.

Dataanalys

Vi följde Braun och Clarkes (2022) analytiska process för tematisk analys, vilket innebär arbete i sex steg: att bekanta sig med datamaterialet, koda datan, skapa initiala teman, vidareutveckling och revidera teman, finjustera, definiera och namnge teman samt producera slutlig formulering av teman. Vi bekantade oss med datamaterialet genom att läsa igenom transkriberingarna och tillsammans diskutera vilka mönster vi spontant tyckte oss se. Nästa steg inledde vi genom att tillsammans koda intervju nummer 1, detta för att skapa en samsyn kring nivå på kodningen. Därefter delade vi upp intervjuerna mellan oss och kodade dessa individuellt. Parallellt med detta påbörjade vi arbetet med att föra in koderna i ett gemensamt excelark och skapa initiala kategorier utifrån koderna. Detta i syfte att skapa överskådlighet och skapa förutsättningar för att ta fram meningsfulla teman baserat på intervjuinnehållet. Koderna fördelades till totalt 27 kategorier, några exempel på kategorinamn var: “Att vara två terapeuter”, “Utbildningens upplägg”, “Utmaningar/Svårigheter för terapeuterna med ERGT”,

“Arbetsförfarande” och “Förbättringsförslag”. Därefter inleddes arbete med steg tre: Att skapa initiala teman. Vi inledde detta arbete med att läsa igenom de koder vi listat under respektive kategorinamn och rita upp tankekartor över återkommande kodinnehåll på 16 av de kategorier vi skapat. Dessa var de kategorier vi bedömde vara relevanta för vårt fortsatta arbete. Vi sammanställde tre punktlistor utifrån materialet i tankekartorna. Dessa tyckte vi fångade tre distinkta koncept och blev våra initiala teman. Vi arbetade därefter vidare med att utveckla och revidera våra initiala teman i enlighet med steg fyra i modellen. Ett tema lades till och koncepten vi hade omformulerades. De fyra teman definierades därefter mer noggrant och fick namnen: Följsamhet och anpassning, Utmaningar för ERGT-terapeuten, Hantering av utmaningar och Paradoxala föreställningar om ERGTs framtid. Vi arbetade med finjusteringar tills vi var nöjda med hur datan representerades och använde sedan de delar av teorin vi fann relevanta för att diskutera våra fyra teman och därigenom besvara vår frågeställning och uppnå syftet med uppsatsen.

Genom arbetet med att ta fram koncept och landa i våra slutliga fyra teman har vi exkluderat delar av datan som vi samlat in. Vi har gjort detta i syfte att hålla oss så nära som möjligt till vår frågeställning och det syfte som vi avgränsat oss till i denna uppsats.

Etik

Barker med kollegor (2016) nämner informerat samtycke, undvikande av skada samt integritet och sekretess viktiga etiska aspekter att förhålla sig till vid psykologisk forskning. Det informerade samtycket innebär att forskarna ger fullständig information om studien och att deltagarna själva bestämmer om de vill delta eller inte (Barker et al., 2016). Inför varje intervju mailade vi ett informationsblad samt en blankett för informerat samtycke (se bilaga 1 respektive 2). Vid starten för varje intervju inhämtades informerat samtycke genom insamlande av påskriften blankett alternativt, vid de digitala intervjuerna, att respondenterna uppvisade påskriften kopia. Muntligt samtycke inhämtades även inför att vi tryckte igång inspelningen vid varje intervju. Undvikande av skada innebär att man till exempel måste förhålla sig riskerna för direkt skada för respondenterna, till exempel i form av stress eller förödmjukelse (Barker et al., 2016). Vi har gjort vårt bästa för att informera respondenterna innan intervju kring vad de kan förvänta sig samt har försökt agera så professionellt som möjligt med avseende på bemötande och respektera respondenternas tid genom att hålla de tider som vi bestämt på förhand. På informationsbladet som alla respondenter har fått framgår också våra kontaktuppgifter samt kontaktuppgifter till

handledare Bjärehed, till vilka de kan skicka frågor och/eller dra tillbaka sin medverkan. Då våra intervjufrågor var fokuserade på respondenternas arbetsroll och erfarenheter med en specifik behandlingstyp har vi bedömt att det inte krävts några ytterligare anpassningar eller säkerhetsåtgärder för att säkerställa att vi undviker skada för respondenterna. Med integritet avses respondentens rätt att inte ge information, och med sekretess avses respondenternas rätt att få sin information säkert förvarad (Barker et al., 2016). Integriteten har vi säkerställt genom att respondenterna har fått svara på våra frågor i den utsträckning som de varit bekväma med och sekretessen har säkerställts genom att transkriberingarna har anonymiserats och skrivits i lösenordsskyddade dokument. I ljudfilerna framgår inte respondenternas namn eller personuppgifter och dessa kommer att tas bort efter att uppsatsen är godkänd.

Eventuell etikprövning för vår uppsats diskuterades inför uppstart av detta arbete. I samråd med handledare Bjärehed bestämdes att uppsatsens område inte var av sådan känslighet att det krävde etikprövning och vi valde därför att gå vidare utan detta.

Resultat och diskussion

Efter analys av det insamlade datamaterialet formulerade vi fyra teman: Följsamhet och anpassningar, Utmaningar för ERGT-terapeuten, Hantering av utmaningar och Paradoxala föreställningar om ERGTs framtid. Dessa beskrivs innehållsmässigt och diskuteras utifrån implementeringsteori i ett kombinerat format nedan som ett sätt att besvara frågeställningen och uppfylla vårt syfte.

Följsamhet och anpassningar

Respondenterna lyfte fram perspektiv på möjligheten att följa behandlingsmanualen så som det är avsett. ERGT-behandlare ställs inför uppgiften att både förstå innehållet i manualen och att förmedla detta på ett manualtroget sätt till patienterna. Dessutom är det i manualen explicit uttryckt att den terapeutiska hållningen ska genomsyras av medvetenhet om, acceptans av och transparens kring det egna känslolivet. Detta ska förmedlas genom modellinlärning, en icke-dömande hållning och användning av exempel från den egna vardagen. Behandlarna förväntas alltså leverera innehållet till patienterna på ett visst sätt. Även om manualen ger information om hur behandlingen ska utföras aktualiseras frågan om vilka anpassningar av metoden behandlarna kan göra i sin kliniska vardag. Majoriteten av respondenterna uppgav att metoden kan utföras som det är avsett och att manualen överlag kan följas som det är tänkt:

Det kan man absolut! Och det gör vi. [...] I mångt och mycket så skulle jag säga att vi håller oss manualtrogna, vi håller oss till manualen. (R5)

Vi följer ju den. (R7)

Ja, ja, vecka för vecka. Vi använder allt arbetsmaterial, alla hemuppgifterna. (R8)

Ja, det tycker jag absolut att man kan. (R10)

Samtidigt framkom det att anpassningar av behandlingsupplägg och innehåll görs i viss utsträckning. Respondenterna angav olika skäl till detta: För att hinna med allt som ska hinnas med under sessionerna, för att behålla en öppenhet för det som händer i rummet samt för att metoden medger viss frihet i hur innehållet förmedlas så länge kärnbudskapet bevaras. R4 sade till exempel: “Det är också viktigt att komma ihåg att det går att göra metoden på väldigt många olika sätt så länge man *gör* metoden verkligen, som ändå blir hjälpsamt [för patienterna]” och R2 sade:

Jag känner mig trygg i att det är okej att jag inte kommer att kunna lära ut allting. Alltså att det är okej [...] att hitta mina egna sätt att lära ut det på, även om jag givetvis lär ut det som är i manualen, men att jag hittar mitt sätt tillsammans med den [co-terapeuten].

Flera av respondenterna beskrev att viss variation i behandlingsutförande är oundviklig och nödvändig eftersom terapeuter skiljer sig åt avseende personlighet, terapeutisk stil och tidigare erfarenheter av behandlingsarbete. Denna variation går i linje med den uttalade terapeutiska hållningen och innebär inte att göra avsteg från manualen. Tvärtom menade vissa av respondenterna att det kan vara en tillgång för patienterna, som inte sällan har problem med svartvitt tänkande, att se att individerna i terapeutparet är olika och ger uttryck för olika perspektiv men ändå kan samarbeta och ha förståelse för varandra.

Tidigare forskning lyfte att en möjliggörande faktor för användande av evidensbaserade metoder är när en manual medger flexibilitet och anpassning (Finch et al., 2020) vilket vi menar överensstämmer med våra respondenters svar om att behandlingsinnehållet kan förmedlas på olika sätt så länge kärnbudskapen bevaras. Detta kan även tolkas gå i linje med Najavits med kollegors (2004) resultat om att kliniker uppgav att det är större sannolikhet att de skulle arbeta med en manualbaserad metod med vissa modifikationerna än utan. I likhet med Forbat med kollegors (2015)

resultat om att kliniker uppfattade att behandlingsmanualer medger flexibilitet i arbetssätt uppgav våra respondenter att behandlingsinnehållet kan förmedlas på olika sätt, och att detta inte bara medges av metoden utan också är oundvikligt och nödvändigt. Vårt resultat kan förstås utifrån Proctor med kollegors (2011) domäner. Domänen trogenhet, det vill säga i vilken utsträckning det går att vara följsam till metoden, menar vi är användbar för detta tema. Respondenterna förmedlade att metoden går att utföra manualtroget vilket enligt Proctor med kollegor (2011) är en indikation på att metoden har implementerats på ett tillfredsställande sätt. Domänen godtagbarhet i termer av i vilken grad utförandet av metoden upplevs som tillfredsställande menar vi också är relevant. Respondenterna förmedlade att de känner sig fria i att anpassa metoden i viss utsträckning så länge kärnbudskapen bevaras. Vi menar att detta kan ses som ett uttryck för att behandlarna är tillfredsställda med sättet som metoden kan utföras på.

Utmaningar för ERGT-terapeuten

Respondenterna gav uttryck för olika typer av svårigheter i sitt arbete med metoden. Flera respondenter uttryckte att metoden är svårare att utföra än vad den ger sken av, oavsett tidigare erfarenhet av behandlingsarbete.

På ytan eller vad man ska säga så ser det enkelt ut, ja man läser... och det är faktiskt en rätt komplex metod ändå tycker jag. (R2)

Det är en komplicerad metod. Många tror ju att den är enkel bara för att den är sexton veckor. (R11)

Svårigheten handlade om att det ställs höga kompetenskrav på behandlaren för att kunna göra ett bra arbete med metoden. Respondenterna framhöll att det krävs övning i att utföra metoden, god förståelse för metoden och den teoretiska bakgrunden till behandlingsformen samt goda terapeutfärdigheter. Respondenterna beskrev också att det är en fördel att ha tidigare klinisk erfarenhet av gruppbehandlingar. Manualen är central i ERGT och beskrevs å ena sidan som genomtänkt, tydligt strukturerad och innehållandes relevant teori, men å andra sidan som svårarbetad. Respondenterna upplever manualen som allt för ordrik och det är svårt att få en överblick av det viktigaste i varje del. R6 beskrev: ”Jag tror det är svårare att sortera ut det [det viktigaste] eftersom manualen är så tjock och kompakt”. Flera av metaforerna beskrevs som svåra för patienterna att relatera till då de är hämtade ur en amerikansk kontext. Språket och vissa

begrepp beskrevs som onödigt komplicerade och på vissa ställen är ordningsföljden i manual och arbetsblad olika. Utöver detta angavs tidsbrist som en utmaning, detta i bemärkelsen att det är svårt att hinna med att gå igenom allt material på avsatt tid. Flera respondenter uppgav att dessa saker sammantaget inte sällan försvårar för patienterna att ta till sig materialet, vilket i sin tur blir en utmaning för terapeuten som då måste lägga tid på att förenkla och ha uppsikt över att samtliga gruppdeltagare hänger med.

Att behandlingsformen är en gruppintervention beskrevs också som utmanande på flera sätt. Flera respondenter beskrev det som utmanande att ta hand om grupprocesserna som pågår, försöka skapa ett gott gruppklimat och fånga upp det som händer i rummet på ett bra sätt. I de fall behandlarna noterar att enskilda patienter mår särskilt dåligt eller har stora svårigheter i att tillgodogöra sig terapin försvårar det arbetet med att bibehålla ett gruppfokus och göra det som är bäst för gruppen i sin helhet.

Utifrån Proctor med kollegors (2011) domän godtagbarhet om i vilken grad metodens innehåll anses tillfredsställande konstaterar vi att våra respondenter både tilltalas och hindras av hur manualen är utformad. Detta ger således en bild av behandlarna som både mer och mindre tillfredsställda med metodens innehåll. Gällande domänen genomförbarhet, som handlar om i vilken mån en metod kan användas framgångsrikt i ett visst sammanhang sett till praktiska aspekter som till exempel kompetensnivå (Proctor et al., 2011), framgår att respondenterna tycker att metoden kräver hög kompetensnivå för att kunna utföras på ett tillfredsställande sätt. Vi menar att fördelen som framhålls med att ha tidigare erfarenhet av arbete med gruppterapi går i linje med empiri som sagt att det kan vara en underlättande faktor att ha tidigare klinisk erfarenhet vid arbete med evidensbaserade metoder (Finch et al., 2020). Kraven på kompetens går även att förstå utifrån komponenten Veta i modellen Veta, Kunna, Vilja. När användare inte upplever sig ha tillräckliga kunskaper om och färdigheter kring att utföra metoden kan det utgöra en hindrande implementeringsfaktor på så vis att det försvårar och i värsta fall omöjliggör användande (Hasson & von Thiele Schwarz, 2023). Utmaningarna som respondenterna beskrev kan utifrån detta perspektiv beskrivas som potentiella hinder i implementeringsprocessen av ERGT. Tidsbrist är en annan hindrande faktor som respondenterna tog upp och denna kan förstås som en konsekvens av brister på andra områden (Harding et al., 2014). Den avsatta tiden räcker inte till för att gå igenom allt material som är tänkt vilket skulle kunna tolkas som att materialet är för omfattande alternativt att antal sessioner hade behövt utökas.

Hantering av utmaningar

Respondenterna beskrev olika sätt att hantera de upplevda utmaningarna med ERGT. Metodspezifisk handledning framhölls av flera av respondenterna som ett hjälpsamt inslag när man är nybörjare med metoden. Det möjliggör bland annat att behandlarna kan ställa frågor och få vägledning i hur de kan förklara komplicerade begrepp eller hur de ska tänka vid genomgång av hemuppgifter.

Det var ju jättehjälsamt tycker jag nu första omgången vi gjorde ERGT, att vi tittade... Nej, men det här: 'Kan vi inte bara gå igenom vecka fyra? Vi skulle bara vilja gå igenom lite: Hur undervisar vi det? Har vi fattat detta rätt? Kan vi inte kolla det här lite?' Och där har hon [handledaren] ju erfarenhet och lugnet med att: 'Ja men vi tittar på den här, och vi kollar detta' och så förklarar hon en gång till så att [...] vi kan förklara det vidare. Så det har varit hjälpsamt tycker jag. (R8)

Samtliga respondenter som har haft metodspezifisk handledning och nu har flera års erfarenhet av metoden gav uttryck för att den metodspezifiska handledningen med fördel kan fasas ut efterhand för att slutligen upphöra. Respondenterna beskrev att detta delvis handlar om en prioritering av sin tid, att det finns annat som bör och måste prioriteras framför metodspezifisk handledning i en pressad verksamhet, och delvis att behovet av metodspezifisk handledning minskar förutsatt att kollegialt stöd finns tillgängligt. Co-terapeuten beskrevs som en särskilt viktig källa till stöd i arbetet med metoden. ERGT-relaterade frågor kan också ställas i individualterapihandledning. Några respondenter lyfte vikten av att kunna diskutera frågor och funderingar med övriga kollegor och att kunna kontakta tidigare handledare och/eller utbildare inom ERGT vid behov för att ställa metodspezifiska frågor. Ett annat sätt att hantera utmaningar med metoden var ERGT-utbildningen, en utbildning där behandlingens struktur och manualinnehållet går igenom, praktiseras och diskuteras. Vi menar att respondenterna gav uttryck för två funktioner av utbildningen: utbildningen som ett sätt att rustas för att inleda arbete med metoden och utbildningen som ett sätt att fördjupa sina kunskaper och få möjlighet att ställa frågor på områden där manualen inte ger någon vägledning.

Det blev ett tydligt kunskapslyft: 'Varför gör vi den här övningen?' Jag kanske har gjort den här övningen på fel sätt innan eller tänkt lite tokigt och nu kan jag göra [den] lite bättre eller annorlunda. (R1)

Jag tyckte ändå det gjorde en stor skillnad. Dels var det [att] ställa frågor kring sånt jag undrat över och där man märkt att man som behandlare kanske blir lite tveksam eller lite försiktig just utifrån vad man ska göra. Men efter utbildningen kände jag betydligt mer självförtroende i att 'så här ska jag göra'. (R3)

Napel-Schutz med kollegor (2017) menade att praktisk träning och tid till reflektion är viktiga faktorer för god inläring av en ny behandlingsmetod hos erfarna terapeuter. Detta är inslag som återfinns i ERGT-utbildningen och som våra respondenter uppgav bidrar till ökad kunskap och en ökad säkerhet i utförandet av metoden. Napel-Schutz med kollegor (2017) menade även att konstruktiv feedback och stöd från kollegor och metodexperter är hjälpsamma faktorer för att lära sig en ny metod. Detta menar vi återspeglas i våra respondenters utsagor om att handledningen och det kollegiala stödet möjliggör för dem att få svar på frågor om metodens innehåll och utförande. Vidare kan Proctor med kollegors (2011) domän genomförbarhet samt komponenten Kunna i Veta, Kunna, Vilja (Hasson & von Thiele Schwarz, 2023) appliceras på respondenternas svar. Båda modellerna lyfter fram vikten av användarens upplevelse av att ha tillräckliga sociala resurser för att kunna göra ett bra arbete med metoden. Respondenterna har tillgång till olika former av handledning samt kollegialt stöd och beskrev detta som positivt. Vi tolkar detta som en indikator på att det finns nödvändiga och tillräckliga sociala resurser.

Paradoxala föreställningar om ERGTs framtid

Vi uppfattar att motstridiga bilder framkom när respondenterna beskrev sina tankar och upplevelser om arbete med ERGT idag och hur de ser på metodens framtid. Nästintill alla respondenter rapporterade en vilja i och glädje över att arbeta med metoden och patientgruppen trots de utmaningar som finns.

Det är mycket glädje att jobba med denna metod och det är ganska kreativt. (R5)

Jag tycker det är roligt. Man kan ju alltid ha lite anspänning inför en grupp. Men jag tycker det är roligt för man får mycket tillbaka. (R9)

Jag tycker ändå det är väldigt roligt. Att vara detektiv, som jag brukar säga, med de här känslorna. De [patienterna] är ju väldigt nyfikna och de är ju väldigt, kan man säga följsamma. Det är häftigt att se hur de kämpar med hemuppgifterna och försöker förstå och frågar, och en del är ju såklart väldigt mycket tystare och så där, men jäklar vad de kämpar och sliter med sina svårigheter. (R8)

De respondenter som arbetar mer direkt med metodutveckling och spridning av ERGT gav uttryck för att metoden fortsatt behövs och att det finns ambition om att sprida metoden till fler mottagningar. R8 sade: "Jag tror den kommer det [finnas kvar] eftersom vi inte ser något slut på självskadebeteende. Det ser inte ut att minska. [...] Den här [ERGT] ska finnas som en grundnivå överallt i hela Sverige." Ambitioner om spridning återspeglades även i information från respondenterna om att ERGT-utbildningar har hållits terminsvis sedan uppstart 2013 med ett konsekvent deltagarantal kring 20-40 terapeuter. Detta menar vi sammantaget gav en bild av ERGT som en metod som växer och fortsatt är aktuell efter tio år i Sverige.

Motbilden till detta såg vi i respondenternas samstämmiga önskan om att mer forskning ska göras på metoden, inte minst i syfte att få mer evidens att luta sig mot och använda vid bedömningar inför uppstart av nya ERGT-grupper. Några respondenter lyfte att de befintliga studierna börjar bli gamla och att ny forskning på metodens behandlingseffekt behövs för att göra det enklare att stå för metoden inför patienterna.

Önsknigen är ju att man hade mer forskning kring det för att se: Vad behöver justeras och vilka grupper hjälper det? Blir det någon skillnad beroende på vilken bedömning eller inklusionskriterier? Sådana saker hade ju varit.. det är ju sånt man hamnar i som behandlare nu. (R9)

Det är jättelängesen det gjordes någon forskning kring området, så det står ju väldigt still [...]. Det är som att använda ett recept som funkade på sjuttioalet alltså. [...] Så frågan är liksom när bäst-före-datomet går ut? Har det redan gått ut? Hur länge kan vi säga att vi kan luta oss på forskningen? (R5)

Ingen revidering har gjorts på manualens innehåll eller struktur vilket har inneburit att de ordningsföljdsfel och tryckfel som funnits sedan manualens lansering inte har åtgärdats. Vissa

respondenter beskrev det som omotiverande att i varje behandlingsomgång behöva ursäkta dessa fel och göra samma förtydliganden inför patienterna. Detta skulle kunna ses som en kontrast till den glädje och vilja som respondenterna också gett uttryck för i arbetet med ERGT. Vi menar att respondenternas efterfrågan på ny forskning tillsammans med deras missnöje över att behöva arbeta utifrån en oreviderad manual gav en bild av ERGT som en metod som riskerar att stagnera och utdateras om inte förändringar görs.

Proctor med kollegors (2011) domäner lämplighet och implementeringskostnad menar vi är relevanta att använda för att förstå detta tema. Lämplighet inbegriper i vilken utsträckning metoden upplevs tillgodose det behov som den implementerades för (Proctor et al., 2011). ERGT implementerades som en del i att bredda utbudet av behandlingar för patienter med självskadebeteende (Nationella Självskadeprojektet, u.å.a). Bilden av ERGT som en metod som behövs eftersom patientgruppen fortfarande finns och inte minskar i omfång menar vi kan förstås som att metoden fortsatt tillgodoser det behov som den implementerades för. Domänen implementeringskostnad handlar bland annat om hur implementeringsprocessen organiseras och vilka strategier som används för ändamålet (Proctor et al., 2011). Metodutvecklarnas ambition om att sprida metoden och göra den till en vårdinsats som erbjuds på grundnivå i hela Sverige menar vi kan förstås som ett initiativ som främjar att implementeringsprocessen drivs framåt. Vi menar också att regelbundna ERGT-utbildningar kan förstås som en strategi för att uppnå spridning av metoden.

Komponenten Vilja i modellen Veta, Kunna, Vilja handlar om hur användarnas inställning till att använda metoden ser ut och inverkar på implementeringsprocessen (Hasson & von Thiele Schwarz, 2023). Respondenterna gav å ena sidan uttryck för motivation i bemärkelsen att de tycker om och vill arbeta med metoden och patientgruppen. Å andra sidan fanns tecken på uppgivenhet och frustration i bemärkelsen att uppdateringar uteblir och ny forskning saknas. Detta menar vi indikerar att det både finns positiva och negativa drag i behandlarnas inställning till arbete med metoden, något som skulle kunna utgöra en underlättande såväl som en hindrande faktor i implementeringsprocessen av ERGT.

Konkluderande diskussion

Syftet med denna uppsats är att utforska ERGT i Sverige idag ur ett implementeringsperspektiv. Detta perspektiv ser vi som relevant eftersom det har bäring på huruvida en metod används och sprids i rutinmässig vård (Bauer & Kirchner, 2020;

Folkhälsomyndigheten, 2023; Kirchner et al., 2020). För att uppnå vårt syfte valde vi att intervjua personer med inblick i hur det är att arbeta med metoden: behandlare, handledare och utbildare inom ERGT. Flera teoretiska koncept från implementeringsteori (Hasson & von Thiele Schwarz, 2023; Proctor et al., 2011) blev användbara för att begripliggöra våra resultat utifrån ett implementeringsperspektiv. Vi kunde använda fem av de åtta domänerna som Proctor med kollegor (2011) presenterar: godtagbarhet, genomförbarhet, trogenhet, lämplighet och implementeringskostnad. Vidare kunde alla tre komponenter i modellen Veta, Kunna, Vilja (Hasson & von Thiele Schwarz, 2023) appliceras. Vår uppsats utgör således ett exempel på hur dessa koncept kan tillämpas i utforskande av en behandlingsmetods implementeringsprocess. Vi menar därför att de kan bli aktuella att använda i framtida studier med liknande frågeställning.

För att besvara vår frågeställning 'Vilka möjligheter och utmaningar beskriver behandlare, handledare och utbildare inom ERGT med att arbeta med metoden?' presenterar vi nedan vilka delar av våra teman som vi tolkar som beskrivningar av möjligheter respektive utmaningar. Dessa möjligheter och utmaningar anser vi är relevanta att ta i beaktning i en mer övergripande utvärdering av hur väl ERGT fungerar i praktiken.

I tema Följsamhet och anpassningar, Hantering av utmaningar samt Paradoxala föreställningar om ERGTs framtid framkommer de aspekter av behandlarnas arbete som vi tolkar som möjligheter med att arbeta med metoden. Respondenterna menar att det överlag går att följa behandlingsmanualen som det är avsett och att det finns utrymme för egna anpassningar av metoden så länge kärnan i metodens innehåll bevaras. Utbildning och olika former av handledning finns tillgängligt för att hantera de svårigheter som behandlarna stöter på i sin kliniska vardag. Ett intresse för att arbeta med metoden finns såväl som en ambition att bevara och sprida den. Dessa möjligheter menar vi talar för att metoden fungerar väl att arbeta med. En aspekt av detta är att metoden medger flexibilitet för dess användare, något som Najavitz med kollegor (2004) menade ökade sannolikheten för användande av en manualbaserad metod och som Finch med kollegor (2020) lyfte fram som en möjliggörande faktor för användning av evidensbaserade metoder. En annan aspekt är att användarna har tillräckliga stödfunktioner, något som Napel-Schutz med kollegor (2017) såg som en hjälpsam faktor vid inläring av en ny metod. En tredje aspekt är att användarna uttrycker engagemang och motivation kring att använda metoden, något som modellen Veta, Kunna, Vilja har lyft fram som en viktig möjliggörare för användning (Hasson & von Thiele Schwarz, 2023). Möjligheterna ovan har vi även kunnat beskriva utifrån uppfyllelse av Proctor

med kollegors (2011) domäner: trogenhet, godtagbarhet, genomförbarhet, lämplighet och implementeringskostnad, vilket utifrån den konceptualiseringen indikerar ett positivt implementeringsutfall. Utifrån våra respondenters svar får vi bilden att ERGTs implementeringsprocess, sett ur ett användarperspektiv, har fungerat väl hittills.

I tema Utmaningar för ERGT-terapeuten och Paradoxala föreställningar om ERGTs framtid framkommer de aspekter av behandlarnas arbete som vi tolkar som utmaningar med att arbeta med metoden. Metoden ställer höga kompetenskrav på terapeuten, manualen är på vissa sätt svårarbetad, tidsbrist förekommer på grund av mängden material som ska förmedlas på begränsad tid och fokus på gruppen framför individen är ibland svår att upprätthålla. Forskningsunderlaget för ERGT börjar bli gammalt och upplevs som skralt, vilket försvårar i bedömningar av vilka patienter som ska inkluderas samt gör det utmanande att stå för metodens giltighet inför patienterna. Det finns en önskan om revidering av manualen, men detta har ännu inte genomförts vilket leder till viss uppgivenhet bland de som arbetar med metoden. Metoden har använts i Sverige i cirka tio år och vår bild är att behandlarna på denna tid har hunnit bilda sig en uppfattning om vad i ERGTs upplägg, innehåll och arbetssätt som fungerar och inte. Vidare är det nu flera år sedan ny forskningsdata om ERGTs behandlingseffekt samlades in och ingen kontrollerad, randomiserad studie har ännu genomförts i Sverige. Vi menar att respondenternas poängtering av bristen på ny forskning samt deras önskan om en reviderad manual ger information om vad som behöver förändras och utvecklas framöver för att ett användande och spridande av metoden inte ska riskera att stagnera. Sett till att detta verkar ha en negativ inverkan på terapeuternas motivation menar vi att detta kan utgöra fog för oro kring ERGTs framtida implementeringsprocess. Detta kan motiveras utifrån komponenten Vilja i modellen Veta, Kunna, Vilja (Hasson & von Thiele Schwarz, 2023), vilken anger att brist på motivation kan utgöra ett hinder för användning av en metod. En praktisk implikation av denna slutsats kan vara att inspirera och utgöra underlag för framtida initiativ till förändring och utveckling av ERGT.

Implementeringsprocesser utspelar sig på flera nivåer: målgruppsnivå (vilket avser klienter/patienter), användarnivå (vilket avser behandlare), organisationsnivå och samhällsnivå för att nämna några (Bauer & Kirchner, 2020; Damschroder et al., 2009; Harvey & Kitson, 2016). Vi gör i våra slutsatser anspråk på att uttala oss om status på ERGTs implementeringsprocess samtidigt som vi endast har utforskat denna ur ett användarperspektiv. Ett målgruppsperspektiv har visserligen berörts genom att användarna har berättat om sin bild av målgruppens upplevelser

av ERGT. Vi valde dock att behandla dessa uppgifter med försiktighet och tolkade dem som utsagor som representerar terapeuternas utmaningar istället för som faktiska patientupplevelser. En alternativ tolkning av dessa uppgifter hade kunnat vara att se på dem som relevanta utifrån ett målgruppsperspektiv. Det hade kunnat utmynna i andra teman och hade kunnat bredda vår analys till att omfatta ytterligare en av implementeringsnivåerna.

Styrkor och begränsningar

En av uppsatsens styrkor menar vi är att vi har fått samstämmig information från majoriteten av respondenterna avseende de områden vi ställt frågor om: utbildningen, manualen, motivation, stödfunktioner och förbättringspotential. Detta har underlättat vårt arbete med att finna teman som vi menar är representativa för våra respondenter. En annan styrka menar vi är att vi genomgående varit transparenta med de val vi gjort genom processen och språkligt varit tydliga med att resultaten och slutsatserna bygger på våra tolkningar av respondenternas svar. I enlighet med en kritisk realistisk ansats gör vi inte anspråk på att framställa våra resultat och slutsatser som absoluta sanningar.

Uppsatsens design, med ett godtyckligt urval från en specifik kontext, begränsar naturligtvis möjligheterna att uttala sig om överförbarhet och representativitet. En reflektion som vi ändå finner relevant att lyfta i detta sammanhang är att en majoritet av våra respondenter gått ERGT-utbildningen. Utbildningen beskrivs av respondenterna utmynna i positiva förändringar avseende kunskap och upplevt självförtroende i metoden. Vi har förstått från våra respondenter att inte alla som arbetar med ERGT som har gått eller har för avsikt att gå utbildningen. Baserat på detta menar vi att våra resultat eventuellt är mer talande för ERGT-terapeuter som har gått utbildningen än de som inte har det och att ett urval som också inkluderat ERGT-behandlare som inte gått utbildningen hade kunnat bidra med flera nyanser till uppsatsens resultat och slutsatser.

Framtida forskning

Vi har med denna uppsats introducerat ett implementeringsperspektiv på ERGTs fungerande i Sverige idag. Detta perspektiv kompletterar det fokus på behandlingseffekt av ERGT som tidigare har undersökts. Vi har antagit ett användarperspektiv men ser ett behov av och möjligheter för utforskande på fler nivåer: målgrupp, organisation och samhället i stort. Detta skulle ge en mer heltäckande bild av ERGTs implementeringsprocess vilket har potential att tydligare visa på och motivera vilka förändringar som behöver göras i metoden. Utöver detta visar våra resultat att de som arbetar med ERGT efterfrågar uppdaterad forskning på metodens

behandlingseffekt för att känna sig bekväma med att fortsätta stå för metoden inför patienterna. Både replikering av tidigare genomförda studier och randomiserade kontrollerade studier med bredare inklusionskriterier anser vi lämpar sig för att bemöta denna efterfråga och hjälpa metoden att hålla sig relevant i dagens Sverige.

Vi valde att besvara vår frågeställning genom ett kvalitativt tillvägagångssätt. Vi har på så sätt fått möjlighet att fånga ett mindre antal användares upplevelser av arbete med ERGT och har på detta sätt uppfyllt vårt syfte med uppsatsen. En styrka med vårt tillvägagångssätt har varit att vi har kunnat skapa oss en nyanserad och detaljrik bild av användarnas upplevelser. Samtidigt hade en kvantitativ ansats till exempel kunnat nyttjas för att fånga en större bredd av respondenter. Man skulle kunna tänka sig att våra kvalitativa fynd skulle kunna utgöra underlag till en studie med tvärsnittsdesign som testar generaliserbarheten av våra resultat i större skala.

Författarnas bidrag och ansvar

Vi båda har under handledning av Jonas Bjärehed formulerat frågeställningen och utarbetat studiens design. Vi har genomfört datainsamling och dataanalyser tillsammans. Vi har båda deltagit på samtliga tio intervjuer, av vilka Isabell har haft huvudansvar för fem och Johanna för fem. Vi har gemensamt och i lika omfattning bidragit till alla delar i uppsatsen, och är båda ansvariga för de slutsatser som presenteras och för uppsatsen i sin helhet.

Referenser

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Alexandersson, K. (2006). *Vilja, kunna, förstå: om implementering av systematisk dokumentation för verksamhetsutveckling i socialtjänsten*. Universitetsbiblioteket.
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (2016). *Research methods in clinical psychology* (3. uppl.). John Wiley & Sons, Ltd.
- Bauer, M. S., & Kirchner, J. (2020). Implementation science: What is it and why should I care? *Psychiatry Research*, 283.
- Bjureberg, J., Sahlin, H., Hellner, C., Hedman-Lagerlöf, E., Gratz, K. L., Bjärehed, J., Jokinen, J., Tull, M. T., & Ljótsson, B. (2017). Emotion regulation individual therapy for adolescents with nonsuicidal self-injury disorder : A feasibility study. *BMC Psychiatry*, 17(1).
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis – a practical guide*. SAGE Publications Ltd.
- Colditz, G. A., & Emmons, K. M. (2017). *The Promise and Challenges of Dissemination and Implementation Research* (2. uppl.). Oxford University Press.
- Dahlberg, A., Wetterberg, E., Lundh, L.-G., & Sahlin, H. (2018). Experiences of change in Emotion Regulation Group Therapy. A mixed-methods study of six patients. *Journal for Person-Oriented Research*, 4(1), 15–28.
- Damschroder, L. J., Keith, R. E., Lowery, J. C., Aron, D. C., Kirsh, S. R., & Alexander, J. A. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1).
- Deci, E. L., Olafsen, A. H. & Ryan, R. M. (2017). Self-determination theory in work organizations: The state of science. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 19-43.
- Delamare Le Deist, F. D., & Winterton, J. (2005). What Is Competence? *Human Resource Development International*, 8(1), 27–46.
- Eccles, M. P., & Mittman, B. S. (2006). Welcome to Implementation Science. *Implementation Science*, 1(1).

- Finch, J., Ford, C., Grainger, L., & Meiser-Stedman, R. (2020). A systematic review of the clinician related barriers and facilitators to the use of evidence-informed interventions for post traumatic stress. *Journal of Affective Disorders*, 263, 175–186.
- Folkhälsomyndigheten (2023). *Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst: en rapport om implementering inom folkhälsoområdet* (3. uppl.).
- Forbat, L., Black, L., & Dulgar, K. (2015). What clinicians think of manualized psychotherapy interventions: findings from a systematic review. *Journal of Family Therapy*, 37(4), 409–428.
- Gratz, K. L. (2013). *Emotion regulation group therapy - vid självskadebeteende*. Nationella självskadeprojektet.
- Gratz, K. L., Bardeen, J. R., Levy, R., Dixon-Gordon, K. L., & Tull, M. T. (2015). Mechanisms of change in an emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 65, 29–35.
- Gratz, K. L., Dixon-Gordon, K. L., & Tull, M. T. (2014). Predictors of treatment response to an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 97–107.
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 25–35.
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2011). Extending research on the utility of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(4), 316–326.
- Gratz, K. L., Tull, M. T., & Levy, R. (2014). Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 44(10), 2099–2112.
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J., & Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7(1), 50–66.
- Harding, K. E., Porter, J., Horne-Thompson, A., Donley, E. & Taylor, N. F. (2014). Not enough

- time or a low priority? Barriers to evidence-based practice for allied health clinicians. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 34(4), 224-231.
- Harvey, G., & Kitson, A. (2016). PARIHS revisited: From heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implementation Science*, 11(1).
- Hasson, H., Gröndal, H., Uvhagen, H., von Thiele Schwarz, U., Rundgren, Å. H., & Avby, G. (2020). How can evidence-based interventions give the best value for users in social services? Balance between adherence and adaptations: a study protocol. *Implementation Science Communications*, 1(1).
- Hasson, H. & von Thiele Schwarz, U. (2023). *Implementeringsboken: så inför du nytta som gör nytta*. Natur & Kultur.
- Kirchner, J. E., Smith, J. L., Powell, B. J., Waltz, T. J., & Proctor, E. K. (2020). Getting a clinical innovation into practice: An introduction to implementation strategies. *Psychiatry Research*, 283.
- Michie, S., Atkins, L., & West, R. (2014). *The behaviour change wheel: A guide to designing interventions*. Silverback Publishing.
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1), 1-12.
- Najavits, L., van Horn, A., Siqueland, L., Thase, M., Ghinassi, F., Weiss, R., Frank, A., & Luborsky, L. (2004). Therapist satisfaction with four manual-based treatments on a national multisite trial: An exploratory study. *Psychotherapy*, 41(1), 26–37.
- Napel-Schutz, M. C., Abma, T. A., Bamelis, L. L. M., & Arntz, A. (2017). How to Train Experienced Therapists in a New Method: A Qualitative Study into Therapists' Views. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 359–372.
- Nationella Självskadeprojektet. (u.å.a). *ERGT och ERITA - nya behandlingsmetoder vid självskadebeteende*. <https://nationellasjalvskadeprojektet.se/forskningsrapporter-och-arkivmaterial/ergt-och-erita/>
- Nationella Självskadeprojektet. (u.å.b). *Varför ett nationellt projekt om självskadebeteende?*. <https://nationellasjalvskadeprojektet.se/om-nationella-sjalvskadeprojektet/>

- Nationella Självskadeprojektet. (10 oktober 2013). *Nu startar utvärdering av ERGT och ERITA*.
<https://nationellasjalvskadeprojektet.se/nu-startar-utvardering-av-ergt-och-erita/>
- Nilsen, P. (2011). *Implementering: teori och tillämpning inom hälso- & sjukvård*.
Studentlitteratur.
- Nilsen, P. (Red.). (2014). *Implementering av evidensbaserad praktik*. Gleerup.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and policy in mental health, 38*(2), 65–76.
- Rabin, B. A., Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Kreuter, M. W., & Weaver, N. L. (2008). A glossary for dissemination and implementation research in health. *Journal of public health management and practice, 14*(2), 117–123.
- Sadeghi-Bazargani, H., Tabrizi, J. S. & Azami-Aghdash, S. (2014). Barriers to evidence-based medicine: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 20*(6), 793–802.
- Sahlin, H., Bjureberg, J., Gratz, K. L., Tull, M. T., Hedman-Lagerlöf, E., Bjärehed, J., Jokinen, J., Lundh, L. G., Hellner, C., & Ljótsson, B. (2019). Predictors of improvement in an open-trial multisite evaluation of emotion regulation group therapy. *Cognitive Behaviour Therapy, 48*(4), 322–336.
- Sahlin, H., Bjureberg, J., Gratz, K. L., Tull, M. T., Hedman, E., Bjärehed, J., Jokinen, J., Lundh, L. G., Ljótsson, B., & Hellner Gumpert, C. (2017). Emotion regulation group therapy for deliberate self-harm : A multi-site evaluation in routine care using an uncontrolled open trial design. *BMJ Open, 7*(10).
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/
- Shoemaker, S. J., Swan, H., Curran, G. M., Teeter, B. S., & Thomas, J. (2017). Application of the consolidated framework for implementation research to community pharmacy: A framework for implementation research on pharmacy services. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 13*(5), 905–913.
- Socialstyrelsen. (2012). *Om implementering* [Broschyr]. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-6-12.pdf>

Sveriges Psykeologförbund (2020). *Principer för Evidensbaserad Psykeologisk Praktik (EBPP)*
[Broschyr]. [https://www.psykeologforbundet.se/globalassets/a-psykeologforetagarna/
ebpp-002.pdf](https://www.psykeologforbundet.se/globalassets/a-psykeologforetagarna/ebpp-002.pdf)

West, R. & Michie, S. (2020). A brief introduction to the COM-B Model of behaviour and the
PRIME theory of motivation. *Qeios*.

Westerlund, A., Nilsen, P., & Sundberg, L. (2019). Implementation of Implementation Science
Knowledge: The Research-Practice Gap Paradox. *Worldviews on Evidence-Based
Nursing*, 16(5), 332–334.

Bilaga 1

Informationsblad för deltagare i examensarbete

Bakgrund och syfte

ERGT har funnits i Sverige i 10 år! Vad vi vet har det inte gjorts någon revidering av manualen eller någon utvärdering kring hur det är att arbeta med ERGT idag. Som ämne för vår examensuppsats har vi valt att fokusera på användningen av ERGT-metoden, till exempel vilka utmaningar och möjligheter behandlare upplever och vad som skulle kunna förbättras med metoden. För att uppnå vårt syfte vill vi intervjua aktiva och tidigare aktiva ERGT-behandlare om deras erfarenheter av att arbeta med ERGT.

Hur går studien till?

Vi ämnar utföra intervjuer á cirka 45 minuter med aktiva och tidigare aktiva ERGT-behandlare. Intervjuerna kommer att spelas in och ljudfilerna kommer att lagras på våra (Isabell och Johanna) datorer fram till att uppsatsen är godkänd.

Ljudfilerna kommer att transkriberas delvis eller i sin helhet. Den transkriberade datan kommer att sparas i lösenordsskyddade dokument. Datat kommer även att anonymiseras.

Datans kommer att analyseras med hjälp av kvalitativ metod (tematisk analys). Datat som blir aktuellt för oss att använda i studien kommer att presenteras anonymiserat.

Efter att examensarbetet har blivit godkänt kommer ljudfilerna såväl som transkriberingsdokumenten att raderas.

Frivillighet

Ditt deltagande i examensarbetet är fullständigt frivilligt och du kan välja att avsluta ditt deltagande när som helst under arbetets gång, utan förklaring eller påföljder. Om du önskar avsluta ditt deltagande kontaktar du oss på nedan kontaktuppgifter.

Kontaktpersoner

Psykologstudenter som genomför detta examensarbete: Isabell Dimblad Gonzalez och Johanna Victorén.

Mailadresser: is8426di-s@student.lu.se respektive jo8247vi-s@student.lu.se

Handledare för examensarbetet: Jonas Bjärehed, Studierektor vid institutionen för psykologi i Lund

Mailadress: jonas.bjarehed@psy.lu.se

Bilaga 2



LUNDS UNIVERSITET
Samhällsvetenskapliga fakulteten

Samtycke till deltagande i examensarbete om ERGT

Psykologstudenter som genomför detta examensarbete: Isabell Dimblad Gonzalez och Johanna Victorén.

Medgivande

Jag bekräftar härmed att jag har tagit del av skriftlig och muntlig information om studien och accepterar att delta. Jag har fått möjlighet att ställa frågor om studien. Jag har fått information om att de uppgifter som samlas in om mig kommer att behandlas konfidentiellt, på ett sådant sätt att min identitet inte kommer att avslöjas för obehöriga. Jag är medveten om att min medverkan är helt frivillig och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Ort och datum _____

Förnamn och efternamn _____

Telefonnummer _____

Namnsteckning _____

Bilaga 3

Intervjuguide (behandlare)

UTBILDNINGEN

- Hur gick ERGT-utbildningen till när du gick den?
- Kände du dig rustad inför din första ERGT-grupp efter utbildningen? Varför/varför inte?

MANUALEN/METODEN

- Hur skulle du beskriva ERGTs kärnkomponenter/grundbultar? Var dessa tydliga från utbildningen?
- Hur är det att arbeta med dessa kärnkomponenter/grundbultar i praktiken? *Ge exempel!*
- Hur upplever du att det är att arbeta i par med en annan terapeut? Fördelar och nackdelar?
- Upplever du att du kan arbeta efter ERGT-manualen så som du tänker att det är avsett? Vad hindrar dig? Vad möjliggör för dig? Har detta förändrats över tid?
- Upplever du någon skillnad mellan hur du arbetar med metoden idag jämfört med när du började? Om ja, vad för skillnader?
- Uppfattar du att det finns skillnader i hur olika behandlare på din enhet/avdelning utför ERGT? Hur ser du i så fall på det? Medger metoden det i ditt tycke?

MOTIVATION

- Trivs du med att arbeta med metoden?
- Vad trivs du med? Vad trivs du sämre med?

HANDLEDNING/STÖDFUNKTIONER

- Har du handledning? Om ja, hur ofta? Hur länge per gång? Givande/inte givande? Varför givande/varför inte givande?
- Vem vänder du dig till när/om du har funderingar kring arbetet med metoden?
- Har det skett någon förändring avseende "stödfunktioner" (personer att vända sig till med metodfrågor till exempel) för dig som behandlare under tiden du har arbetat med ERGT? Vilka förändringar har i så fall skett?

FÖRBÄTTRINGSPOTENTIAL

- I en ideal värld, hur hade stödet/organisationen kring dig sett ut?
- Vad upplever du att du behöver för att göra ett bra arbete med metoden? Även *kontextuella och praktiska faktorer - t.ex. Tid till inläsning, förberedelse, lokaler.*

Något område som du tycker känns viktigt och som inte täckts av idag?

Bilaga 4

Intervjuguide (handledare/utbildare/metodutvecklare)

UTBILDNINGEN

- När kom du i kontakt med ERGT för första gången?
- Hur gick ERGT-utbildningen till när du gick den?
- Kände du dig rustad inför din första ERGT-grupp efter utbildningen? Varför/varför inte?

MANUALEN/METODEN

- Hur skulle du beskriva ERGTs kärnkomponenter/grundbultar? Var dessa tydliga från utbildningen?
- Vad uppfattar du att det finns för utmaningar med att lära ut metoden till andra?
- Finns det några återkommande frågor till dig som utbildare/handledare? Var upplever du att personer brukar fastna?
- Upplever du att andra/du kan arbeta efter ERGT-manualen så som det är avsett? Vad ser du för hinder? Vad ser du som möjliggörare? Har detta förändrats över tid?
- Är detta något som har förändrats sedan du började med att arbeta med metoden? Är utmaningarna annorlunda nu jämfört med tidigare?
- Tycker du dig se stora skillnader i hur olika personer utför ERGT? Hur ser du på det i så fall? Medger metoden det i ditt tycke?

MOTIVATION

- Trivs du med att arbeta med att lära ut metoden?
- Vad trivs du med? Vad trivs du sämre med?

HANDLEDNING/STÖDFUNKTIONER

- Vem vänder du dig till när/om du har funderingar kring arbetet med att lära ut metoden?

FÖRBÄTTRINGSPOTENTIAL

- I en ideal värld, hur hade stödet/organisationen kring dig sett ut?
- I en ideal värld, hur hade stödet/organisationen kring ERGT-behandlare sett ut?
- Vad upplever du att ERGT-behandlare behöver för att göra ett bra arbete med metoden?
Även kontextuella och praktiska faktorer - t.ex. Tid till inläsning, förberedelse, lokaler.

Något område som du tycker känns viktigt och som inte täckts av idag?