

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Upplevelser av Deliberate Practice inom psykoterapi: att praktiskt
träna på kliniska färdigheter i svenska vårdorganisationer**

Karl-Oskar Argani Olsson & Olof Nilsson

Examensarbete 30 poäng
Psykologprogrammet
PM2519
Hösttermin 2021

Handledare:
Jesper Lundgren
Emma Jacobsson-Jensen

Upplevelser av Deliberate Practice inom psykoterapi: att praktiskt träna på kliniska färdigheter i svenska vårdorganisationer

Karl-Oskar Argani Olsson & Olof Nilsson

Yrkesverksamma psykologers kliniska arbete är i huvudsak praktiskt och ska i svenska vårdorganisationer enligt gällande lagstiftning ske enligt evidensbaserad praktik, vilket ställer höga krav på kompetens. Deliberate Practice (DP) är en relativ ny inlärningsmetod som möjliggör målinriktad och praktisk inläring av psykoterapifärdigheter. I denna studie undersöktes yrkesverksamma psykologers erfarenheter av att träna kliniska färdigheter genom DP inom svenska vårdorganisationer, så kallad beteendeträning baserad på DP-principer. Ur åtta semistrukturerade intervjuer som analyserades med tematisk analys konstruerades fyra teman vilka illustrerar hur beteendeträningen interagerade med omgivande organisation. I intervjumaterialet framkom starka drivkrafter hos informanterna att skapa utrymme för att utveckla sin kliniska skicklighet med eller utan organisationens stöd. Utifrån intervjumaterialet framstod informanterna ta ansvar för hela sitt terapiutövande och såg det terapeutiska arbetet som ett hantverk och DP som ett verktyg att träna upp skicklighet. Det upplevdes gynnsamt om beteendeträningen var en del av ett gemensamt projekt tillsammans med organisationen och/eller kollegor snarare än ett enskilt projekt. Flera informanter upplevde en motsättning mellan att organisationen sätter värde på kvantitet avseende utförda patientbesök och beteendeträningens fokus på kvalitet i terapiarbetet. Resultatet diskuteras i relation till forskning om DP.

Svensk lagstiftning föreskriver att legitimerade yrkesutövare i vårdorganisationer arbetar enligt vetenskap och beprövad erfarenhet (Hälsa och sjukvårdslagen, [HSL], SFS 2017:30). I praktiken betyder det att den enskilde yrkesverksamma förväntas fatta beslut om vårdinsats genom att väga samman den bästa tillgängliga evidensen; med sin professionella expertis och erfarenhet; samt patientens situation och önskemål. (Socialstyrelsen, 2012; 2019; APA, 2006; Hasson & von Thiele Schwarz, 2017). Detta går i linje med Psykologförbundets riktlinjer (2020) för Evidensbaserad Psykologisk Praktik (EBPP). Emellertid vad som utgör ”professionell expertis” inom psykoterapi för en yrkesverksam kliniker i verkliga förhållanden är dock omdiskuterat (Goodyear et al., 2017; Hill et al., 2017; Miller, Hubble & Chow, 2018; Norcross & Karpiak, 2017).

Expertis inom psykoterapi

Flera faktorer som traditionellt har förknippats med inläring och utveckling av expertis inom psykoterapi har inte gått att koppla till förbättrat behandlingsutfall. Varken traditionell handledning inom psykoterapi (Rousmaniere et al., 2016; Watkins, 2011; Whipple et al., 2020) eller teoretisk utbildning (Hill & Knox, 2013) verkar påverka behandlingsresultat på ett mätbart sätt. Ett positivt samband mellan klinisk erfarenhet och förbättrat behandlingsutfall har heller inte belagts (Goldberg et al., 2016a). Goldberg med kollegor (2016a) fann att de flesta kliniker presterar

på samma nivå över tid, ett mindre antal presterade bättre och på gruppnivå uppstod faktiskt ett svagt negativt samband mellan klinisk erfarenhet och behandlingsutfall.

Empiri, en förutsättning för expertis

Utifrån ovanstående är det inte tillräckligt att deklarerat vilken utbildning och erfarenhet en psykolog besitter för att åberopa professionell expertis inom psykoterapi (Goodyear et al., 2017; Hill et al., 2017; Miller, Hubble & Chow, 2018; Norcross & Karpiak, 2017). Frågan är då vad som utgör expertis och hur den kan utvecklas. Goodyear med kollegor (2017) föreslog att expertis inom psykoterapi bör bygga på objektiva mått över tid som indikerar kontinuerlig förbättring samt överlägsna terapieresultat i jämförelse med utfallsdata från andra kliniker. Vidare finns det mycket som talar för att användandet av utfallsmått från behandlingar bidrar till att expertis utvecklas (Goodyear et al., 2017). Bland annat eftersom kliniker ofta övervärderar sina egna kliniska förmågor (Walfish et al., 2012). Goodyear med kollegor (2017) rekommenderar rutinmässig utfallsmonitorering (ROM) som en viktig del av att utveckla expertis. Över tid ger utfallsmått behandlaren information om relevanta utvecklingsområden för klinikern att adressera. Utöver att vara en förutsättning för utvecklande av expertis så har utfallsmätningar andra positiva aspekter. Exempelvis har användningen av utfallsmått visats underlätta för behandlare att göra anpassningar i behandlingen och därmed minska risk för att patienten försämras eller behandlingen avbryts i förtid (Miller, Hubbel & Chow, 2020; Shimokawa et al., 2010).

Ett nytt sätt att utveckla expertis

Psykoterapiforskningen har visat att kliniker på gruppnivå som systematiskt tränar på psykoterapeutiska färdigheter och använder utfallsmått blir bättre över tid (Goldberg et al. 2016b). Chow med kollegor (2015) fann en samvariation mellan behandlingsutfall och den tid som avsattes för att arbeta på att förbättra terapeutiska färdigheter. De mest effektiva klinikerna avsatte 2,8 gånger mer tid åt målmedveten färdighetsträning per vecka jämfört med genomsnittet. Träning verkar lägga grunden för utveckling.

Inom vården i stort har betydelsen av träning lyfts fram. Medicinska vårdorganisationer har börjat använda mer praktisk träning för att förbättra tillämpningen av behandlingsmetoder (McGaghie et al. 2021; Masiello & Mattson, 2017). Träningen antas öka kunskap om metoden och förbättra de kliniska färdigheterna (SOU 2015:98). En av dessa inlärningsmetoder inom vården benämns Deliberate Practice (DP) och har de senaste 10–15 åren utvecklats för psykoterapi (Miller et al. 2018). Deliberate Practice som inlärningsmetod i vården har funnits resultera i förbättrad patientomvårdnad och behandlingsutfall i jämförelse traditionell inläring (McGaghie, et al., 2011). Deliberate Practice baserad träning har funnits åstadkomma bättre inläring av psykoterapeutiska kärnfärdigheter, så som empati och alliansbyggande kapacitet, i jämförelse med traditionell inläring (Di Bartolomeo et al., 2020; Westra et al., 2021; Perlman et al., 2020).

Trots att evidens för Deliberate Practice har belagts bland annat i ovanstående studier så finns också studier som funnit att metoden saknar tydlig koppling till förbättrade prestationer (Hambrick et al., 2020; Miller et al., 2020).

Deliberate Practice

Deliberate Practice är en relativt ny inlärningsmetod inom psykoterapi (Clements-Hickman & Reese, 2020). Metoden har som mål att förbättra den enskilda klinikerns behandlingsresultat.

Inom DP-fältet finns det en ambition att metoden ska vara ett tillvägagångssätt att kunna utveckla expertkunskap inom psykoterapi (Goodyear et al., 2017). Arbetssättet riktar inte in sig på en specifik terapimetod utan kan istället ses som en meta-metod som används för att utveckla behandlarens skicklighet inom valet av sin terapimetod. Deliberate Practice definieras återkommande i litteraturen som:

“[//] individualized training activities especially designed by a coach or teacher to improve specific aspects of an individual’s performance through repetition and successive refinement. To receive maximal benefit from feedback, individuals have to monitor their training with full concentration, which is effortful and limits the duration of daily training” (Ericsson & Lehmann, 1996, s. 278-279).

Deliberate Practice inom psykoterapi är en metodik där man noggrant granskar sitt kliniska arbete och med hjälp av en experthandledare konstruerar specifika övningar. Detta för att träna upp färdigheter i syfte att förbättra sitt behandlingsutfall.

Deliberate Practicebaserad beteendeträning

Detta arbete begränsas till att undersöka erfarenheter av DP som är kopplad till själva träningsmomentet i metoden. Kärnkomponenten i DP för psykoterapi har namngetts ’behavioral rehearsal’ (beteendeträning [u.t. översatt.]) (Vaz och Rousmaniere, 2021)¹. Med kärnkomponent avses den del hos metoden som antas vara i synnerhet betydelsefull för att metoden ska vara effektiv (Hasson & von Thiele Schwarz, 2017). Deliberate Practicebaserad beteendeträning benämns hädanefter som beteendeträning och utgör fokus för denna uppsats.

De unika och överlappande delarna av beteendeträning

Beteendeträning för psykoterapi utgörs av både unika och överlappande beståndsdelar i förhållande till andra inlärnings- och träningsformer. Traditionell inläring av psykoterapi sker huvudsakligen genom passiv inläsning och teoretiska diskussioner. Traditionell handledning utgår vanligtvis från återberättande av terapisessioners innehåll och intellektuellt överläggande med handledare om förbättringsmöjligheter baserat på metodteori (Vaz & Husby, 2021). Workshops lär terapeuten att omvandla teoretisk kunskap till ett aktivt användande genom rollspel av terapisationer och möjliggör dessutom att observera hur kollegor, lärare och handledare utför sitt arbete.

Vissa terapiinriktningar så som Kognitiv Beteendeterapi (KBT), Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP), Dialektisk beteendeterapi (DBT) och Motivational Interviewing (MI) har överlappade inslag med DP. Exempelvis att man spelar in terapisessioner. Detta i syfte att kunna användas som underlag för handledare och klinker att tillsammans skapa individanpassade övningar. Unikt hos DP är att praktisk inläring fungerar som en *primär* del av metoden, oavsett vilken psykoterapiinriktning den används inom.

¹ Andra teoretiska modeller av Deliberate Practice för psykoterapi finns tillgängliga, exempelvis Miller, Hubble och Chow (2018). Vaz och Rousmanieres konceptualisering valdes eftersom den ansågs mest specifik och aktuell i förhållande till föreliggande syfte.

Upprepning och avsiktlig ansträngning ger långsiktig effekt. Beteendeträning skiljer sig från lek och arbete så till vida att leken i sig blir direkt lustfylld och att arbetet belönas med pengar (Ericsson et al., 1993). Beteendeträningen däremot saknar direkt belöning och beskrivs vara intensiv, instrumentell och plågsamt monoton. Att träningen saknar belöning och tillfredsställelse gör det svårt att systematiskt upprätthålla beteendeträningen, samtidigt som det är just de korta intervallen som frekvent utförs över längre tid som antas ge önskad effekt (Ericsson, 2006; Miller, Hubble & Chow, 2020).

Beteendeträning strävar efter att efterlikna den verkliga terapisituationen och utgår ofta från verkliga stimuli, till exempel videoinspelade sessioner, rollspel eller att utövaren imaginärt föreställer sig stimuli från sina terapisesioner (Vaz & Rousmaniere, 2021). Därmed kan träningen sägas äga rum i en simulerad miljö. Simuleringen gör att det som upplevs svårt i en verklig situation kan tränas på i en trygg miljö och upprepas gång på gång.

Beteendeträning i praktiken

Beteendeträning bygger på en sekvens av steg som följer på varandra och integreras i träningen. Följande är en sammanfattning av beståndsdelarna hos DP för psykoterapi enligt Vaz & Rousmaniere, (2021): a) observation av psykoterapi, b) feedback från handledare och utfallsdata c) konstruktionen av små lärandemål, d) beteendeträning som upprepad övning, e) utfallsmått som bedömer beteendeträningens resultat. Dessa beståndsdelar används alla tillsammans i det som kallas DPs kärnkomponent: beteendeträning. Nedan redovisas mer noggrant hur hela ovanstående sekvens integreras i momentet d) beteendeträning.

Handledarens aktiva roll och feedback utgör kärnan i beteendeträning (Ericsson & Pool, 2016). DP-övningar konstrueras, instrueras, övervakas och korrigeras av en handledare som besitter kunskap om effektiva träningstekniker. Handledaren utformar övningarna efter en välavgränsad målsättning för att uppnå prestationshöjning (Ericsson, 2006). Den övergripande målsättningen bryts ner i mindre delmål och konstrueras till färdighetsövningar som repeteras. Målen fokuserar på mindre observerbara beteenden som är både verbala och icke-verbala. Experten visar först färdigheterna de föreslår att terapeuten behöver beteendeträna på (Vaz & Rousmaniere, 2021). Sedan får terapeuten öva tillsammans med experten, som också kan anpassa övningen vid behov.

Till skillnad från annan inläring av terapi kommer feedback i beteendeträningen om vad som behöver tränas på från flera källor: experthandlare, utfallsmått från terapier och videoinspelningar av terapisesioner (Vaz & Rousmaniere, 2021). Feedbacken beskrivs ge detaljfokus och belysa annars blinda fläckar hos terapeuten. Feedback från utfallsmått används sedan också för att mäta vilken effekt som träningen har resulterat i.

Övningarna justeras efter hur svåra klinikern upplever dem. Ett riktmärke är att klinikerns hela uppmärksamhet ska användas för att utmana sig själv strax bortom sin nuvarande förmåga (Vaz och Rousmaniere, 2021). Övningarna är sedan menade att repeteras på egen hand. Genom att göra detta automatiseras färdigheten hos klinikern och befästs i procedurminnet (Ericsson & Pool, 2016). Detta gör beteendeträning på egen hand psykiskt och fysiskt påfrestande. Eftersom psykoterapitraditionen saknar en kultur av självständig träning hävdar Rousmaniere (2017) att utmaningen blir större för den enskilda klinikern att skapa rutin att träna på egen hand.

Akkumulerat blir Deliberate Practice metoden med tiden som en självkorrigering feedback-loop som kan leda till livslång utveckling av behandlingarna och förfinat praktiskt lärande (Clements-Hickman & Reese, 2020).

Kunskap om omgivningens betydelse för beteendeträning efterfrågas

Behandlingsmetoder påverkas av de vårdkontexter de används inom, på samma sätt antas metoder för färdighetsutveckling påverkas av den kontext där de brukas. Det är allmänt känt att yrkesverksamma kliniker som använder metoder följsamt, som metoderna var avsedda, samtidigt behöver anpassa metoderna efter den vårdkontext metoden används inom (Hasson & von Thiele Schwarz, 2017). Kunskap om hur användningen av DP för psykoterapi under vardagliga kliniska förhållanden påverkas av den omgivande vårdkontexten har efterfrågats (Clements-Hickman & Reese, 2020). Författarna påpekar att användningen av DP som metod för färdighetsutveckling inte sker i ett vakuum och tillägger att forskare och teoretiker inom DP-fältet "behöver vara explicita angående hur en brist på resurser och stöd kan blockera terapeuters utveckling" (2020, s. 609 [u.t. övers.]). Kunskap saknas trots att det överordnade målet med DP för kliniker är att implementera och använda metoden i vårdorganisationer (Rousmaniere, Miller & Wampold, 2017; Goldberg, Babins-Wagner & Miller, 2017). Interaktionen mellan enskilda yrkesverksamma kliniker och deras omgivande organisation är i sig inget unikt för DP utan är en ofrånkomlig del av ett systemteoretiskt perspektiv där relationer och samspel mellan olika parter uppstår (Thylefors, 2020).

Syfte och frågeställning

Den här uppsatsens syfte var att undersöka yrkesverksamma psykologers erfarenheter av att beteendeträna enligt principerna för Deliberate Practice inom svenska organisationer. Detta gjordes genom att försöka besvara följande två frågeställningar:

- Vilka erfarenheter har yrkesverksamma psykologer av att beteendeträna på arbetet?
- Hur upplever yrkesverksamma psykologer att organisationen stöttar respektive hindrar utövandet av träning baserad på DP?

Metod

Deltagare

Rekrytering

Denna kvalitativa intervjustudie baseras på åtta informanter som rekryterades via annonser i grupper på Facebook och mejlutskick. Sökorden 'Deliberate practice Sverige' och 'Deliberate Practice Sweden' på Facebooks sökmotor resulterade i följande grupper: KBT-Sverige, ISTDP Sweden, FIT gruppen, ISTDP<3FIT<3DP, KBT i Sverige, ACT i Sverige och Deliberate Practice för psykologer. I dessa grupper publicerades en annons (se bilaga 1). Mejllistan togs från ISTDP-Sweden. De som anmälde sig ombads att skicka annonsen vidare i sitt kontaktnätverk till andra potentiella kandidater.

Inklusionskriterier

Kriterierna bestod av att: a) vara yrkesverksam legitimerad psykolog, b) arbeta med psykoterapeutisk behandling; c) själv identifiera sig med att använda DP som metod för att utveckla sitt terapeutiska arbete; och d) arbeta inom en svensk organisation. De som anmälde sig fick fylla i ett rekryteringsformulär med bakgrundsfrågor om arbetsuppgifter och organisation samt specifika frågor om sin beteendeträning (se bilaga 2). Exempel på frågor om beteendeträning var om informanten spelade in sina sessioner, samarbetade med en handledare i DP (coach) eller använde utfallsmått. Data från rekryteringsformuläret användes som urvalsunderlag till vilken populationen som valdes.

Urval

Antalet sex till tio informanter bedömdes vara tillräckligt i förhållande till arbetets explorativa ansats (Braun & Clarke, 2016). Rekryteringsprocessen skedde under en månads tid. En första rekryteringsomgång resulterade i åtta informanter. Två exkluderades på grund av att de inte var yrkesverksamma legitimerade psykologer. En andra rekryteringsomgång gjordes i ett försök att öka bredden på populationen utifrån terapimetod och typ av organisation. Ytterligare två informanter anmälde sig och åtta informanter inkluderades i studien.

Deltagare

Samtliga deltagare var yrkesverksamma psykologer som arbetade kliniskt inom svenska organisationer. Två informanter av sammanlagt åtta hade arbetat under ett till tre år som legitimerade psykologer, tre informanter hade arbetat mellan tre till tio år och resterande tre psykologer hade arbetat mer än 10 år. Sex informanter arbetade vid intervjutillfället på offentliga psykiatriska mottagningar och två var privatpraktiserande med egen verksamhet. Sju informanter arbetade med en patientpopulation som erfor komplex psykiatrisk problematik och en arbetade med patienter med lindriga former av ångest och depression. En informant hade arbetat med DP som metod i sitt kliniska arbete under mindre än ett år, tre hade gjort det i ett till tre år, tre hade gjort det i tre till fem och en deltagare hade gjort det i mer än fem år. Med avseende på terapimetod så använde sig sex informanter av psykodynamiska affektfokuserade terapier, en använde sig av kognitiva beteendeterapier och en använde sig av både kognitiva beteendeterapier och affektfokuserade terapimetoder.

Intervjuer

Intervjuerna var semistrukturerade och en intervjuguide gav intervjuens struktur (se bilaga 3). Guiden använde öppna frågor för att insamla data inom tre delar: a) individens erfarenhet av beteendeträning, b) individens erfarenhet av beteendeträning i en organisatorisk kontext och c) individens upplevelse av den organisatoriska kontextens påverkan på individens beteendeträning. Exempelvis ställdes frågorna: "Hur beteendetränar du med hjälp av Deliberate Practice?"; "Hur fungerar det för dig att beteendeträna på din arbetsplats?"; "Har din organisation anpassats för att möjliggöra din beteendeträning?". Följdfrågor ställdes för att inhämta exempel på erfarenheter, till exempel: "Har du några konkreta exempel?". Mer specifika frågor ställdes mot slutet av varje frågedel eller när informanterna inte kunde komma på ett svar på ämnet. Frågorna avhandlades i varje del var för sig men den semistrukturerade designen gav utrymme för avvikelser och fördjupande frågor som var unika för varje individuell intervju (Justesen & Mik-Meyer, 2011).

Intervjuguiden testades med två pilotintervjuer. Feedback från de intervjuade användes som input för att redigera frågorna (Kvale & Brinkmann, 2014). Den andra pilotintervjun inkluderades i analysen då informanten uppfyllde inklusionskriterierna och feedbacken som erhöles inte resulterade i förändringar av intervjuguiden.

Intervjuerna ägde rum under en period på fyra veckor i september och oktober 2021. Intervjuerna utfördes med videolänk (Zoom) och spelades in för att därefter transkriberas. Ljudfilerna lagrades på extern hårddisk. Bägge författarna deltog vid samtliga intervjutillfällen. Intervjuerna varade mellan 55 och 75 minuter. När alla intervjuerna var klara transkriberades de ordagrant i Word och kontrollerades mot inspelningarna. Namn på specifika personer (förutom världskända psykologer) samt platser och organisationer ströks från transkriptet för att skydda våra deltagares identitet.

Analys

Intervjudata analyserades med kritiskt realistisk analys (CR; Critical realism) (Wiltshire & Ronkainen, 2021). Inom CR perspektivet föreslås att ontologiskt och epistemologiskt perspektiv hålls isär och öppnar upp för en mellanliggande tolkning i analysen. För det första antas att en social verklighet existerar som varken kan mätas eller fångas med representativa processer som språk, kultur och mätinstrument (Wong et al., 2013). För det andra antas det inom CR rörelsen att odelade aspekter av denna sociala verklighet ryms inom det mänskliga varandetillståndet i form av erfarenheter (Wiltshire & Ronkainen, 2021). Sammantaget gör det att CR har en tradition av att skapa teman genom att sammanföra individens erfarenheter och forskarens befintliga objektiva ämneskunskaper till tematiska mönster som antas bli meningsfulla i förhållande till den reella sociala verkligheten. Författare inom CR använder sin befintliga kunskap istället för att försöka att parantessätta den.

Intevjutranskripten analyserades i enlighet med tillvägagångssättet hos induktiv semantisk tematisk analys (Braun & Clarke, 2006; 2014; u.å.). Författarna läste igenom och kodade parallellt och oberoende av varandra, under en vecka, papperskopior av samtliga transskript. Därpå kodades data gemensamt i dataprogrammet ATLAS.ti9 under två veckor. Det strävades efter att varje del av data skulle ges likvärdig uppmärksamhet (Braun & Clarke, u.å.) och detta genererade 190 olika koder. I nästa steg gjordes en genomgång av alla citat som låg till grund för koderna för att kontrollera att koderna stämde och likartade koder sammanfogades så att alla koder uttryckte något unikt och reducerades ner till 89 koder. Koderna genomsöktes upprepat för att konstruera omfångsrika mönster av mening (teman) så att ett kluster av koder på ett distinkt vis kunde förklara frågeställningen (Braun & Clarke, 2006). Olika konfigurationer av teman jämfördes med data och diskuterades vilket resulterade i att teman sammanslogs, delades eller avfärdades. Koder som saknade tema granskades i förhållande till frågeställningen för att resultera i egna teman eller inkorporeras i teman eller exkluderas ur analysen. Teman och underteman genomlästes och diskuterades så att de var distinkta i sitt narrativ från andra teman samt internt koherenta (Braun & Clarke, 2006). När alla teman och underteman var bestämda och alla överblivna koder hade tagits om hand så valdes citat ut till varje tema och undertema som på ett bra sätt exemplifierade temats innehåll.

Etik

Det här arbetet har följt forskningsetiska principer för forskning inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet, 2002). Intervjudeltagarna blev informerade om arbetets syfte, deras frivilliga deltagande och hur vi behandlade deras data och personuppgifter. Deltagarna samtyckte till deltagandet muntligen innan intervjuerna påbörjades. Deltagandet i studien ansågs inte medföra någon typ av risk för deltagarna. Intervjuerna spelades in via Zoom. Videoinspelningen raderades och endast ljudfilen behölls. Filerna lagrades med kodade filnamn på en extern hårddisk. När texterna transkriberades togs namn bort samt specifika platser som kunde undanröja personens identitet.

Resultat

Resultatet från den tematiska analysen redovisas i 4 huvudteman och 15 underteman. De första tre huvudteman inklusive underteman besvarar huvudsakligen första frågeställningen. Det fjärde huvudtemat besvarar den andra frågeställningen. Frågeställningarna var:

- Vilka erfarenheter har yrkesverksamma psykologer av att beteendeträna på arbetet?
- Hur upplever yrkesverksamma psykologer att organisationen stöttar respektive hindrar utövandet av beteendeträning baserad på DP?

Tabell 1. *Översikt av tematisk analys*

Tema	Undertema
<i>1. Att skapa utrymme för sin beteendeträning inom vårdorganisationer</i>	1.1. Organisk kontra strukturerad planering för sin beteendeträning
	1.2. Att skapa kollegiala samarbeten för sin beteendeträning
	1.3. Träningslokal och träningsredskap
<i>2. Eldsjäl - att brinna för sin sak</i>	2.1. Deliberate Practice som specialintresse
	2.2. Starkt inre driv
	2.3. Att vara en champion inom sin organisation
<i>3. Terapi som hantverk inom vårdorganisationer</i>	3.1. Att ta ansvar för hela terapiprocessen

	3.2. Skräddarsydd inläring i en simulerad miljö
	3.3. Att skärskåda sina misstag och emotionella hinder
	3.4. Att hitta sitt unika uttryck
	3.5. Att kontinuerligt utvecklas genom karriären
4. Stöd och hinder för beteendeträning inom vårdorganisationer	4.1. Beteendeträning som gemensamt eller enskilt projekt
	4.2. Professionens kravfyllda arbetsuppgifter
	4.3. Normernas påverkan på beteendeträningen
	4.4. Motsättningen mellan kvalitet och massproduktion

1. Att skapa utrymme för sin beteendeträning inom organisationen

Detta tema konstruerades av informanternas erfarenhet av att skapa det utrymme som krävdes på deras arbetsplats för att kunna beteendeträna under rådande förutsättningar. Underteman skapades i dimensioner av att skapa tid och planering, att hitta samarbeten med kollegor samt tillgång till materiella resurser.

1.1 Organisk kontra strukturerad planering för sin beteendeträning

Informanternas planering av deras beteendeträning skedde på ett spektrum mellan att vara organisk och att vara strukturerad. De som var organiska i sin planering hade ingen fast tid avsatt i kalendern för sin beteendeträning. De använde spontana tider som dök upp under veckan. Vanligt förekommande var att informanterna vid återbud från en patient använde tiden till att beteendeträna eller när lusten infann sig.

Informanter som beteendetränade systematiskt satte av tid som annars bokats upp för till exempel patientarbete. Informanterna föredrog olika typer av rutiner för sin beteendeträning. Vissa planerade in en kort session varje dag under ungefär en halvtimme. Andra avsatte utrymme till ett längre pass i veckan. Någon tränade mer intensivt i två timmar varannan vecka. Informanter med en struktur för sin beteendeträning beskrev sig vara tillfreds med utrymmet de skapade. De som spontant skapade utrymme hade delade uppfattningar. En informant ansåg det var bättre att ha sin praktik organisk då det blev ett flöde som bättre anpassade sig efter hens behov av beteendeträning. Ett par andra informanter talade om sin ambition att skapa rutin för sin beteendeträning men beskrev hur det var svårt på grund av de psykiska kraven DP ställde: *“Jag försökte etablera en*

rutin för beteendeträning, som en del i veckorutinerna här på mottagningen... men det var lite svårt att upprätthålla. Men jag hade en sån ambition (Informant 5).

1.2 Att skapa kollegiala samarbeten för sin beteendeträning

Våra informanter hade olika erfarenheter av att ha tillgång till kollegial beteendeträning. Många beskrev sig som ensamma eller nästan ensamma med sin beteendeträning på arbetsplatsen. Flera av dessa personer uttalade sig om erfarenheten av brist på samarbeten. Brist på att ha fler kollegor att beteendeträna med och att träningen inte var mer etablerat på arbetsplatsen. De som var nästan ensamma hittade ibland en eller två kollegor att utveckla ett inofficiellt kollegialt samarbete med. De avsatte veckovis en gemensam tid under arbetsdagen för att visa upp sitt kliniska material, talade om svåra patientsituationer och handledde varandra. Den kollegiala beteendeträningen beskrevs vara meningsfull och att den förhöjde glädjen med att beteendeträna. Saknades kollegiala samarbeten på arbetsplatsen hittade vissa informanter privata samarbeten med tidigare kollegor inom andra organisationer. Det fanns informanter som hade erfarenhet av att beteendeträna i grupp inom sina organisationer. En informant berättade om en tidigare arbetsplats inom svensk psykiatri där man en gång i veckan hade en stående tid för kollegial beteendeträning enligt principer för DP.

Vi var ett gäng som höll på med ISTDP framför allt och vi hade möte varje fredag där vi bjöd in alla som var intresserade på mottagningen till att titta på film, till att göra rollspel, till att öva på olika terapifärdigheter. Det gjorde vi några år på [namn på mottagning] där jag jobbade. // sen var det några som höll på med KBT. De blev väldigt nyfikna på vad vi höll på med och ville vara med. (Informant 8)

En annan informant berättade att hen inom sin organisation hade skapat och bjudit in kollegor till ett eget utformat "träningsspass" var tredje månad. Många av kollegorna på mottagningen hade anslutit sig och informanten talade om det som ett lyckat initiativ. Det uppfattades ge förhöjd arbetsglädje och möjliggöra nyinlärning. Det var förankrat hos chefen att man bokade upp psykologerna på arbetsplatsen under ett par timmar för kompetenshöjande träning.

1.3 Träningslokal och träningsredskap

Informanterna beskrev att resurser behövdes för att beteendeträna. Det kunde till exempel vara en plats att vara på, videokamera, dator och skattningsskalor. Informanterna använde ofta sitt eget kontor som träningslokal. Detta framstod fungera för de flesta. Dock upplevde en informant kontoret som för lyhört för att beteendeträna och att arbetsplatsen var för oinspirerande. Informanten föredrog att beteendeträna hemma utanför arbetstid. Gemensam beteendeträning skedde överlag i större lokaler som konferensrum. När det kom till andra materiella förutsättningarna hade de flesta fått införskaffa dem själva. Ett par informanter hade frågat om att få videokameran bekostad av organisationen eftersom de ansåg den vara en nödvändig del av deras kliniska arbete. Organisationen hade inte godkänt detta. Informanterna hade erfarenhet av att skapa utrymme för beteendeträning inom organisationen på egen hand. "Videoutrustning, nej det har jag köpt in själv. Det vill de inte bekosta. Och dator och så har jag köpt själv också" (Informant 4).

2. Eldsjäl - att brinna för sin sak

Detta huvudtema utformades efter informanternas erfarenhet av att brinna för sin beteendeträning till den grad att de ombesörjde träningen utanför arbetstid som ett specialintresse och hade en inneboende drivkraft som möjliggjorde för dem att axla de krav DP ställde på individen över tid. Temats konstruktion omfattade även informanternas erfarenhet av att egenhändigt driva och förvalta förändring inom organisationen för sin egen och andras gagn. “[/] det är någonting man får bestämma sig för att göra helt själv eftersom det inte efterfrågas av dig att du egentligen ska utvecklas inom din skicklighet.” (Informant 6)

2.1. Deliberate Practice som specialintresse

Informanterna beskrev beteendeträningen som ett specialintresse de brann för privat och som de tog egna initiativ för att på fritiden upprätthålla självständigt: “[/] det har ju varit ett fritidsintresse länge” (Informant 4). Detta gjorde att specialintresset inspirerade och föranledde beteendeträningen på arbetsplatsen: “Det är egentligen inget som jag har tagit upp med min chef utan jag gör det bara” (Informant 5). Specialintresset exemplifierades av aktiviteter som att träna på repliker under skogs promenaden; att driva DP-bokcirkel med likasinnade yrkesverksamma psykologer; att skicka aidentifierade videoklipp av svåra terapisisituationer när informanten själv spelade patient för att få feedback från likasinnade på alternativa interventioner; att privat ta handledning från flera olika DP-baserade handledare. Specialintresset gjorde att informanterna hade tillräckligt med kunskap om beteendeträning för att ägna sig åt det på arbetsplatsen. DP som specialintresse beskrevs av en informant som en förutsättning för att kunna ägna sig åt det inom vårdorganisationen: “Jag tror det är där man får jobba [syftar på fritiden] om man vill bibehålla det här så får man erkänna att det här är ett specialintresse som långt ifrån alla delar.” (Informant 6)

2.2. Starkt inre driv

Undertemat skapades för att beskriva informanternas omfångsrika erfarenheter av inre drivkrafter för att ägna sig åt beteendeträning på arbetsplatsen. Erfarenheten av inre incitamenten för att, å ena sidan, bemästra och tackla de krav som beteendeträning som aktivitet ställer på individen. Å andra sidan, självdisciplin och uthållighet som krävdes för att ta sig över tröskeln att beteendeträna inom organisationen. Informanterna erfor att beteendeträningen krävde målmedvetenhet och självdisciplin för att prioriteras i och med att beteendeträningen låg “helt totalt fullkomligt” på dem själva (Informant 3). “Ja, alltså jag tror att man behöver vara väldigt målmedveten för att överhuvudtaget vilja [//]” (Informant 3). Informanterna upplevde att beteendeträningen var ansträngande på så vis att den ställde mentala och emotionella krav på utövaren som kollegor utan inre drivkrafter saknade förmåga att tackla.

Jag märker inte att psykologerna på arbetsplatsen är så sugna på att [beteendeträna]. Det är ansträngande. Det är ett jobb att göra och man behöver komma över en tröskel för att det ska bli stimulerande. Särskilt i början är det ganska ansträngande (Informant 1).

Ansträngningen som beteendeträningen innebar medförde att informanterna ansåg att det inte var “[/] så många som tar det till nästa nivå och försöker att implementera det i sitt eget arbete” (Informant 5). Informanterna erfor att en medvetenhet om hur de kunde mobilisera sin

egen motivation och upprätthålla den över längre tid hjälpte dem att beteendeträna inom organisationen. I synnerhet när: “[/] en vanlig arbetsdag inte är särskilt anpassad till *Deliberate Practice* såvida man inte är väldigt disciplinerad” (Informant 6).

2.3. Att vara en champion inom sin organisation

Undertemat konstruerades av vissa av informanternas erfarenhet av att ta förändringsarbetet ett steg längre än personlig utveckling samt författarnas förståelse av det arbets- och organisationspsykologiska begreppet ‘champion’ (Bonawitz, et al., 2020). Champion begreppet kännetecknade enligt Bonawitz och kollegor (2020) individer som pådrog förändring och implementeringsarbete inom organisationen. De påverkade sin omgivning; tog självständigt ansvar för implementeringen av nya metoder; drev uthålligt den organisatoriska förändringen; övertygade medarbetare; och ledde förändringsarbetet med en delaktig ledarstil. Vissa av informanterna i föreliggande arbete beskrev erfarenheter som pekade på att de var champions. De förvaltade inte endast sin egen beteendeträning utan drev självständigt implementeringen av beteendeträning inom vårdorganisationen i stort: “*Jag sörjer för att det här med träning hålls vid liv på mottagningen [//]*” (Informant 7); “[/] jag har köpt in liksom diktafoner som är lätthanterliga och som jag lånar ut till andra enheter för att dem ska kunna spela in terapisaftal lättare” (Informant 3).

*[/] det är upp till oss som jobbar med *Deliberate Practice* att sälja in det på ett smart sätt. Man har ett eget ansvar att rama in det på ett sätt så att chefen kan förstå att det här är någonting som skulle kunna vara bra för vår kultur och vårt patientbemötande* (Informant 7).

3. Terapi som hantverk inom vårdorganisationer

Det tredje huvudtemat skapades ur informanternas erfarenhet av att ägna sig åt beteendeträning inom vårdorganisationer i likhet med att de utövade ett hantverk. “Hantverk” definierades (u.å.) i nationalencyklopedin som ett produktions sätt där den enskilde självständigt svarade för alla delar av tillverkningen. Temat framställdes ur informanternas erfarenheter av att ägna sig åt olika sekvenser av praktisk inlärning inom organisationen. Temat bestod av fem underteman som fångade nyanserna och komplexiteten hos olika delar av denna praktiska produktionscykel:

Nämen att den här delen av psykoterapi och behandling är en form av hantverk som behöver tränas på praktiskt också. Man behöver erkänna det som någonting som utvecklande och viktigt. Utöver att bara läsa eller prata om hur vi kan göra olika saker. (Informant 1)

3.1. Att ta ansvar för hela terapiprocessen

Informanterna beskrev erfarenheter av hur de i likhet med en hantverkare tog ansvar för att samtliga delar hos det praktiska yrkesutövandet i terapi genomarbetades och sammanfogades. Ansvarstagandet gällde flera delar. Att de tog ansvar för att beteendeträna hur de själva i rollen som terapeut blev ett hinder: “[/] 99 gånger av 100 så handlar det om hur står jag i vägen för att möta den här andra människan” (Informant 8). Att de ansvarade för att uppmärksamma innehållet i beteendeträningen: “*Vad är samarbetet med patienten, vad är målet här med patienten, finns det några alliansbrott här med patienten, hur kan jag bli ännu mer autentisk, vara ännu mer i*

relationen i rummet” (Informant 2). Att de tog ansvar för att objektivt utvärdera och förbättra sin beteendeträning: *“Det viktigaste är att man försöker vidta åtgärder när man märker att man inte lyckas”* (Informant 5); *“Jag filmar mina patienter och mina behandlingar och jag utvärderar då med skattningsskala CORE-OM”* (Informant 1); *“Och så brukar man mäta svårighetsgraden mellan 0-10, mellan varje repetition. Ja, och så får man justera då så att man hamnar på en lagom nivå* (Informant 5). Att de tog ansvar för att kunna skraddarsy sin beteendeträning med en DP-handledare: *“Jag ger mig själv mer och mer [handledning] över tid, för dyra pengar, med extern handledare”* (Informant 8).

3.2. Skraddarsydd inläring i en simulerad miljö

Undertemat skapades av informanternas erfarenheter av att upprepat öva och med hjälp av en handledare beteendeträna i en simulerad miljö inom organisationen. Temat uppmärksammade erfarenheten av att beteendeträningen består av repetitiva sekvenser. Detta för att befästa praktisk inläring genom övningar av specifika terapifärdigheter i en simulerad miljö. En erfarenhet som för psykologer inom vårdorganisationen var skild från traditionell didaktisk inläring men som liknar hur många hantverk lärs in: *“Det här är inte prestera utan här så övar man. Och att det är jättebra tillfälle just eftersom man har möjlighet att backa om och om igen. Och man kan inte backa om och om igen med patienter”* (Informant 3). Informanterna kunde beskriva hur de inom sina organisationer använde DP-specialiserade handledare för att få hjälp att skraddarsy beteendeträningsövningar. Till skillnad från traditionell psykoterapihandledning på arbetet kunde handledare praktiskt modellera konkreta sekvenser av färdigheter, bryta ner beteendeträningen i specifika delmål och anpassa svårighetsgraden efter var informanterna befann sig i utvecklingsprocessen.

[//] så visar jag ett klipp när jag tycker att det här manifesteras. Och sedan föreslår handledaren en övning. Det kan vara en övning som är av teknisk art till exempel: 'Hur jag ska intervensera'. Men det kan också vara en övning som sätter fokus på min inre emotionella process. Om jag upplever att jag blir ångestfylld eller frustrerad eller vad det nu kan vara för någonting i kontakten med patienten (Informant 4)

Informanterna upplevde att samarbetet med DP-handledare i vissa fall kunde bli allt för krävande och att det var viktigt att ha en handledare som kunde anpassa sig efter informantens behov och förmåga: *“[//] ofta har jag ganska hög ångest när jag tar handledning från honom för att han är inte alls intonad i mig”* (Informant 4).

3.3. Att skärskåda sina misstag och emotionella hinder

Informanterna erfor att det terapeutiska hantverkets huvudsakliga uppgift vara att bearbeta olika dysfunktionella yttre eller inre beteenden hos sig själva som blev ett hinder för att i terapin kunna hjälpa patienten. Beteendeträningen handlade om att detaljerat skärskåda och exponera sig för de beteenden hos dem själva som fungerade hindrande i terapin. Beteendeträningen erbjöd sedan en chans att bearbeta, korrigera och finna alternativa beteenden: *“[//] när jag upptäcker affektfobi hos mig själv. [//] då är det som att jag rymmer från platsen. Här är jag inte riktigt närvarande. Hur kan jag träna på att stå ut med det som är riktigt jobbigt här.”* (Informant 2).

Informanternas erfarenhet var huvudsakligen att dessa reaktioner gällde inre beteenden som självkritik, ångest och skam.

[//] patienten gör något destruktivt som vi tvingas in i, exempelvis [när patienten] avfärdar oss och är kall mot oss, då väcks jättestarka känslor i oss. När vi får känslor så kommer ångesten upp och ger oss skuld. Vi börjar då nedvärdera oss själva eller så blir vi stressade och börjar älta. (Informant 4).

Hantverket bestod av att bygga kapacitet för att vara kvar i den krävande terapisituationen trots att den upplevdes som osäker. Informanterna beskrev att med hjälp av beteendeträningen kunna bli mer närvarande och fria att göra det terapiarbete som situationen krävde.

Jag har två huvudsakliga sätt som jag gör det på. Dels är det individuell träning. Om ett samtal gick riktigt dåligt eller jag känner vad sjutton vad det här så tittar jag på det hemma och väljer ut ett parti. Det här måste jag titta på, just det här avsnittet. Sen så funderar jag på 'vad det är jag skulle kunna göra annorlunda här. Är det något annat jag skulle kunna säga här?' Det är ju mer en interpersonell träning. Ibland så kan det också vara så att jag sitter och pratar massor på en video. Jag vet vid något tillfälle sa jag "för helvete, håll käften!", vänd till mig själv på videon [skratt]. Jag tyckte att jag snackade för mycket. // Då började jag stanna vid varje intervention och göra den ännu kortare. Eller konstatera den här är helt onödigt här hade jag kunnat hålla helt tyst. // Det finns många olika sätt att träna individuellt. Det är både intrapersonellt och interpersonellt till videon. (Informant 2)

3.4. Att hitta sitt unika uttryck

Flera informanter erfor att en viktig del av hantverket var att hitta sitt genuina uttrycksätt i mötet med patienter. Informanterna erfor att när de repeterade interventioner kunde de mer flexibelt använda dem och leverera dem med sina egna ord. Handledarens korrigerande av interventioner och repetitiv övning beskrevs av informanterna hjälpa att sömlöst väva samman interventioner med ens personliga uttryck:

Hitta olika formuleringar som känns bra i mig. Det är hela essensen i Deliberate Practice att man inte ska ta något som står i en manual eller en bok utan man ska göra det till sitt. Hur många olika sätt kan jag hitta för att komma tillbaka till målet. (Informant 2)

Informanterna beskrev hur de behövde hitta sitt eget sätt att träna på. Alla typer av övningar resonerade inte med alla. Ett par informanter hittade egna övningar som var snarlika handledarens men inte identiskt till exempel genom att rollspela med en kollega snarare än öva framför videostimuli på en laptop.

3.5. Att kontinuerligt utvecklas genom karriären

Undertemat beskriver en hantverksanda att vilja fortsätta utveckla kvaliteten på det egna arbetet. Beteendeträningen beskrevs som ett möjligt tillvägagångssätt att se till att man kontinuerligt utvecklas:

Alltså jag kan ju till och med längta efter mitt jobb för att jag ser fram emot att hela tiden bli bättre. Och en annan sak är att ju fler problem jag kan adressera i terapierna ju bättre går det i terapierna och ju roligare blir det att arbeta (Informant 7).

Denna hantverksanda beskrevs flera gånger av informanterna innehålla stimulans och glädje. Att ta sig an aspekter av sitt arbete som behöver utvecklas sågs av vissa som motiverande istället för betungande:

Oj, här är en brist här kan jag jobba' Det är nästan stimulerande för att jag vet att det går att jobba igenom det. Jag behöver inte vara kvar i någon självkritik. Utan jag kan ta itu med det och faktiskt ha ett sätt att träna på och det är väldigt stimulerande. (Informant 1)

4. Stöd och hinder för beteendeträning inom vårdorganisationer

Clements-Hickman & Reese (2020) ifrågasättande av kontextens påverkan på individens förutsättningar att beteendeträna var en utgångspunkt i föreliggande arbete. Temat konstruerades av informanternas upplevelser av de omgivande vårdorganisationernas stödjande respektive hindrande inverkan på deras beteendeträning. Såväl praktiska som attitydbaserade aspekter utgör temat.

4.1 Beteendeträningen som gemensamt eller enskilt projekt

Informanterna upplevde sig i vissa fall allierade med sin arbetsgivare i sitt projekt att använda beteendeträning. I andra fall upplevde de att beteendeträningen blev ett enskilt projekt. I det senare fallet upplevdes en tydlig gräns mellan det egna intresset och organisationen. Flera av informanterna beskrev liknande upplevelser av hur deras organisation hade positionerat sig i förhållande till deras beteendeträning. Organisationen upplevdes ofta inta en neutral, och ibland försiktigt positiv, hållning. Individen fick utrymme och tillåtelse att utöva sin praktik under förutsättningen att de andra arbetsuppgifterna inte blev lidande:

Det är ingen som klagat på oss men det är inte heller så att det är någon som säger "Vad bra ni är som gör det". Utan ganska neutralt i relation till organisationen. Det är ingen som hindrar oss i alla fall vilket jag är väldigt glad för. (Informant 4)

En annan informant sa på liknande vis:

Det finns ett utrymme. Ni är professionella utövare ni vet vad ni behöver. Alltså då tänker man att om du behöver Deliberate Practice träna så behöver du det och så gör du det. Det är dock inget som vi tycker är så intressant eller som vi vill sätta oss in i något närmare eller så som organisation eller chef. (Informant 1)

Detta tolkades få informanterna att uppleva sig klivna till organisationens inställning till beteendeträning. Å ena sidan fanns positiva aspekter av att ha frihet inom organisationen att få ägna sig åt vad informanten ansåg värdefullt. Arbetsgivaren erkände därmed beteendeträning som

något relevant inom ramen för professionens behov. Å andra sidan fanns upplevelsen av att vara ensam. Informanterna saknade uppmuntran från organisationen och ledningen i förhållande till det hårda arbete de lagt ner. Det framstod som att ju mindre organisationen var allierad med individens projekt att utveckla sin kliniska kompetens desto mindre upplevdes organisationen vara villig att stödja beteendeträning med uppmuntran och resurser.

Det ansågs önskvärt att jobba inom en organisation som implementerat beteendeträning. Vissa informanter befann sig inom organisationer som delvis implementerat beteendeträning eller rutiner som låg i linje med DP. Till exempel genom färdighetsbaserad handledning och rutiner för att ta objektiva utfallsmått vid terapiesessioner. De upplevde en känsla av gemenskap och allians med sin organisation och fler möjligheter för kollegiala samarbeten. En informant ställde sig samtidigt frågan om det var organisationen ansvar att ansluta sig till ett gemensamt samarbete kring beteendeträningen eller inte.

4.2. Professionens kravfyllda arbetsuppgifter

Informanterna upplevde inom organisationen konkurrens mellan, å ena sidan, de tidsmässiga och psykiska resurser som krävdes för att ägna sig åt beteendeträning och, å andra sidan, den tungt belastade kliniska vardagen inom psykologyrket. Detta upplevdes utgöra ett hinder för att långvarigt upprätthålla beteendeträningen. Flera informanter upplevde att arbetsbördan de byråkratiska arbetsuppgifterna tog i anspråk inte bör underskattas i arbetet inom psykiatrin:

Det är ju dels patientbesöken som ska klaras av, dels är det massa andra typer av arbetsuppgifter som jag behöver hantera. Det kan vara att läsa igenom journalmaterial, skriva remisser eller vara med på läkarbesök (Informant 1)

På grund av att beteendeträningen krävde mentala resurser upplevde flera informanter att återhämtning var en viktig del av praktiken. I synnerhet eftersom det kliniska arbetet också var en betydande arbetsbörda. Detta upplevde en informanterna bidrog till att det saknades psykiska resurser att ägna sig åt beteendeträning utan att riskera att bränna ut sig: *“Jag hade en ambition att det skulle ske mer regelbundet men man upptäcker att man sällan är i den rätta sinnesstämningen för att göra det eftersom man behöver så mycket återhämtning under en arbetsdag.”* (Informant 6). Flera informanter upplevde att organisationen ställde krav på att byråkratiska uppgifter kopplade till det kliniska arbetet skulle uppnå en sådan hög standard att den individuella utvecklingen var tvungen att prioriteras bort.

Jag har tänkt mycket kring hur jag ska sköta den biten [byråkratiskt arbete] smidigt och inte tänkt lika mycket på hur jag ska få till en bra personlig utveckling kring det som jag tycker är viktigast, patientarbetet. (Informant 6)

4.3. Normernas påverkan på beteendeträningen

I beteendeträningen ingår det att visa upp videomaterial från sitt kliniska arbete för kollegor och handledare. Framför allt de delar av terapiesessionerna som upplevts svåra eller bristfälliga. Detta är inte vedertagen praxis på de flesta arbetsplatser. Beteendeträningen upplevdes således bryta mot rådande normer om hur kliniskt arbete ska bedrivas. Vissa informanter upplevde att det fanns rådande normer och attityder som fungerade hindrande för kollegial beteendeträning:

“[// En kollega] ville inte vara med på nästa träningspass. Hon sa att det är jobbigt med rollspel [//] Jag tänker att hon fruktar bedömningen, sin egen bedömning eller att hon är orolig att andra ska bedöma henne. Då kanske det inte är så att man känner att ens kollegor är helt öppna och uppmuntrande och icke-dömande. Man kanske har någon slags negativ förväntan om att ens kollegor ska peka på fel eller tycka att dem är bättre eller vad det nu kan vara” (informant 7).

En informant beskrev hur den ville bidra med att ändra rådande normerna genom att själv vara mer öppen och sårbar kring sina brister i sitt kliniska arbete:

Ja, det är något jag gärna talar om [sina svagheter och misstag] för att försöka odla den diskursen att försöka prata om misstag och att vi alla gör ju misstag och om jag gör ett misstag och kommit underfund med det så delar jag gärna det med kollegor. För att det känns som att jag vill bidra till att tala om den här typen av arbete. (Informant 4)

Informanterna upplevde att normer och attityder som skulle stärka benägenheten att våga visa sina brister borde förespråkas, till exempel sårbarhet och öppenhet. *“Ju mer öppna vi kan vara med de här sårbara fläckarna desto bättre kommer vi att ha det, desto bättre grupp kommer vi ha och desto mer patienter kommer vi hjälpa.” (Informant 8).*

4.4. Motsättningen mellan kvalitet och massproduktion

Flera informanter upplevde att förutsättningarna för arbetet inom det svenska offentliga vårdsystemet påverkade ambitionen att utöva beteendeträning. Inom det svenska vårdsystemet, och särskilt inom psykiatrin, upplevdes det många gånger saknas ett intresse för kvaliteten av psykologisk vård. Flera informanter upplevde att organisationen prioriterade produktion av mängden vård. Exempel på detta var “kravet på pinnar”. ‘En pinne’ var ett talesätt för ett patientmöte. Informanterna upplevde en motsättning mellan att beteendeträna för att höja kvaliteten på vården och incitamentet från organisationen att massproducera pinnar. En informant frågade chefen om specifik tid för beteendeträning på bekostnad av några färre pinnar. Trots uppvisandet av utfallsmått och kontinuerlig utveckling blev det avslag.

Jag sammanställde data men cheferna var ju inte intresserade av det. Det går att säga mycket om det men chefer inom offentlig förvaltning, offentliga institutioner de är inte intresserade av kvaliteter. Det är inte så vården är upplagd det är inte så skolan är upplagd, det är inte så universiteten funkar. Det handlar inte om kvalitet. Jag skulle säga att det är ett av de största hindren för Deliberate Practice på en större nivå. Det man vill göra är att höja kvaliteten på terapin men för cheferna är det inget problem att den är låg. Problemet är om produktionen är låg. (Informant 8)

En annan informant upplevde organisationens ointresse för kvalitet på följande vis:

Nu kan jag bara prata för mig själv, men jag upplever inte att någon någonsin har brytt sig om hur jag gör terapi. Alltså ingen. Det är inget som andra kollegor eller som andra bryr sig så värst mycket om. Deras dag är precis densamma om jag är

dålig på terapi eller bra. Alltså i den här världen kände jag att det spelade inte så stor roll om jag är bra på terapi eller inte. Ingen hade märkt någonting. (Informant 6)

Det fanns dock informanter som nyanserade ovanstående motsättning. De upplevde att deras organisation hade ett genuint intresse för kvalitet på vård och utveckling av psykoterapi. Inom dessa organisationer upplevdes ett mindre strängt krav på produktion. Det uppfattades gynnsamt för beteendeträning: *“Alltså inom organisationen finns det ett tänk om att psykologer behöver utvecklas helt enkel, att den utvecklingen finns med på kartan”* (Informant 1). Andra informanter upplevde en komplexare interaktion mellan beteendeträningens syfte att öka kvalitet och organisationens krav på produktion. Ett exempel var upplevelsen av olika intressen för kvalitet på olika nivåer inom samma organisation. En informant kände stöd från högre chefer till att beteendeträna medan den närmsta chefen inte upplevs dela den ambitionen.

Diskussion

Syftet med arbetet var att undersöka yrkesverksamma psykologers erfarenheter av att beteendeträna inom svenska organisationer. Uppsatsen försöker besvara två frågeställningar:

- Vilka erfarenheter har yrkesverksamma psykologer av att beteendeträna på arbetet?
- Hur upplever yrkesverksamma psykologer att organisationen stöttar respektive hindrar beteendeträning?

Här följer en sammanfattning av resultatet. Övergripande kan sägas att erfarenheterna av beteendeträning i stor utsträckning hämtades från yrkesverksamma psykologer som arbetade inom psykiatri. De identifierade sig själva med att beteendeträna. Resultaten varierade på ett brett spektrum från individ till individ med avseende på hur de erfor att beteendeträna på arbetet och hur respektive organisation upplevdes förhålla sig till informanternas beteendeträning. Den första frågeställningen besvarades genom tre konstruerade teman. Informanterna erfor att beteendeträning krävde att de själv skapade ett utrymme på arbetsplatsen som inte tidigare fanns (tema 1). De tolkades erfora att en förutsättning för att beteendeträna var att ha ett specialintresse eller inre drivkrafter till förändring (tema 2). Den första frågeställningen besvarades slutligen med att informanterna erfor att beteendeträningen i större utsträckning fick dem att förhålla sig till psykoterapi som ett hantverk (tema 3).

Underteman till de tre första temana presenteras här. De yrkesverksamma psykologerna uppgav sig använda beteendeträningen på sina arbetsplatser för att på egen hand ta ansvar för de praktiska dimensionerna av psykoterapi likt en hantverkare (tema 3.1). De ansvarade för att etablera de nödvändiga resurserna för att bedriva beteendeträning inom organisationen såsom videoinspelade sessioner, utfallsmått och DP-handledning. Denna hantverksanda manifesterades i en strävan att skärskåda sina terapeutiska tillkortakommanden (tema 3.3) och skapa alternativ nyinlärning i en simulerad miljö (tema 3.2). Hantverket skedde upprepat såväl självständigt, som tillsammans med kollegor och i samarbete med handledare. Beteendeträningen skedde heller inte i ett vakuum (Clements-Hickman & Reese, 2020) utan utrymmet som enskilda psykologer skapade för beteendeträning inom sina organisationer varierade (tema 1) i dimensioner av tid (tema 1.1), kollegialt samarbete (tema 1.2) och tillgängliga träningslokaler och redskap (tema 1.3). Individens

inneboende driv att skapa utrymme på arbetsplatsen för att ägna sig åt beteendeträning som ett hantverk skilde sig (tema 2). Vissa incitament kom av att de hade Deliberate Practice som specialintresse (tema 2.1). Andra av att vilja utmana sig själv med de krav på målmedvetenhet och uthållighet som beteendeträningen ställde (tema 2.2). Några brann för beteendeträningen i den omfattningen att de hade erfarenhet av att påverka sin omgivning och driva implementering av beteendeträning inom sin organisation (tema 2.3).

Den andra frågeställningen besvarades genom ett tema som tolkade upplevelser av stöd och hinder för beteendeträning inom vårdorganisationer (tema 4). En tydlig signal från ledningen upplevdes stödjande för beteendeträningen. Mer stöd upplevdes i de organisationer där beteendeträning gjordes till ett gemensamt projekt bland kollegor eller där DP implementerades från ledningsnivå. En neutral passiv inställning som gjorde beteendeträningen till ett enskilt projekt var vanlig (tema 4.1). Oavsett inställningen till beteendeträning upplevde flera informanter att andra kravfyllda, obligatoriska arbetsuppgifter tog så pass mycket tid och mental kapacitet i anspråk att de hindrade informanterna att orka beteendeträna för att utvecklas som behandlare (tema 4.2). Beteendeträningen upplevdes bli hindrad av rådande normer på många arbetsplatser. Fokuset på klinikerns brister i beteendeträningen tolkades vara svårt att införliva utan en normförändring (tema 4.3). Avslutningsvis tolkades vårdorganisationer generella krav på ett visst antal genomförda besök per behandlare och dag hindra informanter att avsätta tid till beteendeträningen. Kravet på ”pinnar” tolkades göra det svårt att ägna sig åt yrkesmässig utveckling. Detta gällde i varierande grad från organisation till organisation (tema 4.4).

Här följer en diskussion som ämnar fördjupa och nyansera delar av resultatet och ställa det mot befintlig teori och forskning. Först diskuteras ansträngningen och belöningen beteendeträningen kan innebära, följt av en diskussion om de kontrollmöjligheter beteendeträningen som redskap kan medföra för kliniker. Slutligen diskuteras hur traditionella kliniska normer kan påverka beteendeträningen.

Ansträngningen av att beteendeträna på arbetsplatsen

Flera informanter upplevde att den tid och de mentala resurser beteendeträningen erfordrade, å ena sidan, för att etablera regelbundenheten i träningen (tema 1), å andra sidan, för att få behövlig återhämtning, hindrades av andra belastande arbetsuppgifter inom organisationen (tema 4.2). Framför allt i de fall när individen självständigt behövde planera (tema 1.1) och etablera förutsättningarna för träningen (tema 1.3). När allt ansvar låg på individen hindrades regelbundna rutiner oftare från att etableras vilket till exempel uttrycktes som: *”Jag hade en ambition att det skulle ske mer regelbundet men man [//] är sällan i den rätta sinnesstämningen [//] eftersom man behöver så mycket återhämtning under en arbetsdag”*. I detta sammanhang hade flera informanter erfart att det varit trögt att komma i gång med DP. Balansen mellan återhämtning och ansträngning uppfattades problematisk att upprätthålla när arbetsbelastning var stor. Detta var ett av de hinder Clements-Hickman & Reese (2020) förutsåg uppstå i en klinisk vardag. Det faktum att träningen är utformad för att kontinuerligt förbättra prestationer samt består av flera olika delar gör den extra resurskrävande när den praktiseras helt på egen hand utan stöd. Något som gör att den praktiska träningen kan bli alltförresurskrävande för ensamma individer. Inom svenska vårdorganisationer är kliniker samtidigt ett riskyrke för psykiatriska diagnoser och sjukskrivningar (Försäkringskassan, 2020; 2011). Sammantaget blir det viktigt att överväga nyttan med riskerna för individen för att inte beteendeträningen ska bli ytterligare en krävande arbetsuppgift som belastar individens arbetssituation. Det vårt resultat visade var att trots att flera informanter

tolkades som eldsjälur (tema 2) inom DP var det ändå svårt att etablera en kontinuerlig rutin på egen hand. Frågan väcks ifall beteendeträning är en realistisk aktivitet för kliniker överlag att implementera i sitt vardagliga arbete?

Resultatet pekar på att informanterna hanterade beteendeträningens krav på olika sätt. I planering av beteendeträningen, längden på träningen och frekvens (tema 1.1). Flera beteendetränade en timme koncentrerat varje vecka. Någon två timmar varannan vecka. Andra valde att endast träna när en lucka dök upp i kalendern. En informant tränade lite grann första timmen varje dag. Flera hade svårt med frekvensen men tränade längre enstaka gånger. Flera dedikerade även tid utanför arbetet åt träningen (tema 2.1). Variation i hur beteendeträningen planerades och efterföljdes framträdde. Varför variationen uppstod kan vi inte säga något definitivt om. Kanske berodde de olika träningsrutinerna väsentligen på individens förutsättningar under en period i livet eller personliga preferenser och inre drivkrafter. Kanske berodde variationen på förutsättningarna inom organisationen. Vissa arbetade inom privat styrda organisationer, andra inom regionalt och vissa drev egen verksamhet. Antagligen samspelade individuella faktorer med organisatoriska förutsättningar på ett komplext vis. Detta samspel mellan individ och organisation är inget unikt för beteendeträning utan en ofrånkomlig del av organisationer enligt systemteori (Thylefors, 2020). Vad som går att säga utifrån resultatet är att de som uppgav sig klara av att regelbundet utföra beteendeträningen verkade gynnas i att göra den till en del av sin kliniska vardag. Medan de som beskrev sig använde den mer spontant uppfattades ha svårare att återkommande ta sig över den initiala tröskeln av ansträngning. Resultatet understryker därmed vikten av att skapa strukturerad planering vid etablerande av beteendeträning.

Ett intressant fynd var att det fanns ett fåtal individer som inte förhöll sig till sin beteendeträning som den brukar porträtteras i litteraturen (Vaz och Rousmaniere, 2021). Det vill säga som en målinriktad, praktisk träning som är belastande och saknar inneboende motiverande egenskaper och kortsiktig belöning (Ericsson et al., 1993). Hos vissa informanter upplevdes beteendeträningen snarare vara lustfylld och utvecklande, vilket kunde uttryckas som: *"O, här finns en brist, här kan jag arbeta. Det är nästan stimulerande för att jag vet att det går att jobba igenom det [//] faktiskt ha ett sätt att träna på och det är väldigt stimulerande"*. Genom att ha ett redskap för utveckling kom högre arbetsglädje av att vara mindre låst och att ha mindre negativa reaktioner i mötet med patienter.

Belönande verkade det även vara när beteendeträningen etablerades inom ett kollegialt samarbete (tema 1.2). Att beteendeträningen blev social verkar främja motivationen och underlätta att etablera ansträngande träningsrutiner. En förklaring kan vara att kollegial beteendeträning (tema 1.2) ger möjlighet till teamwork och socialt stöd (Eklöf, 2017), något Nordh (2018) fann. Ett gemensamt ansvarstagande över träningsrutiner och utveckling tolkas bli mer meningsfullt när det delas och sätts i ett socialt sammanhang. Kollegial beteendeträning framstod vara ett stöd och något både individer och organisationer skulle kunna tjäna på att uppmuntra.

Deliberate Practice verkar utifrån vårt resultat kunna tjäna på att lyfta fram att beteendeträning faktiskt kan vara lustfyllt över tid och även att kollegial beteendeträning kan ha en främjande roll genom att underlätta den ansträngning beteendeträningen kan innebära för den enskilda klinikern.

Kontrollmöjligheter

Beteendeträningen upplevdes ge informanterna med tiden mer kontroll över deras terapiarbete (tema 3). Vaz och Husby (2021) hävdar att inläringen av psykoterapi bör anpassas och likt ett hantverk få fler inslag av praktisk färdighetsträning. De menade att beteendeträningen gjorde inläringen av psykoterapi mer snarlik psykoterapi under verkliga förhållanden än traditionell inläring. Informanterna uppfattades med beteendeträningen axla ansvar för hela terapiprocessen (tema 3.1). I likhet med hur hantverkare, till skillnad från fabriksarbetare, självständigt tar ansvar för och kontroll över samtliga steg i tillverkningsprocessen (tema 3). Mot den bakgrunden, av terapi som ett hantverk, kan beteendeträning ses som en resurs som ger fler kontrollmöjligheter i terapiarbetet. Kontrollmöjligheter definieras som: *”den kontroll anställda har över hur och när arbetet utförs och även möjligheten att påverka med vem eller vilka arbetet utförs”* (Sverke et al., 2016, s.46). Beteendeträningen blir på så vis ett verktyg till klinikerns förfogande att hantera sina utmaningar och brister på arbetsplatsen. Det vill säga bygga inre kapacitet för att möta de emotionella och kognitiva utmaningar som uppkom i arbetet med patienter blev mer kontrollerbara för klinikern eftersom de får praktiskt träna på färdigheter att hantera det. Skam, självkritik och ångest blir inte bara teoretiskt begripligt utan kan också hanteras praktiskt i konkreta övningar (tema 3.3). Med informanternas ord kan beteendeträningen sägas bli ett sätt att *” vidta åtgärder när man märker att man inte lyckas ”*(tema 3.1).

Ett annat möjligt perspektiv på kontrollmöjligheter kan vara att beteendeträningen underlättar att bemöta förväntan att arbeta enligt evidensbaserad praktik (SFS 2017:30; Socialstyrelsen, 2012; 2019). Detta blir särskilt relevant då ansvaret för hur evidensbaserad praktik ska bedrivas i den kliniska verkligheten idag ofta hänskjuts till den enskilda klinikern (Hasson & von Thiele Schwarz, 2017). I den experthandleda beteendeträningen fås hjälp att praktiskt tillämpa evidensbaserad praktik anpassade efter verkliga förhållanden. Genom att få en inlärningsmetod att systematiskt kunna följa, träna och bygga samman delarna hos en evidensbaserad praktik stärks klinikerns kontrollmöjligheter på arbetsplatsen.

Traditionella kliniska normer möter beteendeträning

Användningen av utfallsmått och videoinspelade sessioner bryter mot vissa rådande traditionella normer om hur psykoterapi bedrivs. Informanterna upplevde att rådande normer i den kliniska kontexten i vissa fall blev ett hinder för att beteendeträna. Exempelvis upplevdes kollegial beteendeträning kunna väcka rädsla mellan kollegor (tema 4.2). Beteendeträningen använder ofta videoinspelade sessioner och utfallsmått som ger total insyn i klinikerns arbete och förmåga. Vårt resultat går i linje med studier som funnit att implementering av utfallsmått uppfattats hotfullt och obekvämt för kliniker (Boswell et al. 2015 hämtat ur Goodyear et al., 2017). Det uppfattades av kliniker negativt att göra klinikers prestationer i terapi jämförbara. Likartade slutsatser kunde dras när en psykiatrisk vårdgivare stegvis under en tioårsperiod implementerade DP och rutinmässiga utfallsmått (Goodyear et al., 2017). En följd av att utfallsmått implementerades och gjordes obligatoriska blev att fyrtio procent av klinikerna lämnade mottagningen. Studien fann att utfallsmått och DP krävde norm-och attitydförändringar och att organisationen stöttade sina kliniker att successivt anpassa sig till beteendeträning och utfallsmått. Emellertid skiftade efterhand attityden inom organisationen. Beteendeträning och utfallsmått gick från att uppfattas som ett abstrakt hot som avsåg att kategorisera och döma klinikers prestationer till att bli en

användbar metod för att tryggt utforska sin egen fulla potential. Clements-Hickman & Reese (2020) kom till liknande slutsats "*Therapist would need to understand that deliberate practice is not intended to encourage perfection [//] it emphasizes that mistakes should be acknowledged and used for self-improvement [//]*". Ett viktigt stöd för kliniker, oavsett om de är ensamma eller flera, kan således antas vara att organisationer hjälper till att omförhandla traditionella normer genom att göra beteendeträningen till ett gemensamt projekt (tema 4.1). Mer visad sårbarhet och öppenhet upplevdes stötta beteendeträningen. Öppenhet tolkades handla om att normalisera brister i terapirummet som en del av den kliniska vardagen. Sårbarhet tolkades handla om att istället för att upprätthålla en professionell och prestationsinriktad fasad vara ärlig med sina tillkortakommanden.

Studiens begränsningar

Majoriteten av informanterna som sökte sig till studien arbetade inom psykiatri. Det var inget medvetet val från vår sida. Denna uppsats saknar därmed nästan helt deltagare som använde beteendeträning inom andra typer av vårdorganisationer. Om det beror på att DP inom psykoterapi framförallt används inom psykiatri eller det finns andra förklaringar framgår inte. Till exempel saknar studien erfarenheter av att beteendeträna inom primärvården.

Informanterna använde ofta beteendeträning som ett komplement till behandlingsmetoder. Dessa metoder kunde överlappa DP i hur praktisk handledd träning tillämpades. Exempelvis Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy (ISTDP). Detta kan ha medfört en sammanblandning av metoder när vi frågade om erfarenheter av att beteendeträna inom svenska organisationer.

Författarna kände två intervjudeltagare privat. Det här skulle kunna ha påverkat inhämtandet av data och vilka svar informanterna kände sig bekväma att delge. Deliberate Practice är ännu ett litet fält i Sverige och flera av intervjudeltagarna refererar i materialet till sina kollegors arbete. Flera hade även samarbetat kollegialt eller arbetat på samma arbetsplats, vilket kan ha betytt att en samsyn kring ämnet redan kan ha existerat. Ett par av intervjudeltagarna var tongivande i den svenska kunskapsförmedlingen av DP och författarnas förkunskap om ämnet har färgats av dessa personer kunskapsförmedling. Det kan snedvridit tolkningen av informanternas erfarenheter eftersom redan tillgänglig förkunskap var enklare att ta till sig än ny.

Framtida forskning

Klinikerna som intervjuades hade oftast beteendeträningen som specialintresse och var själva drivande i implementeringen av DP inom sina organisationer. Det vore intressant att undersöka erfarenheten av att beteendeträna hos kliniker som inte har DP som specialintresse för att ta reda på om beteendeträning är en realistisk aktivitet för kliniker överlag att implementera i sitt vardagliga arbete.

Uppsatsen undersökte erfarenheterna av individer som beteendetränade enligt DP i svenska vårdorganisationer oavsett hur graden av metodimplementering såg ut inom organisationen. Förslag till framtida studier skulle vara att mer noggrant undersöka hur organisatoriskt stöd upplevs där ledningen har gjort en ansats att implementera DP (i likhet med Goldberg, 2017). Tillika vore det relevant att undersöka erfarenheter hos kliniker som arbetar inom en organisation som systematiskt använder utfallsmått.

Slutsats

Utifrån åtta semistrukturerade intervjuer med yrkesverksamma psykologer framstår det som att beteendeträning erbjuder många möjligheter för individen och organisationen. Beteendeträningen verkar kunna erbjuda individen resurser i form av en metod att använda för att utveckla sin professionella expertis både på egen hand och tillsammans med kollegor. Att utföra beteendeträning tillsammans med kollegor erfors vara ett stöd för att komma i gång och skapa kontinuitet i träningen. Detta resultat går i linje med en tidigare uppsats vid Göteborgs Universitet (Nordh, 2018) som visade att Deliberate Practice baserad träning tillsammans med kollegor upplevdes vara ett stöd i det kliniska arbetet.

Beteendeträningen verkar även utmana individens och organisationens normer för hur psykoterapi bedrivs. För individen handlar det om att metoden kan uppfattas hotfull eftersom den fokuserar på prestationer och genom utfallsmått göra klinikers prestationer sinsemellan mätbara. En annan utmaning för enskilda kliniker kan vara att beteendeträning är ansträngande att utföra och behöver balanseras med återhämtning samt att den kräver starkt inre engagemang för att upprätthållas. Inom organisationer framstår utmaningarna utifrån resultatet bestå av att anpassa organisationen efter metoden så att kliniker kan avsätta och planera tid kontinuerligt och få hjälp med resurser, exempelvis betald handledning, träningslokaler, videoinspelning och system för att använda utfallsmått.

Referenser

- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Bonawitz K, Wetmore M, Heisler M, Dalton VK, Damschroder LJ, Forman J, Allan KR, Moniz MH. Champions in context: which attributes matter for change efforts in healthcare? *Implement Science*. 2020 Aug 6;15(1):62. doi: 10.1186/s13012-020-01024-9
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2016). (Mis)conceptualising themes, thematic analysis, and other problems with Fugard and Potts' (2015) sample-size tool for thematic analysis, *International Journal of Social Research Methodology*, 19(6), 739-743, DOI: 10.1080/13645579.2016.1195588
- Braun, V. & Clarke, V. (u.å.). *Thematic analysis, a reflexive approach*. hämtat 2021-11-08 från <https://www.psych.auckland.ac.nz/en/about/thematic-analysis.html>
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337–345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>
- Clements-Hickman, A. L., & Reese, R. J. (2020). Improving therapists' effectiveness: Can deliberate practice help? *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(6), 606–612. <https://doi.org/10.1037/pro0000318>
- Di Bartolomeo, A., Shukla, S., Westra, H., Ghashghaei, N. & Olson, D. (2021). Rolling with resistance: A client language analysis of deliberate practice in continuing education for psychotherapists. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(2), 433-441. <https://doi.org/10.1002/capr.12335>
- Eklöf, M. (2017). *Psykosocial arbetsmiljö*. Lund: Studentlitteratur
- Ericsson, K. A. (2006). The influence of experience and deliberate practice on the development of superior expert performance. In K. A. Ericsson, N. Charness, P. J. Feltovich, & R. R. Hoffman (Eds), *The Cambridge handbook of expertise and expert performance* (s. 685–705). Cambridge, UK: Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511816796.038>
- Ericsson, K. A., & Lehmann, A. C. (1996). Expert and exceptional performance: Evidence of maximal adaptation to task constraints. *Annual Review of Psychology*, 47, 273–305. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.47.1.273>
- Ericsson, K. A., & Pool, R. (2016). *Peak: Secrets from the new science of expertise*. New York, NY: Houghton Mifflin Harcourt.
- Ericsson, K. A., Krampe, R. T., & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, 100(3), 363–406. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.3.363>
- Försäkringskassan. (2022-02-09). *Rapport – Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2020*. <https://forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/974d1839-45b5-4f14-b0e1-8ccb31cbf23d/svar-pa-regeringsuppdrag-rapport-uppfoljning-av-sjukfranvarons-utveckling-2020.pdf?MOD=AJPERES&CVID=:2020>

- Försäkringskassan. (2022-02-09). *Sjukskrivningsdiagnoser i olika yrken*. https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/84cb4254-0889-4a51-9601-e4bc82931872/socialforsakringsrapport_2011_17.pdf?MOD=AJPERES
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016a). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/cou0000131>
- Goldberg, S. B., Babins-Wagner, R., Rousmaniere, T., Berzins, S., Hoyt, W. T., Whipple, J. L., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (2016b). Creating a climate for therapist improvement: A case study of an agency focused on outcomes and deliberate practice. *Psychotherapy*, 53(3), 367–375. <https://doi.org/10.1037/pst0000060>
- Goldberg, S. B., Babins-Wagner, R., & Miller, S. D. (2017). Nurturing expertise at mental health agencies. I T. Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller, & B. E. Wampold (Eds.), *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training* (s. 199–217). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119165590.ch10>
- Goodyear, R. K., Wampold, B. E., Tracey, T. J. G., & Lichtenberg, J. W. (2017). Psychotherapy expertise should mean superior outcomes and demonstrable improvement over time. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 54–65. <https://doi.org/10.1177/0011000016652691>
- Hambrick DZ, Macnamara BN and Oswald FL (2020). Is the Deliberate Practice View Defensible? A Review of Evidence and Discussion of Issues. *Frontiers in Psychology*, 11(1134), 1-21. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01134
- Hasson, H., & von Thiele Schwartz, U. (2017). *Användbar evidens: om följsamhet och anpassning* (1 uppl.) Natur & Kultur: Stockholm
- Hill, C., Knox, S. (2013). Training and supervision in psychotherapy. I M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (6 uppl.), 775-812. New York: Wiley
- Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan, D. M., Jr., & Gelso, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 7–53. <https://doi.org/10.1177/0011000016641192>
- Vaz, A., & Husby, M. V., (2021) Målbevisst ferdighetstrening for psykoterapeuter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 58, nummer 7, 2021, 594-601*
- Justesen, L. & Mik-Meyer, N. (2011). *Kvalitativa metoder: från vetenskapsteori till praktik* (1 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Masiello, I. & Mattsson, A. (2017). Simuleringsträning ger ökad kunskap och bättre färdigheter. *Läkartidningen*. 114 (43-44). 1-5. <https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/EditorialFiles/DY/%5BETDY%5D/ETDY.pdf>
- McGaghie, W. C., Wayne D. B., Barsuk J. H. & Issenberg S. B., (2021). Deliberate Practice and Mastery Learning Contributions to Medical Education and Improved Healthcare. *Journal of Expertise*. 4(2), 144-168
- McGaghie, W. C., Issenberg, S. B., Cohen, E. R., Barsuk, J. H., & Wayne, D. B. (2011). Does stimulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A meta-analytic comparative review of the evidence. *Academic Medicine*, 86(6), 706–711. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318217e119>

- Miller, S. D., Chow, D., Wampold, B. E., Hubble, M. A., Del Re, A. C., Maeschalck, C., & Bargmann, S. (2020). To be or not to be (an expert)? Revisiting the role of deliberate practice in improving performance. *High Ability Studies*, 31(1), 5–15. <https://doi.org/10.1080/13598139.2018.1519410>
- Miller, S. D., Hubble, M. A., & Chow, D. (2017). Professional development: From oxymoron to reality. I T. Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller, & B. E. Wampold (Eds.), *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training*, 23–47. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119165590.ch2>
- Miller, S. D., Hubble, M. A. & Chow, D. (2018). The Question of Expertise in Psychotherapy. *Journal of Expertise*. Vol. 1(2) Hämtad från: https://www.journalofexpertise.org/articles/JoE_2018_1_2_MillerHubbardChow_earlyview.pdf
- Miller, S. D., Hubble, M. A. & Chow, D. (2020). *Better Results: to Improve Therapeutic Effectiveness*. American Psychological Association. Washington
- Nationalencyklopedin. (2022-02-09). *Hantverk*. *Nationalencyklopedin*. <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/hantverk>
- Norcross, J. C., & Karpiak, C. P. (2017). Our best selves: Defining and actualizing expertise in psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 66–75. <https://doi.org/10.1177/0011000016655603>
- Perlman, M. R., Anderson, T., Foley, V. K., Mimnaugh, S. & Safran, J. D. (2020). The impact of alliance-focused and facilitative interpersonal relationship training on therapist skills: An RCT of brief training. *Psychotherapy Research*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1722862>
- Psykologförbundet (2020) *Principer för Evidensbaserad Psykologisk Praktik (EBPP)* hämtat 2022-01-19 från <https://www.psykologforbundet.se/globalassets/psykologforetagarna/ebpp-002.pdf>
- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (Eds.). (2017). *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119165590>
- Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (2017). Improving psychotherapy outcomes: Guidelines for making psychotherapist expertise development routine and expected. I T. Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller, & B. E. Wampold (Eds.), *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training* (s. 267–275). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119165590.ch13>
- Rousmaniere, T. G., Swift, J. K., Babins-Wagner, R., Whipple, J. L. & Berzins, S. (2016). Supervisor variance in psychotherapy outcome in routine practice, *Psychotherapy Research*, 26(2), 196–205, doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2014.963730>
- Rousmaniere, T. (2017). *Deliberate practice for psychotherapists: A guide to improving clinical effectiveness*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30
- Socialstyrelsen (2022-02-09) *Att skapa en grund för evidensbaserad praktik - en guide för ledningen i vård och omsorg*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-10-16.pdf>
- Socialstyrelsen (2021-11-30). *Att arbeta evidensbaserat*. <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/arbete-evidensbaserat/>

- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 298-311.
- Socialdepartementet. (2015). *Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa.* (SOU 2015:98). Elanders Sverige AB. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentligautredningar/2015/11/sou-201598/>
- Sverke, M., Falkenberg, H., Kecklund, G. & Magnusson Hanson, L. (2016). *Kvinnors och mäns arbetsvillkor - betydelsen av organisatoriska faktorer och psykosocial arbetsmiljö för arbets- och hälsorelaterade utfall.* Arbetsmiljöverket: Stockholm. Hämtat 2022-01-28 från <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/kunskapssammanstallningar/kvinnors-och-mans-arbetsvillkor-kunskapssammanstallning-rap-2016-2.pdf>
- Thylefors, I. (2020). *A/O konsulten, en handbok i arbets- och organisationspsykologi.* Stockholm: Natur & Kultur
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.* Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639–644. <https://doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644>
- Watkins Jr. C. E. (2011). Does Psychotherapy Supervision Contribute to Patient Outcomes? Considering Thirty Years of Research, *The Clinical Supervisor*, 30(2), 235-256, DOI: 10.1080/07325223.2011.619417
- Westra, H. A., Norouzian, N., Poulin, L., Coyne, A., Constantino, M. J., Hara, K., Olson, D., & Antony, M. M. (2021). Testing a deliberate practice workshop for developing appropriate responsivity to resistance markers. *Psychotherapy*, 58(2), 175–185. <https://doi.org/10.1037/pst0000311>
- Whipple, J., Hoyt, T., Rousmaniere, T., Swift, J. K., Pedersen, T., & Worthen, V. (2020). Supervisor variance in psychotherapy outcome in routine practice: A replication. *SAGE Open*, 10(1), 1-11. <https://doi.org/10.1177/2158244019899047>
- Wiltshire, G., & Ronkainen, N. (2021). A realist approach to thematic analysis: making sense of qualitative data through experiential, inferential and dispositional themes. *Journal of Critical Realism*, 20(2), 159-180. <https://doi.org/10.1080/14767430.2021.1894909>
- Wong, G., Greenhalgh, T., Westhorp, G., Buckingham, J. & Pawson, R. (2013). RAMESES publication standards: realist syntheses. *BMC Medicine*, 11(21), 1-14. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-21>

Bilaga A

Annons

Hej,

Är du intresserad av att delta eller känner du någon som vill delta i vårt examensarbete. Vi söker nu deltagare till vårt examensarbete på psykologprogrammet vid Göteborgs universitet om hur psykologer med hjälp av Deliberate Practice tränar på psykoterapi. Använder du Deliberate Practice som metod och vill bidra med dina erfarenheter, tveka inte att ta chansen under september-oktober 2021. Tipsa annars någon du tror skulle vara intresserad av att vara med i projektet.

Du går in här för att anmäla dig och för att läsa mer om vad vårt examensarbete ska handla om:
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdsJP2D2CvoniHBjDDN5Cz3HHbiFWkWSBASWAvENTxs9qGNqA/viewform?usp=sf_link

Med vänliga hälsningar,
Olof Nilsson och Karl-Oskar Argani Olsson

gusnilolp@student.gu.se
guskarlool@student.gu.se

Handledare:

Emma Jacobsson-Jensen
emma.k.jacobsson@vgregion.se

Jesper Lundgren
jesper.lundgren@psy.gu.se

Bilaga B

Rekryteringsformulär

Vill du bidra med dina erfarenheter av att använda Deliberate Practice på din arbetsplats?

Hej framtida psykologkollegor!

Vi söker nu deltagare till vårt examensarbete om hur psykologer med hjälp av Deliberate Practice tränar på psykoterapi. Använder du Deliberate Practice som metod och vill bidra med dina erfarenheter. Tveka inte att ta chansen under september-oktober 2021.

Upprepad beteendeträning i en simulerad miljö anses inom Deliberate Practice vara en central del för att utveckla sitt kliniska arbete. Deliberate Practice som kompetensutvecklings metod äger inte rum i ett vakuum. Den kräver resurser både av psykologen och den omgivande organisationen. Exempelvis genom att arbetsplatsen implementerar metoden och anpassar sig till den. Syftet med vårt examensarbete kommer vara att utforska psykologers erfarenheter av att använda Deliberate Practice-baserad beteendeträning inom svenska organisationer.

Vi söker dig som är legitimerad psykolog med erfarenhet av att använda Deliberate Practice som metod i anslutning till ditt kliniska arbete. Intervjustudien kommer att hållas via videolänk under september och tar cirka 60 minuter att genomföra.

Vill du delta fyller du i frågeformuläret nedan och din e-postadress. Att svara jakande är inte ett nödvändigt inklusionskriterium. Beroende på antal anmälningar kommer vi att göra ett urval baserat på inskickade frågeformulär. Data från ifyllda frågeformulär kommer eventuellt att användas i studien. Genom att skicka in formuläret ger du ditt samtycke till att dina svar används.

Studien kommer följa forskningsetiska principer. Deltagande i studien bygger på frivillighet och det är möjligt att avbryta sitt deltagande när som helst under projektets gång. Personuppgifter och intervjumaterial kommer att behandlas konfidentiellt och presenteras aidentifierat.

Vi utför vårt examensarbete som en del av psykologprogrammet vid Göteborgs universitet. Kontakta oss eller våra handledare om du vill veta mera eller har ytterligare frågor.

Med vänliga hälsningar,

Olof Nilsson och Karl-Oskar Argani Olsson
guskarlool@student.gu.se

Handledare:
Emma Jacobsson-Jensen
emma.k.jacobsson@vgregion.se

Jesper Lundgren
jesper.lundgren@psy.gu.se

1. Vilken typ av organisation eller företag arbetar du inom?

2. Vilken är den främsta typen av patientgrupp eller problematik du behandlar?

3. Hur länge har du arbetat som psykolog?

Markera endast en oval.

- 0-1 år
- 1-3 år
- 3-10 år
- 10+ år

4. Hur länge har du använt dig av Deliberate Practice för att utveckla ditt kliniska arbete som psykolog?

Markera endast en oval.

- 0-1 år
- 1-3 år
- 3-5 år
- 5+ år

5. Använder du någon huvudsaklig terapimetod (KBT, PDT, ACT o.s.v) ? Om ja, vilken?

6. Använder du dig av videobaserad feedback i ditt kliniska arbete?

Markera endast en oval.

Ja

Nej

7. Samarbetar du med en Deliberate Practice certifierad coach?

Markera endast en oval.

Ja

Nej

8. Använder du dig av utfallsmått i ditt kliniska arbete (exempelvis SRS, ORS, ROM eller WAI)?

Markera endast en oval.

Ja

Nej

9. Färdighetstränar du med hjälp av Deliberate Practice på egen hand?

Markera endast en oval.

Ja

Nej

10. Om ja, hur många timmar per vecka ägnar du åt Deliberate Practice träning?

11. Om du är intresserad av att delta i vår kvalitativa studie var snäll och fyll i din e-postadress här *

12. Har du någon övrig kommentar eller önskemål angående ditt deltagande?

Det här innehållet har varken skapats eller godkänts av Google.

Google Formulär

Bilaga C

Intervjuguide

Bakgrundsfakta

- **Berätta kortfattat om din resa som gjort att du kom igång med Deliberate Practice?**
- **Vad för organisation arbetar du inom?**
 - Vad utmärker din arbetsplats?
 - Vad är dina arbetsuppgifter?
 - Arbetar du främst individuellt?
 - Arbetar du i team? storlek på arbetsplats, arbetssätt, grupper, terapimetod?

Deliberate Practice-baserad beteendeträning

Nu kommer vi fråga mer specifikt om Deliberate Practice-baserad beteendeträning.

- **Hur beteendetränar du med hjälp av Deliberate Practice?**
 - Kan du beskriva hur miljön ser ut där du beteendetränar?
 - Kan du ge ett exempel på när du beteendetränar i grupp?
 - Kan du ge ett exempel på när du beteendetränar enskilt?
 - Kan du beskriva hur du planerar din beteendeträning?
 - Kan du ge exempel på en tydlig målsättning för din beteendeträning?
- **Är du nöjd med sättet som du beteendetränar på?**
 - Vad är det du är nöjd med?
 - Är det något du inte är nöjd med?
- **Hur tror du att du skulle kunna förbättra sättet som du beteendetränar?**
 - Har du något konkret exempel på detta?

Organisation:

- **Hur fungerar det för dig att beteendeträna på din arbetsplats?**
 - Vad i beteendeträningen upplever du som utvecklande på din arbetsplats?

- Vad i beteendeträningen upplever du som påfrestande på din arbetsplats?
- **Har din organisation anpassats för att möjliggöra din beteendeträning?**
 - Har du några konkreta exempel?
- **Vad krävs av DIG för att lyckas utveckla med din beteendeträning inom din organisation?**
 - Vad krävs för att din beteendeträning ska vara kontinuerlig?
 - Har du några konkreta exempel?
- **Vad krävs av din ORGANISATION för att du ska lyckas med din beteende träning på din arbetsplats?**
 - Vad krävs för att din beteendeträning ska vara kontinuerlig?
 - Har du några konkreta exempel?
- **Vilket stöd erbjuder din organisation till dig som behandlare för att beteendeträna (även materiellt)?**
 - Erbjuder din organisation dig något individuellt stöd anpassat efter dina behov?
 - Vad erbjuds kontinuerligt?
 - Är det något relaterat till Deliberate Practice-baserad beteendeträning, din organisation lagt ner resurser på som du inte uppfattar som hjälpsamt?
- **Har det funnits hinder för att beteendeträna på din arbetsplats?**
 - Kan du ge ett exempel?
 - Har du saknat någonting ifrån din arbetsplats för att beteendeträna?
 -
- **Utvärderas ditt sätt att beteendeträna på din arbetsplats, behandlingsutfall?**
 - Hur?
 - Kan du ge ett exempel?
- **Vilka normer och attityder tycker du ska råda på en arbetsplats för att Deliberate Practice ska fungera och implementeras?**
 - Hur skulle man kunna nå dit inom din organisation?
 - Hur skulle det kunna realiseras på din arbetsplats? ok
 - Var inom din organisation behöver förändringen börja, tror du?

- **Brukar du visa upp ditt kliniska arbete för andra psykologer på din arbetsplats? Om du vill gå igenom det här gör det**
 - Hur går det till i så fall?
 - Vem visar du ditt kliniska arbete för?
 - Hur känns det att visa upp ditt arbete för andra?

- **Talar du på din arbetsplats om misstag du begår i ert kliniska arbete?**
 - Hur talar du om dina misstag?
 - Hur brukar det tas emot?
 - Hur blir det för dig?
 - Känns det värdefullt?
 - Vad finns det för hinder att tala om dina misstag?

- **Hur påverkar de normer och attityder som finns inom din organisation din beteendeträning på arbetsplatsen?**
 - Var inom din organisation behöver förändringen börja för att förändra normer och attityder, tror du?

- **Hur har organisationens ledning förhållit sig till Deliberate Practice-baserad beteendeträning där du arbetar?**

Avslutning

- Då var vi klara med intervjun, är det något du vill tillägga som du inte fått chansen att säga än?