

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Varken forskning eller omdöme kan vara det enda
- Psykologers förhållningssätt till evidens
i psykiatrisk öppenvård**

Lisa Elofsson och Linnéa Wigforss Tibbling

Examensarbete 30 poäng
Psykologprogrammet
PM2519
Hösttermin 2018

Handledare: Elisabeth Punzi

Varken forskning eller omdöme kan vara det enda - Psykologers förhållningssätt till evidens i psykiatrisk öppenvård

Lisa Elofsson och Linnéa Wigforss Tibbling

Sammanfattning. Kliniska psykologer förväntas använda vetenskaplig evidens och ha ett personcentrerat förhållningssätt. Studiens syfte var att undersöka hur psykologer i psykiatrisk öppenvård förhåller sig till evidens, då den kliniska tillämpningen av evidens är upp till psykologen. En tolkande fenomenologisk analys av tio intervjuer resulterade i sex teman. Det framgick att avståndet mellan forskning och klinik har genererat osäkerhet som hanterats på olika sätt, samt att förhållningssättet till evidensparadigmet inte kan separeras från den organisatoriska kontexten. Informanterna har förlitat sig på intuition och omdöme respektive forskning i olika grad samt uppfattat att de har olika stort handlingsutrymme till individanpassade bedömningar. Resultatet diskuteras i relation till det kliniska omdömet plats vid ett personcentrerat arbetssätt, då många frågor inte kan besvaras av evidens.

I dagens Sverige anses god vård vara baserad på vetenskaplig kunskap och anpassad efter den person som söker och tar emot vård (Hasson & von Thiele Schwarz, 2017; Levi, 2014). De som arbetar inom hälso- och sjukvårdens verksamhetsområden ska enligt lagtext "utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet" (SFS 2010:659). Under senare år har det alltmer förespråkats att psykoterapi bör bedrivas utifrån evidens. Evidens kan definieras som samlade forskningsresultat om behandlingseffekter enligt vissa etablerade kriterier (Thompson & Thompson, 2002). Behandlingsmetoder kan betecknas som evidensbaserade när deras effekt har prövats i vetenskapliga studier och bedömts ha goda resultat, vilket från och med 90-talet i regel gjorts genom randomiserade kontrollerade studier (Hasson & von Thiele Schwarz, 2017). Sådana studier ämnar generellt att producera forskningsstöd för psykoterapimetoder i relation till specifika diagnoser ur Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Berg & Slaattelid, 2017).

Evidens ger dock inga tydliga svar på hur den ska användas i ett kliniskt sammanhang i relation till en specifik patient (Hasson & von Thiele Schwarz, 2017; Thompson & Thompson, 2002). I många fall finns en tydlig skillnad mellan de förutsättningar som råder inom behandlingsforskning, till exempel urvalskriterier, och de komplexa fall som en psykolog verksam i psykiatrisk vård möter (Falkum, 2008; Hasson & von Thiele Schwarz, 2017). Evidens behöver således anpassas till både den kliniska verkligheten och till den unika patienten för att vara användbar, men hur det ska gå till är upp till den enskilde psykologen (Hasson & von Thiele Schwarz, 2017; Levi, 2014). Det blir alltså en uppgift för psykologen och andra professioner inom vården att med hjälp av sitt kliniska omdöme ta hänsyn till vetenskaplig evidens och beprövad erfarenhet, sina egna och verksamhetens förutsättningar samt patientens behov och särart (Levi, 2014).

Medan vetenskaplig evidens ger indikation om huruvida en metod är effektiv på gruppnivå är ett av psykologens främsta mål att hjälpa individer med varierande förutsättningar (Saarni & Gylling, 2004). En målsättning för landets hälso- och sjukvård

är att bedriva personcentrerad vård (Socialstyrelsen, 2016), vilken bland annat "utgår ifrån patientens upplevelse av situationen samt individens förutsättningar, resurser och hinder" (Centrum för personcentrerad vård, 2018). Diskrepansen mellan forskningens och klinikens villkor kan vid komplexa problembilder uppfattas som ett gap, när det ska avgöras på vilket sätt den aktuella patienten ska få hjälp utifrån dennes och verksamhetens förutsättningar (Hasson & von Thiele Schwarz, 2017). Vid strävan efter att i yrkesutövningen ta stöd i vetenskaplig evidens försätts därmed psykologen i en utmanande situation som kräver reflektion, inte minst för att även patientens förutsättningar ska vägas in vid utformning av en behandling (ibid.). Detta innebär att den yrkesverksamma på olika sätt behöver reflektera över sin praktik, vilket gör att psykologen kan betraktas som en reflekterande praktiker (Dallos & Stedmon, 2009; Schön, 1983). Utifrån psykologens ovan beskrivna arbetsvillkor ser vi ett behov av ökad kunskap om hur kliniskt verksamma psykologer förhåller sig till evidensbegreppet. Likt Bohlin och Sager (2011) har vårt syfte varit att beskriva upplevelser av evidensens plats och betydelse i den kliniska praktiken.

Evidensbaserad praktik i vården

I det kliniska arbetet finns en osäkerhet som kan hanteras på olika sätt – genom att söka efter svar i teori, vetenskap och kollegors erfarenhet eller genom att hålla fast i gamla antaganden och rutiner (Levi, 2014). Sedan slutet av 1900-talet har det på olika håll funnits en ambition att minska osäkerheten genom att förankra vården, inklusive psykiatri, i vetenskaplig evidens (Norcross, Beutler, & Levant, 2006). Rörelsen som förespråkar evidensbaserad praktik har sina rötter inom den medicinska vetenskapen under beteckningen evidensbaserad medicin (Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin, & Latzman, 2013; Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996). Paradigmet om evidensbaserad praktik utvecklades i Storbritannien, fick snabbt fäste i USA, spreds internationellt och har vid det här laget en vedertagen plats inom hela västvärlden (Bohlin & Sager, 2011; Norcross et al., 2006).

Trots att professionerna fortfarande fyller en central roll i samhällets institutioner har förtroendet för dem minskat sedan mitten av 1900-talet (Schön, 1992). Även psykoterapeuters kunnande och psykoterapins effektivitet har kommit att ifrågasättas allt mer (Hyde, 2009). Regleringen av de professionellas arbete har ökat i syfte att försöka motverka ineffektivitet och misstag (Schön, 1983). Delvis som en reaktion på detta har många yrkesgrupper inom vården börjat förlita sig mer på standardisering och vetenskaplig evidens i sin yrkespraktik (Hyde, 2009). Evidensbaserad praktik har således blivit ett ideal även inom psykoterapi och stöds av American Psychological Association (Gaudio & Miller, 2013), som redan på 1940-talet förespråkade att psykologer i sin yrkesutövning skulle integrera kliniska erfarenheter med forskning (Hasson & von Thiele Schwarz, 2017). Evidensbegreppet kan dock tillskrivas olika betydelser i olika verksamheter och ibland användas på ett vagt sätt (ibid.). Hur evidens i praktiken ska definieras är således en utmaning, och vilken definition som används får konsekvenser i den kliniska verkligheten (Norcross et al., 2006). Debatten om evidens är ofta polariserad och i praktiken rymmer det som kallas för evidensbaserad praktik en stor mångfald (Bohlin & Sager, 2011).

Spring och Walker (2007) har beskrivit den evidensbaserade praktikens tre ben: systematiska forskningsöversikter om huruvida en viss behandling leder till symptomreduktion på gruppnivå, kliniskt omdöme och erfarenhet för att förstå den unika patienten då alla beslut inte kan fattas utifrån enbart evidens, samt patientens önskemål och förutsättningar. Evidensbaserad praktik innebär att klinikern gör en syntes av dessa tre

delar, och olika personer kan tillskriva dem olika stor relativ betydelse (Lilienfeld et al., 2013). Idealet inom evidensparadigmet om att klinisk verksamhet ska bygga på kvalitetsgranskad forskning har formulerats på följande sätt av Sager (2011, s. 97): "Praktiserande vårdpersonal skall alltså inte bara fatta beslut utifrån individuella erfarenheter och existerande rutiner utan också och kanske främst ta hänsyn till nya forskningsrön, det vill säga 'evidens'". Enligt Psykologförbundets (2013) policyprogram för evidensbaserad psykologisk praktik är det upp till psykologen att avgöra hur och när forskning kan tillämpas i relation till en enskild patient. Dessutom betonas vikten av att vara observant på forskningens begränsningar (Psykologförbundet, 2013).

En viktig drivkraft för förespråkarna av evidensbaserad praktik har varit att öka säkerheten vid kliniskt beslutsfattande (Saarni & Gylling, 2007), då man betonar vikten av att vara observant på kognitiva förenklingar vid beslut i kliniskt arbete (Hershenberg, Drabick & Vivian, 2012). I den offentligt finansierade vården behöver individens behov ställas mot samhällets gemensamma och begränsade resurser (Hasson & von Thiele Schwarz, 2017). Under de senaste decennierna har kraven på kostnadseffektivitet och kvalitet ökat inom vården (Saarni & Gylling, 2007). Strävan efter att kunna utkräva ansvarsskyldighet av vårdprofessionerna har ökat standardiseringen och förekomsten av fastställda procedurer, samtidigt som intuition och erfarenhet värderats lägre (Hyde, 2009).

Evidensparadigmet förespråkar likformighet i behandlingsinsatser med syfte att optimera användandet av samhällsresurser (Hammarström, 2016). De uttalade argumenten för detta har främst varit kvalitetssäkring samt att patienter ska få ta del av den mest effektiva behandlingen oavsett var och av vem de erbjuds vård (Bohlin & Sager, 2011). Enligt Falkum (2008) har det sedan begreppet evidensbaserad medicin infördes funnits en konflikt mellan å ena sidan generell kunskap om hur diagnosgrupper ska behandlas och å andra sidan en kontextkänslig och empatisk förståelse av den enskilda patienten. Medan vissa uppfattar att en betoning på generell kunskap motverkar klinikerns förmåga att förstå sin patient, hävdar andra att det främst är med hjälp av evidensbaserad kunskap som vi kan garantera en säker och effektiv vård (Falkum, 2008).

Enligt Bohlin och Sager (2011, s. 20) genomsyras all yrkespraktik av en spänning mellan "formaliserade procedurer och experters självständiga bedömningar". Vissa menar att evidens begränsar klinikerns utrymme att fatta egna beslut med hjälp av sitt omdöme (Hasson & von Thiele Schwarz, 2017). Det kliniska omdömet består i användandet av ett flertal kognitiva processer vid kliniskt beslutsfattande i syfte att tillämpa kunskap på ett lämpligt sätt i en unik situation (Karthikeyan & Pais, 2010). Evidensrörelsen förespråkar en ökning av formaliseringar i form av protokoll, rutiner och manualer när det kommer till kliniska beslut, med syfte att minska inflytandet av klinikerns omdöme (Bohlin & Sager, 2011). Formaliseringar skapar struktur och förutsägbarhet men kan dock aldrig ersätta omdömet (Sager & Bohlin, 2011), eftersom klinikern även behöver kunskap om vad som fungerar i ett specifikt sammanhang (Falkum, 2008; Hasson & von Thiele Schwarz, 2017).

Karthikeyan och Pais (2010) har hävdats att det kliniska omdömet roll är att värdera styrkan i evidens och att utgå från evidens på ett lämpligt sätt i relation till den aktuella patienten. Därav ser de ingen motsättning mellan innebörden av evidensbaserad praktik och kliniskt omdöme samt betraktar det som en missuppfattning att patientens individualitet exkluderas. Inom yrkesutövning sker alltid en interaktion mellan formaliseringar och bedömningar (Sager & Bohlin, 2011); även formaliserade procedurer som behandlingsmanualer kan ge det kliniska omdömet utrymme (Bohlin & Sager, 2011). Sager och Bohlin (2011, s. 221) har presenterat ett synsätt på samspelet mellan kliniskt omdöme och evidens där bedömningar är ofrånkomliga, eftersom många patienters

“tillstånd är så pass unika att ett kliniskt handlag krävs för att komma fram till rätt åtgärd i en viss situation”, vilket “man endast [kan] tillägna sig genom interaktion med kompetenta kliniker”.

Riktlinjer och rekommendationer är viktiga verktyg inom evidensbaserad praktik (Saarni & Gylling, 2007). Riktlinjer har i regel som funktion att rekommendera behandlingar som har forskningsstöd i relation till en viss symtombild (Norcross et al., 2006). I Sverige är det Socialstyrelsen som utformar riktlinjer för kliniskt arbete i syfte att underlätta praktikerns användande av evidens (Bohlin, 2011). En utmaning vid utformandet av riktlinjer är att ta hänsyn till alla faktorer som har med organisationen, psykologen och patienten att göra. Urvalet i forskningsstudier är i regel mer homogent än målgruppen (Saarni & Gylling, 2007). Även om randomiserade kontrollerade studier betraktas som ett ideal inom evidensrörelsen minskar den kliniska relevansen ju mer kontrollerad en studie är, när resultatet inte blir överförbart till den kliniska population som den yrkesverksamma möter (Sager & Bohlin, 2011).

Enligt Falkum (2008) kan standardiserade behandlingsmanualer fungera som stöd men också användas för strikt och detaljstyrt. Manualer utvecklades först för att i forskningsstudier säkerställa att alla deltagare fick samma behandling eftersom det var en nödvändighet för att kunna uttala sig om kausalitet. De har sedan kommit att rekommenderas även i kliniska sammanhang, trots att erfarna klinikers praktiska kunskap till stor del inte kan förmedlas genom protokoll eller manualer (Falkum, 2008). Då evidensbaserad praktik har kommit att dominera den offentliga diskussionen om bästa behandling finns en risk för underminering av legitimiteten hos andra former av kunskap som har betydelse vid kliniskt beslutsfattande (Hyde, 2009). Vetenskapliga resultat kan framstå som objektiva fakta fria från värdering, trots att de är beroende av en rad subjektiva beslut som forskare och andra aktörer i samhället har fattat (ibid.). Att studier som inte visar på önskvärda effekter publiceras i mindre utsträckning påverkar också den externa validiteten hos psykoterapiforskning (Berg & Slaattelid, 2017).

Berg och Slaattelid (2017) har poängterat att jämförelser mellan psykoterapi-metoders effektivitet är centralt inom evidensparadigmet. Enligt Binder, Holgersen och Nielsen (2010) fokuserar evidensbaserad praktik på att terapier ska ha god utkomst i form av symtomlindring, samtidigt som det inte är givet vad god terapiutkomst innebär. Vid resonemang om metoders effektivitet är det viktigt att medvetandegöra det faktum att olika psykoterapeutiska inriktningar representerar olika perspektiv på psykiskt lidande och terapeutiska målsättningar (Berg & Slaattelid, 2017). Berg och Slaattelid (2017) har därför förespråkat ett vidare perspektiv vid val av terapimetod, där inte bara forskningsresultat tas i beaktande utan även patientens karaktäristika och önskemål i relation till den psykoterapeutiska inriktningens målbild.

Enligt Wampold och Bhati (2004) betonar evidensrörelsen vissa aspekter av psykoterapi på bekostnad av andra. Trots att skillnaden mellan terapeuters skicklighet ofta är stor adresseras inte dessa i RCT-studier, vilket kan göra att skillnader i resultat som beror på utövaren felaktigt tillskrivs metoden (Wampold & Bhati, 2004). Vidare har Messer och Wampold (2002) argumenterat för att det finns studier som ger stöd för att positiva behandlingseffekter beror på generella snarare än specifika faktorer. De kontrasterar den medicinska modellen om bästa behandling för en viss diagnos mot en kontextuell modell där terapeutens förmåga och personlighet är avgörande, och menar att den senare bättre förklarar positivt behandlingsutfall. Banerjee och Basu (2016) har betonat att patienter från olika terapeutiska inriktningar lyft fram betydelsen av att bli lyssnad till för att få lindring i sitt lidande. Av ovan beskrivna studier framkommer således att en rad faktorer kan ligga till grund för att en individ blir hjälpt av psykoterapi.

Personcentrerad vård och reflekterande praktik

God vård anses utgå från såväl behandlingsforskning som ett personcentrerat förhållningssätt (Taylor-Hewitt, 2018). Vikten av att se patienten som medskapare i sin vård snarare än enbart mottagare har under de senaste åren framhävts i allt större utsträckning (Sveriges kommuner och landsting, 2018). När patienter har fått välja en psykologisk behandling som motsvarar deras preferenser har behandlingen lett till ett bättre resultat än om de inte varit delaktiga i beslutet (Lindhiem, Bennett, Trentacosta, & McLearn, 2014). För att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna arbeta personcentrerat och flexibelt krävs att yrkesutövaren har goda kunskaper om yrkesområdet och tillhörande färdigheter. Därmed står det personcentrerade arbetssättet och yrkeskunskap inte i motsatsförhållande utan anses genom samverkan kunna främja god vård (Hewitt-Taylor, 2018).

Den som arbetar inom sjukvården behöver förlita sig på olika sorters kunskap: praktisk, teoretisk samt erfarenhetsbaserad kunskap (Levi, 2014). En yrkesutövare är en specialist som genom erfarenhet av många unika fall utvecklar en förmåga att känna igen viktiga aspekter i en situation och agera ändamålsenligt utifrån dessa (Schön, 1983). Yrkesutövaren har till uppdrag att uppnå ett önskat framtida tillstånd i en komplex och föränderlig omvärld. Arbetsituationen präglas av osäkerhet och oförutsägbarhet eftersom varje nytt fall som praktikern möter är unikt. Praktikern behöver dessutom ständigt befatta sig med mål, intressen och värden som är i konflikt med varandra (ibid.).

Enligt Thompson och Thompson (2002) innebär reflekterande praktik att synliggöra och ifrågasätta sin kunskapsbas, sina egna vanor och verksamhetens rutiner utifrån den aktuella situationen och yrkesetiken. Vidare menar de att reflekterande praktik är nödvändigt även inom evidensbaserad praktik, då evidens inte ger praktikern någon tydlig vägledning. Det finns alltså ett behov av att genom reflektion integrera forskning med erfarenhet och annan kunskap utan att ge någon av dem absolut företräde (Thompson & Thompson, 2002). Klinisk erfarenhet i sig är inte nog för att klinikern ska utveckla sin praktiska kunskap; att reflektera över sin erfarenhet är en förutsättning för nyinläring (ibid.).

Enligt Schön (1983) kännetecknas yrkesutövarens praktiska kunskap av en förmåga att identifiera och beskriva problem i en komplex situation, något han kallar "problem setting" och som till stor del sker med hjälp av implicita färdigheter snarare än genom tillämpning av lösningar på redan färdigformulerade problem. Det hantverksmässiga i yrkespraktik består med andra ord i något mer än att utföra rutiner som kan beskrivas explicit (Schön, 1992). Den praktiska kunskap som yrkesutövare använder är svårare att beskriva än den akademiska och har av den anledningen länge förbisetts av vetenskapen (Schön, 1983). Av detta skäl kan implicit eller intuitiv kunskap inte deklarerars i riktlinjer (Dallos & Stedmon, 2009).

Enligt ett positivistiskt och teknisk-rationellt synsätt som blivit alltmer utbrett sedan mitten av förra seklet bör yrkesutövaren tillämpa vetenskaplig kunskap genom instrumentaliserad problemlösning (Schön, 1983). Inom evidensrörelsen ses den vetenskapliga kunskapen som en grund till den praktiska, vilket leder till att även frågan "Hur bör jag agera?" uppfattas som möjlig att besvara med vetenskaplig kunskap (Dallos & Stedmon, 2009). Den kliniska praktiken blir då en tillämpning av vetenskapligt beprövade tekniker (ibid.). Schön (1983) har hävdats att det tekniskt-rationella perspektivet bortser från de implicita processer som praktikern ägnar sig åt vid problemformulering. Även när praktikern medvetet tillämpar teorier med vetenskapligt stöd sker det med hjälp av implicit kunskap i form av bedömningar, igenkänning och andra praktiska färdigheter (Schön, 1983).

Huruvida psykoterapi kan bedrivas genom att generella behandlingsprinciper tillämpas på avgränsade diagnoser är omdebatterat (Stedmon & Dallos, 2009a). Genom att betrakta varje nytt fall som unikt problematiseras tillämpningen av teori och teknik från forskning (Schön, 1983). Problemen i klinisk praktik är sällan möjliga att definiera en gång för alla, bland annat på grund av samsjuklighet, att problem förändras eller visar sig vara mer komplexa än befarat (Dallos & Stedmon, 2009). Yrkesutövaren behöver därför en känslighet för de krav som omgivningen ställer och för patientens behov, en känslighet som utgår från såväl medveten som omedveten kunskap (ibid.).

Enligt Dallos och Stedmon (2009) kan man i psykoterapi aldrig vara säker på att göra det rätta, samtidigt som något oväntat alltid kan inträffa. Yrkesutövare upplever ibland osäkerheten i arbetet som ett hot, vilket behöver behärskas med hjälp av tekniker och tydliga kategoriseringar (Schön, 1983). Ett annat sätt att hantera vårddyrkens inneboende osäkerhet är att placera mötet med patienten i centrum och acceptera att den osäkerhet som uppstår är oundviklig (Thompson & Thompson, 2002). För en yrkesutövare inom vård och omsorg har de egna känslorna och den empatiska förmågan avgörande betydelse (ibid.), då kvaliteten hos relationen mellan terapeut och patient tycks vara viktigare än vilken teknik terapeuten använder (Stedmon & Dallos, 2009b). Exempelvis har studier visat att alliansen är en av de starkaste prediktorerna för huruvida en psykoterapi blir framgångsrik (Wampold & Bhati, 2004). Denna bakgrund leder vidare till följande kartläggning av hur kliniker enligt tidigare forskning förhåller sig till evidens i det terapeutiska arbetet.

Klinikers förhållningssätt till evidens

En sammanställning av ett antal studier har visat att många kliniker inte baserar sina behandlingsbeslut på forskning (Gaudio & Miller, 2013). Vidare har flertalet psykologer rapporterat att de värderar sin egen intuition och kliniska erfarenhet samt kollegors råd mer än vetenskaplig evidens (Lilienfeld et al., 2013). Witteman, Spaanjaars och Aarts (2012) fann i sin studie att deltagande psykoterapeuter upplevde intuitionen som en tillgång, bland annat för att forma hypoteser när behandlingar inte fortskrider som planerat. Intuition baseras på erfarenheter och länkar samman mängder av information till en implicit bedömning, vilket ofta betraktas som något mystiskt och oönskat inom evidensparadigmet (Witteman et al., 2012). Witteman et al. (2012) menar att det inte behöver råda ett motsatsförhållande mellan förankring i evidens och intuition. Deltagarna i studien betonade vikten av att explicitgöra sin intuition för att minska risken att dra felaktiga slutsatser.

När Allan, Ungar och Eatough (2016) undersökte terapeuters upplevelser av att lära sig att arbeta med evidensbaserade metoder framkom att terapeuterna upplevde det möjligt att samtidigt använda sitt omdöme, genom handledning och annat stöd. Terapeuterna betraktade det som positivt att utveckla en intuitiv och inte bara en regelstyrd förståelse av en manual. Studien fann även att terapeuterna uppfattade att tillämpningen av manualen hade blivit begränsande om hänsyn inte tagits till det sammanhang terapeuterna verkade i samt om de inte hade fått utrymme till att utveckla en egen intuitiv förståelse av den (Allan et al., 2016).

I Stewarts, Stirrims och Chambless (2012) studie av kliniska psykologers inställning till behandlingsforskning och evidensbaserade metoder beskrev deltagarna forskningsresultat som en användbar informationskälla vid kontakt med nya problembilder. De betonade den inneboende svårigheten vid översättning av resultat från RCT-studier till arbete med patienter som har samsjuklighet eller diagnoser som exkluderas

ur forskningsstudier. Vidare menade psykologerna att interpersonella faktorer i terapi utesluts ur forskningen. Evidensbaserade metoder uppfattades som en möjlig grundstruktur men med risk för att underminera mänsklig kontakt vid strikt tillämpning. Det framkom även en oro inför att bli mer styrd till att arbeta med evidensbaserade metoder. Omdöme, klinisk erfarenhet och kollegor framhövdes som viktiga kunskapskällor i mötet med patienter (Stewart et al., 2012).

Borntrager, Chorpita, Higa-McMillan och Weisz (2009) menade att det inom forskning kring klinikers inställning till evidens inte alltid gjorts en tydlig distinktion mellan evidens i form av evidensbaserad praktik respektive användning av manualer med forskningsstöd. I deras studie skattade sig terapeuter mer positivt inställda när evidens inte presenterades som synonymt med evidensbaserade manualer utan som evidensbaserad praktik i sin helhet. Lilienfeld et al. (2013) har uppmärksammat att man vid diskussioner om att införa evidensbaserad praktik ofta bortser från psykologers invändningar mot att förlita sig på vetenskaplig evidens, vilket de hävdar ökar gapet mellan forskning och klinisk verksamhet.

Mot bakgrund av de yrkesmässiga förutsättningar som beskrivits ovan har denna studie syftat till att undersöka hur psykologer ser på evidensens plats i en psykiatrisk kontext. Psykiatrins patienter uppvisar ofta en komplex problembild och komorbiditet (Falkum, 2008), vilket ställer krav på psykologens förmåga att tillämpa sin kunskap i den unika situationen. Sannolikt råder större osäkerhet vid sammanvägning av teoretisk kunskap, behandlingsforskning och praktiska förutsättningar när psykologen ännu inte hunnit bygga upp en gedigen klinisk erfarenhet. Denna studie har därför undersökt hur psykologer som befinner sig i början av sin yrkesbana och är verksamma inom psykiatrisk öppenvård förhåller sig till evidensbegreppet.

Syfte och frågeställning

Syftet med föreliggande studie var att undersöka psykologers syn på evidensens plats i det kliniska arbetet inom vuxenpsykiatrisk öppenvård, vilket utmynnade i frågeställningen: Hur förhåller sig psykologer i psykiatrisk öppenvård till evidensbegreppet i mötet med den enskilda patienten och vid reflektion kring behandling? Fokus har legat på psykologernas upplevelser och erfarenheter, deras förståelse av de utmaningar och dilemman som uppstår i det kliniska arbetet i relation till evidens samt hur de förhåller sig till evidens i mötet med den enskilda patienten. Studien utmynnade ur ett intresse för reflekterande praktik och för psykologers kliniska erfarenheter.

Metod

Studiens frågeställning besvarades genom en intervjustudie som analyserades induktivt med tolkande fenomenologisk analys (eng. interpretative phenomenological analysis, IPA). IPA är en metod för att synliggöra och tolka informanternas upplevelser. Metoden beskrivs ofta som en dubbel hermeneutik; först har informanten försökt förstå sin erfarenhet, sedan försöker forskaren förstå dennes begripliggörande. I analysen tolkar forskaren informanten i dialog med sin psykologiska kunskap för att förstå informantens uppfattning av sitt sammanhang (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). IPA tillåter en detaljerad analys av varje enskild informants förståelse, med utrymme för nyanser och

olikheter informanterna emellan (van Wijngaarden, van der Meide, & Dahlberg, 2017). På så sätt uppmärksammas både det generella och det partikulära.

Genom att vilja förstå hur psykologerna förstår sina upplevelser har vi haft subjektet i fokus (van Wijngaarden et al., 2017). Subjektet är inbäddat i och sammanlänkat med omvärlden samt involverat i ett ständigt begripliggörande av den (Larkin, Watts, & Clifton, 2009). Enligt van Wijngaarden et al. (2017) kan personcentrerad vård ha nytta av de upplevelsebaserade och kontextkänsliga resultat som kvalitativa studier ger. Olika subjekt tillskriver fenomen olika innebörder, vilket i sin tur får konsekvenser för hur subjektet agerar (Larkin et al., 2009). Analysen av subjektets förståelse innebär ofrånkomligen en tolkning (Smith et al., 2009), där forskaren reflekterar över vad det innebär för deltagaren att uttrycka sig som den gör under intervjun (Larkin et al., 2006).

Deltagare

Studien har inkluderat personer som vid intervjutillfället varit legitimerade psykologer i max fem års tid och arbetade i psykiatrisk öppenvård inom det geografiska området Västra Götalands län. Tio personer som uppfyllde ovanstående kriterier rekryterades med hjälp av bekvämlighetsurval. Av dessa var hälften män och hälften kvinnor som arbetade inom allmänpsykiatri eller på psykosmottagning. Deltagarna rekryterades via mailutskick till enhetschefer vid olika psykiatriska mottagningar, genom förfrågningar i Facebook-gruppen för svenska psykologer samt via psykologer och psykologstudenter med kontaktnät bland psykologer som fört frågan vidare. I samtliga fall bifogades via dessa kontaktvägar ett informationsbrev om studiens syfte och deltagarnas rättigheter, varpå deltagarna själva anmälde intresse till att delta. Tre deltagare rekryterades genom enhetschefer, en via Facebook-gruppen och sex via andras kontaktnät. Ingen ersättning för deltagande har utgått.

Tillvägagångssätt och instrument

För att ta del av psykologernas upplevelser genomfördes semistrukturerade intervjuer, med hjälp av en intervjuguide skapad av författarna (se bilaga 1). Frågorna i intervjuguiden formulerades utifrån studiens teoretiska bakgrund och frågeställning. Öppna frågor användes eftersom detta anses lämpligt när deltagarens perspektiv efterfrågas (Smith et al., 2009). Intervjuerna inleddes med att deltagarna ombads berätta varför de ville delta i studien. Nästkommande huvudfråga undersökte evidensbegreppets betydelse för deltagarna. Under intervjun avstod vi från att definiera evidens eller evidensbaserad praktik samt att särskilja begreppens innebörd, eftersom vi likt Dubouloz, Egan, Vallerand och von Zweck (1999) var intresserade av deltagarnas förståelse och användning av begreppet evidens. Av detta följer att innebörden hos evidensbegreppet varierar mellan informanterna, vilket kommer till uttryck i studiens resultat.

Under intervjuerna eftersträvade vi att täcka av vissa områden såsom evidens i relation till patientmötet och till det kliniska omdömet, vilket inte krävde att alla frågor i intervjuguiden ställdes om deltagaren själv berörde frågorna i sitt fria berättande. Följdfrågor ställdes för att uppmuntra deltagaren till att fördjupa beskrivningen av sina upplevelser, exempelvis genom att be om konkreta exempel. Varje intervju pågick i 50-90 minuter och ägde rum på en plats och vid en tidpunkt som deltagarna själva valt. Författarna gjorde fem intervjuer vardera. Intervjuerna spelades in och transkriberades

ordagrant med tillägg av kommentarer om icke-verbal kommunikation för att sedan analyseras.

Analys

Analysen följde instruktionerna från Smith et al. (2009) och påbörjades genom att samtliga transkript genomlästes noggrant och upprepade gånger. Som andra steg kodades varje transkript rad för rad med hjälp av både deskriptiva och mer tolkande, konceptuella koder. Vid den deskriptiva kodningen eftersträvades att använda informanternas ordval, medan den konceptuella kodningen utgick från egna reflektioner i relation till transkriptet i sin helhet. Koderna sorterades och grupperades sedan vid framtagandet av underteman som fångade huvudstråken i den enskilda deltagarens berättelse. Varje undertema namngavs utifrån koderna och kontrollerades sedan genom att relevanta citat lästes om. Exempelvis grupperades koderna ”Fråntar psykologer kompetens att kräva att bara följa manualer”, ”Värsta formen när allt är manualbaserat eftersom evidensen säger...”, ”Psykologyrket mer än att kunna många manualer” som ett undertema benämnt ”Psykologyrket någonting mer än att kunna många manualer – forskningen kan inte diktera det kliniska arbetet”. Så här långt genomfördes analysen med hjälp av mjukvaran Atlas.ti 8.

När underteman för varje intervju tagits fram genomfördes en gemensam analys av dessa varvid sex huvudteman som spände över samtliga intervjuer identifierades. Detta steg i analysen gjordes med hjälp av att lappar med undertemans namn grupperades i huvudteman, utifrån likheter och skillnader underteman emellan. Dessa huvudteman ansågs fånga de mest framträdande mönstren hos informanternas redogörelser, med en jämn fördelning av antal underteman i varje huvudtema. Exempelvis skapades huvudtemat ”Evidens som stöd eller främsta uppgift” av underteman namngivna som ”Evidens gör en mer träffsäker som kliniker och är kunskap jag kan lita på”, ”Evidens är ett stöd när jag tänker om patienter mellan sessioner” och ”När det inte är påtvingat att arbeta utifrån evidens kan den vara ett stöd”. Inom respektive huvudtema lyftes både skillnader och likheter fram mellan deltagarna. Efter detta steg säkerställdes att den slutliga analysen avspeglade deltagarnas utsagor genom att teman kontrollerades gentemot informanternas citat. I den löpande texten redigerades ibland citat från deltagarna för att bli mer läsbara och för att bevara deltagarnas anonymitet. Ordföljd, upprepningar, talmarkörer och hummanden har modifierats utan att citatets innebörd förändrats.

För att öka interbedömarreliabiliteten i analysen genomfördes kodning och framtagande av underteman gemensamt för den första intervjun. Därefter analyserades resterande intervjuer av den som genomfört dem. Varje transkript analyserades separat för att sedan jämföras under ett gemensamt framtagande av huvudteman. Genom att kodningen granskades av författarna samt diskuterades med handledare kontrollerades att analysen var grundad i data. Vid kodning och tematisering eftersträvades att parentessätta egna förförståelser i så stor utsträckning som möjligt genom att regelbundet gå tillbaka till informanternas citat.

Reflexivitet och etiska överväganden

Enligt det fenomenologisk-hermeneutiska perspektivet är det vid tolkning omöjligt att helt parentessätta sin förförståelse (Smith et al., 2009). Då vi själva ska bli

psykologer och har erfarenhet av psykiatriskt arbete hade vi en viss förförståelse av det psykologerna berättade om. Genom att under analysens gång explicitgöra och diskutera våra egna antaganden eftersträvade vi en så datanära tolkning av deltagarnas utsagor som möjligt. Samtidigt kan deras berättelser inte helt separeras från vårt inflytande, eftersom data är produkten av ett samtal mellan två personer (Larkin et al., 2006).

I den offentliga debatten har det uttryckts kritik mot Socialstyrelsens (2017) riktlinjer för vård vid ångest och depression på basis av hur dessa tagits fram (Kriisa, 2018, 17 januari), medan vissa betraktar evidens och riktlinjer som en lösning på vårdens problem (Bohlin & Sager, 2011). Vår uppfattning är att debatten om evidens ofta kretsar kring att ställa olika terapeutiska inriktningar mot varandra. Under vår tid på psykologprogrammet har det pågått en diskussion bland studenter om hur evidens bör eller inte bör påverka den kliniska praktiken, där studenterna ofta intagit positionen för eller emot. Diskussionen har ofta förts med utgångspunkt i teori och utan egen förankring i den kliniska verkligheten utanför psykologprogrammet. Vår ansats har varit att inte ta ställning för eller emot evidensbaserad praktik under intervjuerna och vid analysen. Även om vi eftersträvat en neutral position gentemot den omdebatterade frågan om evidensens plats i den kliniska praktiken är det möjligt att informanternas bild av vår förförståelse kan ha påverkat deras berättelser.

Alla deltagare har gett muntligt samtycke till att delta och citeras i studien efter att ha informerats om sina rättigheter och sekretessen kring personuppgifter. De har således informerats om att de när som helst kan avbryta sitt deltagande utan att behöva uppge orsak. För att värna deltagarnas anonymitet har ingen detaljerad information om arbetsuppgifter eller andra möjliga identifieringar använts, vilket gör att de olika citaten inte kan spåras till en viss informant.

Ett etiskt dilemma som uppstått består i att vissa informanter har benämnt att det kan vara känsligt att uttrycka åsikter om evidens offentligt, med hänvisning till den debatt som pågår inom psykologkåren. Utifrån studiens syfte hade det tillfört ökad förståelse för deltagarnas berättelser att ge en mer detaljerad beskrivning av deras kliniska kontext, men då detta hade kunnat göra dem möjliga att identifiera prioriterades istället deras anonymitet. Samtidigt som deltagarna velat undvika negativa konsekvenser av sitt deltagande har de uppfattat studien som en välkommen möjlighet att uttrycka sig i frågan. Vi har därför eftersträvat att förmedla deras upplevelser så nära som möjligt och samtidigt bevara deras anonymitet.

Resultat

Syftet med föreliggande studie var att undersöka psykologers syn på evidensens plats i det kliniska arbetet inom vuxenpsykiatrisk öppenvård och hur de förhåller sig till evidens i mötet med den enskilda patienten. Analysen resulterade i sex huvudteman som fångar olika centrala aspekter av informanternas berättelser om evidens: de utmaningar som uppstår i patientarbetet, behovet av fler kunskapskällor, hur evidens kan fungera som stöd, hur evidens kan begränsa, evidensbegreppets vaghet samt organisationens betydelse för psykologens förhållningssätt.

Utmaningen i att väga samman

Informanterna beskrev utmaningen vid sammanvägning av olika intressen och mål. Flera informanter upplevde att det finns intressekonflikter kopplade till att använda

evidens i det kliniska arbetet. Vissa beskrev ett ständigt pågående arbete med att försöka förena forskning och praktik. En informant betonade att det skapar stress att försöka förhålla sig till evidens i patientarbetet då det saknas behandlingsforskning om alla patientgrupper. När det inte finns tillgång till relevant behandlingsforskning får intuitionen ta större plats i patientarbetet. Att försöka förlita sig på intuition kan dock leda till självtvivel eftersom det inte går att försäkra sig om att den leder rätt: *“Det finns en rädsla inför att göra fel och vara en dålig psykolog”*, vilket innebär att psykologen behöver stå ut i den stress som uppstår. Att varken kunna förankra sig i forskning eller vara trygg i att använda sin intuition leder således till en upplevelse av att *“man är damned if you do damned if you don't”*, med en informants ord. En annan informant förhöll sig till utmaningen genom att fråga patienterna vad de själva upplever sig hjälpta av.

Vid komplexa fall krävs handledning och annat stöd för att anpassa det forskningen säger och samtidigt komma framåt i behandlingen. En informant beskrev hur *“man tvivlar med patienten, ‘fasiken, hur ska vi ta oss igenom det här?’, /.../ och man söker handledning och stöd av kollegor för att få hjälp med att pussla ihop någonting”*, en process som beskrevs som *“ett jäkla hantverk”*. Hen menade att frågan *“vad säger forskningen [om det] här och hur kan jag applicera det på det personen beskriver för mig?”* alltid är närvarande i mötet med patienten. Psykologens utmaning uppfattades vara att förhålla sig till egna begränsningar samt patienternas och chefernas önskemål, vilket enligt en informant kan skapa etiska konflikter:

”Att man ständigt navigerar på det sättet, det är någon form av etiskt samtal man befinner sig i. /.../ Och i det finns det ju en massa riktlinjer till exempel som man då ska översätta, eller tillämpa i mötet med patienten. Också ska man också väga in kanske vad människan själv vill, vad verksamheten vill. Och ibland så måste man säga nej till människor, trots att de själva väldigt gärna vill ha hjälp och tycker att du är en jättebra psykolog. /.../ Så det kan ju uppstå konflikter där, mellan mig och en patient eller mellan mig och verksamheten”.

En annan informant som lärt sig många manualbaserade behandlingar tvivlade i början över att vara kompetent nog för att anpassa behandlingarna efter patienten och samtidigt vara metodtrogen, vilket orsakade *“etisk stress”*: *“Ska jag bedriva dem, är jag kompetent nog, hur blir det för patienten framför mig?”* På annat håll beskrevs hur det kan väcka prestationsångest att samtidigt vilja förhålla sig till evidens, undra om man kan tillräckligt för att *“anpassa eller göra behandlingen så som den ska vara”* och att vilja göra det bra för den patient man har framför sig. Som ny i yrket upplevde en informant att konflikten mellan att följa respektive anpassa manualen kändes större. Numera upplevde informanten inte längre att det existerar en konflikt mellan att arbeta strukturerat utifrån en manual och att tänka på terapeurrelationen, förutom i enstaka fall:

“Ganska ofta tycker jag att det är hyfsat oproblematiskt. Man gör båda två: man har både en relation och pratar om saker och ser till den, och man gör också specifika interventioner som kan vara väldigt strukturerade.”

Några informanter beskrev en fara med att vara för säker vid val av intervention utifrån evidensläge. En informant uttryckte att det därför är viktigt att våga *“tvivla med patienten”* på det man gör. *“Det är sällan man går in med en jättestor självsäkerhet i interventioner, när det är så komplext som det kan vara här”*, uttryckte en annan informant. Hen beskrev sig ha blivit *“mer och mer bekväm med att stå ut i den osäkerheten”*. Det hantverksmässiga i psykologyrket består enligt en annan informant i att lära sig att anpassa en evidensbaserad intervention efter patientens behov utan att

frånga vad forskningen säger: *“Hantverket handlar väl om att ändå kunna göra en anpassning av en intervention till en klients behov, och försöka göra det inom ramen för den manualiserade behandlingen på något sätt.”* Å andra sidan menade en informant att det kan skapa ångest hos patienten när psykologen insisterar på att terapin ska vara förankrad i evidens genom förutbestämda terapikomponenter:

”Jag har fått mer och mer självförtroende efterhand i att jag får gå på min intuition och jag får gå på trial and error ganska mycket. Det är så jag måste göra för det går inte att komma från andra hållet har jag märkt. Då blir det bara värre, det blir sämre, det blir mer ångestladdade patienter.”

Sammanfattningsvis beskrev informanterna de utmaningar som har uppstått vid sammanvägning av olika aspekter i patientarbetet. Vissa uppfattade att användning av evidens står i konflikt med viktiga mål och intressen medan andra betonade att den huvudsakliga utmaningen är att tillämpa metoden som den är avsedd att användas och vid behov anpassa den. De informanter som eftersträvade att integrera evidens i sitt kliniska arbete förstod detta som en utmaning i olika hög grad.

I patientmötet behövs mer än evidens

När informanterna reflekterade över evidensens roll i mötet med patienten ansåg alla utom en att omdömet och relationen kommer först i det terapeutiska arbetet. Det betonades att den terapeutiska relationen måste fungera innan det är möjligt att förhålla sig till en manual, eftersom det avgörande för förändring uppfattas vara att *“ha patienten med sig”*, som en informant beskrev det. Själva metoden tillskrevs inte avgörande betydelse för hur väl en psykolog utför sitt arbete. Detta uttrycktes av en informant som att det *“inte [är] garanterat att bara för att man arbetar evidensbaserat så är man en bra psykolog”*. Metoden behöver anpassas efter patienten för att vara hjälpsam och dess nytta är därmed beroende av hur psykologen tar sig an den. En av informanterna avvek dock genom att inte placera relationen före ambitionen att arbeta evidensbaserat utan betraktade dem som lika viktiga.

Det framkom hos några informanter en uppfattning om att forskning inte bör diktera det kliniska arbetet och att psykologyrket är någonting mer än att kunna många manualer. *“Om man tror att vårt jobb går ut på att kunna manualer väldigt bra, då tänker jag att man valt fel jobb”*, menade en informant. Ett stråk som framkommit i informanternas berättelser är att något autentiskt behöver ske mellan psykolog och patient, för att en terapeutisk förändring ska bli möjlig. Vissa informanter beskrev en motsättning mellan att tala på ett sätt som är förankrat i situationen och att låta evidens styra vad som ska hända i patientmötet. De uttryckte att det betydelsefulla i patientmötet inte avgörs av om något har stöd i forskningen; psykologen behöver också tro på det den gör och vara förankrad i det, vilket inte sker per automatik för att något har evidens.

En av informanterna tog avstånd från uppfattningen att manualer begränsar och såg istället att det inom manualbaserade behandlingar finns ett stort utrymme för ett psykologiskt hantverk och egna bedömningar i mötet med patienten, vilket kan vara *“en lika stor källa [...] till glädje och spontanitet”* i det terapeutiska arbetet. En annan informant upplevde dock att det manualbaserade arbetssättet hindrar det läkande, förut-sättningslösa lyssnande hen vill möta patienten med:

“Människor som mår psykiskt dåligt har väl ofta på olika sätt haft erfarenheter av att inte bli sedda eller inte bli lyssnade på /.../. Så känns det inte minst lite angeläget att kunna göra sitt bästa för att verkligen lyssna på en människa och försöka förstå den, var den kommer från eller vad den har varit med om i den mån det går. Och då kan jag tycka att vara för låst vid evidens och manualer inte underlättar det arbetet.”

Några informanter framhävde vikten av att kunna bedöma när man behöver *“prata på ett annat sätt”* med patienten än i enlighet med protokollet vid arbete med evidensbaserade metoder. Om psykologen *“som en maskin”* alltid tog till manualen skulle många psykiatripatienter känna sig avvisade och sluta komma, menade de. Psykologen behöver därför ständigt reflektera över det den gör tillsammans med patienten i terapirummet. En informant uttryckte en önskan om att anpassa sig efter att vissa patienter vill *“jobba efter en tydlig mall”*, samtidigt som hen också upplevde att *“väldigt många patienter kan känna sig avvisade i något för manualiserat”*, vilket pekar på behovet av att vara flexibel som psykolog.

Eftersom oväntade situationer uppstår i det kliniska arbetet och det viktigaste uppfattas vara att ta sig vidare, behöver psykologen enligt vissa informanter kunna *“strunta i vissa saker”* och välja insatser som *“inte står i den där boken”*. En informant *“höll hårdare i manualer”* i början av sin yrkesutövning men insåg efter ett tag att det inte fungerade att vara *“rigid”* tillsammans med patienten. Flera informanter menade att det underminerar psykologens trovärdighet att prata som ur en bok, eftersom denne då inte möter patienten som en unik individ. En annan informant förklarade sin strävan efter individanpassade patientmöten med utgångspunkt i egna önskemål om bemötande:

“Jag tänker att om jag vill ha hjälp att lösa en fråga så vill inte jag – men det är väl personligt – inte mötas av ‘här är din arbetsbok, det finns jättemånga som har exakt samma problem som du, och den här har man sett funkar, den brukar funka för dom, så nu gör vi det här’. Jag vill bli mött som en unik individ och det försöker jag gå efter. Det tycker jag man ska gå efter.”

Ett annat stråk i informanternas berättelser är upplevelsen av ett gap mellan å ena sidan teoretisk och vetenskaplig kunskap och å andra sidan den kliniska situation i vilken kunskapen ska användas. Det är lätt att glömma att evidensbegreppet handlar *“om statistiska data, inte om enskilda patienter”*, menade en av informanterna. Några informanter upplevde att det kliniska omdömet väger tyngre än evidens, då det inte går att avgöra vad som passar den enskilda patienten utifrån vad evidensen säger. En informant framhävde att det behöver göras en distinktion mellan omdöme och evidens vid kliniska bedömningar, då omdömet uppfattas utgå från klinisk erfarenhet och mötet med den individuella patienten medan evidens baseras på intervention i relation till diagnos.

Klinisk erfarenhet framställdes som mer avgörande än forskning i utvecklingen av kliniskt omdöme av alla utom en informant. Några informanter uttryckte tillit till att det kliniska omdömet går att utveckla och tillhandahåller viktig information i mötet med patienterna. Den informant som i första hand eftersträvat att arbeta i enlighet med vad forskningen säger uppfattade att erfarna kollegors roll är att vägleda vid tillämpningen av evidens. I kontrast till detta betraktade några informanter det terapeutiska arbetet som ett hantverk att lära av andra kliniker, vilket en informant beskrev på följande sätt:

“Därför vill jag kategorisera det mer som ett hantverk som man överlåter, alltså mer likt en skomakare som lär nästa generations skomakare den specifika hantverksmetoden som man inte riktigt kan se i någon manual, utan man behöver vara där jättemånga timmar för att få den erfarenheten till sig. Man tar emot det med fler sinnen än att bara studera en textbok.”

En informant betonade att evidens är kunskap som är begränsad till tid, kultur och vissa populationer och att det därför är nödvändigt att ha tillgång till fler kunskapskällor och teorier i sitt tänkande om patienter. Några lyfte fram hur även andra miljöer, främst konst och kultur, är av betydelse i utvecklandet av det kliniska omdömet. Erfarenheter av att samtala med personer som har en god förmåga att lyssna uppfattades också som en inspirationskälla inför mötet med patienter. En informant beskrev intuition som en tillgång vid bedömningar i kliniskt arbete när evidens inte räcker till för att skydda patienten, exempelvis som oundgängligt tillägg till statistiska riskfaktorer vid suicidriskbedömningar:

“Jag tycker det ger viktig information [att använda intuitionen]. /.../ Erfarenhetsmässigt har jag haft rätt när jag har känt på mig saker. Jag kanske inte alltid förstått det själv ens, men gjort saker och efteråt insett att det där gjorde jag på grund av oro men jag visste inte om det än och den oron var befogad.”

Osäkerhet och tvivel betraktades av samtliga informanter som en ofrånkomlig del av arbetet, oavsett om de arbetar manualbaserat eller ej. En informant uppfattade dock ingen motsättning mellan att arbeta manualbaserat och att ge utrymme för osäkerheten som kommer av att arbeta med människors komplicerade livssituation. En annan informant betonade att en del av det terapeutiska arbetet består i *“att stå ut med att inte veta och att vara med patienten i att inte veta”*. Att vara kvar i ett osäkert utforskande framställdes som mer kurativt än att med hjälp av en manual *“svara på en fråga innan den ens är formulerad”*. Det framkom också en uppfattning om att manualer kan fungera som ett försvar mot osäkerhet, eftersom det enligt informanten är lättare att följa en manual än att utveckla sitt kliniska omdöme. En annan informant menade att evidens blir ett hinder genom att psykologen blir upptagen av att *“teoretisera kring det som händer”* i stället för att *“vara kvar i stunden, i ögonblicket med patienten”*.

Sammanfattningsvis upplevde några informanter att fler kunskapskällor än evidens behövs för att ett individanpassat bemötande ska bli möjligt, medan ett par informanter uppfattade att ett evidensbaserat arbetssätt inkluderar ett individualiserat bemötande.

Evidens som stöd eller främsta uppgift

Medan vissa informanter uppfattade evidens som en av flera kunskapskällor inför patientmötet upplevde andra att evidens bör ha en mer styrande funktion. Några informanter beskrev att evidens kan fungera som stöd vid reflektion kring patienten mellan sessioner, samtidigt som forskningsresultat läggs åt sidan i mötet med patienten. Det framkom också att en förutsättning för att evidens ska uppfattas som stöd är att det inte är påtvingat från ledningen att arbeta evidensbaserat. I den yrkesmässiga frihet som en informant ansåg sig ha upplevdes evidens som ett stöd, och *“skulle jag inte ha den*

friheten så skulle jag nog bara uppleva det som ett hinder". Några uppfattade att evidens inte har någon betydelse, varken som stöd eller hinder, i deras kliniska arbete.

En informant uppfattade att evidensbaserade metoder i form av behandlingsmanualer kan bli ett värdefullt stöd och en hållande struktur att utgå ifrån vid arbete med personer som lider av svåra psykiatriska tillstånd. När kunskapsluckor kring behandlingsarbete vid hög grad av komplexitet annars leder till att psykologen inte kan erbjuda patienten en behandling, blir det möjligt att erbjuda ett behandlingsalternativ. På så vis gynnas även patienten av att psykologen får hjälp med en grundstruktur för behandlingen och psykologen får upplevelsen av att *"åtminstone gjort någonting, för det känns ovärdigt att inte erbjuda någonting mer överhuvudtaget"*. Med psykiatrins patienter ger metoder, oavsett om de är evidensbaserade eller ej, struktur vid behov:

"Metoderna är som ett stöd för oss behandlare att ta oss an patienterna. /.../ Det är behandlaren hjälpre. De är till för oss. Inte för patienterna. Det är klart att de är till för patienter också, men de hjälper oss, ger oss en riktning. De ger en struktur för arbetet och för många patienter kan det vara bra att få det. Där den här direkta tilliten till en annan människa kanske inte finns."

Några ansåg att evidens har ett värde i att vara pålitlig kunskap som upplevs göra psykologen mer träffsäker i det kliniska arbetet och som förbättrar effekten av det man gör. De som formulerade att psykologens uppdrag från samhället är att minska patienternas symtom beskrev evidens som ett viktigt verktyg. En informant menade att man i psykiatrin *"siktat på att komma åt vissa symtom med vissa interventioner"* snarare än att söka en djupare förståelse av symtomen. Dessutom beskrevs upplevelser av att bära ansvar för att förvalta samhällets ekonomiska medel väl. En informant menade att det därför är av värde att arbeta med evidensbaserade metoder *"på det sättet som man har tänkt sig att man ska göra"*.

Då vissa av informanterna ansåg att det egna omdömet är opålitligt uppfattades evidensbaserade metoder som en försäkran om att göra det bästa möjliga för patienten utifrån det aktuella kunskapsläget. Eftersom *"psykologer är människor, och människor har svårt att predicera saker baserat på en intuitiv bedömning"* ville en informant lämna mer utrymme åt forskning än egna kliniska bedömningar. Att dessutom veta hur kunskapen har genererats beskrevs då som en källa till förståelse och kontroll eftersom psykologen inte behöver *"lita på någon annan"* eller uteslutande utgå från sitt eget omdöme. En annan informant talade om att vilja stå för det hen gör utifrån psykologisk forskning och inte bara sin egen uppfattning: *"ibland kanske [man] faktiskt skulle kört på lite mer by the book"* istället för att avvika från manualen. En annan informant uttryckte att arbete med evidensbaserade manualer kan vara fruktsamt att förena med psykoanalytisk handledning. Över tid har hen lyckats förena de olika kunskapstraditionerna och upptäckt att även manualer kan inspirera och erbjuda stöd vid beslut om hur en specifik behandling ska se ut. En annan informant beskrev evidensbaserade behandlingsmodeller som en gravitationspunkt:

"Då blir tankesättet som ligger till grund för den här behandlingsmodellen lite grann av en gravitationspunkt, där det hela tiden sker ganska mycket avsteg från det rena protokollet men där man har manualen att falla tillbaka på, antingen när det uppstår problem eller när det är svårt för patienten att själv driva på sin behandling, vilket ju ofta är fallet med patienter som befinner sig i psykiatrin."

Sammantaget uppfattades evidens som ett stöd i behandlingsarbetet i varierande grad av informanterna. Medan vissa såg behandlingsforskning som ett stöd att förankra sig i vid behov ansåg andra att evidens är den bästa garantin för att psykologen utför sitt arbete i psykiatrien på bästa sätt. Som en följd av detta tillskrevs det kliniska omdömet olika stor vikt och pålitlighet i det kliniska arbetet.

Evidens begränsar helhetsbilden

Några informanter ansåg att en rigid tillämpning av evidens begränsar bilden av människan och psykiskt lidande. Detta framkom även hos vissa av de informanter som upplevde evidens vara ett stöd. Det fanns hos dem en uppfattning om att andra viktiga aspekter av vad det innebär att vara människa utesluts inom evidensparadigmet. Evidens uppfattades av en informant som del av en ideologi där allt betraktas som mätbart och där effektivisering alltid är önskvärt, ett tankesätt hen menade behöver ifrågasättas. Hen uttryckte att man inom evidensparadigmet *“ska kunna se människor som helt och hållet begripliga, logiska eller rationella”*, en människosyn som hen inte identifierade sig med. Ytterligare en informant menade att manualer står i motsatsförhållande till synen på psykoterapi som ett hantverksyrke, vilket kräver att man är kreativ, flexibel och kritisk i relation till egna utgångspunkter.

Ett annat stråk i några av informanternas berättelser är att övertro på evidens förenklar synen på psykisk ohälsa på ett sätt som inte blir hjälpsamt för patienten. En informant upplevde att upptagenhet av evidensbaserade manualer står i vägen för egen reflektion kring patienten. Samhällets önskan om att effektivisera behandling vid psykisk ohälsa kan enligt vissa informanter bli kontraproduktiv genom att istället öka psykiskt lidande. Några ansåg att det förutbestämda hos manualerna förenklar komplexa frågor som behöver förbli komplexa. Patienter förhindras då från att ta plats som talande subjekt. Till följd av detta kan *“skillnaden mellan att träffa en psykolog och att googla själv blir väldigt liten”*.

Den begränsande synen på vad som får och bör pågå i terapirummet har enligt en informant framkallat *“en liten evidensparanoia”* när hen har *“fina och viktiga samtal om existentiella, filosofiska frågor”* med sina patienter. Några informanter ansåg att framställningar i media av terapimetoder som evidensbaserade och allmänt effektiva kan skapa en skev förväntan hos patienten om hur terapin ska se ut och vilken effekt den kommer att ha. Dessutom uppfattas en övertro på metodens effektivitet kunna leda till att patienten upplevs som den felande länken när behandlingen inte ger önskad effekt. En informant uttryckte det så här:

“Det blir en övertro på metoden och sedan är det patienterna som misslyckas när metoden inte funkar. /.../ Det är ju en fara med att bli för fixerad vid de här evidensbaserade metoderna, att det blir patientens fel om den inte klarar det.”

Några informanter resonerade om att klinisk erfarenhet från psykiatrien har förändrat deras syn på evidens, då det inte går att applicera en metod rakt av utifrån den eller de diagnoser patienten har tilldelats. Att endast utgå från diagnoser vid planering av behandling upplevdes förenkla bilden av psykoterapi, även om ingen av informanterna uttalat ifrågasatte behovet av ett diagnossystem. Diagnoser ansågs dock av några vara otillräckliga för att förstå den enskilda patientens svårigheter, vilket innebär ett ifrågasättande av behandlingsforskningens generaliserbarhet till olika individer som tilldelats

samma diagnos. *“Jag tror inte att psykologen kan vara en administratör [som säger] ‘ja men här har vi den här diagnosen då är det den här boken du ska läsa, varsågod’”,* uttryckte en informant. Samtidigt betraktade en annan informant diagnoser som ett användbart verktyg för att generalisera forskningsresultat till klinisk praktik. Ytterligare en informant menade att forskning blir svår att ta stöd i när behandlingskomponenter är beforskade på personer som har mer avgränsade svårigheter än många av psykiatrins patienter:

“Har du en person med utvecklingsstörning, PTSD, ätstörning, bipolär sjukdom och borderline, vad säger evidensforskningen om den personen? Ingenting, för det är aldrig någonsin någon som har forskat på den personen eller liknande personer. /.../ Så det räcker inte med evidensbaserad forskning för det vi gör här, men den kan hjälpa oss i vissa fall. Vi behöver också använda andra sätt att ifrågasätta och tänka kring det vi gör än randomiserade kontrollerade studier.”

Flera informanter upplevde att deras uppfattning av vad man som psykolog kan göra för en patient har förändrats sedan psykologprogrammet. Att träffa patienter med komplex problematik har lett till andra målbilder, vilket en informant uttryckte på följande sätt:

“Det är alltså som att vi går ut psykologprogrammet med idén om att vi kan hjälpa alla och så är det absolut inte. Man får vara väldigt glad om man kan hjälpa någon. /.../ Och att då förvänta sig att man genom att träffa en välvillig behandlare en gång i veckan i två år ska kunna reparera det som den har varit med om, det är ju befängt, det är ju helt orimligt.”

Sammanfattningsvis uppfattade några informanter att evidens begränsar bilden av patienten och dennes problem samt av vad psykoterapi syftar till, medan andra betraktade evidens som ett mindre problematiskt redskap.

Evidens som dimridå och konflikthärd

Av informanternas berättelser framkom att evidensbegreppet ibland har använts på ett sätt som täckt över verkliga förhållanden. Begreppet blir dessutom i vissa sammanhang så vagt eller komplext att några av informanterna efterfrågade tydligare operationaliseringar; man *“slänger sig lite med begreppet”* utan att det är klart varken för avsändare eller mottagare vad som menas med att något har evidens. Även riktlinjer som förespråkar evidensbaserade metoder uppfattades vara alltför vaga då de inte närmare beskriver vad som är verksamt på interventionens nivå. Att evidensbegreppet tolkas på olika sätt av olika personer innebär att dess betydelse behöver tydliggöras i relation till sammanhang för att det ska säga psykologen något:

“Nu har vi en evidensbaserad behandling. Punkt. Jaha, vad är det för något? Det är ju som en distans från verkligheten tycker jag. Det är farligt att sätta etiketter på saker och ting på det sättet. Man behöver prata om saker bortom kategorier, stämplat, definitioner, som är på något sätt definitiva. För det är de ju inte. Jag kan tänka mig att den här uppsatsen kommer generera åttiofem definitioner av vad evidensbaserad behandling eller evidens är för någonting.”

Vissa informanter upplevde att betecknandet av metoder som evidensbaserade kan ge intryck av att det är metoden i sig som är verksamt, trots att dess effekt egentligen beror av hur behandlaren och patienten tar sig an den. En informant betonade att många patienter som kommer till psykiatrin har fått flertalet behandlingar som trots att de ansetts vara evidensbaserade inte lett till minskat lidande, vilket informanten använde som argument för att forskningsstöd inte är tillräckligt för att avgöra vad som är hjälpsamt för individen. I kontrast till detta uppfattade en informant evidensbaserade behandlingar som det bästa sättet att lägga sig vinn om att terapin gör största möjliga nytta.

Ett framträdande stråk i vissa informanters berättelser var funderingar kring grad av ärlighet i hur det egna arbetet beskrivs och dokumenteras inför andra. För att skydda sig mot ifrågasättanden kan det kliniska arbetet vinklas och beskrivas på ett sätt som är förenligt med riktlinjer. Evidens har av vissa därför använts som beteckning utan att överensstämja med det faktiska innehållet i behandlingen. En informant reflekterade över hur hen i efterhand förhåller sig till beslut som fattats under en session:

“Det blir lite att jag gör det som känns rätt och sedan tänker jag att ‘okej vad gjorde jag nu’, och sedan försöker jag att justera det så att det låter som någonting som är genomtänkt, ett mer rationellt beslut, /.../ där det såhär ja men då enligt riktlinjer. Jag gör ganska mycket som jag kallar för KBT som egentligen nog... Jag vet inte, jag tänker aldrig KBT när jag sitter där men sedan så bara /.../ ‘det kan man kalla för benämning av känsloupplevelser’. Det bidrar till en upplevelse av att bluffa men också lite att allting är en bluff.”

Flera informanter menade att det skapas konflikter kring evidens när evidensbegreppet används för att lyfta fram en terapimetod på bekostnad av andra på ett sätt som minskar mångfalden. En annan informant menade att upptagenhet kring vissa metoders överlägsenhet i relation till vissa diagnoser försvårar samarbete mellan behandlare och leder till ett ogynnsamt samtalsklimat; *“man bråkar om vilken behandling som är bäst”*. Diskussionen om evidens uppfattades som känsloladdad och konfliktfylld, vilket bekymrade en av informanterna som själv förespråkar ett evidensbaserat arbetssätt och ibland upplevt sig ha svårt att nå fram.

Vissa informanter uttryckte skepsis mot framstegstanken inom evidensrörelsen och tvekan inför om psykiatrin har förbättrats, trots ökad användning av evidensbaserade metoder. En informant förklarade att hen inte ville *“låta som någon konstig foliehatt”* när hen liknade framställningen av evidensbaserade metoder vid försäljning av produkter. Hen uttryckte en undran över evidensens inverkan på psykiatrins utveckling:

“Har vi den bästa psykiatrin 2018? Är den bättre än vad den var 2007, är den bättre än vad den var 1990, bättre än -80, -70? Jag har faktiskt ingen aning. Jag har verkligen ingen aning om det här. Men man kan ju ibland få intrycket om man läser vissa saker att ‘nu har vi hittat skiten, det här är det bästa någonsin’. Och det tror inte jag stämmer.”

Sammanfattningsvis beskrev några informanter att det varit svårt att förstå vad som menas med evidens och att begreppet uppfattats som ett sätt att reklamföra generella metoder snarare än verkamma interventioner. Föreställningen om vad som fungerar bäst upplevs då vara överordnad vad som har störst effekt i praktiken. Samtidigt uttrycktes en annan mening av de informanter som eftersträvat ett evidensbaserat arbetssätt; evidens betraktades då som en garant för bästa möjliga behandling.

Psykologens frihet i organisationen

Vikten av professionell frihet i yrkesutövningen och utrymme för att arbeta i enlighet med egna etiska bedömningar i det terapeutiska arbetet lyftes fram när några informanter talade om evidensbegreppet. Det organisatoriska sammanhanget ansågs ha betydelse för hur de förhöll sig till evidens och riktlinjer. Chefen lyftes fram som central i att sätta ramarna för hur psykologerna kan förhålla sig till evidens i det kliniska arbetet. Chefens tillit till att psykologerna har tillräcklig kompetens att utföra ett gott arbete innebar för en av informanterna att riktlinjer blivit överflödiga. En annan informant betonade att det ansvar som följer legitimationen medför att psykologens arbete inte kan dikteras i detalj ovanifrån. På annat håll uttrycktes att det är *“svårt att få psykologer att göra något de inte vill”* när det går emot deras tolkning av vad som är ens yrkesetiska ansvar. En informant hade erfarenhet av att ledningen förespråkade att all psykologisk behandling skulle vara manualbaserad, vilket hen inte upplevde som praktiskt möjligt. Utifrån det personliga yrkesansvaret önskade informanten istället göra sina egna bedömningar:

“Hade han [chefen] varit på oss om det, att vi skulle göra det ena eller det andra, eller insisterat på något eller ifrågasatt vårt omdöme, då tror jag att det hade blivit en helt annan sak. Det hade känts som en pålaga uppifrån och det hade gjort något i mötet med patienten, att det liksom inte hade blivit så bra. För då hade jag inte fått hitta min egen väg till det, att göra de här manualiserade behandlingarna på ett sätt som känns okej för mig.”

Det framkom att några informanter har sökt sig till arbetsplatser som delar deras syn på vad som är viktigt i patientmötet, där de kunnat förhålla sig till evidens på ett sätt som överensstämmer med egna värderingar i relation till psykologisk behandling. Medan vissa sökt sig till arbetsplatser som värdesätter fler perspektiv än evidens och riktlinjer i patientarbetet har andra sökt sig till mottagningar där man uttalat ägnar sig åt evidensbaserad praktik och där organisationen uppfattas som ett gott stöd vid evidensbaserat kliniskt arbete. Alla utom en informant ville själva fatta beslutet om att arbeta manualbaserat eller ej, inte av skälet att alla patienter ska bemötas likartat. Några informanter betonade att de hellre skulle byta arbetsplats än att anpassa sig efter krav på att arbeta evidensbaserat. *“Hade jag blivit alltför trängd och behövt uppvisa systematiskt hur jag jobbar evidensbaserat, då hade det varit mer naturligt för mig att lämna psykiatrin och göra någonting annat än att anpassa mig till det kravet”*, uttryckte en informant.

Även det kollegiala sammanhanget uppfattades ha avgörande inverkan på det egna förhållningssättet till evidens i patientarbetet och tycks påverka psykologens möjlighet till kunskapsutbyte och utveckling i sin yrkesroll. En informant ansåg att evidens delvis kan bestå i beprövad erfarenhet och att det därför är av betydelse att ha tillgång till erfarna psykologkollegor. Vid arbete med patientgrupper som inte representeras i behandlingsforskningen uppfattades tillgång till samtal med erfarna kollegor som desto viktigare. En informant uppfattade att gemensamt lärande förhindras när klimatet bland kollegor präglas av att framhäva det egna arbetet som evidensbaserat av rädsla för att annars bli avslöjad som *“en dålig psykolog”*. Hen betonade att det då skapas en kultur där psykologer avstår från att prata med kollegor om det som är svårt i det kliniska arbetet, vilket bidrar till en känsla av ensamhet: *“Det är ingen som delar öppet om det som är svårt utan det handlar mest om att prata om det som går bra eller om ny forskning eller nya metoder.”*

En annan informant ansåg att det saknas skäl till varför alla psykologer ska arbeta på samma sätt eftersom en metod inte passar alla patienter och “*det finns patienter så det räcker för alla*”, både till dem som vill arbeta evidensbaserat och för andra. Hen betonade att det finns fler erkända kunskapstraditioner än evidensrörelsen när det kommer till kliniskt arbete, samtidigt som hen uppfattade det vara viktigt att känna till vad Socialstyrelsen förespråkar. En annan informant betonade att terapirummet befinner sig i en samhällskontext: “*Jag kan inte hålla på med vad som helst här inne utan måste förhålla mig till en verklighet utanför.*” Psykologen har inte bara ett ansvar gentemot den aktuella patienten utan också i relation till samhället.

Ytterligare ett stråk som framkom i några av informanternas utsagor var att psykologer har ett etiskt ansvar för att ta avstånd från en strikt tillämpning av evidens i offentlig verksamhet och en förenklad syn på “*hur människor ska hanteras*” inom vården. En informant lyfte behovet av kvalitetsgranskning och utvärdering inom psykiatri utifrån andra perspektiv än det hen benämnde som ett “*new public management*”-paradigm. Granskningen bör ske med förnuft, utan att underminera psykologens auktoritet och kliniska omdöme:

“Det kan vara positivt att det finns ett visst tryck utifrån om att vi ska kvalitetsgranska våra metoder och det vi håller på med, så länge det görs med någon sorts klokskap uppifrån. /---/ Att man liksom [inte] helt och hållet [har] släppt tanken på att en legitimerad psykolog skulle ha något eget omdöme i vad man vill göra eller hålla på med.”

Sammantaget efterfrågades en arbetsmiljö där ledningen ger psykologen frihet att göra egna bedömningar vad gäller metodval och där samtalsklimatet mellan kollegor präglas av öppenhet för flera perspektiv. Informanterna framhävde betydelsen av att kulturen på arbetsplatsen överensstämmer med deras syn på evidens i patientarbetet.

Diskussion

Syftet med föreliggande studie var att undersöka psykologers syn på evidensens plats i det kliniska arbetet inom vuxenpsykiatrisk öppenvård och hur de förhåller sig till evidens i mötet med den enskilda patienten. Studien har avgränsat sig till psykologer som är relativt nya i yrket och har därmed eftersträvat att ge en bild av hur förhållningssättet till evidens ser ut i början av yrkeslivet, i en verksamhet som kännetecknas av en hög grad av komplexitet. Av informanternas berättelser framgick att evidens uppfattas som ett aktuellt ämne, samt att informanterna intagit olika positioner i förhållande till evidensparadigmet. Det tycks finnas en spänning mellan formaliserade procedurer och självständiga bedömningar, vilket överensstämmer med Sager och Bohlins (2011) beskrivning av evidens inom det kliniska arbetet. Det framgick även att den evidensbaserade praktikens tre ben – forskning, kliniskt omdöme och individanpassning (Spring & Walker, 2007) – tillskrevs olika vikt av informanterna, vilket även framgick av tidigare studier (Lilienfeld et al., 2013).

Medan några uppfattade att evidensparadigmet står i konflikt med andra viktiga mål såsom individanpassat bemötande ansåg andra att ett evidensbaserat arbetssätt inkluderar ett sådant bemötande. Informanterna skiljde sig åt gällande i vilken grad de förlitar sig på intuition och omdöme respektive forskning. Några informanter upplevde att evidens exkluderar andra viktiga kunskapsformer i mötet med patienten medan vissa uttryckte tillit till evidensbaserade metoder. Å ena sidan betraktades evidensbaserade

metoder som viktiga hjälpmedel för att minska symtom, å andra sidan upplevdes de begränsa helhetsbilden av patienten och dennes lidande.

Det framkom även att vissa informanter uppfattade att riktlinjer och evidensparadigmet felaktigt ger intryck av att en evidensbaserad metod i sig är verksam, när metodernas nytta enligt informanterna egentligen består i hur psykologen tar sig an specifika interventioner. Informanterna betonade värdet av att få arbeta i enlighet med sina etiska bedömningar i en verksamhet som delar den egna synen på evidensens plats i klinisk praktik och dess relation till andra kunskapskällor. Vissa önskade fortsatt utrymme till att göra självständiga bedömningar avseende när behandlingen bör utgå från evidens, medan andra helst såg att hela verksamheten arbetar i enlighet med evidens.

Resultaten kommer här att diskuteras utifrån två aspekter som genomsyrar såväl informanternas berättelser som studiens teoretiska bakgrund: hur psykologerna förhåller sig till avståndet mellan forskning och klinisk verklighet samt hur de hanterar osäkerhet. Därefter diskuteras studiens praktiska implikationer och begränsningar, följt av rekommendationer för framtida forskning samt avslutande reflektioner.

Avståndet mellan forskning och klinisk verklighet

Det framkom att informanterna upplevde ett avstånd mellan forskning och psykiatrisk verksamhet, exempelvis när det kommer till patienternas problembilder. Detta tycks vara i enlighet med det avstånd mellan förutsättningarna inom forskning respektive klinisk praktik som Hasson och von Thiele Schwarz (2017) beskriver. Informanterna beskrev olika sätt att hantera avståndet. Skillnaden mellan forskningens och psykiatriens betingelser väcker frågan om vilket utrymme psykologen tilldelas inom evidensparadigmet till att fatta egna beslut om hur behandling utformas för enskilda patienter. Informanternas uppfattning av deras utrymme för individuella bedömningar tycks hänga samman med hur de ser på yrkesrollen och evidens i kliniken.

Informanterna tycktes uppfatta att varje patientfall kräver en problematisering av hur teori, teknik och forskning kan tillämpas, vilket överensstämmer med hur Schön (1983) beskriver reflekterande yrkespraktik. Praktikern behöver både kunna formulera och lösa problem i sin yrkesutövning, vilket förutsätter en implicit kunskap med ett annat upphov än forskning (Schön, 1983; Schön, 1992). Enligt Sager och Bohlin (2011) tillägnas sådan kunskap primärt från erfarna kliniker. I informanternas berättelser framkom ett behov av att sådan implicit kunskap förmedlas. Det framkom också att informanterna har förhållit sig till andra klinikers kunskap på skilda sätt i relation till den egna yrkesutvecklingen, vilket medfört att de förväntat sig att ta del av olika sorters kunskap från kollegorna. Medan några talade om ett behov av att från andra kliniker tillägna sig klinisk kunskap som inte går att finna i forskning, utmärkte sig en informant genom att huvudsakligen betrakta kollegor som ett stöd vid tillämpning av manualer. Några av informanterna betraktade närmast evidens som överflödigt då det terapeutiska arbetet anses vara ett hantverk, vilket kan liknas vid en reflekterande praktik som traderas från kliniker till kliniker.

Enligt Dallos och Stedmon (2009) saknar riktlinjer möjlighet att redogöra för hur intuitiv eller implicit kunskap kan användas. Som Lilienfeld et al. (2013) tidigare visat värderar många psykologer intuition och kollegiala råd högre än evidens. I relation till detta framgick att vissa informanter har sökt sig till ett organisatoriskt sammanhang där deras avståndstagande till evidens accepterats. Den informant som uppgav sig ha låg tilltro till sin intuition har på motsvarande sätt valt en arbetsplats som förväntar sig att psykologen arbetar i enlighet med evidens och riktlinjer. Således tycks det som att

psykologens förhållningssätt till evidens inverkar på dennes val av arbetsplats och att arbetsplatsens kultur sätter ramarna för att kunna förhålla sig till evidens på det sätt psykologen själv föredrar. Detta kan förstås som att psykologers förhållningssätt till evidensparadigmet inte kan plockas ur den organisatoriska kontexten, då ledarskap och riktlinjer i olika stor utsträckning betonar användningen av evidens eller överlämnar beslutsfattandet åt den enskilda psykologen.

Utifrån informanternas inställning till evidens kontra intuition är det intressant att fråga sig hur stort handlingsutrymme psykologen ger sig själv vid utformning av psykoterapi och andra behandlingsinsatser. De informanter som tagit avstånd från evidens förefaller betrakta sig själva som auktoriteter i fråga om vad som bör ske i terapirummet, i samspel med den enskilda patienten. Även för dem som uppfattade evidens som ett stöd framstår det som viktigt att värna sitt handlingsutrymme vid utformning av behandling. Den informant som tydligast eftersträvat ett evidensbaserat arbetssätt betraktade däremot evidens och riktlinjer som överordnade, vilket kan förstås som en avgränsning och begränsning av handlingsutrymmet när det gäller metodval. Psykologens uppgift tycks då bli att hitta svar i forskningen gällande vilken manual som ska användas vid vilket patientfall.

De som uppfattade klinisk erfarenhet och intuition som överordnade uttryckte ett motstånd mot att bli alltför styrda av chefer, forskning eller riktlinjer. En liknande uppfattning av erfarenhet och intuition har beskrivits i tidigare studier (Gaudio & Miller, 2013; Stewart et al., 2012) och kan förstås som ett uttryck för en önskan om bibehållet handlingsutrymme i yrkesutövningen och därmed som en motkraft till deprofessionalisering. Deprofessionalisering innebär enligt Schön (1992) en minskad tilltro till praktisk kunskap parallellt med ökad tilltro till yttre reglering av vad yrkesutövare gör.

Informanternas utsagor väcker frågan om vilka kunskapsformer psykologen behöver i sin yrkesroll. Även om evidensparadigmets ifrågasättande av psykoterapins effektivitet och terapeuters skicklighet enligt Hyde (2009) lett till en ökad standardisering av det kliniska arbetet, framkom hos några informanter en uppfattning om att terapeutens trovärdighet och terapins effektivitet inte garanteras av att något har stöd i forskning. Samtidigt betraktade några andra evidens som ett centralt verktyg för att förbättra sitt kliniska arbete, vilket kan jämföras med hur evidensrörelsen eftersträvat att yrkesutövning förankras i evidens, i syfte att garantera en hjälpsam och resurseffektiv behandling (Levi, 2014; Norcross et al., 2006). Det här förhållningssättet till evidens kan jämföras med ett som förs fram av Dallos och Stedmon (2009), där klinisk praktik likställs med tillämpning av vetenskapligt beprövade tekniker. Det kliniska omdömet har då som funktion att anpassa evidens till situationen.

Även om evidensrörelsen värderar intuition lägre än vetenskapligt beprövad kunskap framkom att flera informanter har värdesatt samt använt sig av intuition och omdöme som kunskapskällor i sitt kliniska arbete. Denna implicita kunskap har då uppfattats som outhärlig, trots att den är svårare att beskriva än den vetenskapliga. När den egna synen på omdömet och intuitionens roll har överensstämmt med kulturen på arbetsplatsen tycks informanterna ha upplevt en trygghet i att diskutera sitt arbete med kollegor. Att på så vis få utrymme till att samtala om omdömet roll kan tänkas främja utvecklingen och användningen av praktisk kunskap i enlighet med Schöns (1983) teori om reflekterande praktik.

Som tidigare beskrivits av Witteman et al. (2012) är det väsentligt att sträva efter att explicitgöra intuitiva kliniska bedömningar för att minska risken för felaktiga beslut. Informanternas upplevelser kan förstås som att intuitionens roll blir mer konfliktfylld för den som upplever ett behov av att inför kollegor dölja sin tilltro till intuition i patient-

arbetet. Om en tystnadskultur kring intuition och kliniskt omdöme uppstår på en arbetsplats på grund av att evidens uppfattas som överordnat kommer således intuitionen att finna sin plats bakom stängda dörrar. Det existerar då inte bara ett avstånd mellan forskning och praktik utan också mellan vad psykologen faktiskt gör och hur arbetet sedan framställs och dokumenteras.

Informanterna talade genomgående om behovet av att anpassa det kliniska arbetet till den enskilde patienten, vilket kan betraktas som ett personcentrerat förhållningssätt (Taylor-Hewitt, 2018). Förhållandet mellan personcentrering och evidens beskrevs på olika sätt av informanterna. Vissa uppfattade det individuella bemötandet som oförenligt med evidensparadigmet, medan andra beskrev det som målet med ett evidensbaserat arbete där behandlingsforskningens resultat anpassas till respektive patient. En iakttagelse av informanternas berättelser är att ett personcentrerat förhållningssätt förutsätter att klinikern ägnar sig åt vad Schön (1983) kallar ”problem setting”, det vill säga att förstå patientens problem utifrån dennes unika förutsättningar snarare än utifrån tilldelad diagnos. Att inte betrakta behandlingsåtgärden som på förhand avgjord av forskningen kan förstås som ett sätt att ge patienten möjlighet att komma till uttryck som subjekt vid problemformuleringen. Sammantaget förefaller det därmed viktigt att i kliniskt psykologarbete ständigt reflektera över när ett personcentrerat arbetssätt kräver att forskningsresultat placeras i bakgrunden.

Vid evidensbaserad praktik ska patienters individualitet och psykologens omdöme ges utrymme vid sidan av forskningsresultat (Hasson & von Thiele Schwarz, 2017), men vilken vikt som läggs vid de tre delarna skiljer sig åt kliniker emellan (Lilienfeld et al., 2013). Evidens framställdes av vissa informanter som synonymt med behandlingsmanualer som har forskningsstöd, medan andra även talade om evidens som beprövad erfarenhet eller en sammanvägning mellan de tre delarna i evidensbaserad praktik. Psykologernas individuella tolkning av evidensbegreppet tycks få avgörande inverkan på deras inställning till evidensparadigmet och till evidensbegreppet i förhållande till andra kunskapskällor. De skilda tolkningarna av vad som anses vara ett evidensbaserat arbetssätt lämnar olika stort handlingsutrymme för att göra individanpassade bedömningar.

I likhet med studien av Borntrager et al. (2009) framkom att de informanter som förstår evidens i termer av evidensbaserad praktik uppgav sig vara mer positivt inställda till fenomenet, medan de som likställde evidens med beforskade behandlingsmanualer tycktes uppleva en större konflikt mellan evidens och omdöme i klinisk praktik. Med den senare uppfattningen kan ett dilemma uppstå där psykologen upplever sig behöva välja mellan att använda sitt omdöme och att vara förankrad i forskning. Sammanfattningsvis pekar detta på att evidens blir användbar för psykologen först när den förs in i kliniken som en del av evidensbaserad praktik samt ger utrymme för fler kunskapskällor och för att vid behov göra avsteg från forskning, vilket kan förstås som en reflekterande praktik där omdömet spelar en viktig roll i linje med vad Stedmon och Dallos (2009) har framhävt. Således kan evidens betraktas som ett stöd när behandlingsforskning utgör en del av psykologens kunskapsbas och inte förringar behovet av andra kunskapskällor och omdöme, när behandling ska individanpassas inom psykiatrisk vård.

Att hantera osäkerhet

Den inneboende osäkerheten i det kliniska arbetet innebär att psykologen ställs inför dilemman där det inte finns ett enda lämpligt tillvägagångssätt (Levi, 2014), vilket gör att psykologen aldrig kan vara säker på att göra det rätta (Dallos & Stedmon, 2009). Enligt Hasson och von Thiele Schwarz (2017) erbjuder evidens inte något svar på hur den

ska användas i patientmötet. Det tycks således finnas en osäkerhet även för den psykolog som strävar efter att förankra en behandling i evidens. Hur psykologen ska förhålla sig till den osäkerhet som genereras av avståndet mellan forskning och klinisk praktik kan utifrån informanternas utsagor förstås som en central fråga. Hasson och von Thiele Schwarz (2017) betonar att evidensbegreppet kan användas på ett vagt vis samt tillskrivas olika betydelser. Detta överensstämmer med informanternas berättelser om den osäkerhet som uppstår, när det inte går att veta vad evidens innebär i praktiken på grund av att evidensbegreppet används otydligt.

Av informanternas redogörelser framgick att den osäkerhet som uppstår i det kliniska arbetet kan hanteras på olika sätt. Vissa betonade vikten av att hantera osäkerheten genom metodtrogenhet och förankring i behandlingsforskning i största möjliga utsträckning. Inom evidensparadigmet förespråkas att patienter som tilldelats samma diagnos erbjuds samma behandlingsmetod (Hammarström, 2016). Att sträva efter sådan likformighet kan betraktas som ett försök att öka tryggheten och säkerheten i psykologens arbete, i likhet med vad Schön (1983) beskrivit. Samtidigt betonade vissa informanter att det blir svårare att nå fram till patienterna vid strikt följsamhet till en viss metod på basis av diagnostik. Att nå fram till patienten framställdes som den viktigaste förutsättningen för ett gott terapiarbete, vilket överensstämmer med den slutsats Wampold och Bhati (2014) dragit om att den terapeutiska alliansen är den starkaste prediktorn för en framgångsrik behandling. Således behöver psykologen förhålla sig flexibelt till patienten och göra det som fungerar i praktiken, oavsett metod. Den här pragmatiska hållningen går att förstå som ett uttryck för ett betraktande av psykologyrket som ett hantverk.

I flera av informanternas berättelser uttrycktes en konflikt som Falkum (2008) tidigare beskrivit mellan generell kunskap om hur diagnosgrupper ska behandlas respektive en kontextkänslig och empatisk förståelse av den enskilda patienten. Några informanter framhävde värdet av att tillstå osäkerheten i terapiarbetet utan att vända sig till evidens, då detta uppfattades öka följsamheten till varje patient. Att en för strikt användning av manualer kan påverka alliansen negativt har Stewart et al. (2012) och Falkum (2008) tidigare påpekat. Några informanter riktade kritik mot antaganden om att det finns en behandling som är mest effektiv oavsett psykologens skicklighet och patientens förutsättningar, vilket de tycktes uppfatta som utmärkande för evidensparadigmet. Det framkom i några informanternas berättelser att likabehandling utifrån diagnos inte upplevdes vara förenligt med ett personcentrerat arbetssätt. Likt Banarjee och Basu (2016) framhävde informanterna den betydelse det har för patienten att känna sig lyssnad till. Vissa informanter menade att diagnossystemet i relation till evidens ibland används på ett sätt som gör att patienten inte får komma till tals, liknande ett förhållningssätt som Wampold och Bhati (2004) beskrivit. Dessa informanternas förhållningssätt till patientens subjektivitet kan förstås i termer av en öppenhet för det oväntade och det på förhand icke avgjorda, en öppenhet som de upplevde kan motverkas av evidensparadigmet.

Enligt Schön (1992) består yrkespraktikerns roll i att utföra ett hantverk som innebär mer än att arbeta i enlighet med explicita rutiner. Informanterna gav olika perspektiv på hur psykologens arbete kan betraktas som ett hantverk. Medan en informant menade att hantverket innebär anpassning av evidensbaserade metoder i relation till specifika individer resonerade några om att hantverket kräver att psykologen använder sig av fler kunskapskällor än forskning.Handledning av erfarna kliniker, konst och kultur lyftes av vissa informanter fram som exempel på värdefulla kunskapskällor vid sidan av evidens i utvecklingen av praktisk kunskap för att bättre hantera osäkerheten. Detta kan förstås som att evidensparadigmet upplevs underminera det hantverks-

mässiga i psykologens yrkesutövande när andra kunskapskällor inte erkänns, vilket i sin tur uppfattas minska beredskapen för att stå ut i osäkerhet och föra autentiska samtal.

När informanterna talade om det kliniska omdömets roll vid beslutsfattande och hantering av osäkerhet tillskrevs omdömet olika funktioner. Ett par informanter beskrev omdömet som vilseledande vid beslutsfattande om hur terapi ska bedrivas och argumenterade för förankring i evidens som ett sätt att minska osäkerheten. Det här kan jämföras med vad Saarni och Gylling (2004) har beskrivit som en drivkraft inom evidensrörelsen: att eftersträva ökad säkerhet vid beslut genom att ge större utrymme åt evidens än klinikerns omdöme. Samtidigt betonade några informanter att användning av interventioner med forskningsstöd omöjliggör ersätta omdömet, i enlighet med vad Sager och Bohlin (2011) redogjort för. I hanteringen av osäkerhet tillskrivs omdömet således olika stort utrymme; de informanter som menade att tillämpning av evidens motverkar bristfälliga subjektiva bedömningar tillskrev omdömet mindre betydelse.

Vissa informanter beskrev hur intuition tillför viktig information när osäkerhet uppstår vid bedömningar och beslutsfattande i patientmötet. Samtidigt fanns en medvetenhet om att intuition inte anses vara ett legitimt underlag för bedömningar inom evidensparadigmet, vilket Witteman et al. (2012) påpekat. Några informanter beskrev hur det tillkommer ytterligare osäkerhet vid användning av intuition i klinisk praktik, eftersom intuitionen upplevts betydelsefull men inte gått att redogöra för genom exakta resonemang. De lyfte fram osäkerheten som ett sätt att förbli öppen för de frågor som inte kan besvaras med evidens, men också i syfte att främja den terapeutiska alliansen. Vissa informanter beskrev det som kurativt att utforska tillsammans med patienten utan att vända sig till konkreta interventioner när osäkerhet uppstår i terapi, och i dessa fall uppfattades evidens begränsa förståelsen av den terapeutiska processen och patientens lidande.

Enligt Schön (1983) är yrkesutövarens uppgift att uppnå ett önskat framtida tillstånd i en komplex och föränderlig värld, exempelvis i form av minskat lidande för patienten. Några av informanterna reflekterade över evidens i förhållande till framstegstanken i samhället och frågade sig huruvida dagens psykiatri minskar lidande i större utsträckning än gårdagens. Om forskningen uppfattas ge fulländade svar på hur en kliniker ska möta patienter förenklas både komplexiteten i mänskligt lidande och synen på vad som kan vara hjälpsamt. Från detta perspektiv kan klinikerns främsta uppgift förstås i termer av att genomföra en empatisk och kontextkänslig resa i okänd terräng tillsammans med patienten, där omdöme och intuition leder vägen. Informanternas tvivel om huruvida de gör nytta kan, förutom att vara ett uttryck för deprofessionalisering, även förstås som ett uttryck för att osäkerheten inte behöver vara av ondo eftersom den oppmuntrar till användning av omdöme och reflektion över den unika situationen.

I likhet med vad som tidigare konstaterats av Dallos och Stedmon (2009) samt Hasson och von Thiele Schwarz (2017) framgår här att det krävs ständig reflektion av den kliniska psykologen för att utföra sin utmanande uppgift. Av informanternas berättelser som helhet framkom att både intuition och evidens stundtals upplevs vara otillräckliga och bristfälliga som kunskapskällor, om dessa inte tillämpas kritiskt och flexibelt. Informanterna tycktes dock vara överens om att omdömet spelar en viktig roll i kliniskt arbete oavsett om psykologen arbetar manualbaserat eller ej. Vad som skiljer informanternas berättelser åt är däremot vilken betydelse och hur stort utrymme det kliniska omdömet tilldelas. Oberoende av vilken kunskapskälla informanterna huvudsakligen förlitar sig på framställs omdömet som en ofrånkomlig del av det kliniska arbetet och en förutsättning för ett personcentrerat förhållningssätt.

Praktiska implikationer

Eftersom studiens resultat pekar på att många kliniska beslut behöver fattas utan stöd i forskning och att det i många fall är otydligt hur evidens kan tillämpas, tycks det vara viktigt att skapa utrymme för psykologer att bedriva en reflekterande praktik med kollegialt stöd. Studien belyser vikten av ett öppet kollegialt samtalsklimat där intuitiva bedömningar och kliniskt omdöme går att samtala om. Det som inte görs talbart kan heller inte utvecklas i samspel med andra klinikers erfarenhet. Det framkom även att vissa psykologer erbjuder den behandling som bedömts passa patienten oavsett om den har forskningsstöd eller ej. Det har av detta skäl förekommit att behandlingar dokumenterats på ett sätt som uppfattas vara mer önskvärt enligt evidensparadigmet och därmed inte benämnts med sitt egentliga metodnamn, vilket väcker frågor kring vilka slutsatser verksamhetsövergripande utvärderingar kan dra om behandlingars effektivitet vid jämförelse med andra.

Psykologer kan även behöva stöd i hur de vid behov kan förhålla sig till evidens inom psykiatrisk vård på ett sätt som är förenligt med ett personcentrerat förhållningssätt. Eftersom det framkom att psykologerna saknar behandlingsforskning som är anpassad efter psykiatriens förhållanden kan riktlinjer för psykologisk behandling inom psykiatri behöva beakta behovet av flera kunskapskällor. Att kunna använda omdömet på ett sätt som ökar följsamheten till varje individ vid utformning av behandling förutsätter att det finns en mångfald av behandlingsalternativ att tillgå inom den offentliga vården. Evidens förefaller uppfattas som ett stöd i behandlingsarbetet så länge det inte existerar ett påbud om att i alla lägen arbeta enligt riktlinjer oavsett situation och patient. Samtidigt tycks psykologer ha skilda uppfattningar om vad evidens och evidensbaserad praktik innebär och således även vilken plats dessa bör eller kan ha i det kliniska arbetet. Vid utvecklingsarbete eller informationsspridning inom psykiatri kan hänsyn behöva tas till detta.

Studiens begränsningar och framtida forskning

Med hänsyn till urvalets storlek och formen för rekrytering kan resultatet inte anses representera psykologer inom psykiatrisk öppenvård i allmänhet. Studiens resultat kan ha påverkats av att informanter som på olika sätt upplevt svårigheter i relation till evidens i större utsträckning har velat delta för att få utrymme att uttrycka sitt perspektiv, vilket kan ha bidragit till att vissa förhållningssätt dominerar framför andra. En annan begränsning följer av att vi strävade efter att få syn på informanternas förståelse av evidens och därmed avstod från att definiera evidens och evidensbaserad praktik som begrepp för dem. Detta försvårar jämförelser med resultat från tidigare forskning om attityder till evidens respektive evidensbaserad praktik. Detta har även bidragit till en otydlighet kring huruvida det är evidens som informanterna talar om snarare än exempelvis forskning i allmänhet. En framtida diskursanalys skulle kunna ge ökad förståelse för vilka innebörder fenomenet evidens tillskrivs.

Ytterligare en begränsning är att vi har avstått från att kartlägga informanternas inställning till olika psykoterapeutiska inriktningar, vilket dock föll utanför den aktuella studiens ramar. Jämförelser mellan terapeutiska inriktningar och rekommendationer kring specifika terapimetoder utgör en central del av evidensparadigmet. Det är därmed möjligt att informanternas förhållningssätt till evidens har färgats av deras inställning till riktlinjer som förespråkar vissa terapimetoder framför andra, snarare än att vara ett uttryck för deras

inställning till evidensbaserad praktik som sådan. En framtida studie kan undersöka detta vidare genom att studera hur psykologers syn på evidensbegreppet relaterar till deras uppfattningar om olika terapimetoder och hur riktlinjer därmed upplevs påverka psykologens handlingsutrymme inom offentlig vård.

Avslutande reflektioner

Denna studie av psykologers förhållningssätt till evidens inom psykiatrisk öppenvård indikerar att psykologens kliniska skicklighet består i att oberoende av metod göra det som fungerar i praktiken, vilket förutsätter en hantverksmässig känslighet för den aktuella kontexten. Den överordning av evidens över praktisk kunskap som enligt Thompson och Thompson (2002) riskerar att följa av evidensparadigmet blir problematisk eftersom det finns ett behov av att använda det kliniska omdömet för att hantera avståndet mellan forskarens och klinikerns villkor samt det terapeutiska arbetets ofrånkomliga osäkerhet. Sammantaget förefaller det viktigt att inte betrakta behandlingsforskning eller riktlinjer som allomfattande svar på vad som bör göras vid patientarbete inom psykiatrisk verksamhet. För att evidens ska bli användbar behöver det finnas utrymme för en evidensbaserad praktik, där ett personcentrerat förhållningsätt ibland kräver att forskningsresultat placeras i bakgrunden. För en fortsatt produktiv dialektik mellan det kliniska omdömet och den generella kunskap som evidens tillhandahåller behöver vårdens alla nivåer värna om psykologens utrymme att med hjälp av sitt omdöme fatta beslut utifrån den unika patienten och situationen. Inom psykiatri är det nödvändigt att ständigt ha den unika människan i åtanke även då tillämpning av evidensbaserade metoder eftersträvas.

Referenser

- Allan, R., Ungar, M. & Eatough, V. (2016). 'So I feel like I'm getting it and then sometimes I think OK, no I'm not': Couple and family therapists learning an evidence-based practice. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 37(1), 56-74. doi: 10.1002/anzf.1134
- Banerjee, P., & Basu, J. (2016). Therapeutic relationship as a change agent in psychotherapy: An interpretative phenomenological analysis. *The Journal of Humanistic Psychology*, 56(2), 171-193. doi: 10.1177/0022167814561547
- Berg, H., & Slaattelid, R. (2017). Facts and values in psychotherapy – A critique of the empirical reduction of psychotherapy within evidence-based practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(5), 1075-1080. doi: 10.1111/jep.12739
- Binder, P., Holgersen, H., & Nielsen, G. (2010). What is a "good outcome" in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy Research*, 20(3), 285-294. doi: 10.1080/10503300903376338
- Bohlin, I. (2011). Evidensbaserat beslutsfattande i ett vetenskapsbaserat samhälle. Om evidensrörelsens ursprung, utbredning och gränser. I I. Bohlin & M. Sager (red:er), *Evidensens många ansikten: Evidensbaserad praktik i praktiken* (ss. 31-68). Lund: Arkiv förlag.
- Bohlin, I., & Sager, M. (2011). Inledning. Evidensbaserad praktik i praktiken. I I. Bohlin & M. Sager (red:er), *Evidensens många ansikten: Evidensbaserad praktik i praktiken* (ss. 13-29). Lund: Arkiv förlag.

- Bohlin, I., & Sager, M. (red:er) (2011). *Evidensens många ansikten: Evidensbaserad praktik i praktiken*. Lund: Arkiv förlag. ISBN: 9789179242282
- Borntrager, C., Chorpita, B., Higa-McMillan, C., & Weisz, J. (2009). Provider attitudes toward evidence-based practices: Are the concerns with the evidence or with the manuals? *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 60(5), 677-81. doi: 10.1176/appi.ps.60.5.677
- Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet. (2018). *Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet – GPCC*. Hämtad 2018-09-30 från <https://gpcc.gu.se>.
- Dallos, R., & Stedmon, J. (2009). Flying over the swampy lowlands: Reflective and reflexive practice. I J. Stedmon, & R. Dallos (red:er), *Reflective practice in psychotherapy and counselling* (ss. 1-22). Maidenhead: Open University Press.
- Dubouloz, C., Egan, M., Vallerand, J., & von Zweck, C. (1999). Occupational therapists' perceptions of evidence-based practice. *American journal of occupational therapy*, 53(5), 445-53. doi: 10.5014/ajot.53.5.445
- Falkum, E. (2008). Phronesis and techne: The debate on evidence-based medicine in psychiatry and psychotherapy. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 15(2), 141-149. doi: 10.1353/ppp.0.0181
- Gaudio, B., & Miller, I. (2013). The evidence-based practice of psychotherapy: Facing the challenges that lie ahead. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 813-824. doi: 10.1016/j.cpr.2013.04.004
- Hammarström, E. (2016). If open-ended psychotherapy is gone. *Psychodynamic Practice*, 22(1), 61-69. doi: 10.1080/14753634.2015.1100421
- Hasson, H., & von Thiele Schwarz, U. (2017). *Användbar evidens: Om följsamhet och anpassningar*. Stockholm: Natur & Kultur. ISBN: 9789127818187
- Hershenberg, R., Drabick, D., & Vivian, D. (2012). An opportunity to bridge the gap between clinical research and clinical practice: Implications for clinical training. *Psychotherapy*, 49(2), 123-134. doi: 10.1037/a0027648
- Hewitt-Taylor, J. (2018). *Personcentrerad vård i praktiken*. Lund: Studentlitteratur. ISBN: 978914411307
- Hyde, A. (2009). Thought piece: Reflective endeavours and evidence-based practice: directions in health sciences theory and practice, *Reflective Practice*, 10(1), 117-120. doi: 10.1080/14623940802652938
- Karthikeyan, G. & Pais, P. (2010). Clinical judgement and evidence-based medicine: time for reconciliation, *Indian Journal of Medical Research*, 132(5), 623–626. doi: 10.4103/0971-5916.73418
- Kriisa, L. (2018, 17 januari). Psykoterapicentrum anmäler Socialstyrelsen för jäv [nyhetsartikel]. Hämtad 2018-10-14 från <http://psykologtidningen.se/2018/01/17/psykoterapicentrum-anmaler-socialstyrelsen-for-jav/>.
- Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 102-120. doi: 10.1191/1478088706qp062oa
- Levi, R. (2014). *Vettigare vård: Evidens och kritiskt tänkande i vården*. Stockholm: Studentlitteratur. ISBN: 9789144107141
- Lilienfeld, S., Ritschel, L., Lynn, S., Cautin, R., & Latzman, R. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 883-900. doi: 10.1016/j.cpr.2012.09.008

- Lindhiem, O., Bennett, C., Trentacosta, C., & McLearn, C. (2014). Client preferences affect treatment satisfaction, completion, and clinical outcome: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*(6), 506-517. doi: 10.1016/j.cpr.2014.06.002
- Messer, S., & Wampold, B. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 21-25. doi: 10.1093/clipsy.9.1.21
- Norcross, J., Beutler, L., & Levant, R. (2006). Prologue. I J. Norcross, L. Beutler, & R. Levant (red:er), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (ss. 3-12). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Norcross, J., Beutler, L., & Levant, R. (red:er) (2006). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association. ISBN: 1591473101
- Psykologförbundet. (2013). *Evidensbaserad psykologisk praktik*. Hämtad 2019-01-08 från <https://www.psykologforbundet.se/globalassets/forbundet-tycker/policydokument/evidensbaserad-psykologisk-praktik.pdf>.
- Saarni, S., & Gylling., H. (2004). Evidence based medicine guidelines: A solution to rationing or politics disguised as science? *Journal of Medical Ethics, 30*(2), 171-175. doi: 10.1136/jme.2003.003145
- Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R., & Richardson, W. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal, 312*(7023), 71. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71
- Sager, M., (2011). Evidens i administrativt limbo. Den implanterbara defibrillatorn mellan forskning och klinik. I I. Bohlin & M. Sager (red:er), *Evidensens många ansikten: Evidensbaserad praktik i praktiken* (ss. 97-129). Lund: Arkiv förlag.
- Sager, M., & Bohlin, I. (2011). Avslutning. Evidensens öde avgörs i detaljerna. I I. Bohlin & M. Sager (red:er), *Evidensens många ansikten: Evidensbaserad praktik i praktiken* (ss. 207-226). Lund: Arkiv förlag.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books. ISBN: 0465068766
- Schön, D. (1992). The crisis of professional knowledge and the pursuit of an epistemology of practice. *Journal of Interprofessional Care, 6*(1), 49-63. doi: 10.3109/13561829209049595
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Smith, J., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Los Angeles: Sage. ISBN: 9781412908344
- Socialstyrelsen. (2016). *En mer tillgänglig och patientcentrerad vård*. Stockholm: Socialstyrelsen. Artikelnummer: 2016-3-22
- Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Spring, B., & Walker, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology, 63*(7), 611-631. doi: 10.1002/jclp.20373
- Stedmon, J., & Dallos, R. (red:er) (2009). *Reflective practice in psychotherapy and counselling*. Maidenhead: Open University Press. ISBN: 0335233619
- Stedmon, J., & Dallos, R. (2009a). Reflections on reflections. I J. Stedmon, & R. Dallos (red:er), *Reflective practice in psychotherapy and counselling* (ss. 176-197). Maidenhead: Open University Press.

- Stedmon, J., & Dallos, R. (2009b). Biological and developmental foundations. I J. Stedmon, & R. Dallos (red:er), *Reflective practice in psychotherapy and counselling* (ss. 23-42). Maidenhead: Open University Press.
- Stewart, R., Stirman, S., & Chambless, D. (2012). A qualitative investigation of practicing psychologists' attitudes toward research-informed practice: Implications for dissemination strategies. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(2), 100-109. doi: 10.1037/a0025694
- Sveriges kommuner och landsting. (2018). *Personcentrerad vård i Sverige*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. ISBN: 9789175856315
- Thompson, S., & Thompson, N. (2002). *The Critically Reflective Practitioner*. Basingstoke: Palgrave Macmillan. ISBN: 9780230573185
- van Wijngaarden, E., van der Meide, H., & Dahlberg, K. (2017). Researching health care as a meaningful practice: Toward a nondualistic view on evidence for qualitative research. *Qualitative Health Research, 27*(11), 1738-1747. doi: 10.1177/1049732317711133
- Wampold, B., & Bhati, K. (2004). Attending to the omissions: A historical examination of evidence-based practice movements. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*(6), 563-574. doi: 10.1037/0735-7028.35.6.563
- Witteman, C., Spaanjaars, N., & Aarts, A. (2012). Clinical intuition in mental health care: A discussion and focus groups. *Counselling Psychology Quarterly, 25*(1), 19-29. doi: 10.1080/09515070.2012.655419

Bilaga 1. Intervjuguide

Hur kom det sig att du ville delta i den här studien om hur psykologer inom psykiatrisk öppenvård förhåller sig till evidens i sitt arbete?

Vad innebär evidensbegreppet för dig?/

Vad innebär evidens för dig i relation till ditt nuvarande arbete?

Hur går du tillväga när du planerar terapin för en viss patient?

- Vad tycker du är viktigt att ta hänsyn till när du funderar över hur du ska jobba med en viss patient i terapi?

Hur ser du på evidens och evidensbaserade metoder i relation till terapiarbetet?

- Hur ser du på att arbeta med evidensbaserade metoder inom psykiatrisk öppenvård?
- Hur ser du på att tillämpa evidens i relation till de patientgrupper som du arbetar med i ditt nuvarande arbete?
- Har det påverkat din syn på evidens att arbeta i just öppenvårdspsykiatri? Hur?
- Har din syn på evidensbaserade metoder förändrats under din tid som psykolog? Hur?
- Hur ser du på relationen mellan evidens och de andra typerna av kunskap som du beskriver?

Kan du ge ett konkret exempel på om och hur evidens eller riktlinjer har en inverkan på ditt patientarbete?

Hur blir det för dig att foga samman dina professionella bedömningar med evidens?

Hur ser du på relationen mellan att använda kliniskt omdöme och att förhålla sig till evidens?

Hur blir det för dig att navigera mellan patientens behov, riktlinjer om evidens och ditt eget omdöme?

- I mötet med den enskilda patienten, upplever du då evidens mest som ett stöd eller ett hinder?

Hur ser du på evidens i relation till din utveckling som psykolog?