

«JA TAKK, BEGGE DELER!»

En kvalitativ studie av terapeuterfaringer med internettassistert behandling i spesialisthelsetjenesten

Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo

Høsten 2022

Vibeke Hope & Thomas Storkjørren



Sammendrag

Tittel: “Ja takk, begge deler!” En kvalitativ studie av terapeuterfaringer med internettassistert behandling i spesialisthelsetjenesten

Forfattere: Lars Thomas Storkjærren Andersen og Vibeke Hope

Veiledere: Marianne Therese Smogeli Holter (UiO) og Ole André Solbakken (UiO)

Bakgrunn: Digitaliseringen byr på nye muligheter for psykisk helsehjelp, og kan både utfordre vår forståelse av terapi og tilby innovasjon. Internettassistert behandling (IAB) blir rullet ut i spesialisthelsetjenesten i Norge og studier viser at denne behandlingsformen er effektiv. Samtidig har vi mindre kunnskap om endringsmekanismer og rolleforståelse i denne nye behandlingsformen. Vi ønsket å undersøke hvordan psykologer opplever sin rolle i IAB, og hvordan de forstår programmets rolle.

Metode: Vi har intervjuet fem psykologer som bruker internettassistert behandling i spesialisthelsetjenesten med semi-strukturerte intervjuer. Intervjuene ble tatt opp på lydfil, transkribert og analysert ved hjelp av tematisk analyse. Vi har selv stått for gjennomføring av alle stegene i studien.

Resultat: Gjennom tematisk analyse identifiserte vi fire temaer som belyser forskningsspørsmålene våre. 1) Programmet som autonomifremmende, 2) Psykologens rolle som nødvendig og utfyllende, 3) En mer behagelig, men mindre utfordrende rolle og 4) Fra kunnskapsløshet til integrasjon (en holdningsreise). Psykologene opplever sin nye rolle som mer behagelig og enklere. På den andre siden opplever de at rollen deres er nødvendig og utfyllende i IAB. De legger stor vekt på hvordan denne behandlingsformen ser ut til å kunne styrke pasienters autonomi og handlekraft, i en selvselektert og motivert gruppe. Vi ser også at psykologenes opplevelse av IAB henger sammen med konteksten og rammene de arbeider under i spesialisthelsetjenesten. Psykologene er generelt positive, men ønsker å ha mer kontroll over hvordan IAB-løsningen skal brukes og i større grad kunne kombinere IAB med ordinær terapi.

Forord

Først og fremst en kjempestor takk til våre veiledere Marianne Therese og Ole André. Særlig takk til Marianne Therese, som ga oss et rungende “ja!” etter lang jakt på hovedveileder. Takk for grundige tilbakemeldinger, interessante innspill og god støtte gjennom hele prosessen.

Vi må også takke alle deltakerne i studien, som uten unntak har sagt ja og stilt opp.

Takk til Sintef med sine mange blide ansatte.

Og tusen takk, Michelle Frostad, for tøff forside-tegning!

Og sist, men ikke minst, en stor takk til hverandre for et særdeles godt samarbeid gjennom hele prosessen.

Thomas & Vibeke

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	1
1. Introduksjon	5
1.1 Begrepsavklaringer og beskrivelse av internettassistert behandling (IAB).....	6
1.2 Endringsmekanismer og psykologens rolle i psykoterapi	7
1.3 Problemstilling.....	9
2. Metode.....	10
2.1 Valg av metode og epistemologisk utgangspunkt	10
2.2. Beskrivelse av programmet.....	11
2.3 Det semi-strukturerte dybdeintervjuet	11
2.4 Vår for forståelse og forskerrollen	12
2.5 Valg av deltagere og rekruttering	13
2.6 Forberedelser til intervju	13
2.7 Gjennomføring og transkripsjon av intervju.....	14
2.8 Analysestrategi.....	16
2.9 Forskningens kvalitet	17
2.10 Etikk	18
3. Resultater	20
3.1 Programmet som autonomifremmende	20
3.2 Psykologens rolle som nødvendig og utfyllende	25
3.3 En mer behagelig, men mindre utfordrende psykologrolle.....	30
3.4 Fra skepsis og uvitenhet til integrasjon (en holdningsreise).....	33
4. Diskusjon	38
4.1 Resultater i lys av tidligere forskning.....	39
4.2 Begrensninger og overføringsverdi.....	41
4.3 Implikasjoner for praksis	43
4.4 Videre forskning	46
4.5 Konkluderende kommentarer	47
5. Referanseliste.....	49
6. Vedlegg.....	54
6.1 Vedlegg 1 - NSD	54
6.2 Vedlegg 2 - Samtykkeerklæring	55
6.3 Vedlegg 3 - Intervjuguide	58

1. Introduksjon

Digitaliseringen har revolusjonert stort sett alle sider av dagens samfunn, og er en stadig pågående utvikling. De siste tiårene er det i økende grad tatt i bruk digitale hjelpemidler i det psykiske helsevesenet, i starten med innføring av digitale pasientjournaler og økt tilgjengelighet av psykoedukativt materiale og ulike veiledere til befolkningen. Det er blant annet beskrevet som et av formålene med nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 at helse- og omsorgssektoren og innbyggerne skal ha god tilgang på digitale verktøy, på bakgrunn av at vi får stadig bedre digitale ferdigheter (Direktoratet for e-helse, 2022). I senere tid har man også sett et inntog av digitale hjelpemidler til bruk i selve behandlingen, enten gjennom tradisjonell behandling over video eller bruk av nettbaserte intervensjoner i terapi. Covid-19-pandemien gjorde at mange i psykisk helsevern ble nødt til å ta stilling til og prøve ut video-overført terapi. Man kan på mange måter si at digitalisering i psykoterapi fikk et gjennombrudd og et fotfeste på grunn av de sosiale restriksjonene, fortrinnsvis tradisjonell terapi over video. Samtidig er det et stort uforløst potensiale i bruk av mer interaktive og automatiserte løsninger. Digital psykoterapi er en paraplybetegnelse for et stort felt som rommer mange ulike typer løsninger, med ulik grad av terapeutinnvolvering, se under i avsnittet “1.1 Begrepsavklaringer og beskrivelse av internettassistert behandling (IAB)” for en mer detaljert beskrivelse av dette.

I Norge har digitale løsninger for psykoterapi vært tatt i bruk i det offentlige helsevesenet siden 2013, men det er først i senere tid dette har blitt aktualisert i større skala (Betin, 2022). Digitale løsninger for psykoterapi er introdusert flere steder som en del av det offentlige helsetilbudet, både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten (Betin, 2022). Beslutningsforum (Beslutningsforum, 2019) ga i 2019 grønt lys for å tilby veiledet internettbehandling for psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten (Beslutningsforum, 2019), samtidig som Forskningsrådet i sitt kunnskapsnotat peker på at selv om internasjonal forskning viser til lovende resultater for internettbehandling, trengs det mer robuste studier, og særlig i norsk kontekst (Norges forskningsråd, 2019). I rapporten fra Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, 2018) som var grunnlaget for Beslutningsforums avgjørelse om å godkjenne terapeutveiledet internettbehandling, konkluderte man med lignende resultater for angst og depresjon: rapporten beskriver en positiv effekt av behandlingen sammenlignet med

ingen terapi, og ingen forskjell i effekt når man sammenlignet med ordinær terapi (“ansikt-til-ansikt”-terapi) eller ikke-veiledet internettbasert behandling. Rapporten peker også på at pasienter i all hovedsak fornøyd med behandlingen (Folkehelseinstituttet, 2018).

En rekke studier har påvist effekt av internettassistert behandling (Andersson & Cuijpers, 2009; Andersson et al., 2014; Carlbring et al., 2018): en større metaanalyse som inkluderte 1418 deltakere sammenlignet internettassistert behandling med ordinær terapi, fant ingen signifikante forskjeller i effektstørrelse (Carlbring et al., 2018) og likestilte de to behandlingsformene. Metaanalysen inkluderte studier som typisk så på behandling for angst- og depressive lidelser, samt enkelte subkliniske tilstander som perfektjonisme og prokrastinering.

Digital behandling har sine klare fordeler ved at det kan nå ut til flere, både geografisk og de som av andre årsaker har vanskelig for å møte fysisk til behandling. Dette er en del av målsetningene i e-helsestrategien i Norge (Direktoratet for e-helse, 2022). Man ønsker å nå flere med hjelp. Mange med lettere grader av depresjon og angst i Norge i dag har ikke krav på hjelp i spesialisthelsetjenesten, gitt rammene av ressurser. I motsetning til tradisjonell samtaleterapi tilbyr digitale intervensjoner fleksibilitet i forhold til tid og sted, samt at pasienten har tilgang til all informasjon om behandlingen sin til enhver tid. Dette åpner opp for et nytt potensiale og utfordrer hvordan vi tenker om psykoterapi. Psykoterapi har siden Freud sin tid i stor grad vært sentrert rundt det menneskelige møtet og det emosjonelle samspillet mellom terapeut og pasient. På bakgrunn av dette kan man forstå skepsisen både psykologer og pasienter kan ha knyttet til det å “outsource” deler av behandlingen til et program. Når behandling over internett nå rulles ut som et fullverdig alternativ til terapi i spesialisthelsetjenesten i Norge, så er det viktig, og i tråd med nasjonale retningslinjer (Direktoratet for e-helse, 2022), at man forsker på hvordan dette kan brukes og supplere hverandre best mulig, og at man ikke inntar et enten-eller-fokus mellom det tradisjonelle og det digitale.

1.1 Begrepsavklaringer og beskrivelse av internettassistert behandling (IAB)

E-helsefeltet i sin helhet forstås gjerne som all bruk av internett og moderne teknologi i helserelatert øyemed. Dette er altså en stor paraply som innbefatter alt fra bruk av mobilbaserte feedback-systemer i helsetjenesten til helserelaterte råd befolkningen kan finne

på helsenorge.no, til digitale intervensjoner i psykoterapi. Man kan lett bli forvirret av ulike begreper for det samme, eller like begreper for det som i praksis er ulike ting. (Barak et al., 2009) foreslår å dele internett-støttet behandling (bruk av internett i behandling) inn i:

- 1) internettbasert terapi (med ingen eller grader av menneskelig støtte/interaksjon),
- 2) e-terapi (“konvensjonell” terapi via video for eksempel), og
- 3) internett-basert terapeutisk software (helautomatiserte systemer, med bruk av intelligent software som lager regler basert på interaktivitet)

Et viktig skille handler om graden av menneskelig involvering og hvorvidt denne er i sanntid eller ei: en terapeut som møter pasienten gjennom behandlingsforløpet til oppfølgingssamtaler (gjennom video, telefon eller chat/e-post) eller en terapeut som besvarer pasienten gjennom behandlingen på ulike henvendelser (på chat/e-post).

Denne oppgaven vil benytte begrepet internettassistert behandling (IAB) om behandlingsformen som brukes av psykologene som er intervjuet. Når psykologene refererer til den navngitte løsningen og leverandøren de benytter seg av, er egennavnet byttet ut med “programmet” i intervjuene og i teksten ellers for å ytterligere bevare anonymiteten til deltakerne.

1.2 Endringsmekanismer og psykologens rolle i psykoterapi

Forskning på tradisjonell psykoterapi har vist at virksomme faktorer for endring finnes både på pasient- og terapeutsiden, og ikke minst i relasjon mellom de to (Lambert, 2013). Klientfaktorer har vist seg å ha mest påvirkning på utfall og endring i terapi (Imel & Wampold, 2015). Klientvariabler som er studert er blant annet klienters motivasjon, mestringsstil og tilknytningsstil (Bohart & Wade, 2013). Egenskaper ved terapeuten ser også ut til å spille en viktig rolle. Det er særlig kvaliteter knyttet til terapeutens samspill med pasienter som er vist å ha betydning: varme, empati, aksepterende holdninger ovenfor pasienters ulike sider og livsproblemer samt ferdigheter i å skape dialog og samarbeidsklima (Beutler & Castonguay, 2006). Evne til fleksibilitet og det å være responsiv til den enkelte klient trekkes fram av Lambert og Norcross (Lambert & Norcross, 2011). De oppsummerer

kunnskapen om terapeutfaktorer som at gode terapeuter kan veksle mellom ulike måter å forholde seg til sine klienter på ut fra den enkeltes behov.

Behandlingsforskningen har også vist at det er faktorer som virker på tvers av ulike terapiretninger, såkalte fellesfaktorer, som i all hovedsak forklarer endring i terapi (Bergin & Lambert, 1978; Hubble et al., 2010). Jerome Frank sine foreslåtte faktorer (Frank & Frank, 1993) har høstet mye anerkjennelse innen feltet. Disse dreier seg om å inngi håp og motvirke demoralisering, skape emosjonell aktivering, fremme endring utenfor terapirommet, og å generere nye måter å forstå seg selv og sine problemer på. Derimot har man funnet langt mindre effekt av de såkalte spesifikke faktorene, altså metoder og teknikker som er spesifikke for ulike terapiformer (Bergin & Lambert, 1978). Dette kan lett føre til den misforståelsen av det ikke spiller noen rolle hva terapeuten gjør (Nissen-Lie, 2013). Selv om faktorene teoretisk kan skilles fra hverandre, er de i praksis gjensidig avhengige av hverandre: de spesifikke faktorene gjør at fellesfaktorene kan ta form (Goldfried, 2009).

Den faktoren som det har vært mest empirisk søkelys på er alliansen mellom terapeut og klient. Bordins (Bordin, 1979) definisjon er kanskje den mest utbredte, og han deler alliansen inn i tre komponenter: 1) enighet om mål ved behandlingen 2) enighet om teknikker og oppgaver for å nå målet og 3) det emosjonelle båndet mellom klient og terapeut. Alliansen kan på en måte forstås som et resultat av egenskaper ved terapeuten, klientfaktorer og samspillet mellom de to. En god allianse er endringsfremmende, samtidig som det er vist at positiv endring også vil kunne styrke alliansen (Flückiger et al., 2012; Cherkasskaya & Wachtel, 2013).

Internettassistert behandling utfordrer delvis synet på hva som skaper endring i terapi ettersom både egenskaper ved terapeut og samspillet mellom terapeut og pasient er nedtonet. I IAB vil programmet og intervensjonene der representere de spesifikke faktorene som gjør at fellesfaktorene kan ta form. Vi befinner oss i et landskap hvor det er *teoretisk* rimelig å tenke seg at tradisjonelle endringsmekanismer i stor grad vil være til stede i IAB, uten at dette er empirisk undersøkt i stor grad per dags dato. Det er gjort noe forskning på på allianse i IAB, såkalt e-allianse (Berger, 2017; Pihlaja et al., 2018; Probst et al., 2019). I en metaanalyse av seks ulike studier fant man indikasjon på god allianse på pasientsiden i samtlige studier, og man fant også en positiv korrelasjon mellom allianse og utfall (Pihlaja et al., 2018). Samtidig peker andre studier på at at allianse med terapeuten kan være god uten å predikere utfall

(Andersson et al., 2012). I følge Zalaznik et al. (Zalaznik et al., 2021) kan alliansen med terapeut predikere gjennomføringsgrad, mens allianse med programmet predikerer utfall. Dette kan forstås som at det er noe utenom det relasjonelle som skaper endringer.

1.3 Problemstilling

I all hovedsak består forskningen på internettassistert behandling av kvantitative effektstudier. Selv om disse ofte sammenligner ordinær psykoterapi med IAB, gir de oss ikke noen dypere eller mer kompleks forståelse av hva forskjellene og likhetene mellom de to eventuelt er. De belyser heller ikke hvilke eventuelle styrker og svakheter de to alternativene kan ha. Kvalitativ forskning kan hjelpe oss til å bedre forstå mekanismene som er i spill, og trengs for å kunne utvikle løsninger som imøtekommer behov hos både pasienter og behandlere, og for at man skal kunne implementere dette på en best mulig måte i spesialisthelsetjenesten.

Det eksisterer nok også en del negative holdninger hos både behandlere og pasienter, og skepsis til internettassistert behandling som et fullverdig alternativ. Samtidig som forskningen viser at IAB er like effektivt som ordinær psykoterapi for angst og depresjonslidelser (Andersson & Cuijpers, 2009; Andersson et al. 2014; Carlbring et al., 2018), som også er de mest utbredte psykiske lidelsene, peker mye av behandlingsforskningen på betydningen av relasjon, inkludert nonverbalt samspill, responsivitet og emosjonelt bånd. Dette danner en forståelsesbakgrunn for terapeuter og deres forståelse av egen rolle i psykoterapi. Allikevel, når terapeuter arbeider med IAB, erfarer de at pasienter opplever bedring, i tråd med forskningen som finnes. Vi ønsker da å undersøke hvordan de forstår sin egen rolle som terapeuter, og pasientens og programmets rolle, i denne prosessen.

Denne studien undersøker hvordan behandlere opplever sin nye rolle som behandler tilknyttet internettassistert behandling, programmenes rolle og terapiprosessen når de bruker IAB. Det finnes mye behandlingsteori og forståelse av terapeutrollen og endringsmekanismer basert på tradisjonell "ansikt-til-ansikt"-terapi, men svært lite på denne nye rollen som nå etableres i hybridløsningene. Studien undersøker behandleres erfaringer med IAT i en norsk spesialisthelsetjeneste-kontekst, og prøve å besvare forskningsspørsmålene:

Hvordan opplever og forstår behandlere sin rolle?

Hvordan opplever og forstår de programmets rolle?

2. Metode

2.1 Valg av metode og epistemologisk utgangspunkt

Psykologien som vitenskap kan sies å ha historiske røtter i både naturvitenskapelige tradisjoner og humanvitenskapene (Teigen, 2015). Hovedtyngden av klinisk psykologisk forskning har basert seg på kvantitative metoder, men kvalitative metoder har fått mer vind i seilene de siste årene (McLeod, 2013). Der den kvantitative forskningen i større grad har som mål å kunne trekke kausale slutninger, søker den kvalitative forskningen dybde, forståelse og meningsdannelse. Våre forskningsspørsmål handler om psykologers egen forståelse og opplevelse av den “nye” rollen de har når de tilbyr internettassistert behandling. Et utgangspunkt for oss har vært at mye av forskningen rundt dette temaet handler om behandlingseffekt, samt pasienters og behandleres holdninger (positive eller negative) til nye behandlingsformer eller hvordan man best mulig implementerer dette i organisasjoner. I og med at dette er et relativt nytt framvoksende felt tenker vi at det er potensiale i å undersøke aktørenes opplevelser, og deres forståelse av hva som skjer i behandlingen, samt hvordan denne eventuelt endres med erfaring. Dette kan bidra til å peke på fokusområder for videre forskning, tenkning og hva som eventuelt kan gi bedre behandling. En kvalitativ forskningstilnærming ble dermed et naturlig valg for vår oppgave.

Vår epistemologiske posisjon har utgangspunkt i en realistisk ontologi, det vil si at det antar at det eksisterer en virkelighet i seg selv som får ting til å skje i verden. Videre at det er meningsfullt å forsøke å studere denne - samtidig som ethvert forsøk på å vinne kunnskap om virkeligheten alltid vil være farget av ens subjektivitet. Som følge av dette gir det mening forsøke å minimere forstyrrende faktorer i løpet av forskningsprosessen, faktorer som kan påvirke resultatene på måter som ikke er relevante for vår del av det vi forsøker å forstå i virkeligheten. Samtidig innebærer det at det aldri vil være mulig å eliminere slike faktorer fullstendig. Forskningen vil alltid bære preg av et subjektivt ståsted. Dette er en kritisk realistisk posisjon, til forskjell fra epistemologiske posisjoner som antar et mer 1:1-forhold mellom forskning og virkelighet, eller rene konstruktivistiske posisjoner, hvor vår konstruksjon eller fortelling ikke kan gjøre krav på noen annen epistemologisk status enn deltakernes egne fortellinger (Houston, 2001).

2.2. Beskrivelse av programmet

Denne oppgaven omhandler internettbasert terapi med det som kan anses som en høy grad av menneskelig involvering sett i forhold til det spekteret av tilbud litteraturen beskriver. I løsningen studien omhandler kommer pasienten inn til en ordinær inntakssamtale og utredning som man gjør for alle pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten. Basert på ulike kriterier eller utarbeidede retningslinjer får noen pasienter tilbud om internett-assistert behandling (IAB). Per i dag er dette i vesentlig grad basert på pasientens eget ønske og motivasjon for den type behandling.

Programmet som benyttes har ulike behandlingsløp for ulike typer lidelser eller tilstander, for eksempel “panikk lidelse” eller “blandet depresjon/angst”. Innholdet er basert på kognitiv atferdsterapi i vid forstand, inklusive det som gjerne kalles “tredje generasjons”-kognitiv atferdsterapi. Kognitiv atferdsterapi (KAT) er et samlebegrep for en rekke ulike terapeutiske tilnærmer med de samme grunnprinsippene. Fokuset innen denne terapiretningen er atferdsendring og kognitive intervensjoner. Kjernen i KAT kan å beskrives som å identifisere og evaluere negative tanker, og benytte seg av intervensjoner som skal utfordre disse tankene, eller erstatte dem med nye, mer konstruktive tanker (Berge & Repål, 2019). I det som gjerne kalles tredjegenasjons-KAT har det kommet til flere tilnærminger med et bredere fokus enn på spesifikke symptomer eller lidelser. Her søker man å utvikle ferdigheter ment å kunne brukes i mange kontekster og med et helse- eller livskvalitetsfremmende siktemål framfor et sykdomsfokus (Hayes, 2004).

Hvert behandlingsløp inneholder ulike moduler som det er beregnet at pasientene gjør over en uke (1-3 timer) med tilhørende oppfølgingssamtale med psykolog på 20 minutter.

Oppfølgingssamtalene foregår gjerne over video, men det er også mulighet å ha disse ansikt-til-ansikt eller over telefon. Terapeuten har også innsyn i alt pasienten gjør i programmet.

Etter avslutning vil pasientene ha tilgang til programmet i 5 år.

2.3 Det semi-strukturerte dybdeintervjuet

Vi valgte å ha en semi-strukturert form på intervjuene. Denne intervjuformen inviterer deltagerne til å fortelle deres egne historier, tanker og refleksjoner rundt erfaringer og åpner opp for et nyansert og komplekst bilde av problemstillingen man ønsker å undersøke

(Magnusson & Marecek, 2015). Ettersom vi ønsker å undersøke nyanser i opplevelser av roller og holdninger passet denne intervjuformen godt. En mer strukturert form med mer lukkede spørsmål og strengere struktur ville ikke gitt oss de nyansene i opplevelse og holdninger som vi ønsker å kartlegge, fordi vi ikke ville ha kunnet forfølge og utdype temaer og tanker deltakerne kom med. Ved å velge en slik halvstrukturert form var vi både sikret å få dekket de temaene vi ønsket, og deltakerne kunne også komme med andre tema som er viktige for dem. Vi ønsket å invitere deltakerne til også å tenke litt sammen med oss underveis i intervjuet, noe som ga intervjuene mer og mer dialogpreg jo lenger ut i intervjuet vi kom. Et helt ustrukturert intervju kunne åpnet opp for mye interessant og andre tema vi ikke har fått belyst, men vi valgte bort denne formen da vi kunne risikere å ikke får svar på problemstillingen vår. Vi spurte både etter konkrete erfaringer, og inviterte deltakerne til å tenke sammen med oss om dette etterpå, med fokus på opplevelsen av rollen til terapeuten og programmet.

2.4 Vår forforståelse og forskerrollen

I kvalitativ forskning er vi som forskere selve instrumentet, og forskningen vil derfor alltid være farget av forskernes subjektivitet (Brinkmann og Kvale, 2015). Det er derfor viktig at forskeren beskriver vår forforståelse og bakgrunn for leseren for å være mest mulig transparente.

Vi er begge psykologstudenter i slutten av utdanningen, og vi har begge noe erfaring med å arbeide klinisk i spesialisthelsetjenesten på lignende steder som deltakerne jobber gjennom vår hovedpraksis-periode. Som psykologstudenter har vi også et forhold til psykologrollen og noe forskjellig holdning til bruk av internettassistert behandling. En av oss har teknologisk bakgrunn og er nysgjerrig på og positiv til mer innovative løsninger i klinisk virksomhet som helhet. Vi deler begge en opptatthet av, og en bekymring for, hvordan vi som samfunn og vi som psykologer skal klare å møte befolkningens behov for psykisk helsehjelp i en presset ressursituasjon (Nordland, 2022). Den andre gikk inn i prosjektet med en skepsis til hva det innebærer for pasientene om IAB implementeres kun for å spare ressurser alene, etter å ha blitt eksponert for slike skeptiske holdninger gjennom praksis og på universitetet. Slik sett representerte vi sammen både en skepsis og en positivt farget nysgjerrighet med noe ulik vektning oss imellom.

2.5 Valg av deltagere og rekruttering

Vi rekrutterte fem psykologer fra spesialisthelsetjenesten ved et sykehus/opptaksområde i Oslo-området. De fem var til sammen alle psykologene som var involvert i bruken av internettassistert behandling ved sykehuset over en prøveperiode på to år. Løsningen dette sykehuset brukte er utviklet av et privat selskap som det offentlige kjøper inn via anbud. En av psykologene vi intervjuet hadde på intervjuetidspunktet også dette selskapet som arbeidsgiver i tillegg til sykehuset, dette kan ha medført at hen hadde incentiver til å snakke positivt om løsningen. Data fra denne deltakeren er derfor behandlet kun der det sammenfaller med de resterende deltakerne.

Bruken av internettassistert behandling rulles ut med mange forskjellige løsninger flere steder i landet. Vi forsøkte i utgangspunktet å rekruttere deltakere fra et annet sykehus/opptaksområde i tillegg, som benytter seg av en annen form for IAB, men lyktes ikke med dette, noe vi fikk inntrykk av har sammenheng med at denne løsningen nå er i en implementeringsfase og uten gode rutiner og prosedyrer for de ansatte. Dette ville gitt oss deltakere i to tydelig forskjellige grupper, da løsningen de benyttet ved det andre sykehuset er ulik med hensyn til grad av menneskelig interaksjon, men dette var dessverre ikke mulig. Derfor har ikke oppgavens hensikt vært å sammenligne mellom grupper, men heller gå i dybden i forhold til forskningsspørsmålene i en gruppe.

Deltakerne ble rekruttert via personen som var ansvarlig for internettassistert behandling ved sykehuset. Hen kontaktet på sin side alle psykologene som hadde vært involvert i prosjektet som ga hen positiv respons til å delta i forskningsprosjektet og kontaktinformasjon ble videreformidlet til oss. Vi sendte deretter ut en kort invitasjon og forespørsel på e-post om å delta på intervju, sammen med en samtykkeerklæring (Se vedlegg 6.2). Alle sa seg villige til å stille til intervju, med andre ord så er alle psykologer som har jobbet med IAB ved dette sykehuset inkludert i denne studien.

2.6 Forberedelser til intervju

Det ble utarbeidet en intervjuguide før første intervju som inneholdt det vi antok var noen sentrale temaer, og åpne spørsmål tilknyttet disse. På forhånd hadde vi studert aktuell litteratur rundt internettassistert behandling, samt at begge hadde vært i praksis på steder hvor

dette skulle bli implementert og fått med oss en del holdninger fra psykologer rundt IAB derfra. At vi hadde lest oss på på feltet og var noe orientert om hvordan implementering av IAB skal foregå, gjorde oss bedre rustet fra start til å stille oppfølgingsspørsmål ettersom vi hadde en bedre forståelse av konteksten. Dermed slapp vi å bruke mye tid i intervjuene på at deltakere eventuelt måtte forklare oss hva IAB-programmet inneholder og hvordan det brukes.

Intervjuguiden inneholdt sentrale tema og hovedspørsmål, samt en kort orientering til deltakerne om formål, anonymitet og noen oppfordringer til deltakerne (se vedlegg 6.3). Intervjuet hadde en todelt form som utgangspunkt, hvor første del hadde søkelys på erfaringer psykologen hadde gjort seg basert på konkrete eksempler. Del to baserte seg mer rundt tanker og refleksjoner som var relatert til erfaringene og temaene som ble definert i intervjuguiden. Vi valgte også noen ganger å til slutt spørre de om tanker vi selv hadde gjort oss underveis i intervjuet eller underveis i prosjektet etter hvert som vi hadde gjennomført fler og fler intervjuer. Dette var inspirert av epistemisk intervjuing (Brinkmann, 2007). I epistemisk intervjuing kan intervjuer være en aktiv part i en felles diskuterende samtale hvor målet sees som å være å komme fram til ny kunnskap eller sannhet. Brinkmann (2007) setter dette i kontrast til intervjustiler hvor fokuset er på å få fram respondentens subjektivitet alene. Rekkefølgen med søkelys på erfaring først og tanker og refleksjoner i del to ble valgt fordi vi ønsket å redusere muligheten for at psykologene kunne føle at de var nødt til å forsvare, illustrere eller begrunne sine eventuelle holdninger, tanker og refleksjoner med eksempler, om intervjuet beveget seg *fra* mer overordnede betraktninger *til* konkrete erfaringer med et behandlingsforløp.

2.7 Gjennomføring og transkripsjon av intervju

Det ble gjennomført fem intervjuer på ca. 60-75 minutter hver, samt to oppfølgingsintervju med to av deltakerne. Intervjuene ble tatt opp med båndopptaker. To av de opprinnelige intervjuene samt begge oppfølgingsintervjuene ble gjennomført via Zoom av praktiske årsaker, de resterende intervjuene gjennomførte vi på psykologenes arbeidsplass. Alle fem deltakerne var rekruttert på forhånd. Til tross for at det var mye gjentakelser blant psykologene når det gjaldt hovedpoenger, ble likevel alle fem intervjuene gjennomført.

Vi var begge til stede på alle intervjuene, fordi vi ønsket å ha likeverdig eierskap til datamaterialet begge to, siden vi tenker vi gikk inn i prosjektet med noe ulik forforståelse og holdning til temaet og synes det har vært viktig at begges perspektiver har fått prege arbeidet hele veien.

Vi diskuterte en del hvordan vi kunne gjøre intervjusituasjonen mest mulig komfortabel for deltakerne, med tanke på at vi var to. Vi hadde hele veien en form hvor vi vekslet annenhver gang med å være “hovedintervjuer” og ha ansvar for å følge stikkord fra intervjuguiden, mens den andre kunne være noe friere til å tenke over det som kom fram fortløpende, og kunne bryte inn i samtalen med tanker underveis. Vi beholdt denne formen, men modererte den noe, ved å gjøre hovedintervjuer enda mer eksplisitt styrende og tydelig gi ordet til den andre intervjueren med spørsmål om vedkommende hadde noen tanker eller noe å tilføye, framfor at det andre intervjueren kom med det selv. Dette gjorde vi fordi vi syntes det virket som det ble mer krevende for deltakeren å måtte orientere seg mot to intervjuere spontant, som hadde litt ulike innfallsporner i tillegg.

Intervjuene ble diskutert og transkribert fortløpende og inkorporerte nye refleksjoner underveis i intervjuene med nye psykologer, samtidig som intervjuguiden ble beholdt som fundament. Dette er i tråd med Levitt og kollegers (Levitt et al., 2017) anbefaling om å ikke ha en for rigid struktur, men tillate å la kjennskapen vi utvikler til fenomenet informere prosessen underveis.

Siden forståelsen av psykologrollen var et hovedtema i denne studien ble det ansett som nyttig å gi psykologene anledning til å kommentere andre psykologers svar i den grad det var mulighet. Alle deltakerne ble spurt om de var villige til å stille på oppfølgende intervju om noen uker. Underveis ble det drøftet behov og rasjonale for å gjennomføre disse. Oppfølgingsintervju ble gjort med to av deltakerne. I det ene tilfellet ble intervjuet litt kort, samt at vi i etterkant av intervjuet fant ut at vi trengte eksplisitt validering og utdyping fra deltakeren selv på noen av fortolkningene vi hadde gjort underveis. Det andre oppfølgingsintervjuet valgte vi å gjøre med den første deltakeren. Her følte vi at det gjennom prosessen og særlig ved at vi hadde gjennomført den første analysen, hadde dukket opp mulige oppfølgende spørsmål som var mer spisset i forhold til temaene vi mente å se.

Transkriberingsarbeidet gir en mulighet for forskeren til å få nær kjennskap til datamaterialet. Vi valgte å transkribere underveis og tett opp til intervjutidspunktene for å huske konteksten best mulig. Tiden mellom intervju og transkripsjon er kritisk for å ikke gå glipp av viktig informasjon, som kroppsspråk, tonefall med mer (Magnusson & Marecek, 2015). Dette gir ekstra nærhet til datamaterialet og gjorde at vi i større grad kunne begynne å prosessere konturene av en analyse. Det ble transkribert ord for ord, samt at lyd og transkripsjon ble gjennomgått parallelt i etterkant for en kontroll av det transkriberte datamaterialet.

2.8 Analysestrategi

Analysen er gjennomført som en tematisk analyse basert på Braun og Clarke sin tilnærming (Braun & Clarke, 2006). Dette var første gang vi gjorde en fullstendig kvalitativ analyse og deres tilnærming tilbyr en relativt tilgjengelig og teoretisk fleksibel kvalitativ metodikk. Gitt at vi baserte oss på et relativt nytt forskningsområde og ikke ønsket en top-down analyse, ga tematisk analyse mulighet til å være induktive og datanære. Samtidig beskriver den tydelige retningslinjer for å gjennomføre analysen i ulike steg.

Først gjorde vi oss kjent med data, en prosess som startet under intervjuene. Dette er det første steget i Braun og Clarke (2006) sin tilnærming. Vi har hatt en løpende dialog oss to imellom fra vi intervjuet første deltaker, hvor vi har utvekslet våre forståelser av hva som kommer fram i intervjuene vi gjør. Samtidig transkriberte vi intervjuene fortløpende, noe som også fordypet oss ytterligere i våre respektive transkriberte intervjuer.

Denne fasen varte flere uker, før vi begynte med koding av intervjuene i NVivo, som er andre steg i Braun og Clarke (2006) sin stegvise tilnærming. Vi kodet det første intervjuet sammen, for å kunne ha en «live» drøfting av de kodene hver enkelt av oss foreslo og prøve å komme til en felles forståelse av kodingsstrategi, både navngiving av koder og i hvilken grad vi skulle kode etter det semantiske innholdet utelukkende og hvor mye fortolkning av dette vi synes virket nyttig i første omgang. Deretter kodet vi intervjuer hver for oss. Kodeboken fra det første intervjuet ble brukt i den videre analysen. Men det var kanskje drøftingen underveis i denne kodingen som var retningsgivende; vi avtalte ikke å holde oss til kun å bruke de initiale kodene. Dette ble heller ikke gjort, de påfølgende intervjuene fikk alle flere nye koder, noen ganske like de første kodene som ble laget, men med en annen vri eller et annet ståsted. Etter dette ble det en større prosess der vi gikk gjennom alle kodene vi hadde laget til sammen, vi

slo sammen og ble enige rundt overlappende koder, og lagde nye og forbedrede koder der det opplevdes riktig. I denne prosessen måtte vi kontinuerlig gå tilbake til dataene for å evaluere og drøfte dataene opp mot måten de ble kodet på.

Tredje steg i analyseprosessen til Braun og Clarke innebærer å forsøke å sortere koder i grupper og lete etter mønstre og temaer. Dette ble en iterativ prosess preget av litt prøving og feiling. Vi beveget oss bort fra NVivo og benyttet post-its for å få det vi opplevde som en bedre flyt og oversikt i denne prosessen. Vi grupperte kodene først i kategorier på et mer semantisk nivå. Gruppene som hadde fellestrekk ble forsøkt slått sammen og etterhvert kunne vi se større tema, sammenhenger og ulikheter i grupperingene. Vi måtte så gå en del tilbake til kodene og se på dataene og omgruppere enkelte basert på en ny struktur som utviklet seg (Braun og Clarkes steg 4). Denne fasen strakk seg egentlig til, og inkluderte, skrivning av analysen i sin helhet (Braun og Clarks steg 5 og 6). Vi navnga ikke temaene umiddelbart - de fikk en rekke forslag til navn som samlet seg opp, mens vi skrev om de sammenslåtte kategoriene som under-temaer i rapporten. Vi måtte tenke hele veien parallelt med at vi skrev, på hvordan vi kunne se dette i sammenheng med forskningsspørsmålene våre; hvordan kaster de lys over disse? Vi endte opp med 4 hovedtemaer som vi navnga og karakteriserte helt til slutt under rapportskrivningen.

2.9 Forskningens kvalitet

God forskning har som siktemål og både være reliabel og valid. Reliabilitet omhandler i hvilken grad datamaterialet er konsistent og korrekt, og hvorvidt materialet kan reproduseres av andre forskere (Brinkmann & Kvale, 2015). Vi har forstått reliabilitet i denne sammenhengen som at andre forskere ville funnet temaer som er forenlige med våre, gitt et likt utgangspunkt i form av lik intervjuguide og samme type utvalg. Vi har forsøkt å sikre reliabilitet ved eksempelvis å ikke stille ledende spørsmål og kontrollert hverandres transkripsjoner. Det har vært tilfeller hvor en av oss har kommet til å stille spørsmål vi tenker ble ledende, ja-nei-spørsmål med for mye forforståelse innbakt fra vår side, og disse har vi måttet stryke og ikke benytte i analysen. Validitet omhandler gyldighet og sannhet, og i følge Brinkmann og Kvale (Brinkmann & Kvale, 2015) berører validitet alle steg i forskningsprosessen: fra tematisering, design, intervju, transkribering, analyse og rapport.

En trussel mot validiteten i vår studie dreier seg om at deltakerne ville kunne stille seg mer positiv til IAB enn det de faktisk er, gitt at vi som studenter har valgt dette tema til vår hovedoppgave, og dermed vil kunne tolkes som å være engasjerte og positive til IAB, og til innovasjon, et positivt verdiladet begrep det kan være lite ønskelig å framstå som negativ til. Det kan også tenkes at de gitt rekrutteringssituasjonen internt følte seg pliktig til å være lojal mot arbeidsgiver. For å imøtekomme denne trusselen var vi veldig tydelig i introduksjonen at alt materiell ville bli anonymisert, at vi ikke var ute etter å evaluere hvorvidt IAB er “bra eller dårlig”, men etter erfaringer og tanker om erfaringene sine. Vi understreket også at vi ikke var tilknyttet noen utviklere av IAB, men introduserte oss som åpne og nysgjerrige. Vi etterstrebet en nøytral holdning knyttet til hvorvidt IAB er positivt eller ei ved å spørre etter nyanser og utdyping av deltakernes svar.

Det at vi er nesten ferdigutdannede psykologer kan gjøre det lettere å forstå hva deltakerne mener, og potensielt fasilitere en form for åpenhet ved at deltakerne opplever at de snakker med likesinnede. Dette kan samtidig være en trussel for validiteten ettersom informasjon kan gå tapt i opplevelsen av en felles forforståelse. Dette har vi forsøkt å motvirke ved å være mest mulig åpne og nysgjerrige på deltakernes opplevelser, samt ved å spørre etter detaljer og eksempler. Detaljer og eksempler kan minske risikoen for at man som intervjuer antar at man umiddelbart forstår hva deltakeren mener.

2.10 Etikk

Før oppstart av datainnsamling ble prosjektet godkjent av NSD for behandling av personopplysninger (se vedlegg 6.1). Det var klart fra begynnelsen av at oppgaven ville innebære å snakke med psykologer om pasientforløp, med en viss grad av spesifisitet, men hvor pasientene var anonymisert og kun visse elementer ved forløpene var i søkelyset. Vi var hovedsakelig interessert i behandlernes opplevelse av og tanker om sin egen rolle og profesjon, og sammen med veileder vurderte vi at dette ikke falt innenfor fremleggelsesplikten ovenfor REK.

Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker og både lydfiler og transkribert materiale ble lastet opp på UiOs tjeneste for sikker datahåndtering (TSD). Lydfiler ble umiddelbart slettet fra båndopptakeren og vi har begge sikker tilgang til TSD via egne maskiner. Intervjuene ble anonymiserte allerede fra transkripsjon og analysen ble gjort på anonymisert materiale.

Deltakerne fikk tilsendt informert samtykke som ble signert i forkant av intervjuene (se vedlegg 6.2).

Siden den første personen vi tok kontakt med, og som rekrutterte de andre deltakerne, hadde et mer overordnet prosjektlederansvar i forhold til internettassistert behandling ved sykehuset, er det rimelig å tenke seg at det kan representere et iboende press til å delta. Vi drøftet denne problemstillingen knyttet til lojalitet overfor arbeidsgiver og ovenfor en kultur på arbeidsplassen i prosjektet, når vi valgte å intervjuere behandlere enkeltvis og ikke ha fokusgrupper. Deltakerne i en fokusgruppe kan bli farget av forventninger på arbeidsplassen og gjeldende holdninger, siden man i en slik intervjusituasjon ikke kan svare anonymt i forhold til hverandre. Samtidig var vi nok ikke helt bevisst på at rekrutteringsstrategien vår også kunne ha en etisk dimensjon, ettersom vi startet rekrutteringen via prosjektlederen for IAB. Men i informasjonsskrivet til deltakerne var det presisert at deltakelse var frivillig og at de hadde mulighet til å trekke seg når som helst, også i etterkant (se vedlegg 6.2), noe som kan motvirke et slikt eventuelt press. I tillegg lot deltakerne til å oppleve intervjuene som en positiv erfaring, og flere uttrykte at de var syns temaet vårt var viktig å belyse og at de gjerne ville bidra til dette. Samtaleemnene kan heller ikke anses for å være spesielt personlige for deltakerne selv, så et eventuelt press ville ikke ført til at de delte personlig sensitiv informasjon.

Det er selvfølgelig også en etisk dimensjon knyttet til hva man velger å forske på. Vårt fokus er hvordan vi best mulig kan bruke psykologisk kunnskap til beste for flest mulig. Samtidig er vi opptatt av at det er vår profesjons ansvar å være endringsvillige og åpne for innovasjon. Denne oppgaven ble delvis unnfanget på grunn av våre opplevelser av kritiske holdninger, kanskje også litt uuttalte holdninger, til utrulling av IAB på arbeidsplasser i helsevesenet. Vi tenker også at vi har et ansvar for å være kritiske til egne holdninger, både positive og negative.

3. Resultater

Gjennom analysen identifiserte vi fire temaer som belyser forskningsspørsmålene våre:

- 1) Programmet som autonomifremmende
- 2) Psykologens rolle som nødvendig og utfyllende
- 3) En mer behagelig, men mindre utfordrende psykologrolle
- 4) Fra uvitenhet til integrasjon (en holdningsreise)

Vi vil her presentere disse fire temaene mer inngående og hver for seg. Sitater er anonymiserte.

3.1 Programmet som autonomifremmende

Psykologene beskriver internettassistert behandling som en mulighet for pasientene til å bli aktive i sin egen endringsprosess og eiere av sitt eget prosjekt. Dette er en mulighet en del pasienter griper og som delvis gjør psykologene til begeistrede observatører av bedringsprosesser. Vanligvis virker det som psykologene i mye større grad opplever at de driver terapiprosessen framover. Det tegnes opp et bilde av IAB som en god mulighet for pasientene til å få behandling - samtidig som det stilles krav til deres selvstendige innsats. At pasientene får en større fleksibilitet til å arbeide med programmet gjør at de kan ta et større eierskap til behandlingsprosessen, samtidig som dette innebærer en underliggende forventning om å ta det i bruk, gitt at pasienten kan jobbe med behandlingen "hvor og når som helst" i større grad enn i ordinær terapi. Sammenlignet med i ordinær terapi blir det blir også tydeligere for alle parter hvorvidt pasienten har fulgt opp det som er avtalt eller forventet av pasienten underveis. I ordinær terapi kan det virke som om psykologene stiller mindre krav til pasienter. De er åpne for at det å komme fram til hva pasienten trenger å gjøre for å få det bedre kan være en lengre reise, men de fleste understreker at målet også der handler mye om kapasitet til å ta ansvar for eget strev. Slik sett framstår det som at IAB for en del psykologer blir en snarvei eller en forenkling av veien til målet. At pasientene også kan benytte seg av programmet slik de selv ønsker, på ulike og individuelle måter, uavhengig av behandler, ser ut til å forsterke denne autonomifremmende virkningen av IAB.

Gjennomgående i psykologenes beskrivelse av forløpene fant vi at de forteller om pasienters som handler på egne vegne i behandlingsforløpet, de blir en aktiv part i eget endringsarbeid. Dette omtaler enkelte som “agens”, at pasienten driver sin egen prosess.

Psykologene beskriver at programmet tydeliggjør for pasienter at innholdet i behandlingen kun vil være til hjelp dersom pasienten “tar det i bruk”, “tar eierskap til det”, “bruker det i livet sitt”, “gjør det til sitt eget prosjekt” og så videre. Dette trekkes frem av samtlige psykologer vi har intervjuet. En sier eksempelvis om et konkret forløp:

“Hun hadde en tydeligere sånn agenda da. Og det opplever jeg jo i mange av disse forløpene at pasientene får veldig mye agens, for det er liksom de som driver det fremover, så det kommer liksom tidlig, de kommer tidlig på banen... og «i dag så vil jeg snakke om sånn, i dag så trenger jeg å jobbe med det, jeg lurer på sånn...» Og liksom har forberedt, og visst det er konsentrasjonsvansker eller noe annet, er liksom mer på, så har de kanskje skrevet ned det: «på onsdag så havnet jeg i en sånn situasjon med sjefen... – kan vi jobbe litt med den? Ja det kan vi.» (Psykolog 4).

Samtidig som det flere ganger pekes på at dette er noe som kan være vanskelig å få til i vanlig terapi. En av psykologene beskriver et forløp hen synes var vellykket og et godt eksempel på hvordan internettassistert behandling kan brukes. Psykologen beskriver en pasient med blant annet angstproblematikk, som fullførte forløpet med IAB og hadde ganske likt symptomtrykk ved behandlingens avslutning. På tross av liten endring i symptomtrykk trekker hen fram opplevelsen med dette forløpet og sier at hen selv tror opplegget var lærerikt, “en lekse”, for pasienten. Psykologen beskriver dette som et eksempel på en pasient som ville ha kunnet “forbli i systemet veldig lenge”, og som hen ville ha vært nødt til å bruke mye egne ressurser på for å forsøke å fasilitere at pasienten tok i bruk metodene for å jobbe med angst gjennom eksponering. Ved avslutning av forløpet forteller psykologen at hen opplevde en endring i pasientens uttrykte holdning til behandlingsmetoden, og virket innstilt på å begynne å ta psykologens verktøy eller behandling i bruk. Psykologen beskriver en endring i pasients holdning, fra en form for avhengighet, “hvem skal hjelpe meg nå?”, til å uttrykke at vedkommende har nå tenkt å starte i det små og ta det skritt for skritt og involvere sin partner i å gjennomføre eksponeringsøvelser. Psykologen beskriver dette som en vesentlig og nødvendig forutsetning for pasients bedring:

“O: (...) Og på slutten var han sånn: “ja nei, jeg skal begynne å gå tur med kona da, også vet jeg jo at, det får heller ta litt tid“ og... Jeg tenker at han vil ikke bli bedre av å komme til en eller annen som skal liksom redde den situasjonen, for det er ingen som kan det. Sånn at det var veldig bra, tror jeg egentlig. Høres sikkert rart ut, men (ler). Ja. Hvis det gir mening. “ (Psykolog 3).

I sitatet under ser vi at en av psykologene knytter bedring til at pasienten tar sine egne evner i bruk, og at programmet fasiliterer dette ved å tydeliggjøre hva som forventes av pasienten og hvorvidt de har jobbet med det eller ei. Programmet får da en rolle som terapeutisk verktøy i kraft av sin “form” i tillegg til “innholdet” i modulene, i psykologenes fortellinger.

“Også er det en ting jeg har veldig lyst til å nevne, i denne sammenhengen, og det er at jeg synes også det er en veldig stor glede å se pasienter ta liksom – altså ta ansvar blir litt feil ord, men det er jo det og da, men altså se pasienten liksom virkelig... få utbytte på egenhånd – altså virkelig bruke seg selv da, det er vel liksom det, bruke seg selv og sine på en måte selvhelende evner, ved hjelp av et program, da. Så skjønner liksom pasienten «hva jeg må gjøre.» For å få det bedre, og så gjør de det. Det er utrolig givende. Å vite på en måte at det er ikke min fortjeneste, ikke sant. Det er pasienten som jobber med programmet av seg selv, og... Bruker sine egne evner. Det får du ikke se så tydelig i vanlig samtaleterapi.” (Psykolog 5).

Samtlige psykologer forteller at både ordinær terapi, det å møte poliklinisk, og internettassistert behandling har til felles at det må “passe inn i livet” til pasientene. De må ha tid til å gjøre det, jobbe med det, kanskje ta seg fri fra jobb, sette av tid til å arbeide med øvelser som for eksempel eksponering og mindfulness. Uansett hva slags behandling det er snakk om er psykologene opptatt av terapi krever noe i form av tid, logistikk og investering fra pasientenes side. De trekker fram at fleksibiliteten som ligger i programmet har vært nødvendig for enkelte og en viktig motivasjon for andre. IAB kan på mange måter forstås som en utvidelse av den terapeutiske arena. De bruker eksempler som at pasienter kan være lite villige til å ta seg fri fra jobb, ha travle familieliv, eller synes at det er krevende å møte poliklinisk - for enkelte på grunn av de samme psykiske vanskene de søker hjelp for, som stress i sitatet fra psykologen under:

“Mange av de vi har her, som er i full jobb, og der kanskje stresset er den store utfordringen, det å ta seg fri fra jobb for å komme hit, det kan øke stressnivået/symptomtrykket fordi det blir en utfordring i hverdagen. Det sparer liksom IAB, for da kan du ta det kvarteret eller 20-min på kontoret eller hjemme på kvelden når det passer deg. Eller hjemmefra, du sparer liksom logistikk i det, så på den måten sparer du litt stress for de. Og for andre, som kanskje har prøvd mye annet som ikke har fungert.” (Psykolog 4).

Internettassistert behandling gir pasientene mulighet til å for eksempel se psykoedukative filmer når og hvor det måtte passe, og gjentatte ganger. En av psykologene forteller om en pasient som var så aktivert når hen kom til behandling, at timen ble i hovedsak brukt til å regulere ned angsten. Hen forteller videre at å tilby et psykoedukativt opplegg tilsvarende det som eksisterer i IAB ville tatt veldig lang tid med denne pasienten i ordinær terapi, med kortere bolker over flere timer. Pasienten opplevde det som utrolig krevende og “overveldende” å møte fysisk til behandling, og slik sett beskriver psykologen at bruken av IAB gjorde det mulig å bistå pasienten på en måte som var i tråd med pasientens eget ønske og egen kapasitet. Utover fordeler med økt fleksibilitet i en travel hverdag, kan det virke som IAB var bedre tilpasset pasientens behov og forutsetninger, og kunne gi bedre behandling.

“Men sånn psykoedukasjon sånn her i 45 min. kan jo bli litt hastete, så sier man kanskje litt for mye uten å stoppe opp... og så ja. Og ja, jeg tenker aller mest med henne, at hun var så innmari utslitt, altså det kostet så mye å komme hit, at hun var utenfor toleransevinduet nesten hele den første timen, så da blir det liten jobbe-tid da.” (Psykolog 4).

Psykologene beskriver gjennomgående internettassistert behandling som noe krever mye selvstendig arbeid fra pasienten selv, og at behandlingsformen tydeliggjør pasientenes arbeid både for dem selv og for behandler. Behandlingen blir mer eksplisitt. Dette legger de vekt på når de sammenligner IAB med vanlig terapi. Flere psykologer understreker at pasienter har oversikt over hele prosessen sin i programmet, noe som gir mulighet til et annet type eierskap, og en behandler-rolle for pasientene selv. Alle psykologene bruker ordet “tydelig” når de beskriver hvordan IAB skiller seg fra ordinær terapi. Vi forstår dette som at deltagelse alltid er viktig i terapi, men at det er lettere å få øye på graden av deltagelse når man benytter internettassistert behandling, hvor begge parter kan følge prosessen helt eksplisitt.

“Men det blir så tydelig her fordi at som behandler så følger du jo progresjonen til pasienten i programmet. Du ser jo hvordan pasienten jobber i programmet, fordi du har innsyn. Og det gjør jo at som behandler så blir du en tilskuer også da, også en deltaker selyfølgelig, men også en tilskuer til hva pasienten holder på med for seg selv. Og det gjør man jo ikke i vanlig terapi, altså man kan spørre pasienten «Hva har skjedd siden sist?», men jeg får jo ikke fulgt pasientens prosess på samme måte via samtaleterapi.” (Psykolog 5).

Noen av psykologene hadde en opplevelse av at noen pasienter dannet en type relasjon til eller bruk av programmet uavhengig av dialogen med behandler. Programmet har en fritekst-funksjon som kan brukes til å skrive om det pasientene selv vil eller synes er aktuelt her og nå, utover de ulike oppgavene som gis innen hver modul. Her trakk de fram at noen pasienter kunne referere til behandler i programmet i tredje person, eller skrive i et mer type “kjære dagbok”-format. Flere av psykologene fortalte at flere pasienter hadde en tendens til å bruke dette fritekst-formatet i økende grad gjennom forløpet, og at psykologene da ble mer tilskuere til en prosess drevet av pasienten selv:

“Men så er det noen som blir veldig giret og skriver flere notater hver gang og bruker programmet veldig. Så det er vel kanskje det nærmeste du kommer da ift en relasjon til programmet. Jeg vet ikke helt. Men det er liksom likevel jeg som leser notatene. Men kanskje han i det forløpet jeg begynte å snakke om er kanskje han som er mest knyttet til programmet på en måte, for der er oversikten over hans psykologiske prosess, det står alt og han skriver om meg i 3.person, og det er jo interessant. Han skriver om meg i 3dje person, selv om han vet at det er jeg som leser notatet. Og det har jo kanskje noe med det å gjøre, at her er oversikten over min prosess... ja, litt sånn kjære dagbok.” (Psykolog 3).

Psykologene forteller også om pasienter som danner ulike typer relasjoner til programmet, uavhengig av behandlerens føringer eller deltagelse:

“Mm... Ja... Jeg opplever jo at mange av de som jeg har hatt får liksom en relasjon til programmet også. Gjerne sånn personifisert ved en person, det er jo en person som følger de videoene i programmet da, for eksempel Lars. “Her er Lars, Lars skal til

psykologen, Aleks skal eksponere seg, Aleks skal sånn og sånn og sånn.” Og at de får liksom en relasjon – jeg kjenner meg veldig igjen i sånn, eller – og at når vi avslutter så har de liksom mange tanker og følelser knyttet til programmet og hvordan det har hjulpet, da”.

Oppsummert så viser vår analyse at internettassistert behandling virker autonomifremmende ved at det krever at pasientene blir aktive deltakere i eget endringsarbeid gjennom å tilby fleksibilitet, tydelighet og dannelse av relasjon til programmet.

3.2 Psykologens rolle som nødvendig og utfyllende

Det er en rekke funksjoner som det ser ut til at psykologene tenker at programmet ikke har, og ikke kan ha. Dermed blir psykologen en nødvendig medspiller i behandlingsformen - det overordnede bildet er at deler av denne samlede, nødvendige og utfyllende rollen har egenskaper som de ser som relativt spesifikke for psykologkompetansen og psykologens rolle i samfunnet: å legitimere programmet for å skape tiltro til behandlingen, og å fange opp og jobbe med vanskeligheter som programmet ikke kan håndtere.

Mens andre deler er mindre knyttet til det de ser som psykologkompetansen eller psykologrollen: en medmenneskelig faktor samt en mer veiledende, delvis praktisk rådgivende og “manager”-rolle.

Alle psykologene tror at selve det at de har status som psykologer påvirker pasientenes tiltro til programmet og dermed øker pasienters vilje til å bruke det eller i det minste å forsøke behandlingsformen:

“Men samtidig så tror jeg at det gjør noe med pasientens forventning til programmet, at det er en psykolog som sitter der, som faktisk har utdanning og som tror på det programmet tilbyr da” (Psykolog 2).

Noen snakker også om at de tror deres egne eventuelle holdninger, for eksempel skepsis, “skinner gjennom” og vil kunne påvirke pasienter til å få mindre tiltro og motivasjon for å bruke en slik løsning. Slik sett beskriver de at de nærmest innehar en rituell funksjon. De opplever at de har en påvirkningskraft og “representerer behandlingen”, også ikke-verbalt:

“Ja, jeg tror det er veldig viktig hva slags holdninger man har selv da. Det hadde jo ikke vært så veldig heldig hvis jeg ikke trodde på det selv, eller ikke tenkte at det funka. Det tror jeg hadde skint ganske godt igjennom. Så man er nok hvert fall litt sånn representant for denne typen behandling.” (Psykolog 1).

Pasientene møter alltid til vurderingssamtale hos psykologen på kontoret, og når IAB lanseres så kan dettes sees som at det “kommer fra psykologen”, en intervensjon eller behandling som psykologen gir. Selv om flere understreker at “behandlingen skjer i programmet”, “programmet er behandlingen”, så beskriver en psykolog en forståelse av at pasienten opplever at de “får programmet av psykologen”, siden forløpet er slik at pasienten møter psykologen først:

“Og kanskje også fordi vi begynner relasjonen før programmet kommer inn. Det kan godt tenkes, det var litt intuitivt, for vi skal gjøre noe og så introduseres et verktøy. Sånn at programmet er liksom en bi-greie, selv om det egentlig er behandlingen, men det er litt tydelig dens rolle som verktøy, tror jeg.” (Psykolog 3).

Flere av psykologene opplever at en viktig rolle de har overfor pasientene er at det er noen som ser dem, både i video-samtalene, men også følger opp det de har gjort og skrevet inne i programmet. En av psykologene beskriver:

“På en måte, så føler jeg at min viktigste rolle er at hun fortsetter med det. Det å liksom ha det innsjekket og å komme med innspill: «så bra at du har jobbet med dette», «så bra at du har skrevet, dette høres ut som om det er veldig viktig for deg» og at de blir sett i den prosessen da. At de ikke bare sitter alene og skriver for seg selv, men at det er en som er inne og ser og bryr seg. Tenker allianse, at jeg ikke bare «du har gjort det du skal siden sist», men at jeg faktisk har vært inne og sett at det var viktig.” (Psykolog 2).

Her ser vi at de beskriver sin funksjon som noe som programmet ikke har mulighet til å gjøre - at det er et menneske som sitter der og følger med. Samtidig representerer ikke dette noe som det spesifikt er en psykolog som kan bidra med. Flere av deltakerne føler det er også er

en viktig rolle å holde motivasjonen til pasientene oppe gjennom forløpet, fortrinnsvis i starten, og tror at det at et menneske følger med bidrar til dette.

Psykologene forteller også at de legger vekt på å formidle til pasienter at de ikke trenger å bruke tid på deler av moduler som de ikke opplever som nyttige. Mange forteller om samtaler der de sier ting som: “det er helt ok å hoppe over akkurat mindfulness om det ikke var noe for deg”, “i den modulen vil det komme noe som treffer deg bedre”, så sånn sett kan fasilitere en mer fleksibel bruk av programmet og en type individuell tilpasning. Psykologene sier at det er også en viktig rolle med forventningsstyring og planlegge hvordan pasientene skal jobbe med programmet, finne tid etc. En av deltakerne understreket at dette var kanskje en av de viktigste funksjonene:

“Og det har vært veldig viktig i mange av disse sakene, å legge en veldig tydelig plan sammen om hvordan jobbe, hvordan liksom jobbe og både ta hensyn til symptomer, eks konsentrasjon og oppmerksomhet, men også livet, småbarnslivet for eksempel. Hvordan få til å jobbe og få progresjon, det har liksom blitt noe jeg har lært meg etter hvert i dette arbeidet, at det er veldig viktig å være tydelig på rammene og legge god plan for det. Så det er ganske sånn «micro managing» , som er en av de viktigste suksessfaktorene” (Psykolog 4).

Gjennom det psykologene oppfatter som en veilederrolle ser de det som viktig å overvåke prosessen, identifisere problemer og oppdage eventuelt stillstand fra pasienten sin side, og også å avslutte forløp ved behov.

Ingen av psykologene sier eksplisitt at det er nødt til være en psykolog i rollen som veileder i internettassistert behandling, men de var opptatt av å peke på kompetanse eller egenskaper de tenker psykologer har, som de mener er fordelaktig og en viktig sikkerhetsventil for pasienten, en av psykologene sier eksempelvis:

“Det er viktig at det er noen, men at det må være en psykolog det er jeg ikke helt sikker på. Men jeg tenker vi har jo fagkunnskap til disse samtalene og det å av og til kunne komme med litt andre perspektiver, om det skulle komme andre ting. Og det å kunne fange opp dersom det skulle være noe mer alvorlig, få de inn på kontoret. Så det

å fange opp forverring eller er jo på en måte i kraft av at jeg er psykolog, at jeg tar det ansvaret og føler det ansvaret” (Psykolog 2).

Helt konkret trekker de fram det å kunne fange opp eksempelvis suicidalitet eller annen alvorlig forverring eller tilsynekomst av alvorlig psykopatologi som krever ytterligere og akutte tiltak. Men dette er ikke det eneste funksjonen de ser for seg av psykologkompetansen. De karakteriserer kompetansen de tenker at en veileder i internettassistert behandling bør besitte som en form for fleksibel omgang med terapeutiske tilnærminger; å “ikke være frelst på én metode”; det å kunne “tenke bredere”. De ser på psykologkompetansen som evnen til å kunne ta flere perspektiver på pasientens situasjon eller strev enn det som benyttes av en bestemt modul i programmet til enhver tid.

En psykolog nevner et eksempel med en pasient som fulgte modulen for depresjon, hvor det er et fokus på adferdsaktivisering som tiltak. Dette er en evidensbasert tilnærming til depresjon hvor fokuset er på at pasienter gjenopptar aktiviteter som tidligere har gitt dem glede. Pasienten psykologen forteller om jobbet med dette over lengre tid og opplevde å ikke få noe utbytte overhodet. Psykologens forståelse av dette var at de aktivitetene pasienten valgte ut, ikke egentlig var bra for pasienten, men basert på pasientens, etter psykologens syn, manglende “kontakt med det som egentlig var bra” for vedkommende. Psykologen ser dette som en brist i programmet som var i bruk, at det ikke kan fange opp en slik situasjon, og ytret bekymring for at pasienter kan ende med å trekke konklusjonen at de har forsøkt det som skal hjelpe dem, det fungerer ikke:

“(…) Og så er det viktig å kunne, i forhold til det jeg nettopp snakket om, hvis det blir en sånn situasjon der noen tenker «dette en den eneste måten» eller jeg bare ser for meg at det kan være litt sånn at man bli litt sånn positivistisk nærmest, at man blir litt frelst for at dette er behandling, at det er dette som gjør deg frisk og du må bare fortsette å møte den venninnen selv om du ikke klarer å se videre eller bak... Da kan det jo kanskje bli litt destruktivt, lurer jeg på. At pasienten får en følelse av at “jeg er mislykket, dette er det jeg må gjøre, jeg får ikke noe ut av det, livet har ikke mening, end of story.” Og det er jo kjempetrist at det ikke er noe mer rom for å snakke om hva det er som gjør at dette blir så vanskelig. Så det tror jeg er en fordel, men du trenger jo ikke være psykolog for å tenke sånn, men jeg bare... jeg vet ikke.” (Psykolog 3).

Her tegner psykologen opp et alvorlig bilde og ser programmet som potensielt anti-terapeutisk eller direkte skadelig i sin virkning, og psykologen blir en sikkerhetsventil som kan fange opp dette og bruke sin kompetanse til å problemløse samt formidle til pasienten at det ikke er pasienten det er noe galt med.

Andre psykologer har hatt eksempler med øvelser i moduler for depresjon som omhandler å generere alternative tanker i stedet for negative, automatiske tanker. Her nevnes et eksempel med en pasient som genererte tanker som i psykologens vurdering var “like ille” som de opprinnelige tankene, og psykologen kom inn på banen og foreslo noe annet.

Det er gjennomgående i alle intervjuene at psykologene kan bruke oppfølgingssamtalene til mer sammensatt problematikk, relasjonsproblematikk eller andre tema som dukker opp, og ikke dekkes av programmet. Alle psykologene forteller at de kan være fleksible på innhold og form i samtalene, og bruker gjerne sin kompetanse til å innta en mer terapeutisk rolle og samtalene får mer form som en “vanlig” terapisaftale, i kontrast til en helt avgrenset samtale knyttet til arbeidet med modulene i programmet. Psykologene tilbyr med andre ord ofte noe mer enn det som det er lagt opp til i IAB:

“Men etterhvert så kom det mer fram at den angsten han hadde var ganske, - litt mer i sosial angst-baner, og når han hadde jobbet med sånn indre dialog, hvis dere er kjent med de greiene, negative tanker, typiske tankefeller, som var ganske sånn kognitivt rettet, så kunne jeg, og han, noen ganger gå litt mer inn på, okay... mer psykodynamisk, tenke relasjoner, hvordan har dette her utspilt seg i hans liv, hvorfor har det vært viktig, hva har ført fram til at det har blitt sånn. Som resonerte i han, da. På det tidspunktet. Hvis det var aktuelt. Så for min del var det et ganske sånn integrativt, eklektisk forløp. Fordi det var veldig strukturert, men når sjansen bød seg, så kunne vi enten ha mer fokus på følelsesbiten, eller mer på relasjoner. Tilknytning. De tingene der (ler).” (Psykolog 1).

Videre blir “fritekst”-funksjonen i programmet beskrevet som en mulighet for pasientene å beskrive og dele sine tanker om andre forhold i livet som ikke programmet tar for seg. Psykologene opplever at dette er å gi noe mer, noe utover den kompetansen som programmet innehar og det er et generelt et gjennomgående bilde at temaene “sammensatte problemer”, “relasjoner”, “følelser”, “tilknytning” og også “aktuelle belastninger” og “konflikter”, sees på

av deltakerne som temaer programmet ikke dekker og heller ikke kan dekke. En psykolog uttrykket seg slik:

“(...) For da kunne vi jobbe med litt mer sånn komplekse ting, relasjoner og ting i livet som er vanskelig på kontoret og så jobbet de i IAB sånn ved siden av.” (Psykolog 2)

En annen uttrykker det slik:

“ Men etter hvert så, både fordi det ble en god del reduksjon i symptomer og fordi hun fikk mer tillit, er mitt inntrykk eller tolkning, så ble det litt nærere. Vi holdt liksom oppe det hun jobbet med i programmet, men hun skrev mer, hun skrev mer om hva hun hadde tenkt og hva hun hadde følt og... ja. Så jeg tenkte at jeg ble mer en sånn veilederrolle i starten, en støtteperson, så gikk det liksom mer og mer over i en sånn behandlingsrelasjon etter hvert, med mer deling og sånn.. ja, i dette løpet.” (Psykolog 4).

Samlet sett viser analysen at psykologene opplever sin rolle i IAB som utfyllende og nødvendig, på bakgrunn av det de forstår som psykologens status og rolle i samfunnet, samt psykologens spesifikke kompetanse. Men også i kraft av det å være et medmenneske.

3.3 En mer behagelig, men mindre utfordrende psykologrolle

Psykologrollen i internettassistert behandling later til å bli opplevd som mindre krevende og belastende. Psykologrollen de har til daglig oppleves av deltakerne som delvis belastende, for mange i stor grad grunnet rammebetingelsene i den offentlige helsetjenesten. De er under press i forhold til ressurser og tid, som de opplever kan gå på bekostning av pasientbehandlingen. Med IAB forminskes denne belastningen. Det er noe dobbelt med forholdet deres til dette, da de også ser på det å jobbe med mindre klare “bestillinger” og over lengre tid som mer spennende eller stimulerende og en viktig del av psykologkompetansen.

Samtlige psykologer beskriver det å være behandler i internettassistert behandling som en “enklere” behandlerrolle. Det at pasienten følger et forhåndsbestemt løp i programmet gjør at psykologene slipper å planlegge forløpet fra time til time slik flere sier de ellers ville gjort. En av psykologene beskriver forskjellen ved å si at i en ordinært terapiløp ville hen måtte tenke “mye mer”, “mye mer å fundere på”, “mange flere vurderinger underveis”. Hen beskriver et

mentalt arbeid fra time til time, men også innad i timer, med å vurdere hva som til enhver tid vil være mest hensiktsmessig som intervensjon eller å fokusere på. Mens ved bruk av programmet som verktøy reduseres dette arbeidet betraktelig, og gjør det slik sett enklere å være behandler.

“Og nå har jeg veldig mange løp hvor det bare går helt av seg selv. Vi har oppfølgingsamtaler i ti minutter og de sier: topp, jeg har jobba sånn og sånn, vil ha et innspill her, okei, noe mer? Niks. Og som liksom, rapporterer bedring hele veien også. Som er sånn... en ((ler)) drøm å ha de sakene som behandler, da.” (Psykolog 4).

Det nevnes også at det er enklere å forberede seg til oppfølgingsamtalene gitt at de kan se alt hva pasienten har gjort og kan følge progresjon og symptomendring eksplisitt i programmet fra gang til gang.

“I: Så du ville heller brukt IAB i møte med den type problemstillinger enn å gjøre det selv?

O: ja, ja ja... jeg synes det er vanskelig å strukturere så mye og lage et veldig bra opplegg på en måte, ut av hodet mitt eller jeg har ikke gjort så mye sånn, jeg er mer psykodynamisk ellers. Så da er jeg sånn, om det kommer fram et tydelig problem som kan passe: «vi har et bra program for det» Så jeg er glad jeg har tilgang på IAB.” (Psykolog 2).

Vi har spurt psykologene om hva de foretrekker å jobbe med. Det er gjennomgående at ingen av psykologene svarer at de kunne tenkt seg å utelukkende arbeide med internettassistert behandling. Samtlige lanserer tanken om “både-og”. Bakgrunn for dette samler seg om at de føler at de da ikke ville få benyttet en terapeutisk kompetanse de besitter og dermed ikke opprettholdt den over tid.

“Men som sagt, hvis vi tenker på de gangene det fungerer da, etter hensikten, så synes jeg jo at det er en veldig positiv rolle, men kanskje ikke noe jeg ville ha gjort fulltid – jeg ville nok følt at jeg hadde mistet litt – altså det å opprettholde en terapeutisk kompetanse, da, hvis jeg kun skulle vært veileder.” (Psykolog 5).

I tillegg til opprettholdelse av en terapeutisk kompetanse, refererer psykologene til ønsket om å jobbe med mer “komplekse”, “dypere” temaer,- selv om det kan oppleves både frustrerende og utmattende, fordi det er mer givende og mer spennende.

“I: Hva foretrekker du, da? Å bruke?

O: Ja. Det store spørsmålet. Det kommer helt an på! Ikke det ene eller det andre. Det ville jeg ikke kunnet, bare jobbe med dette, det tror jeg ikke ville vært så spennende etter hvert.” (Psykolog 1).

Flere av deltakerne påpeker at et IAB-tilbud bedre passer inn i rammene for behandling som ligger i spesialisthelsetjenesten. Noen peker på effektivisering av f.eks psykoedukasjon som gjøres ikke bare mer effektivt, men bedre - mer pedagogisk vellykket - gjennom et digitalt tilbud. Når det gjelder psykoedukasjon ser de ikke på seg selv som et bedre alternativ eller formidler, samtidig som flere legger vekt på hvor viktig psykoedukasjon kan være i behandling. Dermed framstår IAB som en mer optimal leverandør av dette.

“ (...) jeg tenker bruk av internettassistert behandling kan gjøre at man kan være mer sånn – noen trenger jo mye mer ressurser, og da kan de få det, også. For noen trenger liksom, noen kan være veldig selvdrevne og jobbe med psykoedukasjon hjemme og liksom. Både at de får mer ut av det, men og at det blir lettere å fordele den ressursen man er som behandler på ulike pasienter, da. For sånn som det er nå som kommer vi jo ikke utenom på en stund at det er et spørsmål om ressurser liksom hele veien, da.” (Psykolog 4).

Samtidig trekker flere psykologer fram at programmet har en avgrensende funksjon i forhold hva som skal arbeides med og rammene for behandlingen. Forløpet i behandlingen avgrenses i tid ved bruk av standardiserte moduler, og flere beskriver også en form for avgrensning av ansvaret til behandler ved at “bestillingen” som rettes mot dem som fagpersoner er mer begrenset og tydelig. En av psykologene sier at hen opplever rollen som behandler i IAB mer slik hen forestiller seg en psykolog i det private markedet opplever det, og beskriver dette som en relasjon preget av å være en “transaksjon” mellom en bestiller og en leverandør, av en bestemt tjeneste avtalt på forhånd og avgrenset i omfang. Dette sees i motsetning til et pasient-behandler-forhold hvor pasienter ønsker å “bli fikset” uten å ha noen “forståelse av hva strevet er”. Da må behandler også jobbe sammen med pasient for å komme fram til en

forståelse av hva pasienten trenger å jobbe med, og tydeliggjøre at dette er noe pasienten må jobbe med selv. Dette mener hen krever mer tid enn det rammevilkårene i spesialisthelsetjenesten tillater.

“Da føles det kjekkere og mer riktig å jobbe med programmet her på DPS på en måte, og sunnere fordi det er liksom mer forsvarlig på et vis, mer ryddig. Så her på DPS så føler jeg programmet er en veldig sånn logisk ting å drive med. Altså på grunn av rammene - men ikke symptomtrykket - til mange.” (Psykolog 3).

Psykologene opplever sin rolle i arbeid med IAB som en enklere rolle og en rolle som bedre passer inn med rammevilkårene i spesialisthelsetjenesten. Samtidig gir samtlige uttrykk for at de opplever det som mer stimulerende for sin egen del å jobbe i en tradisjonell terapisseting og ikke bare være en veileder i IAB.

3.4 Fra skepsis og uvitenhet til integrasjon (en holdningsreise)

Psykologene beskriver en tydelig holdningsreise over tid. Det er erfaringer de selv gjør seg som bidrar til å endre og nyansere holdningene. De beskriver en reise fra skepsis og uvitenhet om internettassistert behandling, videre gjennom erfaring med positive behandlingsforløp og andre positive overraskelser, til det å ikke kunne tenke seg en arbeidshverdag uten IAB som et behandlingstilbud. Dette gjelder samtlige deltakere. Erfaringene med bruk i egen praksis legges vekt på når de beskriver sine endrede holdninger, og de har blitt opptatt av å reflektere over på hvilken måte man kan dette best mulig ved å integrere det i eksisterende tilbud.

Alle deltakerne uttrykte at de hadde en viss skepsis, men nysgjerrighet, før de startet å jobbe med IAB. Noen sa at de så på denne type behandling som “annenrangs”- terapi og ikke like bra som å møte en terapeut ansikt til ansikt i et ordinært behandlingsløp:

“Så da ble jeg spurt, jeg var vel kanskje litt sånn skeptisk i utgangspunktet, men tenkte jeg skal teste det ut, kanskje jeg kan lære noe, kanskje det er nyttig, og tenkte det var en fin variasjon fra sånn å bare sitte i samtale hele tiden. Litt sånn spent også på hvordan dette ville bli for meg, siden jeg var mer sånn psykodynamisk rettet. Men jeg tenkte at jeg kunne lære meg litt mer struktur, at jeg hadde godt av det da. Og teknikker.” (Psykolog 2).

Noen antok også at dette kun dreide seg om ordinær terapi over video - det var den referansen de hadde fra før for bruk av digitale verktøy i behandling. Samtidig formidlet de fleste også at de var nysgjerrige på grunn av den manglende kjennskapen og lite dekning av temaet i utdannelsene deres, samt at våre deltakere karakteriserer seg som lite gode på struktur og setter dette i sammenheng med psykodynamisk eller integrativ orientering til psykoterapi.

“Ehhh... det kan være at jeg tenkte det var litt sånn lettbeint. Eller litt sånn: «er det virkelig noen som får utbytte av det, vi får se...» Men så synes jeg det også var spennende fordi jeg kan veldig lite. Så var jeg sånn «dette trenger jeg egentlig», jeg merker jo det.” (Psykolog 1).

Negative holdninger og manglende kjennskap sier de også kan gjenspeiles hos noen pasienter. Både behandlende helsepersonell og pasienter ser ut til å ha befunnet seg i et landskap preget av manglende kjennskap og erfaring samt negative fordommer knyttet til IAB. Fastleger blir trukket frem som en svært skeptisk gruppe å samarbeide med om IAB, noe én psykolog forteller at unødig har vanskeliggjort IAB-forløpet for pasienten og dermed påvirke motivasjon. Pasienter har ofte høy tillit til sin fastlege, og ved at fastlegen trekker tilbudet i tvil og karakteriserer det som mindreverdig påvirkes pasientenes tillit og motivasjon.

“Sånn: Internettassistert behandling, hva er det for noe, liksom? Er det sånn at man snakker på video.... ikke sant, hadde ikke noe... Så det har vært veldig interessant synes jeg. Og det jeg hadde hørt var liksom uttrykt med stor skepsis! Og virkelig sånn der: eh, ja det er jo rævva. Og fastleger som bare sånn: ja, hvis min pasient får tilbud om det, så sender jeg gul lapp, sånn rasende, og sier niks! Gi de noe ordentlig!” (Psykolog 4).

Flere av deltakerne forteller at de ble positivt overrasket over hvor bra programmet fungerte for enkelte av pasientene og enkelte lidelser etter hvert som de tok programmet i bruk. Samtlige gir uttrykk for overraskelse over at behandlingsformatet fungerer så godt som den gjør for en del. Dette gir mening i lys av en skepsis og nysgjerrighet som enkelte også gir uttrykk for, fra starten av. Psykologene legger også gjennomgående vekt på at erfaringen de selv har med å se at behandlingen kan ha god nytte har endret deres holdning til IAB:

“Noe som har overrasket meg? Nei, av og til så synes jeg det har vært veldig gøy. Jeg hadde nettopp en panikk-pasient som jeg var veldig spent på, som gikk gjennom panikkprogrammet (...), som gikk kjempebra. For det er jo liksom veldig mye egeneksponering da. Det var gøy.” (Psykolog 2).

Flere legger vekt på hvor selvdrevne en del pasienter blir i behandlingen, hvor stort eierskap de selv tar til prosessen. Her gir også flere av psykologene uttrykk for overraskelse. Noen kommentere også på at dette er noe som er mer krevende og vanskelig å få til i ordinær terapi. Flere psykologer gir også uttrykk for at de er litt overrasket over kvaliteten på alliansen med pasienter i IAB slik de kan vurdere den. Gjennomgående beskriver de den som tilsvarende god som alliansen i ordinær terapi. Flere er overrasket over at relasjonskvaliteten oppleves like god ved bruk av video som i ordinær terapi sett fra deres ståsted:

“O: (...) Men jeg synes vi får en god relasjon, de er enig i mål og oppgaver vi har fokus på og har tro på det. Og at de har tillitt til det vi holder på med. Så alliansen synes jeg egentlig har vært overraskende bra.”

I: Du forventet kanskje ikke det?

O: Nei, jeg forventet at det var litt mer distanse da.” (Psykolog 2).

Andre legger vekt på at internettassistert behandling gir en veldig tydelig definisjon av mål og oppgaver i terapien og refererer til Bordins alliansebegrep (Bordin, 1979):

“Men at liksom hvor vi skal og hva vi jobber mot er så innmari tydelig. Så det gir en sånn god arbeidsallianse hvert fall, eller den delen av alliansebegrepet er dekket så veldig tydelig.” (Psykolog 3).

Psykologene gir uttrykk for et mer nyansert syn på nytten av IAB etter at de har fått erfaring med bruken. De formidler at de utvikler tanker om hvem tilbudet passer for, under hvilke betingelser, og hva det kan gi og ikke gi etter deres erfaring. Med tanke på pasienter trekker de fram enkelte karakteristikk for et vellykket forløp, som motivasjon - at pasientene selv ønsket tilbudet, noen peker på at funksjon er en viktig faktor og at det er ikke for alvorlig og sammensatt problematikk, mens andre har uttrykt at alvorlighetsgrad i symptomtrykk ikke nødvendigvis har vært avgjørende, men heller hva pasienten selv har ønsket:

“Eller hvis det er veldig sammensatt da, sammensatt problematikk, alvorlighetsgrad eller der det er litt sånn luskende suicidalitet, så tenker jeg at det for min egen del ville jeg følt meg sånn litt utrygg på det. Da ville jeg heller: ok, vi starter her på kontoret og så ville jeg heller introdusert programmet dersom det kan være aktuelt.” (Psykolog 1).

“Alvorlighetsgrad har ikke alltid vært avgjørende for hvor godt utbytte de kan få av et sånt behandlingsforløp.” (Psykolog 4).

Flere har uttrykt at det å prøve å overbevise eller “selge inn” internettassistert behandling til pasienter som ikke har vært motiverte, har resultert i dårligere forløp. Flere forteller at de opplever de har blitt bedre på, og mer opptatt av, å selektere pasienter til IAB som de tror vil ha utbytte av det:

“Ehhh... I starten var det litt sånn «husk at vi har IAB» og noen så det som en litt sånn billett til å bli kvitt pasienter som de synes var vanskelig og som de ikke helt visste hva de skulle gjøre med... Så ble det sånn «kanskje IAB?» Så det ble mange sånne kanskje litt dårlige situasjoner ut av det. Skjønner at folk tenker sånn, men det ble mye rart altså i begynnelsen, mye rare avbrutte forløp og sånn. Så det ble mye bedre når det ble litt mer sånn at folk skjønnte hva som trengtes da, at det faktisk ikke var sånn «hun vil ha noe mer, og har moderat trykk, da blir det IAB» Men så er det egentlig ganske krevende for pasienten da, de må være motivert og egentlig jobbe veldig selvstendig. Så det er ikke en liten gavepakke på slutten, så det måtte vi rydde litt i da. Men da ble det bedre.” (Psykolog 3).

Alle psykologene sier tydelig at de ønsker å kunne benytte internettassistert behandling fleksibelt, gjerne i mer fleksibel kombinasjon med vanlig terapi der det ville være aktuelt. Dette ser de gjennomgående som den ideelle bruken av IAB - og en type bruk det ikke er rammer for i helsetjenesten per i dag, da det i stor grad er lagt opp til en enten-eller bruk. Men ingen vil gå tilbake igjen til en hverdag uten IAB som en mulighet:

“Men jeg synes jo, jeg synes begge deler, jeg tror, ja det er gøy for du kan se endring og jeg har veldig sånn samfunnsmessig og på en måte, engasjement og jeg synes jo det er bra og jeg har lyst til å være med på å kunne sette lys på dette tilbudet, få erfaring

med det, gi det til pasienter også. Så det synes jeg er veldig givende. Og gøy. Men det er også veldig gøy å ha vanlig terapi. Det er noe helt annet – eller, ikke helt annet, men det er litt annet. (småler). Til tider. Kanskje har det noe med rammene her på DPS, men. (ler).” (Psykolog 1).

Flere gir også uttrykk for at internettassistert behandling gir en bedre behandling for enkelte pasienter og under de rette betingelsene. Enkelte trekker fram spesifikke lidelser som for eksempel panikkangst:

“...jo IAB et veldig bra pakkeforslag på en måte. Eller det fungerer veldig bra da. Og at det fungerer bra eller kanskje bedre enn vanlig terapi hvis pasienten har en tydelig bestilling. Jeg er ikke like strukturert som programmet. For eksempel ren panikk lidelse/agorafobi så ville jeg heller brukt IAB enn alene fordi jeg er ikke så god på KAT.” (Psykolog 2).

De opplever også at internettassistert behandling er en stor ressurs for dem selv som de også kan dra nytte av selv i sin egen terapi, ved å enten bruke elementer og verktøy derfra, psykoedukasjon som de anser som et bedre tilbud eller som en type trygghet om deres egen kompetanse skulle komme til kort. Psykologene uttrykker en holdningsendring der de i dag anser IAB som en integrert og naturlig del av sin arbeidspraksis, og noe de ikke ønsker å være foruten.

Psykolog om sin egen holdningsreise:

“Og at det var vellykka, og det var nok litt sånn ett skritt nærmere at okei, det trenger ikke nødvendigvis være dårlig med digitale hjelpeverktøy i terapirommet, da. Men noen er nok fremdeles litt sånn: Det vil alltid være bedre, å snakke ansikt til ansikt. Og dét tror ikke jeg lengre. Nei.” (Psykolog 4).

4. Diskusjon

Denne studien hadde følgende forskningsspørsmål: Hvordan opplever og forstår behandlere sin rolle i internettassistert behandling? Hvordan forstår og opplever de programmets rolle? Vi gjorde kvalitative intervjuer med fem psykologer som jobber med IAB, og gjennomførte en tematisk analyse. Vi identifiserte fire temaer som vi mener belyser disse spørsmålene: 1) Programmet som autonomifremmende, 2) Psykologens rolle som nødvendig og utfyllende, 3) En mer behagelig, men mindre utfordrende rolle og 4) Fra kunnskapsløshet til integrasjon (en holdningsreise).

Psykologene legger stor vekt på erfaringer de har med å bevitne pasienters selvstendige arbeid i internettassistert behandling og hvordan de tar i bruk egne ressurser, noe som er vanskeligere å få til i ordinær samtaleterapi. Dette har gjort inntrykk på mange av dem og gitt dem en forståelse av at behandlingsformen er bedre enn ordinær terapi for noen og under noen omstendigheter. Programmet ses som et potent verktøy, men med visse slagsider som deres egen psykologrolle og kompetanse skal bøte på. Sånn sett blir deres “nye” rolle tilknyttet IAB forstått som en nødvendighet, og på et vis en forlengelse av den “ordinære” psykologrollen. Psykologen beskrives som en som kan tenke fleksibelt og tilpasse seg det unike i hver enkelt situasjon, samtidig som betydningen av det menneskelige møtet tillegges stor vekt. På den annen side kan programmet gjøre noen ting bedre, og sånn sett beskriver de en slags arbeidsfordeling: programmet kan ta eksempelvis ta seg av psykoedukative elementer og konkrete metoder, og er ifølge psykologene der behandlingen skal foregå. Mens psykologene i all hovedsak fasiliterer prosessen ved å veilede og motivere pasientene. Samtidig opplever de sin nye rolle tilknyttet IAB som en mer behagelig rolle enn rollen i ordinær samtaleterapi, mye grunnet rammebetingelsene i spesialisthelsetjenesten, som vi vil utdype nedenfor. Opplevelsen er påvirket av konteksten IAB benyttes i. Gjennom holdningene de har utviklet viser de også at de ser på IAB som nyttig, viktig og et vesentlig bidrag til psykisk helsehjelp.

Vi vil i det følgende løfte fram og diskutere videre de mest sentrale funnene i vår analyse si forhold til aktuell forskning. Videre vil vi drøfte begrensninger ved denne studien, samt anbefalinger for videre forskning og implikasjoner for praksis.

4.1 Resultater i lys av tidligere forskning

Hovedtyngden av forskningen gjort på internettassistert behandling er som tidligere nevnt kvantitative effektstudier og studier der man har sammenlignet IAB med ordinær “ansikt-til-ansikt”-terapi. I den kvalitative forskningen på feltet finner vi stort sett søkelys på pasientenes erfaringer, og ikke på terapeutsiden, som er fokuset i denne oppgaven. Det finnes noen studier, men få som har basert seg på norsk kontekst. En norsk studie fra 2003 viste at 95% av norske psykologer (N=1040) var positive til bruk av IAB i klinisk praksis, men over halvparten av disse mente at det da måtte brukes som et supplement til ordinær behandling (Wangberg, Gammon & Spitznogle, 2007). Dette viste holdninger psykologer ga uttrykk for før de hadde erfaring med behandlingsformen. Også våre deltagere etterlyser muligheten for kombinasjonsbruk, gjerne i større grad enn man har i dagens helsetjeneste. Samtidig uttrykker ikke deltakerne i denne studien dette som et *forbehold*, ettersom de har erfaring med at pasienter også kan være tilnærmet selvgående i IAB-løp. En annen norsk studie så på noen av de første erfaringene med bruk av asynkron tekstkommunikasjon via internett som tillegg til ordinær behandling av ungdom (Jøraas et al., 2009). Terapeutene i denne studien opplevde også her pasientene som mer aktive, og til dels mer åpne, gjennom dialogen på internett sammenlignet med i ordinær terapi. En nederlandsk kvalitativ studie som så på bruk av en IAB-løsning som støtte for kreftpasienter (Compen et al., 2017), fant også at programmet så ut til å skape en økt autonomi hos pasientene, men terapeutene identifiserte samtidig krav til selvstendighet som en barriere for bruk. Her ser vi en parallell til vår analyse, der deltakerne understreker viktigheten av pasientens egen motivasjon for å bruke IAB, samt funksjonsnivå og kompleksitet i utfordringsbildet. På den ene siden ser vi i vår analyse at motivasjon er viktig for å starte med IAB, samtidig som behandlingsformen ser ut til å kunne være motivasjonsskapende. Dette blir drøftet mer inngående i et eget avsnitt under “Implikasjoner for praksis”). Også Weineland og kollegers studie (Weineland et al., 2020) av behandleres erfaringer med IAB for ungdom i primærhelsetjenesten finner at terapeutene legger vekt på pasientkarakteristika som suksessfaktorer i IAB, primært evne til selvstendig arbeid og målorientering.

Et annet av våre hovedtema beskriver psykologrollen i internettassistert behandling som nødvendig og utfyllende. Temaet består av psykologrollen som legitimerende i forhold til behandlingsformen, at rollen er nødvendig for å fange opp forverring, alvorlige hendelser og uintenderte effekter, og muligheten til å adressere temaer som programmet ikke dekker. I

Weineland og kollegers studie (Weineland et al., 2020) beskriver også terapeutene sin rolle som viktigere enn de først antok, og her pekes det på terapeuten som motivator og støtte, samt en som kan gjøre innholdet i programmet mer relevant for pasienten ved å sette det i en mer personlig kontekst for den enkelte. Selv om terapeutene i denne studien beskrev sin rolle som viktig, ser vi en forskjell fra vår studie, hvor psykologene beskrives som nødvendige for en forsvarlig bruk. Dette kan kanskje forstås delvis på bakgrunn av at Weineland og kollegers studie er gjort i primærhelsetjenesten, mens denne studien er gjort i andrelinjen/spesialisthelsetjenesten, hvor pasientene vil ha mer alvorlige tilstandsbilder.

Noen av studiene på terapeuters erfaringer med internettassistert behandling beskriver også terapeuters opplevelse av redusert belastning i arbeidshverdagen. Weineland og kolleger (Weineland et al., 2020) peker på redusert kognitiv og emosjonell belastning for terapeutene, ved at programmet står for struktur og innhold i behandlingen, samt at det emosjonelle arbeidet med å håndtere eksempelvis negativ affekt i terapi ansikt til ansikt reduseres.

Bengtsson og kolleger studerte terapeuters erfaring med KAT i ordinær terapi, sammenlignet med online (Bengtsson et al., 2015). De beskriver en mer effektiv tidsstyring av arbeidshverdagen, og foreslår å videre undersøke hvorvidt IAB kan være en buffer mot utbrenthet hos behandlere. Vår studie gjenspeiler slike erfaringer i temaet “En mer behagelig, men mindre utfordrende rolle”. Psykologene beskriver redusert kognitiv belastning i veilederrollen IAB legger opp til. Samtidig er rammebetingelsene psykologene arbeider i en sentral del av dette temaet, noe som ikke fremkommer like tydelig i andre studier.

Betydningen av rammebetingelsene for analysen vil også bli diskutert i eget avsnitt senere.

Noen av studiene peker også på, som antydnet ovenfor, opplevelsen av en type tap i rollen som veileder-terapeut (Bengtsson et al., 2015; Rodda et al., 2019; Weineland et al., 2020). I Weineland og kollegers studie (Weineland et al., 2020) ytret terapeutene bekymring om at de også kan miste emosjonelt positive opplevelser, som å dele følelsen av glede når pasienter opplever bedring. I studien til Bengtson og kollegaer (2020) beskriver terapeutene IAB som en mindre “sterk” opplevelse enn ordinær psykoterapi for deres egen del, at de delvis mister denne opplevelsen i IAB. Videre løfter studien til Rodda og kollegaer (2019) fram at terapeutene så veilederrollen tilknyttet IAB som begrensende og at de ønsket seg mer frihet som terapeut. Særlig mer erfarne terapeuter opplevde at de ikke hadde mulighet til å benytte all sin kompetanse som veiledere. De så for seg intervensjoner som de ikke kunne benytte, som de trodde kunne være til hjelp for pasientene. Studien foreslår på bakgrunn av dette at mindre manualisering av IAB ville kunne forbedret behandlingen. Våre funn samsvarer med

dette ved at psykologene frykter å miste kompetanse, samt tenker seg at kun å jobbe med IAB vil oppleves som kjedelig og mindre utfordrende i lengden.

Mange studier beskriver at erfaring med internettassistert behandling øker positive holdninger til bruk (Titzler et al., 2018; Kivi et al., 2015; Bengtsson et al., 2015; Rodda et al., 2019; Compen et al., 2017; Schuster et al., 2020; Korecka et al., 2020), noe som er i tråd med våre funn. Et flertall av disse studiene legger også vekt på at det etterlyses en mer sømløs integrering av IAB med eksisterende praksis. En del av dette innebærer friheten til å kunne kombinere IAB med ordinær terapi på en mer fleksibel måte, noe som gjenspeiles i vårt siste tema “Fra kunnskapsløshet til integrasjon”. Tematikken diskuteres videre under implikasjoner for videre praksis.

4.2 Begrensninger og overføringsverdi

Mens man i kvalitativ metode ikke kan generalisere ut ifra statistisk representativitet, kan man drøfte den teoretiske generaliserbarheten av funnene. Guba (1981) drøfter dette som overførbarhet til andre kontekster, “transferability”, et begrep som da blir tilsvarende generaliserbarhet i kvantitative studier. Denne er avhengig av graden av likhet mellom to kontekster (Guba, 1981). Denne studien har omhandlet bruk av en spesifikk utforming av internettassistert behandling. på et sykehus i en storby, noe som påvirker overføringsverdien til en kontekst hvor man ikke bruker internettassistert behandling i en storby. Holdninger til IAB og opplevd nytteverdi kanskje kan påvirkes noe siden det handler om å tilgjengelighet av helsehjelp.

Våre deltakere definerte seg selv som i hovedsak psykodynamisk rettet eller integrative i sin tilnærming - ingen av dem definerte seg som kognitive terapeuter. Enten ga de uttrykk for at de tilbød psykodynamisk terapi, tilpasset rammene de jobbet i, eller at de hadde en eklektisk eller integrativ tilnærming. Derfor representerte programmet også en annen terapeutisk retning enn den samtlige av psykologene identifiserte seg med og hadde erfaring med. Flere beskriver seg selv som “dårlige på struktur”, eller at de ikke “kan noe” om kognitiv terapi. Det er mulig at en mer kognitiv rettet terapeut ville erfart løsningen annerledes.

Deltakerne i denne studien har erfaring med én spesifikk utforming av internettassistert behandling. Den er kjennetegnet ved relativt høy grad av terapeutinvolvering over video, i sanntid, med faste møtetidspunkter. Dette gjør jo at terapeuten får en viktig rolle i prosessen

og dermed aktualiserer det våre forskningsspørsmål i stor grad. Samtidig finnes det mange andre former for internettassistert behandling, og resultatene av denne studien kan dermed ikke uten videre overføres til alle andre sykehus i Norge som implementerer IAB.

Innledningsvis plasserte vi programmet som er benyttet i denne studien i et større bilde, som veiledet internettassistert behandling. Løsningen vi har studert har høy grad av veiledning, der en møter en behandler 20 minutter per uke over video, kontra 45 minutter ansikt til ansikt hver eller annenhver uke i ordinær terapi, som er blitt en etablert standard for mange i spesialisthelsetjenesten. Programmet tar for seg psykoedukasjon, samt utførelsen av metodene/gjennomgang av verktøy og behandleren fungerer som en støtte og veileder gjennom hele prosessen. I et slikt perspektiv framstår ikke nødvendigvis IAB som hjelp av mindre omfang enn man ellers ville blitt tilbudt. Dette kan tenkes å påvirke holdningene til IAB hos både psykologer og pasienter.

Vår analyse viser at psykologene ser på sin funksjon som nødvendig, i stor grad fordi de kan tilby en fleksibel tilpasning og kontinuerlig justering av terapien i forhold til pasienters respons - både forsterke en positiv respons eller endre kurs ved negativ respons. Dette kan også sees på bakgrunn av at programmet er veldig modulbasert. Bestemte moduler er utviklet for bestemte diagnoser, og man følger en gitt progresjon innenfor disse. Man kan se for seg at jo mindre brukervennlig og individuelt tilpasset programmet er, jo viktigere blir psykologrollen. Men i et slikt perspektiv er ikke psykologen, eller den menneskelige veiledningen, *nødvendig*, men heller noe som bøter på utilstrekkelighet i programvaren.

Vi lurer på om man ser det slik at det terapeutiske innholdet i programmet ikke er i stand til å virke på mer sammensatte tilstander og komplekse problemstillinger. På den ene siden er programmet i denne studien delt opp i moduler for spesifikke lidelser som angst og depresjon, og mangler moduler for andre lidelser, eksempelvis personlighetsforstyrrelse eller traumelidelser. Slik sett gir det mening at det vil finnes pasienter som ikke vil kunne tilbys “rett” behandling i programmet. Samtidig kan man lure på om enkelte uttrykker en holdning om at mer komplekse og sammensatte lidelser ikke kan behandles ved hjelp av et program per se. I så tilfelle speiler psykologene, kanskje mer enn de selv er seg helt bevisst, en del av holdningene de beskriver å møte hos for eksempel fastleger og enkelte pasienter; at et slikt opplegg ofte ikke er tilstrekkelig.

4.3 Implikasjoner for praksis

Et av hovedfunnene våre er at psykologer opplever at pasientene får en økt deltagelse i egen terapiprosess i internettassistert behandling. Alle psykologene la vekt på å formidle dette til oss. Vi forstod det som at dette er noe som gjorde inntrykk på dem, og også noe de synes kan være krevende å få til i ordinær terapi - men som flere ser som en viktig forutsetning for endring. Kognitiv atferdsterapi, som dette programmet er basert på, opererer med blant annet endring av maladaptive tankemønstre og mestringsstrategier, samtidig som det er et mål at pasienten skal “bli sin egen terapeut” (Berge & Repål, 2019). Eierskap til egen behandlingsprosess ses både som et mål og en viktig endringsmekanisme. Psykologene i vår studie uttrykker at dette er krevende å få til i ordinær terapi. Flere uttrykker at de i ordinær terapi kan bruke lang tid på å definere prosjektet eller bli enige om hva som skal jobbes med i terapien sammen med pasienten, og noen ganger blir dette hoveddelen av hele behandlingen. Da blir det lite tid igjen til å arbeide målrettet. De uttrykker frustrasjon over at pasienter kan forvente å bli “fikset” av psykologen med uklare mål og uten innstilling til å legge inn så mye arbeid selv. Motsatt forteller de at i et IAB-behandlingsløp blir dette mye enklere og tydeligere helt fra starten av. Problemene, målene og metoden er man enig med pasienten fra start, og som deltakerne sier: “man kan begynne å jobbe med en gang”. Dette kan forstås som at arbeidet med IAB styrker alliansen, ved å styrke “enighet om mål”-dimensjonen i Bordins alliansedefinisjon (Bordin, 1979).

Flere legger også vekt på at det å få innsyn i pasientens egen prosess er noe helt unikt ved denne behandlingsformen, beskrevet som en “tilskuer-rolle”. Det at det blir så eksplisitt og tydelig hva pasienten gjør (og ikke gjør), noe som er uvant for våre deltakere, både med tanke på terapiform (KAT) og bruk av digitale hjelpemidler, blir også i så måte en driver for pasientens eierskap til egen prosess.

Noen av psykologene refererer til en forståelse om at det er psykologen som skal “fikse” pasienten, som en utfordring i endringsarbeidet. I dette ser det ut til å ligge til grunn en medisinsk modell (Bohart, 2000) for psykiske lidelser, hvor pasienten sees som en passiv mottaker av hjelp administrert av psykologen, på lik linje med en pasient med infeksjon som får en antibiotikakur hos legen. Dette står i motsetning til en forståelse av behandling som endring, en endring pasienten selv må gjøre - med bistand fra enten en psykolog eller et

program. Bohart (2000) hevder at klienten kan sees på som den viktigste fellesfaktoren i terapeutisk behandling og at dette blant annet kan forklare at man finner liten forskjell i effekt mellom ulike etablerte behandlingsmetoder og spesifikke faktorer. Han foreslår en samarbeidsmodell hvor klienter tilbys ulike former for rammeverk, støtte og verktøy til bruk i klienters egen selvhelende prosess. En slik modell kan være forenlig med funnene i denne analysen, hvor psykologene understreker betydningen av pasientens selvstendige eierskap til behandlingen for både prosess og utfall i terapi.

Det kom klart fram av intervjuene at man hadde gått bort fra en tidligere ordning hvor man forsøkte å “selge” internettassistert behandling mer inn til pasienter. Psykologene fortalte at de da hadde mange flere avbrutte og mislykkede forløp, slik at de per nå var opptatt av å få inn pasienter som var interessert i å jobbe på denne måten. Da kan man jo si at pasientenes egen motivasjon er ivaretatt eller til stede helt fra begynnelsen av, før man har startet med programmet. Man inngår på en måte en kontrakt, det får noe “transaksjonelt” over seg, som en av psykologene sier, i starten av forløpet som nok er en viktig driver for den autonomifremmende effekten psykologen ofte observerer. Både ved at det er tydeliggjort i “kontrakten” at dette innebærer mye selvstendig arbeid og at behandlingen “skjer” i programmet - og samtidig fordi det skjer en selvseleksjon slik som man bruker IAB per nå. I den grad man opererer med en enten-eller-bruk, kan man se på samtalen om hvorvidt IAB kunne være aktuelt for pasienten som en viktig forhandlingssamtale i alliansen. Etter Bordins definisjon av alliansen (Bordin, 1979), forhandler man her om “teknikker og oppgaver for å nå målet”.

Mens allianse er veletablert som endringsfaktor i litteraturen om psykoterapi, er pasientens selvstendige eierskap til terapien betraktelig mindre diskutert. Dette står ikke i motsetning til forståelsen av alliansen som endringsfaktor. Det ligger i alliansebegrepet at pasienten arbeider med noe på en måte som pasienten selv ønsker, og dette er dermed i tråd med pasientens selvbestemmelse og kan sees som uttrykk for at denne ivaretas. Vår analyse peker også på muligheten for at aspekter ved IAB-formen også kan være en driver for økt autonomi hos pasienter: programmet stiller krav til aktiv deltagelse i eget endringsarbeid, tilbyr fleksibilitet og synliggjør pasienters arbeid.

Psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten beskrives av mange idag som under alvorlig press (Nordland, 2022). Mange behandlere i tjenesten har gitt uttrykk for at de ofte opplever at de

ikke har ressurser, i form av tid, til å gi alle pasienter den hjelpen de trenger. Enkelte har beskrevet at man må skrive ut pasienter før man vurderer at det er riktig eller ansvarlig, for å kunne ta inn nye pasienter og ta unna køer, noe som resulterer i såkalte “svingdørspasienter” og etisk stress hos behandlere (Nordland, 2022). Myndigheter har på sin side vært opptatt av å få ned ventetider, og et tiltak som blant annet er rettet mot dette er innføringen av pakkeforløp, hvor man har en del retningslinjer for tid fra henvisning til utredning, beslutning om videre tiltak og så videre (Helsedirektoratet, 2020). Hensikten med innføring av pakkeforløp var blant annet å sikre pasienter medbestemmelse i egen behandling og for å sikre at behandlingen er mer forutsigbar og helhetlig. Når deltakerne i denne studien flere ganger sier at programmet *passer bedre inn* i rammene på DPS kan dette forstås på i alle fall to måter. For det første representerer IAB-programmet en standardisering av behandling i mye større grad enn hva som er vanlig på DPS-er i dag. At de ulike diagnosene har sine egne moduler og tidsrammer, representerer en større grad av standardisering og forutsigbarhet enn det pakkeforløps-retningslinjene legger opp til i Norge. På den andre siden opplever deltakerne at de ikke alltid klarer å levere god nok behandling til pasienter i et ordinært terapiløp, gitt rammene de arbeider under. Dermed framstår IAB som noe som reduserer stress for behandlere og forenkler hverdagen, gitt det avgrensede behandlingsforløpet, både i tid og i fokus, og den eksplisitte kontrakten med pasienten. I lys av dette kan det tenkes at resultatene fra analysen også peker på utfordringer i helsevesenet. Programmet i studien er i utgangspunktet laget for lettere til moderate psykiske plager. Andrelinjen skal håndtere sammensatt og kompleks problematikk og de som trenger ytterligere hjelp enn det som tilbys i førstelinjen, altså moderate til alvorlige lidelser. Det paradoksale i at en behandlingstilnærming som på sett og vis er tenkt for et førstelinje-format, passer bedre inn i andrelinjen, sier kanskje noe om at andrelinjen ikke er dimensjonert for utfordringene den møter, noe våre deltakerne også ga uttrykk for. Samtidig åpner jo innføring av IAB i spesialisthelsetjenesten for at flere med lettere lidelser blir tilbudt hjelp. Dette reiser kanskje et spørsmål om denne type tilbud er plassert feil sted. Men gitt betingelsene i spesialisthelsetjenesten erfarer psykologene at IAB-løsningen fungerer som et positivt tilskudd.

Vår analyse viser at psykologene ønsker en mer fleksibel bruk av internettassistert behandling enn de har i dag, hvor arbeidsplassen deres legger opp til “rene” IAB-løp eller vanlig ordinær terapi, men ingen blandingsformer. Slik vi forstår deltakerne er dette en dels organisatorisk beslutning, dels gitt den fastsatte strukturen i programmet. Slik det er nå kan de tilpasse IAB

ved å enten ta en pause fra programmet eller bruke oppfølgingssamtalene til andre problemstillinger som dukker opp. De oppfordrer også pasientene til å fokusere på de delen av programmet som oppleves mest nyttige, og noen ganger hoppe over andre deler. Det kommer fram av vår analyse at det hadde vært mer optimalt for psykologene om løsningen ble implementert på en mer integrativ og fleksibel måte. En spesifikk del av dette er at de trekker fram psykoedukasjonen som noe programmet leverer på en bedre måte enn de kan selv, nettopp fordi det foregår på en digital plattform med de fordelene det medfører. Samtidig etterlyses det enda større grad av fleksibilitet, hvor man ønsker seg å kunne bruke en digital plattform som en “verktøykasse” man kan plukke fritt fra i et integrativt eller eklektisk forløp, altså en kombinasjon av digital og ordinær psykoterapi. Dette er noe de tenker seg både kan effektivisere og forbedre behandlingen, ved at noe problematikk kan tas hånd om av et program, mens noe foregår på tradisjonelt vis. Man kunne sett for seg én digital løsning for behandlere, til bruk i ordinær terapi, og en annen løsning til bruk utenfor terapirummet. Man kunne også sett for seg en mindre modulbasert løsning til bruk utenfor terapirummet, men jo mer åpen en slik løsning er, jo større vil behovet for veiledning kanskje bli.

Et annet aspekt av dette omhandler holdninger psykologer kan ha til internettassistert behandling i dag. Vår analyse viser at psykologene ble mer positive til IAB underveis, samtidig som en del av utviklingen i deres syn gikk i retning av å etterlyse og tenke over mer fleksibel og persontilpasset bruk av verktøyene. Vi tror det ligger et stort potensial i å benytte seg av behandleres kompetanse og erfaring med bruken av IAB i videreutviklingen av løsningene. Vi tror også at det vil være positivt for psykologer å få et større eierskap til bruk av digitale løsninger. Det ville åpnet opp et fruktbart mulighetsrom om man ikke så på bruk av internettassistert behandling som et enten-eller-spørsmål, men som noe som komplementerer behandlingen i tradisjonell terapi. Målet er jo tross alt ikke å velge det ene fremfor det andre, men å kunne tilby den beste behandlingen for pasientene, i tråd med prinsipperklæringen om evidensbasert praksis fra 2007 (Norsk Psykologforening, 2007).

4.4 Videre forskning

Studien vår peker på et potensiale for økt autonomi ved bruk av digitale hjelpemidler. Den peker også på viktigheten av dette i psykologenes forståelse av hva som gir endring i terapi. De forteller om sin forståelse og tolkning av pasientens prosess. Derfor kunne det videre være fruktbart å studere hva som virker autonomifremmende fra et pasientperspektiv. Kanskje kan

dette kaste ytterligere lys over klientens bidrag til egen endring, og hvordan digitale programmer og psykologer best kan imøtekomme klientenes behov i sine endringsreiser. Forskning på klientsiden vil også kunne rette søkelyset mot hva det er ved interettassistert behandling og de mulighetene det gir, som kan fasilitere endring på klientens premisser også i andre settinger.

I vår studie identifiserte ingen terapeuter seg som tilhørende kognitiv terapitradisjon i noen form. Siden dette programmet er basert på kognitiv terapi, kunne det vært interessant å belyse hvordan terapeuter som allerede har erfaring og kompetanse innen kognitiv terapi opplever programmets bidrag og sin egen rolle. Det ville også være interessant å undersøke hvor overførbare funnene våre kan være til andre løsninger som brukes andre steder i Norge.

Analysen vår viser en positiv holdning til internettassistert behandling i takt med erfaring, men deltakerne uttrykte en viss skepsis før de fikk kjennskap til både innholdet og at de så resultatene. Analysen vår antyder også muligheten for at denne skepsisen henger sammen med forståelsen av psykologrollen og ulike terapitradisjoners forståelse av endring. Samtidig kan også skepsisen henge sammen med en holdning om at det mellommenneskelige terapeutiske møtet ikke kan erstattes av det digitale, noe videre studier bør belyse ettersom slike holdninger kan representere et hinder for suksessfull bruk av IAB.

4.5 Konkluderende kommentarer

Vi har i denne studien undersøkt hvilken forståelse psykologer har både av sin egen rolle og av programmets rolle i internettassistert behandling. På den ene siden opplever de psykologrollen som en mer behagelig og enklere rolle, der de skal veilede pasienten gjennom et definert løp og programmet tar for seg selve behandlingen. På den andre siden opplever de at de har en nødvendig og utfyllende rolle tilknyttet IAB. De legger stor vekt på hvordan denne behandlingsformen ser ut til å kunne styrke pasienters autonomi og handlekraft, i en selvselektert og motivert gruppe. Vi ser også at opplevelsen av IAB henger sammen med konteksten og rammene de arbeider under i spesialisthelsetjenesten. Psykologene gir uttrykk for at en behandlingsform som forutsetter at pasienter i stor grad er selvgående, passer bedre inn i spesialisthelsetjenesten enn ordinær terapi. Dette kan være en pekepinn på at spesialisthelsetjenesten ikke er rigget for de utfordringene den møter. Vi ser også at psykologene er generelt positive, men ønsker å ha mer kontroll over hvordan IAB-løsningen

skal brukes og i større grad kunne kombinere IAB med ordinær terapi, et “ja-takk, begge deler!”.

5. Referanseliste

- Andersson, G. & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, s. 196-205. <https://doi.org/10.1080/16506070903318960>
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H. and Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 133:3, s. 288-295. <https://doi.org/10.1002/wps.20151>
- Andersson, G., Paxling, B., Wiwe, M., Vernmark, Felix, C. B., Lundborg, L., Furmark, T., Cuijpers, P. & Carlbring, P. (2012). Therapeutic alliance in guided internet-delivered cognitive behavioural treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 50 (9), s. 544-550. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.003>
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 4-17. doi:10.1007/s12160-009-9130-7
- Bengtsson, J., Nordin, S. & Carlbring, P. (2015) Therapists' Experiences of Conducting Cognitive Behavioural Therapy Online vis-à-vis Face-to-Face. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44:6, 470-479, DOI: [10.1080/16506073.2015.1053408](https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1053408)
- Berge, T. & Repål, A. (2019). Introduksjon til kognitiv terapi. I T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utg., s. 21-25). Gyldendal Akademisk.
- Berger, T. (2017). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy Research*, 27(5), 511–524. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1119908>
- Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. I S. L. Garfield & A. E. Bergin (Red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2. utg., s. 139–189). Wiley.
- Beslutningsforum (2019, 28. januar). Nye metoder. <https://nyemetoder.no/metoder/emeistring>
- Betin, K. (2022). Introduksjon. I K. Betin (Red.), *Trygge digitale terapeuter. En guide til digital psykoterapi* (s. 14-15). Gyldendal.
- Beutler, L. E. & Castonguay, L. G. (2006). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know. I L. E. Beutler & L. G. Castonguay (Red.), *Principles of Therapeutic Change that Work* (s. 353-369). Oxford University Press.
- Bohart, A. C & Wade, A. G. (2013). The Client in Psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin & Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6. utg.). Wiley.

- Bohart, A. C. (2000). The Client Is The Most Important Common Factor: Clients' Self-Healing Capacities and Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), s. 127-149.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 16(3), s. 252-260.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), s. 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brinkmann, S. (2007). Could Interviews Be Epistemic?: An Alternative to Qualitative Opinion Polling. *Qualitative Inquiry*, 13(8), s.1116–1138. <https://doi.org/10.1177/1077800407308222>
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3 utg.). Gyldendal akademisk.
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H. & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1-18. DOI: 10.1080/16506073.2017.1401115
- Cherkasskaya, E. & Wachtel, P. L. (2013). Integrativ psykoterapi - historie og nåværende status. I K. Benum, E. A. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi. Et integrativt perspektiv*. Pax forlag.
- Compen, F.,R., Bisseling, E.,M., Schellekens, M.,P., Jansen, E.,T., van der Lee, M.,L., Speckens, A.,E. (2017). A Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Cancer Patients Delivered via Internet: Qualitative Study of Patient and Therapist Barriers and Facilitators. *Journal of Medical Internet Research*, 19(12). DOI: 10.2196/jmir.7783
- Direktoratet for e-helse. (2022, 16. juni). Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022. <https://www.ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), s. 10–17. <https://doi.org/10.1037/a0025749>
- Folkehelseinstituttet (2018, 12. desember). Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/terapeutveiledet-internettbehandling-ved-psykiske-lidelser-rapport-2018.pdf>
- Frank, J. D & Frank, B. J (1993). *Persuasion and Healing: a comparative study of psychotherapy* (3. utg.). Johns Hopkins University Press.
- Goldfried, M. R. (2009). Searching for therapy change principles: Are we there yet? *Applied and Preventive Psychology*, 13, s. 32-34.

- Guba, E. G. (1981). ERIC/ECTJ Annual Review Paper: Criteria for Assessing the Trustworthiness of Naturalistic Inquiries. *Educational Communication and Technology*, 29(2), 75–91. <http://www.jstor.org/stable/30219811>
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies: Mindfulness, Acceptance and Relationship. I V. M. Follette, S. C. Hayes, & M. M. Linehan (Red.), *Mindfulness and Acceptance. Expanding the Cognitive Behavioral Tradition* (s. 5-6). The Guilford Press.
- Helsedirektoratet. (2020, 9. juli). Hva er pakkeforløp for psykisk helse og rus? Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/hva-er-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/>
- Houston, S. (2001). Beyond Social Constructionism: Critical Realism and Social Work. *British Journal of Social Work*, 31 (6), s. 845-861. <https://doi.org/10.1093/bjsw/31.6.845>
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D. & Wampold, B. E. (2010). Introduction. I B. L., Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart & soul of change. Delivering what works in therapy*. American Psychological Association.
- Imel, Z. E. & Wampold, B. E. (2015). The Great Psychotherapy Debate (2. utg.). Routledge. interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 4-17. doi:10.1007/s12160-009-9130-7
- Jøraas, T., Rimehaug, T., Birkeland, M., S. & Arefjord, K. (2009). E-terapi som supplement i poliklinisk oppfølging av ungdom – en kvalitativ studie av terapeuterfaringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 355-361.
- Kivi, M., Eriksson, M., C., M., Hange, D., Petersson, E., L., Björkelund, C. & Johansson, B. (2015). Experiences and attitudes of primary care therapists in the implementation and use of internet-based treatment in Swedish primary care settings. *Internet Interventions*, 2 (3), s. 248-256. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2015.06.001>.
- Korecka N., Rabenstein R., Pieh C., Stippel P., Barke A., Doering B., Gossmann K., Humer E. & Probst T. (2020). Psychotherapy by Telephone or Internet in Austria and Germany Which CBT Psychotherapists Rate It more Comparable to Face-to-Face Psychotherapy in Personal Contact and Have more Positive Actual Experiences Compared to Previous Expectations? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph17217756>
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin & Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6. utg.). Wiley.
- Lambert, M. J. & Norcross, J. C. (2011). Evidence-based therapy relationships. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work* (2. utg., s. 3-21). Oxford University Press.

- Levitt, H. M., Motulsky, S. L., Wertz, F. J., Morrow, S. L., & Ponterotto, J. G. (2017). Recommendations for designing and reviewing qualitative research in psychology: Promoting methodological integrity. *Qualitative psychology*, 4(1), s. 2. <https://doi.org/10.1037/qup0000082>
- Magnusson, E. & Maracek, J. (2015). *Doing Interview-based Qualitative Research. A Learner's Guide*. Cambridge University Press.
- McLeod, J. (2013). Qualitative research. Methods and contributions. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin & Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6. utg.). Wiley.
- Nissen-Lie, H. A. (2013). Teknikk eller relasjon i psykoterapi - en uhensiktsmessig dikotomi? I K. Benum, E. A. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi. Et integrativt perspektiv*. Pax forlag.
- Nordland, J.,B. (2022). Vi har knapt begynt, men har behov for å rope varsko. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, Vol 59, nummer 5, s. 400-403.
- Norges forskningsråd. (2019, oktober). Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds- og omsorgstjenestene. https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/kunnskapsnotater/trykkeklart-notat_digitaliseringens_konsekvenser-25.10.2019.pdf
- Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæring (1) om evidensbasert psykologisk praksis (2). Psykologforeningen. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklaering-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>
- Pihlaja, S., Stenberg, J., Joutsenniemi, K., Mehik, H., Ritola, V. & Joffe, G. (2018). Therapeutic alliance in guided internet therapy programs for depression and anxiety disorders - A systematic review. *Internet Interventions*, 11, 1-10. ISSN 2214-7829, <https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.11.005>.
- Probst, G. H., Berger, T., & Flückiger, C. (2019). The alliance-outcome relation in internet-based interventions for psychological disorders: A correlational meta-analysis. *Verhaltenstherapie*, 29(3), 182–195. <https://doi.org/10.1159/000501565>
- Rodda,S.N.,Merkouris, S., Lavis,T., Smith, D.,Lubman, D.I., Austin, D.,Harvey, P., Battersby,M. & Dowling, N.A. (2019) The therapist experience of internet delivered CBT for problem gambling: Service integration considerations. *Internet Interventions*,18, <https://doi.org/10.1016/j.invent.2019.100264>.
- Schuster, R., Topooco, N., Keller, A., Radvogin, E., Anton-Rupert Laireiter, A.,R. (2020). Advantages and disadvantages of online and blended therapy: Replication and extension of findings on psychotherapists' appraisals, *Internet Interventions*, (21). <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100326>.

- Teigen, K.H (2015). *En psykologihistorie*. Fagbokforlaget.
- Titzler, I, Saruhanjan, K., Berking, M., Riper, H. & Ebert, D.D (2018). Barriers and facilitators for the implementation of blended psychotherapy for depression: A qualitative pilot study of therapists' perspective. *Internet Interventions*, 12, s. 150-164. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.01.002>
- Wangberg, S. C., Gammon, D., & Spitznogle, K. (2007). In the eyes of the beholder: Exploring psychologists' attitudes towards and use of e-therapy in Norway. *CyberPsychology & Behavior*, 10(3), 418–423. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9937>
- Weineland, S., Ribbegårdh, R., Kivi, M., Bygdell, A., Larsson, A., Vernmark, K. & Lilja, J.,L. (2020) Transitioning from face-to-face treatment to iCBT for youths in primary care – therapists' attitudes and experiences. *Internet Interventions*, 22, <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100356>.
- Zalaznik, D., Strauss, A. Y., Halaj, A., Barzilay, S., Fradkin, I., Katz, B. A., Ganor, T., Ebert, D. D., Andersson, G. & Huppert, J. D. (2021). Patient alliance with the program predicts treatment outcomes whereas alliance with the therapist predicts adherence in internet-based therapy for panic disorder. *Psychotherapy Research*, 31:8, s. 1022-1035, <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1882712>

6. Vedlegg

6.1 Vedlegg 1 - NSD

Vurdering

☰ 21.03.2022 ▾

🖨 Skriv ut

Dato

21.03.2022

Type

Standard

Referansenummer

940311

Prosjekttittel

Psykologens rolle i E-terapi

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det samfunnsvitenskapelige fakultet / Psykologisk institutt

Prosjektansvarlig

Marianne Therese Smogeli Holter

Student

Vibeke Hope

Prosjektperiode

01.04.2022 - 20.10.2022

[Meldeskjema](#) 

Kommentar

Vurderingen sendt 20.03.2022 inneholdt en feil under overskriften Lovlig grunnlag. Denne vurderingen erstatter derfor den tidligere vurderingen. Dere trenger ikke foreta dere noe i meldeskjemaet.

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Vi har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen er den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Vi legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

6.2 Vedlegg 2 - Samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

Psykologers erfaringer med IAT (internett-assistert terapi)

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke psykologers erfaringer med internett-assistert terapi. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi ønsker å undersøke å forstå mer av IAT, hvordan det virker og hvilke erfaringer som behandlere etter hvert har opparbeidet seg. Dette er en undersøkende studie som vi håper vil generer ny forståelse, det er ikke en evalueringsstudie av IAT. Undersøkelsen er en hovedoppgave for profesjonsstudenter i avslutningen av studiet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Psykologisk institutt, UiO, er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du spørres om å delta fordi du har erfaring med IAT. Du er en av 5-10 behandlere som blir spurt om å stille til et intervju. Kontaktinformasjon har vi fått etter vi har vært i hovedpraksis hos hhv. Lovisenberg DPS og Vinderen DPS.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at vi intervjuer deg. Det vil ta ca 1-2 timer, om mulig over 2 sekvenser. Vi vil spørre deg om erfaringer med et konkret pasientforløp med bruk av IAT og om dine tanker om bruk av IAT. Intervjuet vil bli tatt opp med båndopptaker og transkribert.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Prosjektgruppen vil ha tilgang til lydfiler: Marianne Therese Holter (veileder), Ole Andre Solbakken (biveileder), Lars Thomas Storkjørren (student) og Vibeke Hope (student)
Lydfiler vil bli lagret sikkert og slettet etter transkribering og anonymisering.

Deltagere i studien vil ikke kunne bli gjenkjent, arbeidsplassen vil også bli anonymisert,

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgraden er godkjent, noe som etter planen er oktober 2022. Lydfiler vil bli slettet etter transkribering.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Psykologisk institutt (PSI), UiO har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: PSI ved

- Marianne Therese Holter, m.t.s.holter@psykologi.no
- Ole Andre Solbakken, o.a.solbakken@psykologi.no
- Lars Thomas Storkjærren, thomas.storkjoerren@gmail.com
- Vibeke Hope, vibekhop@gmail.com
- Vårt personvernombud: Roger Markgraf-Bye, personvernombud@uio.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Marianne Therese Holter
(Forsker/veileder)

Lars Thomas Storkjærren
(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til: å delta på intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

6.3 Vedlegg 3 - Intervjuguide

Intervjuguide

Informasjon til deltakerne:

- Vårt mål er å utforske din erfaring med IAB, vi er veldig interessert i hvordan du opplever din rolle, samt forskjeller og likheter med vanlig terapi (F2F) og hvordan du opplever kontakten med pasienten.
- Vi er ikke her for å evaluere
- Vi er ikke tilknyttet utviklere av e-terapiløsninger
- Vi oppfordrer deg til å fokusere på nyanser og kompleksitet
- Hva er dine tanker og forventninger til dette intervjuet?
- All data vil bli behandlet anonymt
- Intervjuet vil bli todelt. Først vil vi at du skal gå gjennom pasientforløp (generelt eller spesifikt?) og så vil vi etterpå invitere deg til å tenke sammen med oss om dette.

Tema som vil bli adressert:

- Beskrive et konkret forløp med IAT. En pasientreise.
 - Hvordan oppleves motivasjon til brukeren?
 - Beskrive kommunikasjon med brukeren underveis
 - Allianse
 - Forberedelser
 - Deltagelse i hele prosessen (system vs kommunikasjon)
- Hvordan oppleves det ift vanlig terapi?
- Hvordan opplever du rollen din?
- Hvordan forstår du rollen til programmet i forløpet?
- Hva er ditt inntrykk av hvordan pasientene opplever programmet? Hva tror du?
- Hvordan ser du for deg at programmet kan brukes (for å hjelpe pas. best mulig)? Kan du se for deg en situasjon hvor dette programmet – eller et annet program – ville gi bedre behandling til pasientene enn om du var foruten? Kan du beskrive det?
- Relasjon til pasienten? Beskrive kontakten og kommunikasjonen med pasientene?
- Holdninger og forventninger før oppstart?