

Margareta Blidstam
Vivianne Wikström

"Jakten i cyberspace"

Terapeuters upplevelse av att använda internetbaserad

kognitiv beteendeterapi som behandlingsmetod

The cyberspace hunt

Therapists' experience of using the internetbased cognitive behavioral
therapy as a treatment method

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet
i kognitiv och beteendearbete
90 högskolepoäng

Datum/termin: 2018-06-04, termin 6
Handledare: Anna Söderpalm-Gordh
Examinator: Anders Hammarberg

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Abstract	4
Förord	5
Inledning	6
E-hälsa.....	6
Forskning.....	7
Psyisk ohälsa och internetbaserad behandling.....	8
IKBT behandling.....	10
Implementering.....	11
Terapeuten.....	12
Syfte.....	13
Frågeställning.....	13
Metod	13
Deltagare.....	13
Design.....	14
Datainsamlingsmetod.....	14
Genomförande.....	14
Databearbetning.....	15
Bortfall.....	15
Reliabilitet och validitet.....	16
Etiska överväganden.....	17
Resultat	17
Demografisk dataredovisning.....	17
Redovisning av semistrukturerad intervju.....	18
Diskussion	28
Resultatdiskussion.....	28
Referenser	35
Bilagor	39

Sammanfattning

Den psykiska ohälsan ökar i Sverige. Majoriteten av de personer som drabbas får sin vård inom öppenvården. Internetbaserad Kognitiv Beteende Terapi (IKBT) ses som en möjlighet till att göra psykoterapeutisk behandling mer tillgänglig och effektiv. Det finns ett omfattande forskningsstöd för att IKBT är en effektiv behandlingsform. Det finns markant mindre mängd studier som undersökt terapeuters egna upplevelser av användandet av metoden som arbetssätt. Syftet med uppsatsen är att utforska terapeuters egna upplevelser och erfarenheter av att använda IKBT som en behandlingsmetod inom öppenvården. I en kvalitativ studie intervjuades fyra terapeuter verksamma inom öppenvård som använder IKBT som behandlingsmetod. För att analysera materialet användes Interpretativ fenomenologisk analys, Interpretative Phenomenological Analysis, (IPA) (Fejes m.fl.2015). Det framkommer att informanterna överlag är positiva till IKBT som en behandlingsmetod. Terapeutrollen beskrivs både som avlastande men också att man som terapeut kan få en ”jagande” roll, andra kan uppleva rollen som mindre aktiv och tråkigare. Fördelar upplevs med att ha ytterligare ett behandlingsalternativ att erbjuda, att arbetssättet ger variation i terapeutens kliniska vardag och att metoden är evidensbaserad. Bedömningen av patienten är viktig och ibland svår. Andra svårigheter som framkommer är, avhopp från behandling samt att programmen behöver utvecklas för att passa till fler patienter i öppenvården. Sammanfattningsvis är IKBT ett uppskattat behandlingsalternativ men metoden behöver utvecklas för att fungera optimalt för både terapeut och patient inom öppenvården. Terapeuter som har erfarenhet i användandet av IKBT är en viktig källa till kunskap för fortsatt utveckling av behandlingsmetoden.

Nyckelord: Terapeuters upplevelser, Internetbaserad kognitiv beteendeterapi/ IKBT, öppenvård, arbetsmetod

Abstract

Psychological illness is increasing in Sweden. The majority of those who suffer get their care in primary care. Internetbased Cognitive Behavioral Therapy (ICBT) is a chance to make psychotherapeutic treatment more accessible and effective. There is plenty of research that shows that Internet based cognitive behavioral therapy is an effective treatment. There is significantly less research investigating the therapist's experience of working with ICBT as a method of treatment. The aim of this study is to investigate the therapist's own experiences of using ICBT as a treatment method at the primary care. In a qualitative study four therapists were interviewed, they all was working in primary care and used ICBT as a working method. In order to analyze the material, Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) was used. The result shows those overalls are the therapists positive to ICBT as a treatment method. The therapist role is described both as relieving but also as less active and boring. The therapist also experience that they need to "chase" the patient. The benefits with ICBT is having an additional treatment option to offer, and working vid ICBT gives a variety to the workday and the method is evidence-based. The first assessment of the patient is important but also sometimes difficult. Other difficulties that we found were that patients do not complete ICBT treatment. They end without explaining the cause. The programs need to be developed to suit more patients in primary care. In sum, ICBT is an appreciated treatment method, but it needs to be developed to work optimally for both therapists and patients in primary care. A therapist who has experience of using ICBT in clinic is an important source to develop ICBT as a treatment method.

Keywords: Therapist experiences, Internet based cognitive behavioral therapy, primary care, working method

Förord

Vilken resa vi som författare till denna studie har gjort tillsammans. Den startade med ett tydligt mål men med en ofärdig karta och transportmedel som behövde både reparation och förberedelse. Allt i syfte att kunna klara av denna långa och ovissa färd. Tvekan och frågan var tydlig, hur skulle vi som aldrig tidigare färdats längs denna väg, kunna ta oss till målet? Nyfikna och förväntansfulla gav vi oss sakta men säkert i väg på färden. Vi stöttade varandra i motgång, hejade på i medgång samtidigt som vi turats om att läsa kartan och köra framåt längs vägen. Trots några fel körningar, tunga och långa uppförsbackar så nådde vi till slut målet. Resan och äventyret har varit otroligt lärorikt, kul, spännande men i perioder också stressigt, svårt och en aning frustrerande. Fast idag när vi står här och blickar tillbaka på vår färd är vi mycket nöjda och glada, både över vår gemensamma färd med alla dess upplevelser men fram för allt att vi färdigställt denna intervjustudie som vi är stolta över.

Slutligen så vill vi tacka vår handledare, stöttande personal på högskolan Evidens, våra kurskamrater och speciellt av "hela vårt hjärta" er informanter som ställt upp på våra intervjuer. Utan er hade vårt arbete omöjligt kunnat genomföras. Vi uppskattar speciellt er generositet med att dela med er av era erfarenheter.

Inledning

E-hälsa

Sveriges regering har som mål att till år 2025 vara bäst i världen på att använda digitaliserings möjligheter för att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd, att utveckla och stärka individens egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet. Med hjälp av e-hälsa ska individen vara i centrum, verksamheter ska få hjälp att utvecklas och vården och omsorgen ska vara jämlik, effektiv, tillgänglig och säker (Socialdepartementet, 2016). E-hälsa som fenomen är en del av den digitalisering som pågår inom hela samhället. Hälsoappar används bland annat flitigt bland invånarna, patienterna vill vara mer delaktiga i vården och det ställs högre krav på vårdens tillgänglighet.

Genom att ta till vara på digitaliseringens möjligheter kan vården använda sina resurser mer effektivt, kvaliteten kan ökas och vården kan bli mer jämlik. Specifikt inom sjukvården handlar E-hälsa om att använda digitala verktyg och att utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa. Exempelvis genom:

- E-recept
- E-tjänster, till exempel tidsbokning på mottagning och Kognitiv Beteende Terapi (KBT) via webben
- Virtuella besök via videolänk
- Medicinteknisk utrustning som används i operationssalar samt i hälsoappar och aktivitetsarmband.

Landstingen i Sverige lyfter fram e-hälsa och digitalisering som ett viktigt område för att nå ett bättre resursutnyttjande och att IT- stöd och tekniska lösningar i olika former är högt prioriterade satsningsområden.

Sveriges Landsting har kommit olika långt i införandet av Internetbaserad Kognitiv Beteende Terapi (IKBT). Allt från Landsting som har infört det på bred front, till de som arbetar med att införa plattformen och tjänsten Stöd och behandling via e-tjänster samt andra som precis startat upp arbete. Genom plattformen stöd och behandlingar kan Landstingen bland annat erbjuda invånarna behandling med IKBT.

Forskning

Statens berednings och utvärderingsinstitut (SBU) lyfter fram IKBT som en lovande metod vid ångest och depression. Social styrelsen rekommenderar behandlingsformen i sina riktlinjer för behandling av depressions- och ångestproblematik (SOS, 2010; SBU, 2007). IKBT är ett växande och omfattande forskningsområde som spänner över en rad forskargrupper från olika länder där Sverige är ett av de länder som ligger i framkant tillsammans med Australien, Holland och Storbritannien. Mer än hundra randomiserade och kontrollerade studier med fokus på internetbehandling har genomförts (Anderson & Hedman 2013; Hedman m.fl. 2014). Sammantaget finns idag ett omfattande forskningsstöd för att internetbehandling kan vara en effektiv behandlingsform. Denna slutsats bygger på en mängd metaanalyser och systematiska genomgångar av forskning kring behandlingsformen (Vernmark och Bjärehed, 2013).

Forskning kring IKBT och dess effekt specifikt gällande ångestsyndrom och depression, har visat att IKBT fungera lika bra som traditionell KBT (Hedman m.fl. 2014; Andersson m.fl. 2014). Kivi, Hedman, Carlbring och Andersson är samtliga forskare som publicerat studier vilka visar på kvarstående effekt av IKBT för olika diagnoser mellan 3 månader upp till 5 år. (Andersson m.fl. 2018; Carlbring m.fl. 2009; Hedman m.fl. 2014; Kivi m.fl. 2014).

Forskning har även riktats mot frågor kring behandlarens roll. Resultaten visar på att behandlarstöd har betydelse för behandlingseffekten. Hur stödet bäst ska utformas vet man ännu inte men det tycks vara stöd av utbildade behandlare som är det säkraste alternativet för att ge bästa behandlingsresultat men även enbart administrativt stöd visa på positiv effekt (Vernmark och Bjärehed, 2013).

Ett annat område som undersökts är alliansen mellan patient och behandlare som anses vara en central faktor i de flesta psykoterapier. Det är därför naturligt att fundera på hur den fungerar och påverkas i IKBT. I studier som undersökt terapeuters upplevelser av skillnader mellan att genomföra KBT via internet alternativt face-to-face(f2f), framkom att alliansen mellan patient och behandlare upplevs skapas snabbare i f2f terapi. Detta förklarades med att man har färre kommunikationssätt att tillgå vid IKBT (Bengtsson m.fl. 2015). Patienternas egna upplevelse av allians med behandlaren vid IKBT har också studerats. I två studier lät man patienterna skatta alliansen med hjälp av Working Alliance Inventory (WAI) där resultaten visade att patienterna

upplevde en stark allians med behandlaren. Däremot fann man inte något samband mellan stark allians och bra behandlingsutfall (Andersson m.fl. 2012; Nordgren m.fl. 2013).

En studie har undersökt om patienters anknytningsmönster har inverkan på utfall av IKBT-behandling. Där fann man att behandlingsutfallet blev bättre för patienter med trygg anknytning i jämförelse med de med otrygg anknytning (Ahlstrand & Martinez Karlsson, 2014).

Kritik mot IKBT-forskning har bland annat riktats mot studier som haft stor andel avhopp från behandling, brist på ordentlig diagnostisk bedömning, bedömning endast genom skattningsskalor. Även brist på studier med längre uppföljningar och selektering av deltagare. Detta då stor del av forskning som gjorts har utförts på forskningscenter riktade mot specifika diagnoser. Det finns ett behov av ytterligare forskning i den kliniska vardagen, där man bland annat behöver undersöka effekten av behandling med IKBT på patienter med högre grad av komorbiditet (Vernmark och Bjärehed, 2013). Gerhard Andersson med kollegor framhåller också behov av ytterligare forskning för att få mer kunskap kring långvarig effekt samt hur andra komponenter som t.ex. andra behandlingsinsatser (läkemedel) påverkar effekten av IKBT-behandling. Något som också diskuteras och där det behövs mer forskning kring är "blended treatment", det vill säga där man erbjuder en mix av f2f och IKBT (Andersson, 2017).

Psykisk ohälsa och internetbaserad behandling

Den psykiska ohälsan ökar och förväntas vara den dominerande folkhälsoutmaningen i Sverige år 2030 (Socialdepartementet, 2016). Majoriteten av personer som drabbas av psykisk ohälsa i form av depressions- och ångestsyndrom söker vård och mer än 70 % av dessa får sin vård inom öppenvården. Dessa tillstånd och diagnoser behandlas enligt tradition i huvudsak med antidepressiva läkemedel och med olika former av psykoterapi.

Att vården tidig upptäcker och erbjuder effektiv bedömning och behandling bedöms minska lidande för människor och förväntas även minska behov av slutenvårdens insatser och minska övriga samhällskostnader som till exempel sjukskrivningskostnader. Detta innebär att tidiga behandlingsinsatser inte bara är kostnadseffektiva utan med stor sannolikhet även kostnadsbesparande.

Tekniken idag utgör en allt större och mer integrerad del i människors vardag, där mobiler, datorer och sociala medier används i större utsträckning. I relation till den snabba tekniska utvecklingen bedöms internetbaserad psykologisk behandling komma att utgöra ett viktigt alternativ och komplement till traditionell psykologisk behandling inom vård och i öppenvården i framtiden.

Kunskap om behandling vid psykisk ohälsa utvecklas successivt. Inom psykoterapi sker till exempel en utveckling inom KBT. Behandlingarna blir mer specifika och ställer mer krav på specialiserad kunskap hos behandlande terapeuter. Även förmedlingssätten av KBT har blivit fler, vilket gjort det möjligt att nå patientgrupper som har långt till sjukvården eller begränsad tillgång till lokala terapeuter (SOS, 2016).

Användandet av nätet kan förutom fördelar för invånarna/patienten också ge medarbetare och entreprenörer nya möjligheter att skapa nya verktyg som kan effektivisera, bidra till innovativa arbetsätt, utveckla och effektivisera verksamhetsprocesser samt öka möjligheter för forskning och utveckling (Social departementet, 2016).

Psykologisk internetbehandlad terapi tog fart i mitten av 1990-talet i och med Internets utveckling och i Sverige påbörjades internetbehandling som en behandlingsmetod 1998 (Bjärehed och Vernemark, 2013). 2015 fanns 74 stycken färdiga internet baserade behandlingsprogram att tillgå i Sverige. Ett drygt 30 tal av dessa program bedömdes vara användningsbara inom reguljär vård, varav flertalet även evidensbaserade. En sammanställning har gjort med syfte att underlätta för landsting och regioner att göra upphandlingar samt som underlag för den nationella kompetensgruppen att utföra kvalitetsgranskningar av internetbaserade program (SKL, 2015).

Granskade internetbaserade program och utgivare redovisas i Tabell 1

Tabell 1

IKBT behandling

Internet baserad behandling innebär att patienten får ta del av sin behandling via en webbplats där det också finns formulär där patienten kan skatta hur han eller hon mår och där det ges möjlighet till säker kommunikation med behandlaren. Behandlingen med IKBT är annars den samma som i traditionell behandling (2f). Behandlarens roll vid IKBT behandling är att guida patienten genom behandlingsprogrammet, ge nödvändigt stöd så att patienten på ett självständigt sätt ska klara att genomgå behandlingen och hjälpa till vid svårigheter som uppstår under behandlingens gång. Behandlaren förmedlar och administrerar behandlingen via sin dator, vanligtvis från sin arbetsplats. Behandlaren ger ett aktivt stöd vilket innebär att behandlaren, förutom att svara på direkta frågor från patienten, även aktivt följer patientens användning av programmet och initierar stöd vid låg grad av aktivitet eller vid indikationer på problem eller avvikelser. Vid behov rings patienten upp och bokas in på besök på vårdcentralen om så krävs. Behandlare som arbetat med IKBT har goda kunskaper i KBT och specifik kompetens för den aktuella problematiken och i att förmedla KBT via nätet. Regelbunden eller behovsstyrd handledning kan ges beroende på behandlarens kompetensnivå.

En annan fördel med behandlingen är att underlätta för patienter som av olika skäl har svårt för att komma till mottagningen eller som önskar behandling utanför ordinarie öppna tider (SKL, 2013).

Innan uppstart av behandling har patienten i regel varit på ett bedömningssamtal hos behandlare som bedömt att rätt förutsättningar för deltagande föreligger. En välgjord klinisk bedömning är en viktig förutsättning för att främja lyckad och säker behandling (Hedman m.fl. 2014)

Behandlingsprogrammen är strukturerade och standardiserade och följer sedvanligt KBT-upplägg för aktuell diagnos. Programmen är uppdelade i moduler som patienten stegvis får tillgång till under behandlingens gång. Modulerna innehåller behandlingsinformation kopplade till patientens problem samt övningar i form av t.ex. skriftliga uppgifter, erfarenhetsövningar och självskattningar. Veckovisa skattningar hjälper behandlaren och patienten att övervaka och följa viktiga besvärsmått och övervaka risker som ökade problem och eventuell suicidrisk.

Behandlingsprogrammen är i de flesta fall utformade för att hjälpa patienter med ett visst problemområde eller en viss psykiatrisk diagnos. Längden på behandlingsprogrammen varierar beroende på problem och program, vanligtvis rör sig spannet inom 8–12 veckor (SKL, 2013).

Implementering

För att internetbehandling ska fungera som ett lämpligt behandlingsalternativ inom hälso- och sjukvården behöver arbetssättet implementeras på ett systematiskt och genomtänkt sätt. Steget mellan forskning och klinisk vardag är ibland svårare än förväntat och det finns en mängd forskning som visar på svårigheterna att implementera fungerande metoder i den kliniska vardagen. Därför blir stödet för implementering extra viktig vad gäller internetbehandling (Internetbehandling, SKL, 2013). Det krävs bland annat en kunskaps och praxisanpassad miljö som kan ta emot den nya innovationen (Nielsen & Roback, 2010). Oavsett hur mycket fördelar en ny intervention kan ha verkar implementeringsprocessen generellt vara tidskrävande och inte alltid så lyckosam (Obstfelder m.fl. 2017).

Hinder för genomförande finns på flera olika nivåer, en av dessa nivåer består av de aktörer som direkt berörs och som förväntas tillämpa den nya metoden i sitt dagliga arbete (Guldbrandson 2017; Bjärehed & Vernmark, 2013). Vikten av upplevd användbarhet och nytta med en ny behandlingsmetod i kombination med kunskaper om metoden hos behandlare är viktiga implikationer för implementering av nya behandlingsmetoder (Sköld & Halénus, 2016). Vid införande av IKBT i primärvården har attityderna bland terapeuterna stor betydelse då det är de som kommer ansvara för implementeringen. Ändå är det brist på detaljerade studier med inriktning på IKBT inom primärvård och för närvarande finns lite kunskap om primärvårdsterapeuters inställning, attityder och erfarenhet av IKBT (Kivi m.fl. 2015). Studier som gjorts visar på vikten av stödjande strukturer både på regional och nationell nivå (Axelsson, 2014). I en svensk studie som undersökte primärvårdsterapeuters upplevelser och attityder av implementering och användande av IKBT fann man upplevelse av svårigheter och hinder. Då i form av att övriga yrkesgrupper inte hade kännedom och kunskap om metoden, att det fanns tveksamheter till det nya arbetssättet, tveksamheter till metodens lämplighet och effektivitet, otillräckligt med resurser och tid för implementering samt brister i organisation och struktur. Det räcker inte bara med att kunna arbeta med metoden, de praktiska förutsättningarna måste också finnas. Annars är det risk att behandlingsformens fördelar går förlorade (Vernmark & Bjärehed, 2013). Rekommendationen vid införande av IKBT i verksamheten är att behandlaren ges tillräckligt stort utrymme i sin dagliga verksamhet för att implementera metoden. Uppmaningen är att ha minst fem internetbehandlings patienter på gång samtidigt samt att ha fasta tider inbokade för arbetssättet (SKL, 2013). Erfarenheter är att IKBT har frigjort tid för behandlande

medarbetare samt att alltmer tid frigörs i takt med att behandlaren får större vana att genomföra behandling över nätet (SOS, 2017.)

Terapeuten

Det finns omfattande forskning som undersökt effekten av samt som tagit reda på patienternas upplevelser av IKBT. Det finns däremot begränsat med forskning som undersökt terapeuternas upplevelse och erfarenheter av att använda sig av IKBT, då både som ett arbetssätt och som ett behandlingsalternativ.

De studier är gjorda har undersökt upplevelser och attityder till implementering och användning av IKBT samt upplevelsen av skillnader i att utföra f2f i jämförelse med IKBT. I en studie som genomförts inom primärvård framkom att terapeuter tycker att IKBT är en bra metod men att den behöver anpassas för att fungera optimalt. Att använda den i kombination med f2f skulle effektivisera psykoterapeutisk behandling (Kivi, 2015). I den studie som jämförde de olika behandlingsformerna, IKBT och f2f beskrivs den senare behandlingsformen som en starkare och mer krävande upplevelse samt att arbetsalliansen skapas snabbare än vid användandet av den första. Metoden upplevs som en mer manual baserad behandlingsmetod som ger möjlighet till större kontroll över arbetsupplägget. En frågeställning som lyfts är om IKBT kan minska risken för utmattning bland terapeuter, samt om IKBT kan utvecklas genom att bli mindre manual baserad/beroende och mer individualiserad (Bengtsson m.fl. 2015). I en undersökning av attityder till IKBT bland terapeuter i Östergötland beskrivs bland annat att 69 % kunde tänka sig att själv behandla, 90 % kunde överväga remittera till kollega (Sköld & Halénus, 2016).

Då vi båda jobbar som terapeuter inom öppenvård där det beslutats att IKBT ska införas så är vi intresserade och nyfikna på hur detta "nya arbetssätt" påverkar terapeuten. I vårt sökande efter studier inom detta område finner vi endast en begränsad mängd. Vi anser att det idag är ett bristfälligt utforskat område och att det behövs mer forskning. Utifrån detta valde vi att undersöka och ta reda på om terapeuternas egna upplevelser av att jobba med IKBT

Syfte

Syftet med uppsatsen var att utforska mer om terapeuters egna upplevelser och erfarenheter av att använda IKBT som en behandlingsmetod inom öppenvården.

Frågeställningar

Följande frågeställningar har legat till grund för insamling av data till studien:

Demografiska data:

- Utbildningsnivå.
- Erfarenhet år i yrket som terapeut.
- Omfattning/upplägg av användandet av IKBT.
- Programvara, behandlingsmoduler, typ av problemområden/diagnos.
- Hur väljs IKBT patienter ut.

Intervjuguide:

- Kan du berätta om hur du tycker att din arbetsvardag påverkas av att ha IKBT som ett arbetssätt?
- Beskriv vad du tänker om din ”terapeutroll” jämfört med att jobba med KBT f2f?
- Ser du några fördelar och möjligheter för dig som terapeut att arbeta med IKBT?
- Ser du några svårigheter och hinder för dig som terapeut med att arbeta med IKBT?
- Hur ser du på att jobba med IKBT i framtiden?
- Något mer du vill tillägga innan vi avslutar?

Metod

Deltagare

Studien bygger på fyra intervjuer. Deltagarna i studien var fyra terapeuter verksamma inom öppenvård. Genom kontakt med ansvariga för implementering av IKBT som behandlingsform i Värmlands länslandsting och Västra Götalandsregionen, fick vi förslag på tio

terapeuter. Kontakt togs med dessa via mail med frågeställning om intresse till att delta i vår studie. Vi fick svar från sex personer som var intresserade av att ställa upp på intervju. Av dessa valdes de fyra först svarande personerna ut, vilket bedömdes vara ett tillräckligt stort underlag. Två terapeuter var verksamma i Värmlands län och två i Västra Götalands. Två av dessa var anställda inom offentlig vård och två på privata vårdcentraler.

Design

Studien är deskriptiv och bygger på en Interpretativ fenomenologisk analys, Interpretative Phenomenological Analysis, (IPA). IPA är en metod för kvalitativ forskning där man undersöker enskilda individers upplevelser om ett visst fenomen. Materialet har samlats in genom semistrukturerade intervjuer. IPA valdes som design då vi var intresserade av att få veta mer om terapeuternas egna upplevelser av att arbeta med IKBT som arbetssätt. Vi var ute efter att nå en fördjupad kunskap om terapeuternas personliga åsikter. För att säkerställa detta ställdes i viss mån styrande men även öppna frågor. Följdfrågor ställdes för att uppnå fördjupade svar på våra frågeställningar (Back. & Berterö, 2015).

Datainsamlingsmetod

Intervjun var uppdelad i två delar. En inledande del med frågor av demografisk karaktär och en senare del som var en semistrukturerad intervju med öppna frågor (bilaga 1). Denna utformning valdes då vi var intresserade av att se om informationen som framkom i demografiska delen påverkade deras beskrivning av upplevelse och erfarenhet av IKBT som behandlingsmetod. Vid intervjuerna blev det tydligt för oss att frågan om hur patienter valdes ut för att erbjudas IKBT gav mycket intressant information varför vi valde att analysera den bland de semistrukturerade frågorna istället för bland de demografiska. Intervjuerna spelades in.

Genomförande

Deltagarna informerades om syftet med intervjun genom mailkontakt och/eller telefonsamtal. Informationsbrev gällande intervjustudien skickades ut en tid innan planerad intervju för underskrift av deltagare och deras chefer (bilaga 2). Intervjuerna utfördes på deltagarnas arbetsplatser och de fick själva välja lokal, tid och plats. Tid per intervju varierade mellan 30 till 45 minuter. En deltagare återkom efter genomförd intervju och önskade

komplettera med information på en fråga. Vid ett tillfälle kontaktades en deltagare för komplettering av demografiskdata. Kompletterande information lades till respektive intervju. Intervjuerna transkriberades. Vi valde att utelämna skratt, hummanden och liknande i transkriberingen.

Databearbetning

En databearbetning med IPA innebär tolkning. Som forskare läser man intervjumaterialet tolkar det med sin förförståelse och erfarenhet vilket kan generera en ny förståelse, nya frågor som leder till ytterligare analys och ny kunskap vilket kallas den hermeneutiska cirkeln. Tolkningar växer fram i en cirkulär process och innebär att det inte finns någon färdig teori. Vi har varit nyfikna på de enskilda terapeuternas personliga upplevelser och om det finns likheter eller skillnader i dessa (Back & Berterö, 2015).

Efter att vi transkriberat texten har vi analyserat den semistrukturerade delen av intervjun i 4 steg:

1. Forskarens första möte med texten. Vi har, var för sig läst igenom intervjuerna. För varje fråga har vi plockat ut beskrivande satser och nyckelord som relaterar till frågan.
2. Identifikation av teman. Vi sammanförde våra nyckelord och satser och organiserade gemensamt dessa i teman. Detta gjordes fråga för fråga.
3. Kluster av överordnade teman. Teman som identifierats listades och sorterades därefter in i sex områden, d.v.s. kluster. Vi jobbade då med samtliga teman som vi fått fram för alla frågor. Vissa teman uteslöts och flyttades in i andra teman. I vissa fall genom re-analys.
4. Genomförande av översiktstabell. En sammanfattande tabell som illustrerar kluster med underordnade teman. I detta steg tolkades materialet och det praktiska arbetet med att skriva in resultatet av tolkningen i uppsatsen (Fejes m.fl. 2015).

Bortfall

Inget avhopp av informanter har skett.

Reliabilitet och validitet

För att säkerställa kvalitén i vår studie så följdes Yardleys (2008) kvalitetskriterier som IPA forskning vilar på. Några av dessa kriterier är bland annat:

1. Känslighet för sammanhanget ("sensitivity to context").
2. Engagemang och noggrannhet ("commitment and rigor").
3. Öppenhet och konsekvens ("transparency and coherens").
4. Påverkan och betydelse ("impact and importance").

De fyra intervjuerna delades upp mellan författarna. De fördelades på två län och intervjuerna utfördes på informanternas egna arbetsplatser. För att bidra till och skapa en avslappnad och öppen atmosfär utfördes intervjuerna på respektive informants arbetsplats. Att författarna själva arbetar som terapeuter, hade tagit del av tidigare forskning och fakta samt var genuint intresserade av ämnet bedöms kunnat bidra till ökat personligt engagemang under själva intervjun. Med förhoppning om att informanterna då blev villigare att lämna ut mer av sina personliga erfarenheter.

Alla intervjuer spelades in. Författarna lyssnade på alla fyra intervjuer. Därefter transkriberades intervjuerna. Risken med ljudinspelning är att det kan upplevas som obekvämt och krav på informanterna att formulera sig väl (Thomsson, 2010). Denna risk togs i beaktan genom att vi informerade om att intervjumaterialet behandlas med respekt och sekretess samt att insamlat material endast skall komma att användas i intervjustudien.

Vi kunde ha valt att intervjua fler terapeuter för att bredda och få in fler svar. Författarnas bedömning var att de fyra intervjuerna som utfördes var mycket innehållsrika och att det gavs utförliga svar på de frågeställningar som fanns. Om svar nås på frågeställningarna som finns bedöms det som viktigare än antalet intervjupersoner därför bedömdes efter fyra intervjuer att fler inte var nödvändiga (Trost, 2010; Back & Berterö, 2015; Yardleys, 2008).

Etiska överväganden

Ett skriftligt samtycke inhämtades från samtliga informanter samt från deras chefer inför genomförandet av intervjuerna. I samtycket informerades om att deltagandet var frivilligt, att de hade möjlighet att när som helst avbryta sitt deltagande och att inga namn eller personuppgifter användes i studien. Då studien utfördes inom ramen för en psykoterapiutbildning förekom ingen granskning av etisk kommitté.

Resultat

I resultatdelen redovisas demografiska data i separat tabell. De kvalitativa resultaten redovisas sorterade i kluster och teman som framkommit i analysen av intervjuerna. Kluster presenteras i resultatdelen i fetstil, teman följer kursiverat som underrubriker. De kluster som framkommit var: ny metod, förutsättningar för behandling, förändrad terapeutroll, arbetsvariation, motstånd, utvecklingsområden. De teman som framkom var: implementering, struktur, kvalitet och forskning, kontext, patientresurser, annorlunda, assistera/driva, sälja in, effektivitet, avlastande, tillfredsställelse, egen anpassning, avhopp, selektering av patienter, programmen, tekniken, individanpassning, organisation, terapeutstöd, öka tillgängligheten. För att öka validiteten illustreras resultatet med representativa citat, vilka skrivs i kursiverad stil (Granheim & Lundman, 2003). Vi har även valt att redovisa kluster och teman i flödesfigur direkt i text och resultat data med alla citat i en tabell.

Demografisk dataredovisning

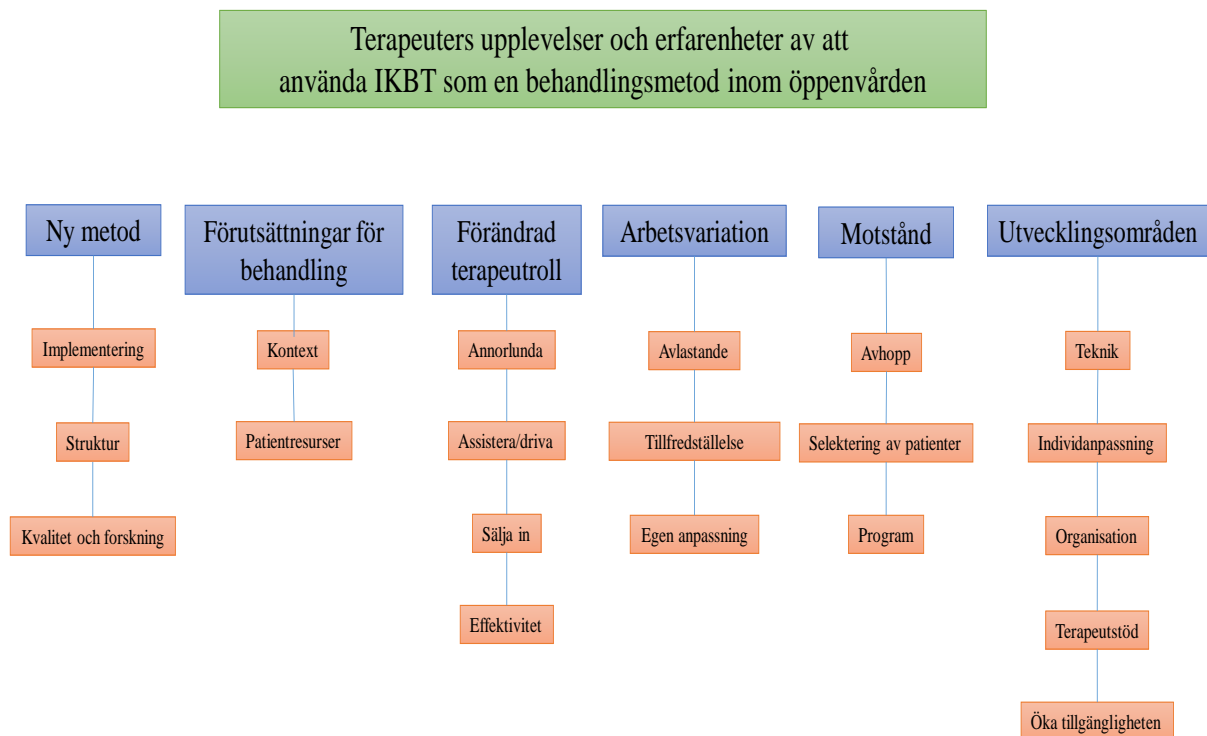
Två av informanterna var verksamma i VGR och två i LiV. Alla fyra var legitimerade psykoterapeuter, tre var legitimerade psykologer och en hade en masterexamen i psykologi. Arbetslivserfarenheten som terapeuter varierade mellan 7–13 år medan erfarenheten av IKBT skilde sig mer åt. Två hade arbetet med IKBT mellan 8–10 år medan två hade 1 års erfarenhet var. Omfattningen av hur stor del av arbetstiden man ägnade sig åt IKBT i sin kliniska vardag varierade mellan ½ till 1 ½ timme i veckan. Alla informanter uttryckte att de strävade efter att ha flera aktiva IKBT patienter igång samtidigt, i snitt mellan 4–10 stycken. Två hade vid intervjutillfället ingen pågående IKBT-behandling. Under ett år hade en informant startat upp mellan 15–20 IKBT behandlingar. 10 av dessa blev fullföljda behandlingar.

Tre använde psykologpartners IKBT program och en Livandas program. Informanterna använde sig av olika typer av behandlingsprogram, de vanligast förekommande var depression-, ångest- och sömnprogrammen.

 Tabell 2

Redovisning av semistrukturerad intervju

Kluster, tema och analys av dessa redovisas i text. Kluster och teman enbart redovisas även i flödesschema, figur 1.



Figur 1. Översikt över kluster och teman. Grön: syfte, blå: kluster, röd: tema

Kluster: Ny metod.

Tema 1: Implementering: Då det handlar om implementering finns det flera viktiga delar. Dels att det tar tid för den enskilde terapeuten att läsa in sig på materialet samt att det krävs en större mängd av aktiva patienter i behandling för att kunna lära sig behandlingsmetoden bra.

Organisatoriskt så behöver även ledningen och verksamheten ta ett stort ansvar och sprida ut kunskap för att implementera en ny behandlingsmetod. Andra yrkeskategorier och medarbetare i verksamheten behöver vara engagerade och medvetna om att metoden finns att använda, komma ihåg att informera om och rekommendera den som ett behandlingsalternativ.

"...man behöver få ett enormt flöde på de här programmen för att lära sig alla fem bra."

"...jag har inte hållit på med det här i tid så mycket.... ska man vara krass så, min inlärningskurva kan fortfarande ganska skarpt förbättras..."

"...det tar tid i en organisation att lära sig vad som finns i huset."

Tema 2: Struktur: Avgörande för att IKBT ska fungera bra som arbetsmetod är att terapeuten verkligen avsätter tid och planerar för när och på vilket sätt man ska jobba med metoden. Att ha tid inplanerat för att hantera mail och återkopplingar till patienter är viktigt för att undvika hamna i stress. Det kan finnas en risk för att man jobbar på sin lediga tid att man bland annat lockas till att öppna inkomna mail eller att man i klinisk vardag gör annat på avsatt IKBT tid. Vilket kan få negativa konsekvenser.

"Det som skulle kunna va en svårighet är att du inte planerat in det ordentligt.....För det dyker ju upp meddelanden i mejlen hela tiden...."

"Lätt att övriga verksamheten knaprar av tiden"

"Det skulle kunna bli jobbigt för terapeuten om man.... jobbar på sin fritid eller om man kollar mailen."

Tema 3: Kvalité och forskning: Det upplevs bra att kunna erbjuda kvalitetssäkrad och evidensgrundad behandling, till och med att det kan upplevas som ännu bättre än vad terapeuten själv kan ge. Att lära sig programmen ger bra kunskaper som även är till nytta i andra behandlingssituationer. Kritisk reflektion kring den forskning som är gjord framkommer. IKBT

forskning visar på goda behandlingsresultat men det framkommer att det inte alltid upplevs lika positivt i den kliniska vardagen. Terapeuter beskriver en stor mängd avhopp bland de patienter som påbörjar IKBT. De patienter som varit med i forskningsrapporter kan skilja sig mot de patienter som terapeuter möter i den kliniska vardagen, framförallt gällande inställning till behandling, problembild och motivation. I många av de framtagna forskningsstudierna har patienterna aktivt sökt sig till IKBT-behandling. Så är det sällan i den kliniska verkligheten, där patienterna mer erbjuds behandlingen snarare än att de väljer den själv. Därför anser flera terapeuter att det behövs en förändring av arbetssättet med IKBT för att det ska fungera riktigt bra.

"...när jag ger en patient IKBT, det är det mest säkerställda...när de verkligen kan få kvalitetssäkrad KBT."

"...det ger bra kunskaper för man läser ju de här programmen...man får bra... modeller för hur man kan jobba med olika problembilder."

"...när jag tittar på min egen forskning och så, var ju patienterna väldigt motiverade...folk som själva hade valt eller sökt upp och uttryckt att det här vill jag jobba med. I den kliniska vardagen, så blir det nog så att tyvärr många tänker att IKBT är ett andra hands alternativ kanske."

Kluster: Förutsättningar för behandling.

Tema 1: Kontext: IKBT kan vara ett bra behandlingsalternativ för de patienter som inte kan ta sig rent fysiskt till mottagningen. Grupper som då lättare kan få behandling är bland annat småbarnsföräldrar och boende på glesbygd där behandlingsutbudet är starkt begränsat. Vilket betyder att tillgängligheten borde öka och att fler personer kan få tillgång till KBT behandling.

"...jag märker att dom som tenderar att välja internet är dom som pendlar, som inte har tid att komma hit på dagtid."

"...jag kan ju ha en som sitter i andra änden av landet och i ett annat land..."

Tema 2: Patientresurser: Viktiga förutsättningar för att behandlingen ska lyckas är dels att patienten förstår språket, har en hög motivation och att de har förmågan att ta ett stort eget ansvar för behandlingen. Att problembilden är avgränsad och inte allt för komplicerad.

Ytterligare en viktig komponent för att kunna tillgodogöra sig IKBT behandling tycks vara att patientens livssituation behöver vara fungerande och någorlunda stabil. Ovanstående förutsättningar besitter lång ifrån alla patienter.

"Det är väldigt tydligt att när det är dubbeldiagnoser, när det blir någon neuropsykiatrisk problematik eller någon med dyslexi, då fungerar det inte..."

"Inte mycket psykosocial med skilsmässa och anhörigoro och hit och dit, utan ganska renodlat"

"...när patienten säger att jag vill ha ett verktyg"

"...det behövs ju motivation och en drivkraft..."

Kluster: Förändrad terapeutroll.

Tema 1: Annorlunda: Det är tydligt att terapeutrollen vid IBT skiljer sig stort från vanlig f2f behandling. Några stora skillnader är att det läggs extra stor betydelse på bedömningssamtalet, som enligt programmen är ett enda. Terapeuten ska på begränsad tid hinna göra en tillräckligt bra bedömning, undersöka förutsättningar och motivation samt informera om vad IKBT innebär och hur behandlingen fungerar.

Avsaknad av direkt kontakt ger minskad möjlighet att kunna läsa av patienten, att kunna styra och påverka patienten under behandlingens gång. Kan vara begränsande att inte kunna ge direkt-feedback och justera under behandlingens gång.

Det är individuellt hur terapeuten upplever att det är att behandla och kommunicera via text. Tydligt är att för vissa är arbetssättet positivt och kan upplevas som avlastande medan andra inte trivs med det.

"Jag tycker det är ganska stor, både på gott och ont. Jag är mer aktiv f2f...det blir lite tråkigare på nätet...jag får inte samma respons från patienten...samtidigt att det rätt gott att köra terapi via nätet..."

"...svårare att påverka en patient om man inte har de framför sig..."

"...man lär sig behandla på ett annat sätt via skrift."

"...jag är mer en facilitator..."

"...man hinner tänka mycket mer när man sitter vid en dator."

Tema 2: Assistera/driva framåt: Terapeutrollen tycks vara dubbel i flera avseenden. Dels innebär den att stötta och understödja patienten. Samtidigt kan rollen även innebära att man behöver vara mer drivande och jagande när patienten inte följer planerat behandlingsupplägg. Arbetssättet upplevs alltså både som avlastande men även som stressande. Någon annan kan uppleva rollen som mer passiv och tråkig.

"I f2f ger jag ju behandlingen här underlättar jag behandlingen."

"...hjälper dom ta sin KBT."

"...mer coachande...man peppar...för det är ju inte jag som levererar."

"Man är med och bekräftar att dom ör rätt, bra, fortsätt så, dom är ju mer självgående, så är det inte i en f2f roll."

"...är ju frivilligt, så man kan ju inte ligga på som en hök heller, utan det ska ju vara ett mellanläge där."

"En annan del som jag inte tycker lika mycket om är när patienten inte följer överenskommelsen. Då kan det ju vara så att man får den här lite jagande rollen."

"Blir mer att uppmuntra...inte lika kvalificerat som att träffa patienten."

Tema 3: Sälja in: Det upplevs som positivt att kunna ha många olika behandlingsalternativ att tillgå. Samtidigt verkar det finnas en risk i att terapeuten hamnar i en försäljarroll och "säljer in" IGBT på bred front bara för man ska ha patienter i en viss behandling. Risken då tycks vara att avhoppen från behandling blir fler.

"...nog varit i mitt intresse att jag vill sälja in det men jag tycker inte att det fungerar...min upplevelse är att då tenderar de också att hoppa av."

"...det breddar behandlingsutbudet...smörgåsbordsänket, att jag har mer att kunna ge."

"Bra att ha ett smörgåsbord så, att ha många olika saker att erbjuda."

Tema 4: Effektivitet: Om patienten följer behandlingsupplägget så är de självgående på ett annat sätt än vid f2f behandling, vilket då innebär att terapeuten behöver lägga ner mindre tid per patient. Teoretiskt så kan man då hinna med att ha fler patienter i behandling alternativt att använda tid till att göra annat. En risk när patienten inte finns i terapirummet kan vara att annat

avleder terapeutens uppmärksamhet och att IKBT får stå tillbaka och istället kommer i andra hand.

"...det går ganska fort, för dom här som sköter sig själv och det inte är något konstigt, då är det ju bara att vara med."

" Jag kan behandla fler patienter."

"Lägger inte lika mycket tid på dom här patienterna per vecka som man gör med livepatienter."

"Jag tror inte att jag blir mer effektiv, utan risken är ju att inte prioriterar IKBT i samma utsträckning."

"Det är lätt att lägga in en massa annat där och så fixar jag IKBT på väldigt kort tid istället."

Kluster: Arbetsvariation.

Tema 1: Avlastande: En tydlig fördel med arbetssättet för terapeuten verkar vara att det oftast upplevs som avlastande. Detta då det är upp till var och en hur och när man väljer att planera och lägga upp arbetssättet med IKBT. Att inte ha patienten i rummet och jobba f2f verkar inte kräva inte lika mycket engagemang av terapeuten.

"Fördelar för mig är att jag kan lyssna på musik och göra andra saker samtidigt."

"Det är flexibelt...spelar ingen roll för patienten när jag loggar in."

" Inte lika belastande."

" Det hör jag ju själv så klart, så tar det ju mindre energi."

Tema 2: Tillfredsställelse: Det är personligt hur terapeuter upplever att det är att arbeta med IKBT. Flera upplever att det är kul och stimulerande och att det passar dem som personer. Det ger en variation som upplevs som positiv, att få prova nytt och utvecklas som terapeut.

"...det är ytterligare ett ess i rockärmen."

"...alltså det är bara olika sätt att hålla sig lite vaken."

"...det breddar möjligheterna också för mig, för det är väldigt tråkigt att sitta och göra ens hela tiden."

"Det är kul att ha lite olika och det är ju utmanande för mig tänker jag."

Tema 3: Egen anpassning: Det är tydligt att alla terapeuter på något sätt har anpassat arbetssätt och eller behandlingsupplägg för att det ska fungera tillfredställande. Både ur ett terapeut- och patientperspektiv. Upplägget enligt programmen som finns idag verkar inte fungera fullt ut i praktiken. Variationen på olika anpassningar är stor. När arbetssättet med IKBT anpassats tycks det fungera bättre kliniskt.

"...vi brukar ha två möten innan vi sätter igång för att man ska hinna skapa en relation innan man drar igång...det tycker jag har gjort skillnad..."

"Vi började behandla depressionen och så gick vi på stress sen tror jag, plus att vi träffats lite sporadiskt på kontoret...otroligt hjälpsamt."

"...närmar sig taket på antal (f2f) behandlingar eller när det inte verkar funka. Man har fått till någon slags förändring men det är inte tillräckligt, då kan jag lyfta det som ett alternativ."

"...det beror också på att jag inte har någon uppstrukturerad mailkontakt."

"...jag väver in det...bedömning, avslut och två mellansamtal."

Kluster: Motstånd.

Tema 1: Avhopp: En problematik som beskrivs är att många patienter inte följer behandlingen som planerat. En del öppnar inte ens programmet som man kommit överens om medan andra inte hör av sig eller slutar efter ett tag. Relaterat till alla avhopp från behandling funderas det på om landstingen verkligen använder de ekonomiska resurserna på rätt sätt.

"...här blir det liksom bara tyst."

"...haft 15-20 stycken och dom flesta hoppat av..."

"...det är inte jättemånga som matchar in...för det kan vara så att man öppnar någon som inte drar igång eller att någon hoppar av."

"...kanske mer att dom som är tveksamma om de ska ha någon kontakt över huvud taget, kanske lättare hoppar av IKBT."

"...betalar landstinget runt 1000 kr/patient. Iså fall går vi ju back på det om inte det är nån som ens går in..."

Tema 2: Selektion av patienter: Det letas efter den "klockrena" patienten men det verkar vara svårt att hitta rätt patienter som passar för IKBT inom öppenvården. Flertalet av patienterna som söker vård har mer omfattande och komplexa besvär och då tycks inte IKBT vara tillräcklig som behandling. Bedömningen av patientens problematik och motivation till behandling tycks vara avgörande för om IKBT ska lyckas. På ett bedömningssamtal ska terapeuten fånga upp den totala problembilden, undersöka motivation och hinder och samtidigt hinna med att ge en rationell förklaring för behandlingen. Allt detta verkar som en svårt nöt att knäcka.

"...man får bli bra på att hitta rätt patienten, för att inte behöva jaga utan för att det ska löpa på."

"...en klockren internetpatient, alltså som är välfungerande, det är nästan lite förebyggande, de har inte kommit så långt i sin problembild och de är väldigt motiverade att göra en förändring."

"Det är väldigt tydligt att det inte passar alla patienter."

"I ett bedömningssamtal är det ju inte alltid man hinner med allt på 45 minuter, det är en svårighet."

"...jag har blivit och är mer restriktiv med vilka patienter jag påbörjat IKBT behandlingar med."

"...stress och ångest, där är det lite "hipp som happ" och man får ringa upp dom...oftast har de glömt bort eller att dom inte tycker att dom hinner med och det hör ju lite till problematiken".

"...utifrån problematik och fingertoppskänsla."

Tema 3: Program: Tekniken fungerar oftast, medan modulerna upplevs som sega. Det är mycket teori och text som ska gås igenom inledningsvis. Det tar ganska lång tid för patienten innan den kommer till praktiska övningar och exponering. Även detta tros kunna bidra till avhopp, att patienten helt enkelt tröttnar på vägen.

"Dröjer länge innan man kommer till pudelns kärna."

"...jag tycker de är lite sega...det delar jag med flera kollegor, det händer ju inte så mycket till en början, tar ett tag innan man kommer in i själva roliga arbetet. Risken är att patienten tröttnar lite på vägen. De flesta avhopp sker ju dess för innan."

Kuster: Utvecklingsområden.

Tema 1: Teknik: Att det fungerar tekniskt med programvara, internetuppkopplingar och med IT-kommunikation är ju en grundläggande förutsättning för att arbetet med IKBT ska fungera. När tekniken krånglar riskerar behandlingen och kontakten med patienten att påverkas negativt. Det innebär ju också att terapeuten behöver ha en planering för att detta kan ske och helst även kunskap och vara insatt i ytterligare ett område, det vill säga i tekniken, för att kunna ge behandling. Utvecklingen inom teknikområdet går snabbt och det gäller att hänga med.

"Så önskar jag ju att även tekniken förbättras rent generellt, händer ju som jag sagt att det strular..."

"...det har ju gått så fort, utvecklingen,man skrev sin inlogg och sen fanns det en cd-skiva som komplettering.....Och nu efter 5 eller 7 år senare så är det helt ute .."

"...man kan göra mer och mer från sin telefon."

Tema 2: Individanpassat: Att IKBT är här för att stanna är en allmän uppfattning. Att kunna få tillgång till psykologisk behandling via nätet kommer troligen att efterfrågas mer i framtiden. För att behandlingen ska fungera i klinisk vardag finns ett uttalat behov av utveckling av programmen. Programmen behöver vara mer anpassningsbara till den enskilda patientens behov. "Blended treatment" som behandling, det vill säga att kunna kombinera behandlingar till att innefatta både internet- och olika f2f- interventioner efterfrågas. Att ha tillgång till mer transdiagnostiska program som är hjälpsamma för patienter med mer komplex problematik är ett annat utvecklingsområde. Det behövs en fortsatt utveckling av de program som finns tillgängliga idag för att IKBT ska fungera bra i öppenvårdens kliniska vardag.

"så jag tänker att IKBT kommer vara en del av det med då behövs det ske en utveckling. Det funkar inte med de programmen vi har idag."

"...det kommer gå mer mot "blended treatment"..."

"...mer interaktiva, som beslutsträd som du fyller i och beroende på vad du skavar som i en enkät så hamnar du olika beroende hur du skattar vissa svårigheter."

Tema 3: Organisation: IKBT-behandling erbjuds idag som ett behandlingsalternativ både på öppenvårdsmottagningar i olika landsting samt från centraliserade större centrala enheter, som då endast har som uppdrag att arbeta med IKBT. Om något sätt att arbeta på är bättre än det andra kan man fundera på. Det finns idag svårigheter med att få ett tillräckligt högt flöde av patienter som passar i behandling. Samt en upplevd sårbarhet i att det på mindre mottagningar endast finns enstaka terapeut som erbjuder IKBT. Ett problem kan då uppstå vid längre frånvaro, då ersättare för IKBT behandling saknas. En ide om förändring organisatoriskt är att sårbarheten kan minskas genom att ha IKBT mer centralt organiserat där det finns ett större patientflöde och fler behandlare. Istället minskar man då möjligheterna till att erbjuda IKBT på mindre mottagningar.

" Få patienter på ett år"

"...just nu så har jag ingen som är aktiv..."

"...att det ska vara som i Stockholm, att det finns en central enhet... det verkar finnas en skörhet i att ha det ute på vårdcentralerna. Det räcker med att nån slutar så faller det."

Tema 4: Terapeutstöd: Bedömningssamtalet verkar vara centralt, patientens behov behöver matcha programmets utbud och innehåll för att IKBT behandling ska fungera. Rekommendationen enligt programmen är att bedömningen ska ske vid ett fysiskt möte. Denna bedömning ligger sen som en grund för resten av behandlingen. Man har som terapeut ingen stor möjlighet att göra anpassningar som man kan göra i en f2f behandling. I f2f terapi kan det mer bli en överlappning mellan bedömning och behandling successivt under terapikontakten. Att få utveckla sig i att göra bra bedömningar är viktigt, ett område där terapeuten önskar mer stöd och utbildning.

" Svårt att välja ut patienter"

" Jag vill jättegärna jobba med IKBT men vi måste hitta rätt patienter"

"Patienten kan sitta här och va jättemotiverad, men gud det här låter ju jättebra, men sen upptäcker dom hemma att nej det var jättejobbigt att göra det på egen hand"

"Skulle vilja ha haft mer stöd i hur jag ska tänka när jag träffar patienten"

Tema 5: Ökad tillgänglighet: IKBT skulle behöva användas mer och tros kunna fungera bra i ett förebyggande skede. En förutsättning är att mer aktivt jobba med att "öppna upp" och göra reklam för att behandlingsmetoden finns för allmänheten. Att göra IKBT mer lätt tillgänglig med syfte att fånga upp individer innan de psykiska besvären blivit allt för komplexa. På så vis skulle vården kunna jobba mer förebyggande och då kunna bidra med att minska utvecklingen av den ökande psykiska ohälsan i samhället.

"...jobba mer förebyggande så kanske man skulle kunna gå ut mer på bred front och informera mer medialt.... Så folk söker sig till detta själva innan de är för dåliga. Då tror jag att det passar dom bättre....."

Tabell 3

Diskussion

Syftet med den här studien har varit att undersöka och ta reda på terapeutens upplevelser och erfarenheter av att arbeta med och använda IKBT som behandlingsmodell i klinisk vardag. Ett fram tills idag delvis utforskat område som vi som blivande legitimerade psykoterapeuter var extra intresserade av att få veta mer om. Vi är själva berörda då våra hemlän beslutat att IKBT ska införas i öppenvården på våra egna arbetsplatser. Sammanfattningsvis så framkom att alla informanter överlag hade en positiv grundinställning till att arbeta med IKBT, men att det finns både motstånd och hinder som behöver hanteras för att arbetsmetoden ska fungera tillfredställande i klinisk verksamhet.

Resultatdiskussion

Vår studie visar på liknande resultat som i tidigare forskning, att det vid implementering av IKBT i verksamhet krävs mer tid avsatt för införande av både metoden och ett nytt arbetssätt. Det är upp till terapeuten att själv se till att avsätta denna tid och att planera in när och hur man ska jobba med IKBT. Förutom avsatt tid behövs även ett visst flöde av aktiva IKBT behandlingar i den kliniska vardagen för att terapeuter ska kunna lära sig tekniken och de olika programmen på

ett bra sätt. Det tycks vara svårt för den enskilda terapeuten att få ett tillräckligt stort flöde av IKBT patienter på egen hand. Risken är då stor att det kan bli perioder utan aktiva IKBT behandlingar, varpå terapeutens möjlighet att hålla sig uppdaterad med programmen minskas. Det skulle kunna bli som en ond cirkel som leder till att IKBT behandlingar då stannar av. Hela öppenvårdsverksamheten med dess olika yrkeskategorier behöver involveras för att medverka till rekrytering av fler patienter till IKBT-behandling (Kivi m.fl. 2015).

Informanterna upplever det överlag positivt att kunna erbjuda IKBT som ett behandlingsalternativ vilket även framkommit i tidigare studier (Bengtsson m.fl. 2015; Kivi m.fl. 2015). Det beskrivs bland annat att som terapeut ha ett "extra ess i rockärmen" att ta till. I vissa fall kan det även upplevas som att kunna ge något "ännu bättre" än vad terapeuten själv kan ge. IKBT forskning som hittills gjorts och som ligger till grund för det breda införandet av behandlingsmetoden i Sverige kan ifrågasättas. Resultatet i vår studie visar på att upplevelsen är att IKBT inte fungerar lika bra i klinisk vardag som tidigare forskningen kommit fram till (Kivi m.fl. 2015; Bengtsson m.fl. 2015). En stor problematik som då avses är de många avhopp som sker från behandlingen i klinisk vardag oavsett behandlingsmodul. Även en tidigare studie visar på att avhopp från behandling vid just depression är fler vid IKBT jämfört med f2f (Ballegooijen m.fl. 2014). En frågeställning är då hur man i forskningen har rekryterat sina testpersoner. Vilken typ av problembild, motivation och inställning till behandling har testpersonerna haft? I forskningsgrupper verkar gruppen ofta homogen, de har en begränsad problembild och har själva sökt sig till att delta i undersökningen. Viss riktad kritik mot IKBT forskning där avhopp varit stora, visar bland annat att det varit en brist på ordentlig diagnostik, att selektering av deltagare inte varit representativ för klinisk population samt att kontrollgrupper som använts har fått "treatment as usual" vilket kan betyda att det är oklart vad resultatet jämförts mot (Vernmark och Bjärehed, 2013). En fundering vi får är om man verkligen kan jämföra forskning som är gjord med snittpatienten som söker öppenvård?

När det gäller vilka patienter som kan tillgodogöra sig IKBT och där behandling verkar fungera är åsikterna hos informanterna överlag gemensam. Som terapeut letar man efter den "klockrena patienten", en patient som har en avgränsad och inte allt för komplicerad problembild och som även har en relativt stabil livssituation. Behandlingen tycks vara mindre lämpad om patienten samtidigt befinner sig i socialt komplicerad situation till exempel i en skilsmässa eller annan livskris. En annan avgörande faktor för att tillgodogöra sig behandling tycks vara att patienten har

en hög motivation och att man har en förmåga att ta ett stort eget ansvar (Bengtsson m.fl. 2015). Utifrån ovanstående resultatdiskussion och det nationella breddinförandet av IKBT är en frågeställning hur många patienter möter en öppenvårdsterapeut i sin kliniska vardag, som uppfyller kriterierna för en ”klockren patient”?

I Sverige finns enbart IKBT på svenska språket, patienten behöver därmed både kunna läsa och förstår svenska språket för att kunna erbjudas behandling. Detta begränsar möjligheterna till att kunna erbjuda behandlingen till patienter som söker vård och som annars uppfyller andra lämpliga inklusions kriterier. En reflektion som vi författare gör är att IKBT på andra språk skulle kunna öppna upp möjligheterna även för nyanlända att få tillgång till psykologisk behandling. Att rollen som terapeut mellan f2f och IKBT skiljer sig åt och är annorlunda är en gemensam uppfattning, upplevelser som även stämmer överens med Bengtsson och Kivis forskningsresultat (Bengtsson m.fl. 2015; Kivi m.fl. 2015).

Ett område som bedöms vara centralt för utfall av behandling är det första bedömningssamtalet. Vikten av och svårigheter med att genomföra en bra bedömning inför IKBT behandling beskrivs även i tidigare forskning och vetenskaplig litteratur (Hedman m.fl. 2014). Det krävs något extra av terapeuten för att kunna bedöma om patienten är lämplig för IKBT. Terapeuten behöver ha en stor förmåga till uppmärksamhet och ”fingertoppskänsla” för att kunna bedöma allt som behöver tas ställning till på ett enda bedömningssamtal. Ökat stöd och kompetenshöjning efterfrågas för att terapeuterna ska känna sig säkrare på den första bedömningen inför ställningstagande inför att påbörja IKBT behandling.

Fördelar med att jobba med IKBT till skillnad mot f2f kontakt, är bland annat att terapeuten hinner förbereda sig och tänka efter mer innan man ger patienten sitt textmeddelande svar. Upplevelsen av att kommunicera med patienter via text är individuell, vissa passar det bra medan andra upplever arbetssättet som mindre engagerande, något även tidigare studier tar upp (Bengtsson m.fl. 2015).

Patienterna som får IKBT behöver ta ett stort eget ansvar för att behandlingen ska vara hjälpsam och fungera. Som terapeut upplever man sin roll mer coachande. Man stöttar och understödjer för att behandlingen ska gå framåt. En negativ sida av terapeutrollen som framkommer är att man som terapeut upplever att man kan få en mer "drivande och jagande" roll, när patienterna inte följer behandlingsplanen. Jagandet av patienten upplevs stressande. Det är återigen tydligt att första bedömningen verkar vara extra viktig för att behandlingen ska bli lyckad.

Det upplevs överlag som positivt att ha IKBT i sin ”verktygslåda” av behandlingar och som ytterligare ett av alla behandlingsalternativ på ”smörgåsbordet” att kunna erbjuda patienterna. Arbets sättet kan upplevas både som utmanande och stimulerande. Andra fördelar är att det ger en arbetsvariation. När IKBT fungerar och man har hittat "den klockrena patienten" så beskrivs arbets sättet gå fortare, vara lättare och kräva mindre engagemang av terapeuten. Studiens resultat kan tolkas utifrån olika perspektiv, dels att fler patienter kan erbjudas och få tillgång till psykologisk behandling, öppenvårdens effektivitet kan öka samt att IKBT som arbets sätt kan vara avlastande och ge variation för terapeuten. Ett resultat som till stor del är överensstämmande med tidigare studier som undersökt terapeuternas upplevelser (Bengtsson m.fl. 2015).

Alla terapeuter upplever dock inte samma tillfredsställelse och fördelar, farhågor som framkommer är att metoden kan bli ett andra hands alternativ och att avsatt IKBT tid används till annat. Ett för oss nytt resultat som vi inte hittat i tidigare forskning.

En annan intressant del som framkommer i resultatet är att det vid implementeringen av IKBT verkar kunna finnas en risk med att terapeuten snabbt vill komma igång. Terapeuten är då entusiastisk, aktiv och frikostig med att "sälja in" behandlingen generöst till patienterna. Risken tycks då vara att terapeuten kan missa viktiga delar i bedömningen av om patienten ”är lämplig” för IKBT. Flera av informanterna tror att detta kan vara en bidragande orsak till att många patienter hoppar av påbörjad IKBT behandling.

Avhopp från IKBT behandling är ett stort problem som lyfts och som upplevs som betydligt vanligare än vid f2f behandling. Tidigare studie som undersökt terapeutens upplevelser beskriver farhåga för större mängd avhopp bland IKBT patienter (Sköld & Halénus, 2015; Ballegooijen m.fl. 2014).

IKBT verkar passa en begränsad del av de patienter med psykisk ohälsa som söker psykologisk behandling i öppenvården. Att inte kunna styra och anpassa behandlingen utifrån patientens behov, kan upplevas begränsade då programmen är upplagda på ett visst sätt och behandlingsmodulerna är fasta. Terapeuterna saknar möjligheten att kunna ge direkt återkoppling och feedback under behandlingens gång. Detta blir i vår studie extra tydligt då alla informanter har valt att förändra någon del av upplägget för att behandlingen ska fungera tillfredställande. Några förändringar är till exempel att bedömningssamtalen är fler än ett, att ersätta textmeddelandekontakt med f2f möten samt att använda IKBT som förlängning och fortsättning

på en tidigare avslutad f2f behandling med KBT inriktning. När behandlingsprogrammen och arbetssätten anpassas upplevs IKBT fungera bättre ute i den kliniska verkligheten.

Programmen kan inledningsvis upplevas som tröga på så vis att de innehåller mycket information innan man kommer till interventioner som syftar till förändring. Det uttrycks ett uppenbart behov av att IKBT behöver utvecklas, att programmen blir möjliga att individanpassa och att de bli mer interaktiva i syfte att kunna möta varje unik patient utifrån dennes behov. Även att kunna jobba med blended treatment efterfrågas. Tidigare studier beskriver även de upplevda svårigheterna med att modulerna och programmen är just rigida och fasta (Bengtsson m.fl. 2015; Kivi m.fl. 2015).

Utifrån demografiska data kopplad till frågeställningarna väcks tankar hos författarna om att möjligen det kan finnas samband mellan mottagningens placering, storstad kontra bruksort kopplat till patientflöden och avhopp. Samband tycks även vara relaterade till informanternas erfarenhet av användandet av IKBT behandling i klinisk vardag samt om man är verksam inom privat eller offentligt drivna mottagningar. Några tankar och frågeställningar kopplade till avhoppet är om det på små bruksorter hos patienter som söker med psykisk ohälsa kan finnas en mer generell komplex problematik. Både med ökad samsjuklighet generell utbildningsnivå hos invånarna och att patienterna kanske väntar i det längsta med att söka vård. När de sedan söker är IKBT en mindre lämpad behandling att erbjuda och således blir flödet av patienter färre på mindre orter.

Det framkommer i studien att det finns en önskan hos terapeuter om att kunna jobba mer i förebyggande skede med IKBT i öppenvården. Om IKBT fanns mer tillgänglig för allmänheten att tillgå i ett tidigt skede vid upplevd psykisk ohälsa, så kunde möjligen fler söka och få hjälp via IKBT. Då skulle eventuellt programmen både kunna fungera och passa för fler patienter. Det kunde då möjligen bidra till att minska den ökande utvecklingen av psykisk ohälsa i Sverige. Författarna och informanter frågar sig varför IKBT inte har ”slagit igenom”. Det vill säga varför IKBT inte används mer i Sverige trots att det har funnits som möjlig psykologisk behandling i cirka 20 år och att forskningsstödet för behandlingsresultat är stort? Implementeringen och användandet av IKBT i landstingen i Sverige ser olika ut, det vill säga man har kommit olika långt med införandet. Vissa län har haft tekniken och arbetssättet så länge den har funnits, medan andra län kommit en bit på väg eller mitt i införandet (SKL, 2013). Det verkar finnas hinder och

utvecklingsbehov för att IKBT ska bli lika vedertaget och tillgängligt som traditionell KBT blivit ute i öppenvården.

Om IKBT ska fungera i klinisk vardag är det tydligt att både arbetssättet och programmen behöver förändras och anpassas. Det samma gäller tekniken. Att använda cyberspace som arbetsplats öppnar upp och innebär stora möjligheter men även svårigheter och sårbarhet. Teoretiskt så räcker det med att terapeuten eller patienten tappar bort sitt personliga inloggningskort, att datorn går sönder eller att tekniken strular kanske till och med att strömmen går, för att behandlingen för stunden får avbrytas. Det behövs tid avsatt och planering för hur man i klinisk vardag ska kunna möta dessa tekniska och praktiska hinder för att minska stress. Att ta reda på mer om hur individer generellt kan stressas av att ha tekniska problem är ett annat intressant forskningsområde.

Trots ovanstående frågeställningar är uppfattningen överlag i vår studie samstämmig om att IKBT är ”här för att stanna”, det vill säga att IKBT kommer att bli en del av det traditionella psykologiska behandlingsutbudet i framtiden. Det är en generell bred trend att internetbasera olika former av tjänster i samhället. Om den tekniska utveckling i vården fortsätter i samma takt som fram till idag så väcks tanken hos författarna att det möjligen kan bli så att den idag traditionella f2f terapin i framtiden kan bli en mer exklusiv typ av vård som färre patienter kan få tillgång till. Behandlingen styrs i framtiden kanske mer till att bedrivas i cyberspace.

Det har varit både intressant och lärorikt för oss författare att genomföra denna intervjustudie. Syftet med denna studie var att ta reda på mer om terapeutens egen upplevelse och erfarenhet av att jobba med IKBT. Resultatet är intressant ur flera aspekter, dels förstärker studien tidigare forskning samt att den lyfter fram några för oss nya områden av terapeutupplevelser. Bland annat upplevelsen av stress hos terapeuten då man intar en ”jagande roll” samt risken att terapeuten i brist på stimulans tappar fokus och väljer jobba med annat än mer IKBT. Även att vissa program kan upplevas inledningsvis som massiva och tröga, vilket tros kunna bidra till att patienten hoppas av. Värt att lyfta fram återigen är att bedömningen av patientens lämplighet av att kunna tillgodogöra sig IKBT tycks ha en tydlig central betydelse.

Den omfattande IKBT forskningens fokus på patient- och behandlingseffektens i alla ära, men i verkligheten så är det enligt oss författare också mycket viktigt att lyfta fram och uppmärksamma terapeuterna som jobbar i klinisk vardag. Det är de som är redskapen och som sitter med viktig information och kunskap om hur arbetssättet fungerar. Trots att det finns forskning som visar på

att personalen ute i verksamheten är viktiga för att en ny metod ska kunna implementeras på ett bra sätt, så kan inte författarna finna mer än ett fåtal studier som undersökt terapeutens upplevelser och erfarenheter av IKBT i klinisk vardag (Kivi m.fl. 2015). Det är därmed ett område som hittills är ganska outforskat.

Vi är alla unika, både terapeuter och patienterna medan IKBT idag är en fast behandlingsmodell. Metoden behöver därför anpassas och arbetssätten utvecklas för att fler patienter ska kunna erbjudas och tillgodogöra sig IKBT som en lämplig psykologisk behandlingsmetod.

IPA har använts som metod för att analys av intervjumaterialet då författarna var intresserade av att förstå och tolka informanternas erfarenheter i ett sammanhang inom ett visst fenomen, det vill säga att utforska deras personliga erfarenheter och upplevelser av att arbeta med IKBT inom öppenvården. Det går inte att dra några generella slutsatser av resultatet i denna studie som baseras på ett litet underlag informanter. Om ett större underlag och en annan analysmetod använts kan resultatet varit annorlunda. Resultatet är ändå enligt författarna intressant då det dels förstärker en del av tidigare forskningsresultat och även väcker några nya frågeställningar. Författarna hoppas att denna kvalitativa studie har väckt nyfikenhet och intresse som kan bidra till att fler vill forska och undersöka mer om terapeuters upplevelse av att arbeta med IKBT i klinisk vardag.

Referenser

- Ahlstrand, A-M., & Martinez Karlsson, M. (2014). The attachment pattern and Internet based CBT: The role of attachment pattern in Assimilate Internet based CBT. Högskolan Evidens, Göteborg. Hämtad 23 februari, 2018 från <http://evidens4u.se/wp-content/uploads/2015/04/AnknytningIKBT1MartinezAhlstrand.pdf>
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & 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*, 13, 288-295.
- Andersson, G., & Hedman, E. (2013). Internetbehandling vid psykiatriska tillstånd. Öst, L-G.(Red) *KBT inom psykiatrin*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Andersson, G., Paxling, B., Wiwe, M., Vernmark, K., Bertholds felix, C., Lundborg, L., Furmark, T., Cijupers, P., & Carlbring, P. (2012). Therapeutic alliance in guided internet-delivered cognitive behavioural treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 50, 544-550
- Andersson, G., Rozental, A., Shafran, R., & Carlbring, P. (2018). Long-term effects of internet-supported cognitive behavior therapy. *Expert review of neurotherapeutics*, 18:1, 21-28.
- Axelsson, C. (2014) *Utvärdering av iKBT- pilottest av internetstödd psykologisk behandling Vid Landstinget i Kalmar län*. Linnéuniversitetet. Kalmar. Växjö. Hämtad 10 mars, 2018 från https://skl.se/download/18.68e4adfe147afac12a44976f/1408685516258/SKL_internetKB_T_sjukskrivning_SlutRapport%202014.pdf
- Ballegooijen, W, V., Cuijpers, P., Straten, A, V., Kayotaki, E., Andersson, G., Smit, J, H., & Riper, H. (2014). *Adherence to Internet-Based an Face-to-Face Cognitive Behavioural Therapy for Depression: A Meta-Analysis*. PLOS one. Hämtad 16 mars, 2018 från <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100674>
- Bengtsson, J., Nordling, S., & Carlbring, P. (2015) Therapists' Experiences of Conducting Cognitive Behavioural Therapy Online vis-à-vis Face-to-Face. *Journal Cognitive Behaviour Therapy*, 44, 470-47.

- Bergman, Nordgren, L., Carlbring, P., Linna, E., & Andersson, G. (2013). Role of Working Alliance on Treatment Outcome in Tailored Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: Randomized Controlled Pilot Trial. *JMIR Res Protoc*. Hämtad 23 februari, 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3628159/>
- Carlbring, P., Bergman Nordgren, L., Furmark, T., & Andersson, G. (2009). Long-term outcome of Internet-delivered cognitive-behavioural therapy for social phobia: A 30-month follow-up. *Behaviour research and Therapy*, 47, 848-850
- Back, C., & Berterö, C. (2015). Interpretativ fenomenologisk analys. Fejes, A., Thornberg, R., Ahn, S-E., Back, C., & Berterö.(Red.) *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber.
- Granheim, U,H., & Lundman, B. (2004) ,Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education to day*, 24, 105–112.
- Guldbrandson, K. (2017). Från nyhet till vardagsnytta: om implementeringens mödosamma konst. En rapport om implementering av metoder inom folkhälsoområdet, version 2.0. Folkhälsomyndigheten, 2017. Artikelnummer: 00393-2017
- Hedman, E., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Andersson, G. (2104) *Internetbaserad psykologisk behandling*.Stockholm: Natur och Kultur.
- Hedman, E., Ljótsson, B., Kaldo, V., Hesser, H., El Alaoui, S., Kraepelien, M., Andersson, E., Rück, C., Svanborg, C., Andersson,G., & Lindefors, N. (2014).Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care. *Journal of affective disorders*. 155, 49-58.
- Granheim, U,H., & Lundman, B. (2004) ,Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education to day*, 24, 105–112.
- 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 internetbased treatment in Swedish primary care settings. *Internet Interventions*. 2. 284-256.

- Kivi, M., Eriksson, M.C.M., Hange, D., Petersson, E-L., Vernmark, K., Johansson, B., & Björkerlund, C. (2014). Internet-Based Therapy for Mild to Moderate Depression in Swedish Primary Care: Short Term Results from the PRIM-NET Randomized Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43, 289-298.
- Nilsen, P. & Roback, K. (2010). Implementering, kunskap och lärande - en begreppsmässig plattform. I Nilsen, P. (red). *Implementering teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur
- Obstfelder, A. Engeseth, K. & Wynn, R. (2007). *Characteristics of successfully implemented telemedical applications*. Implementations Science. Hämtat 9 mars 2018 från <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-2-25>
- Sköld, M. & Halénus, S. (2016). *Attityder till internetbaserad KBT-behandling: En undersökning av samtalsbehandlares attityder inom primärvården i Östergötland*. Linköpings universitet.
- SBU: *Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression*. (2007). Rapport nr 2007-03. 2007-06-20.
- Socialdepartementet. Sveriges Kommuner och Landsting. (2016). *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och Landsting*.
- Socialdepartementet. Sveriges Kommuner och Landsting. (2016). *Vision e-hälsa 2025*.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2015). *Internetbaserade behandlingsprogram*.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2013). *Internetbehandling. Implementering av internetbaserad KBT i hälso-och sjukvården*.
- Socialstyrelsen. (2017). *Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Uppdrag att följa överenskommelsen om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården*. Artikelnummer 2017-5-20 (var har vi använt denna?)
- Socialstyrelsen. (2016). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest. Stöd för styrning och ledning. Remissversion*.
- Thomsson, H. (2010). *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Vernmark, K., & Bjärehed, J. (2013). *Internetbehandling med KBT. En praktisk handbok*.

Stockholm: Natur och kultur.

Yardley, L. (2008). Demonstrating validity in qualitative psychology. In J.A. Smith (Ed.)

Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods (2nd ed.) London: Sage

Tabell 1. Sammanställning över kvalitetsgranskade internetbaserade kognitiva beteendeterapeutiska behandlingsprogram framtaget av Sveriges Kommuner och Landsting 2015

Behandlingsområde	Program	Ansvarig utgivare
Alkohol och drogberoende	eScreen.se	Karolinska institutet
Bulimia nervosa	Bulimia nervosa och ospecificerade ätstörningar	Netunion(Schweiz)
Depression	Depressionshjälpen (R) Depression Depression Deprexis	Psykologpartners Livanda internetkliniken AB Stockholms läns sjukvårdsområde(SLSO)/psykiatri sydväst GAIA AB(Hamburg)
IBS	IBS	Brjann Ljotsson
OCD	OCD	SLSO/Psykiatri i sydväst
Paniksyndrom	Fri från panik Paniksyndrom	CAREIT SLSO/Psykiatri i sydväst
Smärta	ACT för smärta KBT med multidisciplinära inslag för långvarig smärta Mindfulness vid kronisk smärta och sjukdom Minska huvudvärk Smärthantering	Uppsala universitet /Akademiska Uppsala Uppsala universitet /Akademiska Uppsala Mindfulnesscenter AB CAREIT Livanda internetkliniken AB
SAD	Social fobi	SLSO/Psykiatri i sydväst
Spelberoende	Datorspel med terapeut Pengaspel med terapeut. Gameover	Sustainable Interaction Sweden AB Sustainable Interaction Sweden AB Livanda internetkliniken AB
Stress	Här och nu Mindfulness vid stress Stresshantering Stresshantering Stresshjälpen (R)	Mindfulnesscenter AB Mindfulnesscenter AB Livandra internetkliniken AB CAREIT Psykologpartners
Sömn	Sov bättre Sova bättre Sovhjälpen(R) Sömn	Learning2sleep CAREIT Psykologpartners Livanda internetkliniken AB
Tinnitus	Tinnitus	Kontaktperson: Thomas Haak, Viktor Kaldo.
Ångest och oro	Bättre självkänsla Ångest och oro Ångesthjälpen	Livanda internetkliniken AB Livanda internetkliniken AB Psykologpartners

	Oroshjälpen	Psykologpartners
--	-------------	------------------

Tabell 2. Redovisning av demografisk data.

Informant	1	2	3	4
Kön: Man/Kvinna	Kvinna	Kvinna	Man	Man
Arbetsregion län	Västra Götaland	Värmland	Värmland	Västra Götaland
Grund utbildning	Legitimerad psykolog/ Legitimerad psykoterapeut	Master examen i psykologi / Legitimerad psykoterapeut	Legitimerad psykolog/ Legitimerad psykoterapeut	Legitimerad psykolog/ Legitimerad psykoterapeut
Internet KBT utbildning dagar	2	2	2	0
Arbetsår grund utbildning antal	8	7	7	13
Arbetsår IKBT	8	1	1	10
Omfattning i arbetstid IKBT cirka timmar/vecka	1 – 1 ½	1	1	½ - 1
Aktiva IKBT patienter i snitt/vecka	5 - 10	0 - 5	0 - 10	4-5
Programvara	Livanda	Psykologpartners	Psykologpartners	Psykologpartners

Tabell 3. Redovisning av kluster, teman, nyckelord samt citat.

Ny metod		
Tema	Nyckelord	Citat
Implementering	<p>Det krävs visst flöde för att kunna lära sig programmen bra”. ”Har haft få patienter under ett år”.</p> <p>”Tar tid i en organisation att lära sig nytt”, ”Viktigt att informera ut i verksamheten”, ”IKBT har funnits i 20 år men inte lyft”,</p>	<p>”...man behöver få ett enormt flöde på de här programmen för att lära sig alla fem bra.”</p> <p>”... jag inte hållit på med det i tid så mycket. ...så ska man vara krass så-min inlärningskurva kan fortfarande ganska skarpt förbättras...”</p> <p>”...det tar tid i en organisation att lära sig vad som finns i huset.”</p> <p>”Jag gissar det kommer ske en utveckling,..... Alltså KBT via nätet, hur länge har det funnits? Typ 20 år...Men det har inte lyft!”</p>
Struktur	<p>Kräver avsatt tid och planering annars stress då det dyker upp meddelanden hela tiden, lätt att sväva i väg och prata om annat.</p>	<p>”Det som skulle kunna va en svårighet är att du inte planerat in det ordentligt.....För det dyker ju upp meddelanden i mejlen hela tiden...”</p> <p>”Lätt att övriga verksamheten knaprar av tiden.”</p> <p>”Det skulle kunna bli jobbigt för terapeuten om man....jobbar på sin fritid eller om man kollar mailen.”</p> <p>”En annan sak tror jag kan vara svårt, att vara följsam med programmet...kanske går in och gör sin egen variant, pratar om annat, skrivet nånting...glider i väg....man kanske är utanför manualen.”</p>
Kvalité och Forskning	<p>Evidensbaserade behandlingsprogram. Bra modeller. Möjlighet att följa patienten via grafer. Kan även användas i grupp. Får en egen manual</p> <p>Studerat/forskat på motiverade patienter</p>	<p>”...det ger bra kunskaper för man läser ju de här programmen...man får bra... modeller för hur man kan jobba med olika problembilder.”</p> <p>”...när jag ger en patient IKBT, det är det mest säkerställda...när de verkligen kan få kvalitetssäkrad KBT.”</p> <p>”...dom klickar i grafer hur man må,...man kan ju följa på det sättet.”</p> <p>”Det är ju så att man själv får en manual...” ”...tittar på min egen forskning och så, var ju patienterna väldigt motiverade...folk som själva hade valt eller sökt upp och uttryckt att det här vill jag jobba med. I den kliniska vardagen....IKBT är ett andrahands alternativ kanske.”</p>

Förutsättningar för behandling		
Tema	Nyckelord	Citat
Kontext	Kan inte komma dagtid, har småbarn, resor, kan sitta på olika platser, patienten kan jobba själv under min semester.	"..jag märker att dom som tenderar välja internet är dom som pendlar, som inte har tid att komma hit på dagtid. Det är dom som har småbarnför att dom har liksom sin tid på kvällen..." "...jag kan ju ha en som sitter i andra änden av landet och i ett annat land ..."
Patientresurser	Pat önskar själv. Efterfrågar IBKT. Vill ha verktyg, ”nappar” på behandling”. Den klockrena IKBT pat. Krävs motiverade patienter. Hyfsat renodlade. Har eget driv. Förstår språket. Inte för mycket social problematik. ”Någorlunda ordnade” Renodlade besvär	”...den klockrena internet-patienten...nån som är hyfsat, alltså som är välfungerande...lite förebyggande...inte kommit så långt i sin problembild, och väldigt motiverade att göra en förändring...det behövs ju motivation och drivkraft att driva den processen mer själv.” ”Det är väldigt tydligt att när det är dubbeldiagnoser, när det blir någon neuropsykiatrisk problematik eller någon med dyslexi, då fungerar det inte. Men på dem det har fungerat på, där finns inget åldersspann, patienterna är i alla åldrar.”

Förändrad/anpassad terapeutroll		
Tema	Nyckelord	Citat
Annorlunda	Ganska stor både på gott och ont. Försöker få dem att ta sin KBT(medicin). Ökar min medvetenhet om vad jag återkopplar till patienten i text. Mer spelutrymme att tänka själv. Svårare att påverka en patienten som man inte har framför sig. Mer jobb när patienten hoppar av. Kräver en fingertoppskänsla, Alert i bedömningssamtalet	"Jag tycker den är ganska stor, både på gott och ont. Jag är mer aktiv face to face....Det blir lite tråkigare på nätet...jag får inte samma respons från patienten....Samtidigt är det rätt gött tycker jag att köra terapi via nätet..." " Rollen i stort är mest att få dom att jobba vidare och köra på" "...hjälpa dem ta sin KBT." "...man hinner tänka mycket mer när man sitter vid en dator." "...en fördel när man får mer spelutrymme att tänka själv." "...också svårare att påverka en patient om man inte har den framför sig...." "..man lär sig behandla på ett annat sätt...via skrift." "...jag är mer en facilitator..."
Assistera/driva	Vid f2f ger jag behandling, vid IKBT underlättar jag behandling”. Coachar. Peppar.	"I f2f ger jag ju behandlingen här underlättar jag behandlingen." "...mer coachande,...man peppar...för det är ju inte jag som

	<p>Hejar på. Väljer vad man vill förstärka. I bland får jag jaga patienten. Kan vara stressande.</p> <p>Inte lika kvalificerad. Inte lika berikande som f2f. Lite tråkigare. Risk att jag bortprioriterar IKBT framför annat i verksamheten.</p>	<p>levererar." "Man är med och bekräftar att dom gör rätt, bra, fortsätta så, dom ju mer självgående, så är det inte i en f2f roll." ".....är ju frivilligt så man kan ju inte ligga på som en hök heller, utan det ska ju vara ett mellanläge där" " Jag väljer vad jag vill lyfta upp och vilka trådar jag vill dra i, för att förtydliga, man manipulerar inte patienterna men för att prata positiv förstärkning av beteenden" "En annan del som jag kanske inte tycker lika mycket om, är patienten inte följer överenskommelsen. Då kan det vara så att man får den här lite jagande rollen." "Blir mer att uppmuntra.....inte lika kvalificerat som att träffa patienten." "...lätt att lägga in en massa annat där på den tiden och så fixar jag IKBT på väldigt kort tid i stället."</p>
Sälja in	Att sälja in IKB. Erbjuder palett av behandling, Visar på smörgåsbord. Mer restriktiv till att erbjuda IKBT efter ökad erfarenhet	<p>"..nog varit i mitt intresse att jag vill "sälja in." det men jag tycker inte att det fungerar....min upplevelse är att då tenderar de också hoppa av." "bra att ha ett smörgåsbord så, att ha många olika saker att erbjuda." "..det breddar behandlingsutbudet... smörgåsbordstänket, att jag har mer att kunna ge." "...Vill ju inte slösa bort 1000 spänn på en person som inte ens kommer logga in....idag mer restriktiv med vilka patienter jag påbörjar IKBT behandling med."</p>
Effektivitet	Jag ökar mitt patienten flöde. Går snabbare. Jag tror inte att jag blir mer effektiv.	<p>" Jag kan behandla fler patienter." "Å sen i terapeutrollen att det inte är lika belastande, vad man ska säga, det går ganska fort, för dom här som sköter sig själva och det inte är något konstigt, då är det ju bara att vara med." "Jag tror inte jag bli mer effektiv, utan risken med det är ju att jag inte prioritera IKBT i samma utsträckning." " Tidigare hade jag 1 ½ timme avsatt i veckan, nu har jag inte det, dels har jag inte samma underlag men även att det ner prioriteras." " Det är lätt att lägga in en massa annat där och så fixar jag IKBT på väldigt kort tid istället."</p>
Tillfredställelse	Jag behöver förändra mig. Kul. Trivs med att uttrycka mig i skrift och text. Passar mig som person. Jag blir glad av att jobba med IKBT . Min inlärningskurva kan förbättras.	<p>"även jag behöver förändras och bli bättre på det så att också jag kan " sälja in" det bättre." "Jag gillar ju att jobba med att uttrycka mig och skriva i text och så." " Det är ett kul sätt att jobba, jag blir glad av att jobba med IKBT, det passar mig som person."</p>

Arbetsvariation		
Tema	Nyckelord	Citat
Avlastande	Kan göra annat samtidigt Ingen fast tid. Spelar ingen roll när jag går in. Det är större flexibilitet för mig. Tar mindre energi. Inte lika belastande	"Fördelar för mig är att jag kan lyssna på musik och göra andra saker samtidigt." " Det är flexibelt och det för ingen fast tid egentligen, spelar ju ingen roll för patienten när jag loggar in" " Inte lika belastande" " Det hör jag ju själv så klart så tar det ju mindre energi."
Tillfredsställelse	Rolig variation. Ett ess i rockärmen. En utvidgning av vad jag kan ge. Utmanande. Håller mig vaken.	" Roligt med variation och göra något annat" "det är ytterligare ett ess i rockärmen. " ...alltså det är bara olika sätt att hålla sig lite vaken." " Läger inte lika mycket tid på dom här patienterna per vecka som man gör med live patienterna." "Det är en del av "smörgåsbordet" med behandlingar att erbjuda patienterna. Å det breddar möjligheterna också för mig, för det är väldigt tråkigt att sitta och göra en sak hela tiden" " Det är kul att ha lite olika och det är ju utmanande för mi tänker jag."
Egen anpassning	Träffar patienten på två bedömningar för att knyta an till behandlingen. Träffar patienten f2f istället för via mail. Förlängning av f2f-behandling.	"...vi brukar försöka ha två möte innan vi sätter igång. För att man ska hinna skapa en relation innan man dra i gång... det tycker jag har gjort skillnad, att dels blir det mer ett genomtänkt beslut från patienten..." "Vi började behandla depressionen och så gick vi på stress sen tror jag, plus att vi träffats lite sporadiskt på kontoret.....Otroligt hjälpsamt, en väldigt resursstark person som kunde tillgodogöra sig det här och det tog inte mycket resurser från mig." "...närmar sig taket på antal behandlingar eller när det inte verkar funka. Man har fått till någon slags förändring men det är inte tillräckligt, då kan jag lyft det som ett alternativ..." "Jag väver in det....Bedömning, avslut och två mellan-samtal som ibland är dom 45 minuter och ibland en halvtimme."

Motstånd		
Tema	Nyckelord	Citat
Avhopp	Många avhopp. Många påbörjar men hoppar av. Det blir tyst. Tveksam till om vi använder offentliga medel rätt.	"...det är inte jättemånga som matchar in på det där,.....för det kan vara så att man öppnar någon som inte drar igång eller att någon hoppar av."(2) "I den kliniska vardagen, så blir det nog så att tyvärr många tänker att IKBT är ett andra hands alternativ kanske." "Då blir det kanske mer att dom som är tveksamma om de ska ha nån kontakt överhuvudtaget, kanske lättare hoppar av om det väljer IKBT typ."(3). "...men vänta här nu, betalar landstinget runt 1000 kr/patient." "så fall går vi ju back på det om inte nån som ens går in på det."
Selektering av patienter	Problematik missas. Svårt att hitta allt på ett bedömningsamtal. Svårt hitta rätt pat. Ett bedömningsamtal-risk att komplex problematik missas. Passar för få. Många har komplex problematik	"...man får bli bra på att hitta rätt patienter, för att inte behöva jaga utan för att det ska löpa på" ".....antingen kan patienten önska det eller så kan det vara så att det att vi ser att det här är en klockren internet patient, alltså som är välfungerande, det är nästan lite förebyggande, de har inte kommit så långt i sin problembild och de är väldigt motiverade att göra en förändring" (1) "Det är väldigt tydligt att det inte passar alla patienter" "I ett bedömningsamtal, är det ju inte alltid man får med allt på 45 minuter, det är en svårighet" (2) "...så jag har blivit och är mer restriktiv med vilka patienter jag påbörjar IKBT behandlingar med(3). "...stress och ångest, där är det lite "hipp som happ" och man får ringa upp dom...oftast har de glömt bort eller att dom inte tycker att dom hinner med och det hör ju lite till problematiken". "...iallafall två...inte vågar öppna programmet, jag v inte vad jag ska möta. De är rädda att exponera sig...".
Program	Modulerna är sega. Dröjer länge innan man kommer till pudels kärna. Svårt att korrigera behandlingen	" Det handlar ju också om mig, att jag behöver träna och få bättre koll på vad modulerna innehåller. Alltså jag tycker de är lite sega, det delar jag med flera kollegor, det händer inte så mycket till en början, tar ett tag innan man kommer in i själva roliga arbetet. Risker är att patienten tröttnar lite på vägen. De flesta avhopp sker ju dess för innan" (3)

Förbättringsområden/Utvecklingsområden		
Tema	Nyckelord	Citat
Teknik	Krånglar, blir utkastad, behövs på fler språk.	"Så önskar jag ju att även tekniken förbättras rent generellt, händer ju som jag sagt att det strular.."(2)
Individanpassning	Mer åt "blended treatment". Individanpassade/skräddarsydda program. Mer interaktiva, Beslutsträd, transdiagnostiska program för komplexa besvär. Mer appar och i mobil. Behövs utveckling fungerar inte som det är idag.	"så jag tänker att IKBT kommer vara en del av det med då behövs det ske en utveckling. Det funkar inte med de programmen vi har idag."(3) Transdiagnostiska program(1)
Organisation	Sårbart med decentraliserade verksamheter. Kan behövas centrala enheter. Viktigt att informera i verksamhet.	Jag tänker att det möjligtvis om det inte ska vara decentraliserat ut på alla vårdcentraler utan att det ska vara som i Stockholm att det finns en central enhet....det verkar ju finnas en skörhet i att ha det ute på vårdcentralerna...det räcker med att nån slutar och så faller det." "det tar tid i en organisation att lära sig vad som finns i huset ". "Få patienter på ett år". "...just nu så har jag ingen som är aktiv..."
Terapeutstöd	Vill jätte-gärna fortsätta men vi måste hitta rätt patienten Vill inte jaga pat. Kan inte ligga på som en hök. Mer stöd för förbättrad bedömning för att hitta rätt pat.	" Svårt att välja ut patienter " Jag vill jättegärna jobba med IKBT men vi måste hitta rätt patienter " Patienten kan sitta här och va jättemotiverad, men gud det här låter ju jättebra, men sen upptäcker dom hemma att nej det var jättejobbigt att göra det på egen hand" Skulle vilja ha haft mer stöd i hur jag ska tänka när jag träffar patienten" (2)
Ökad tillgänglighet.	Mer fritt. Sprida info medialt om IKBT för att hitta patienten innan de är för dåliga. Fånga patienten tidigt. Ungdomar kommer efterfråga.	"Om man vill jobba mer förebyggande så kanske man skulle kunna gå ut mer på bred front och informera mer medialt.... Så folk söker sig till detta själva innan de är för dåliga. Då tror jag att det passar dom bättre....." "

Demografisk data:

- Utbildningsnivå.
- Erfarenhet år i yrket som terapeut.
- Omfattning/upplägg av användandet av IKBT.
- Programvara, behandlingsmoduler, typ av problemområden/diagnos.
- Hur väljs IKBT patienter ut.

Intervjuguide:

- Kan du berätta om hur du tycker att din arbetsvardag påverkas av att ha IKBT som ett arbetssätt?
- Beskriv vad du tänker om din ”terapeut roll” jämfört med att jobba med KBT face to face?
- Ser du några fördelar och möjligheter för dig som terapeut med att arbeta med IKBT?
- Ser du några svårigheter och hinder för dig som terapeut att med arbeta med IKBT?
- Hur ser du på att jobba med IKBT i framtiden?
- Något mer du vill tillägga?

Information om studie.

Bakgrund och syfte:

Vi studerar vid Högskolan Evidens i Göteborg, Psykoterapeutprogrammet. Som en del av vår utbildning kommer vi genomföra en kvalitativ studie med syfte att undersöka KBT- terapeuters upplevelser av att använda IKBT(internetbaserad kognitiv beteendeterapi) som behandlingsmetod.

Förfrågan

Du har tillfrågats delta i studien då vi fått kännedom om att du använder IKBT som behandlingsmetod.

Hur går studien till

Vi kommer samla material till studien genom intervjuer.

Intervjuerna beräknas ta 45-60 minuter i anspråk.

Hantering av data och sekretess.

Inga namn eller personuppgifter sparas eller registreras.

Resultatet redovisas på Högskolan Evidens samt publicerar på Evidens

hemsida www.evidens4u.se

Frivillighet

Deltagandet sker helt på frivilligbasis och vi är tacksamma för din medverkan. Du kan närsomhelst avbryta ditt deltagande utan motivering.

Om du vill avsluta deltagandet i studien tar du kontakta någon av oss via mail eller telefon.

Vivianne Wikström e-post: vivianne.wikstrom@liv.se telefon:0703708882

Margareta Blidstam e-post: margareta.blidstam@vgregion.se telef:0702610592

Ansvariga för studien

Vivianne Wikström Margareta Blidstam

Jag godkänner villkoren enligt ovan:

Namn: Datum:

Godkännande chef:

Namn: Datum: