

Edona Zilkiqi

Fordeler og ulemper med e-terapi for psykologisk behandling: En intervjustudie om psykologers erfaringer med e-terapi

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Roger Hagen og Vegard Foldal

Juni 2019

Edona Zilkiqi

Fordeler og ulemper med e-terapi for psykologisk behandling: En intervjustudie om psykologers erfaringer med e-terapi

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi
Veileder: Roger Hagen og Vegard Foldal
Juni 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi

Forord

I arbeidet med denne hovedoppgaven har jeg selv samlet inn data og gjennomført analysene. Studien ble meldt inn til NSD og det ble opprettet samtykkeskjema, intervjuguide, samt også utført pilottesting. Jeg innhentet deltakere, gjennomførte intervjuene, transkriberte og analyserte datamaterialet. Arbeidsprosessen ble startet tidlig i håp om en behagelig arbeidsmengde gjennom studien. Det blir ikke alltid slik man håper. Likevel, har det ikke kun vært hodebry rundt arbeidet. Selve prosessen har vært ordentlig spennende og lærerik. Viktigheten av kvalitativ forskningsmetode for å få frem nyansene i praksisnær informasjon er noe jeg tar med meg videre. I tillegg ønsker jeg å videre kunne ha et blikk på fagutvikling og pasienter som ikke blir nådd i det ordinære tilbudet. Min egen interesse for e-terapi startet for noen få år siden da jeg valgte å ta et verv i SuperEgo. Egentlig er det ikke selve teknologien og algoritmene som er det som fanget min interesse, men selve forsøket på å gjøre noe nytt.

Denne hovedoppgaven ville ALDRI blitt mulig uten hjelp fra andre. En stor takk rettes til veileder Roger Hagen og Vegard Foldal for deres ekspertise og engasjement. Jeg vil også takke alle psykologene som har deltatt på intervju og satt av deres dyrbare tid til meg. En takk til Per Øystein Saksvik for gode tilbakemeldinger og gjennomlesinger. Mine studievenner har sammen med familie vært gode å ha i arbeidet med denne prosessen. Takk for at dere får meg til å tenke på andre ting her i verden enn bare studier. En takk til kjære Simen Berg Saksvik for mange varme middager, støtte og ikke minst skrivehjelp.

Trondheim, 16.06.19

Sammendrag

E-terapi viser til verktøy som gir behandling via internett. Flere studier viser at e-terapi kan ha effekt på lik linje med vanlig «ansikt til ansikt»-behandling. De fleste studier har undersøkt effekten av e-terapeutiske verktøy innenfor et kognitivt rammeverk, men det er fortsatt mye forskning som gjenstår på bruken av dette. Målet med denne studien var å undersøke psykologers opplevelse av e-terapi, og mer spesifikt å undersøke om e-terapi er en fordel eller et hinder for psykologisk behandling og hva som skal til for at e-terapi tas i bruk av psykologer. Det ble gjennomført 8 semi-strukturerte intervjuer med psykologer med ulike jobberfaring og arbeidsplasser. Intervjuene ble transkribert og deretter analysert ved hjelp av tematisk analyse. Analysen identifiserte temaene: (1) E-terapiens begrensninger og muligheter og (2) e-terapeutrollen, med påfølgende undertemaer: (1a) Kryptering og sikkerhet, (1b) ansvarsfordeling og implementering, (2a) bekymring om å yte dårligere behandling og (2b) utvidelse av psykologrollen. Denne studien viser at psykologer opplever e-terapi som et nyttig verktøy for å kunne nå ut til flere pasienter med behandling. Resultatene viser også at psykologene er uenig om hvor og hvordan e-terapi burde implementeres og hvilke pasienter som vil dra nytte av slike verktøy.

INTRODUKSJON	1
METODE	4
PROBLEMSTILLING OG DESIGN	4
VALG AV METODISK TILNÆRMING	4
VALG AV METODE	4
UTVALG AV INFORMANTER	5
<i>TABELL 1</i>	7
UTFORMING AV INTERVJUGUIDE OG DATAINNSAMLING	7
ETIKK	9
ANALYSEPROSESSEN	9
<i>TABELL 2</i>	10
<i>TABELL 3</i>	11
RESULTAT	12
<i>TABELL 4</i>	12
ERFARING MED E-TERAPI	13
E-TERAPI: BEGRESNINGER OG MULIGHETER	13
KRYPTERING OG SIKKERHET	13
IMPLEMENTERING OG ANSVARFORDELING	14
E-TERAPEUTROLLEN	16
UTVIDELSE AV PSYKOLOGROLLEN	16
BEKYMNINGER FOR Å YTE DÅRLIGERE BEHANDLING	17
DISKUSJON	19
TEKNOLOGI I BEHANDLINGEN	19
STYRKER OG BEGRENSNINGER VED STUDIEN	21
KONKUSJON OG IMPLIKASJONER	22
REFERANSER	24
APPENDIKS	28

Introduksjon

Selv om det utdannes flere psykologer nå enn noen gang, er behovet for psykologisk behandling mye større enn dagens helsetilbud kan dekke (Hofgaard, 2013). For å kunne dekke behovet er det viktig å undersøke nye metoder for videreutviklingen av klinisk psykologi (Digpsyk, 2019) Etter internett og smarttelefonens inntog i nordmenns liv har det innenfor psykologien vært en økende interesse for utforming av nye e-terapeutiske løsninger. Dette inkluderer interaktive selv-hjelps programmer, e-mail, chatter, video-baserte terapier, virtuelle verdener, psykoedukative spill eller ulike digitale intervensjoner for eksponering (Karekla og Nicolaou, 2015; Kessler et al., 2009; Garcia-Palacios, Hoffman, Carlin, Furness og Botella, 2002). Selv om det skjer mye innen nye digitale løsninger er det likevel få institusjoner i Norge som driver med e-terapi (Helse-Bergen, 2018).

Per i dag drives veiledet internettbehandling i hovedsak av eMeistring, som er en løsning utviklet for behandling av panikklidelser, sosial angst og depresjon (Helse-Bergen, 2018). eMeistring stammer opprinnelig fra Sverige, men brukes nå både i Bergen og Trondheim. Programmet er basert på en rekke moduler som pasienten jobber seg gjennom i samråd med skriftlig kontakt med psykolog. Nå man sammenligner tradisjonell terapi med eMeistring viser studier den samme tette oppfølging av pasienter mellom terapi-timene (Nordgren, Gjestad, Andersson, Carlbring og Havik, 2018), og har en effekt på lik linje som vanlig «ansikt til ansikt» -behandling (Jakobsen, Andersson, Havik og Nordgreen, 2017).

Målet med e-terapi er å øke tilgangen på helsehjelp og effektivisere de eksisterende tilbudene (Solem og Ulleberg, 2018). Psykologforeningen vedtok på landsmøtet i 2016 å legge ved et avsnitt om teknologi i prinsippprogrammet hvor det står om fagutvikling og digitalisering at:

”Psykologforeningen skal tilstrebe å ha en aktiv rolle i å nyttiggjøre teknologi i psykologfaglig arbeid...”(psykologforeningen.no).

En undersøkelse fra 2003 viste at blant 1040 norske psykologer var 95% positive til kommunikasjon ved hjelp av internett med pasienter i en klinisk sammenheng (Wangberg, Gammon og Splitznogle, 2007). I rapporten «Digitale helsetjenester» (Forbrukerrådet, 2018) vises det til at 84 prosent av den norske befolkningen er positiv til bruken av ny teknologi innen helsesektoren. I den siste rapporten var det slik at nordmenn så på nye digitale løsninger som lettvinnt og nyttige verktøy i hverdagen, dette fordi de tidsbesparende samt at dette var

løsninger for fremtiden. På tross av ønsket om satsing på digitalisering av psykologiske tjenester, samt også at psykologer og befolkningen generelt virker positive, har e-helsetilbudet blant psykologene i Norge hatt en lav progresjon (Jøraas, Birkeland og Aarefjord, 2009; Halvorsen, 2016). En av årsakene til at utviklingen har tatt så lang tid kan være knyttet til ulike holdninger til e-terapeutiske tilbud, og for å forstå den lave progresjonen, er det viktig å undersøke psykologers opplevelse med e-terapeutiske verktøy

De fleste e-terapeutiske løsninger er basert på ideer hentet fra kognitiv atferdsterapi (KAT), som ofte er brukt som et rammeverk siden denne terapitilnærmingen gir muligheten for å tilby strukturerte og standardiserte intervensjoner (Ebert et al., 2018). KAT har vist seg å passe bra for implementering i e-terapeutiske løsninger, men det finnes også andre verktøysom er basert på mindfulness-baserte metoder slik som Aksept og forpliktelsesterapi eller psykodynamiske behandlingsmetoder (Johansson, Hesser, Ljotsson og Andersson, 2012; Lin et al., 2015; Mak, Chan, Lin og Nhai, 2015). Det er i hovedsak verktøy basert på KAT-tilnærmingen og andre lignende terapeutiske tilnærminger hvor mesteparten av effektforskningen har skjedd (Ebert et al., 2018). Disse studiene tyder på at det ligger et stort potensiale i bruk av e-terapeutiske løsninger. Flertallet av disse studiene har undersøkt effekten på programmer hvor fokuset har vært på assistert selvhjelp for angst- og depresjonslidelser. Sammenlignet med kontrollgrupper viser disse studiene til en sterkere effekt (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, og Titov, 2010; Ebert et al., 2015; Lenhard et al., 2017; Wilson og Montgoery, 2013; Richards, Richardson, Timulak, og McElvaney, 2015; Storch et al., 2011). Andre studier har også vist gode effekter for andre psykiske lidelser som psykoselidelser (Harper, 2013; Gottlieb, Romeo, Penn, Mueser og Chicko, 2013), dysmorforbi (Enander et al., 2016), bipolar lidelse (Hidalgo et al., 2015) seksuelle dysfunksjoner (Andersson et al., 2011), tinnitus (Wise, Kleinsträuber, og Andersson, 2016), komplisert sorg (Wagner og Maercker, 2007), patologisk gambling (Luquiens et al., 2016) og «fatigue» (Nijhof et al., 2015). I tillegg til disse ulike psykiske lidelser er effekten av e-terapi også blitt studert hos pasienter med suicidalitet og hvor studiene viser at pasienter får reduserte suicidale tanker og en reduksjon i depressive symptomer (Christensen et al., 2013; Mewton og Andrews, 2014).

Studier har også sammenlignet «ansikt til ansikt» behandling med e-terapeutisk behandling. I en meta-analyse basert på 13 randomiserte kontrollerte studier, fant Andersson og kollegaer (2014) ingen forskjell i gjennomsnittlig effektstørrelse mellom «ansikt til ansikt» terapi og assistert KAT (assistert selvhjelp). Det er riktignok få studier på e-terapi sammenlignet med andre behandlingsmetoder, men funnene tyder på at det finnes muligheter

for at e-terapi kan ha minst like gode resultater som en tradisjonell behandling. Effekten av e-terapi når man kombinerer «ansikt til ansikt» og e-terapi er også spennende å undersøke. Det er gjort få studier på dette, (Campbell et al., Carroll, Ball, Marino og Nich, 2008, Cochran, Stitzer, Campbell, Vandrey og Nunes, 2015; Sethi, Campbell og Ellis, 2010; Ebert et al., 2018), men resultatene tyder på at en slik kombinasjonsbehandling er mer effektivt enn «ansikt til ansikt» eller e-terapi alene.

Selv om resultatene er lovende er det noen problemer som er særegne for e-terapi og disse er knyttet til datasikkerhet. Det å kunne tilby e-terapi for mennesker vil innebære en håndtering av sensitive data. Sikre IT-systemer er et krav, som betyr at mange digitale tjenester ikke kan tas i bruk for løsningene for dette er på plass. Det er ikke alle nye teknologiske verktøy og løsninger som får godkjenning til å håndtere sensitive personopplysninger. Blant annet ser vi at videoløsninger som Skype og bruk av SMS-kommunikasjon ikke tilfredsstiller krav til sikker bruk (Direktoratet for e-helse, 2018).

Selv om e-terapeutiske løsninger ser ut til å være effektive, går utviklingen av dette veldig sakte i Norge. Noe av dette kan være knyttet til at kravet om sikkerhet som gjør at teknologiske løsninger tar lang tid å få på plass, men også at psykologers holdninger til digitale terapiverktøy er av en negativ art. Hvis det er slik at man ønsker å videreføre psykologien i en digital retning vil det være viktig å forstå psykologers holdninger til e-terapi, samt andre faktorer som påvirker implementeringen av nye digitale løsninger. Ut ifra min kunnskap finnes det ingen norske kvalitative studier som har undersøkt psykologers opplevelser i bruken av e-terapi, og generelt finnes det svært få kvalitative undersøkelser av e-terapi på verdensbasis (Ebert et al., 2018, Campbell et al., 2014, Cochran et al., 2015). Målet for denne studien er derfor å undersøke hvordan psykologer opplever bruken av digitale terapeutiske løsninger, tanker om utfordringer og positive sider knyttet til dette og hvordan dette kan påvirke psykologrollen i fremtiden.

Metode

Problemstilling og design

Målet for denne studien var å undersøke hvordan psykologer opplever bruken av e-terapi. Mer spesifikt er problemstillingene:

- (I) Er e-terapi en fordel eller et hinder for psykologisk behandling?
- (II) Hva skal til for at e-terapi tas i bruk av psykologene?

For å undersøke dette ble det gjennomført kvalitative intervjuer med psykologer som både jobber og ikke jobber med e-terapi, samt har stillinger i ulike deler av helsetilbudet.

Valg av metodisk tilnærming

Ved å forske på psykologers opplevelse av nye teknologiske metoder i terapien, vil det være sentralt å gi rom for subjektive erfaringer og tanker rundt tematikken. Kvalitativ metode er en tilnærming som er godt egnet til problemstillinger hvor det finnes lite kunnskap og forskning fra før (Tjora, 2017). Kunnskap om psykologers opplevelse kan også bidra til utvikling av faget og metoden. En kvalitativ tilnærming egner seg godt for fange opp nyanser ved et fenomen (Braun og Clarke, 2006). I forsøket på å gi retningslinjer men likevel skape en dialog og mulighet for utforskning utenfor forskerens forutinntatte spørsmål, ble en semistrukturert intervjuguide bli brukt. Ved bruk av semi-strukturerte individuelle intervjuer, vil man kunne skaffe seg et rikt og beskrivende datamateriale som kan underbygge tematiske funn.

Valg av metode

Kvalitativ forskning skiller seg både *ontologisk* og *epistemologisk* fra naturvitenskapen. Det *ontologiske* perspektivet (hva som grunnleggende finnes) i kvalitativ forskning anerkjenner at virkelighetens nyanser og mening dannes i det sosiale samspillet (Fog, 1994). Det *epistemologiske* (hvordan oppnå kunnskap) aspektet innenfor kvalitativ forskning fokuseres rundt at kunnskap er å finne i subjektive erfaringer. Her vil kunnskapen være dynamisk og kontekstuell (Creswell, 2013; Malterud, 2011).

Begrepene *fenomenologi* og *hermeneutikk* er ofte assosiert med kvalitative studier (Kvale og Brinkmann, 2009). Det fenomenologiske perspektivet utforsker hvordan subjektet opplever verden og fenomener i den. Hermeneutikken bidrar til å forklare meningsinnholdet i denne opplevelsen. Forholdet mellom disse to begrepene ligger i at kunnskap og forståelse erverves i et samspill mellom fenomenet, forskeren og den konteksten forskeren og det

fenomenet som forskes på befinner seg i (Malterud, 2011). Disse begrepene vil kunne få en ulik definisjon ut ifra hvilken filosofisk retning man forholder seg til. Felles for de ulike retningene er at de forsøker å finne mening i datamaterialet for å generere nye hypoteser og begreper (Berg, 1998).

Tematisk analyse skiller seg fra andre analyser som ønsker å beskrive fellesfaktorer gjennom kvalitative data. Et skille mellom denne metoden og *grounded theory* er at denne leter etter mønster, men vil være teoretisk bunnet (Braun og Clarke, 2006). Med en tematisk analyse vil man kunne bruke forskjellige rammeverk, samt forskjellige metoder innenfor rammeverket. Denne analysen anbefales også for uerfarne kvalitative forskere (Braun og Clarke, 2006), som gjør at tematisk analyse ble den foretrukne metoden i denne hovedoppgaven. Metoden tematisk analyse er fleksibel, men fordi den mangler en tydelig enighet om hvordan den skal brukes, kan den forveksles for å være enkel. Dette skyldes i hovedsak mangelen på talspersoner og tydelige retningslinjer (Attride, 2001; Tuckett, 2005). På grunn av mangel på tydelige retningslinjer på hvordan man bruker analysen, har det også vært usikkerhet knyttet til hvordan selve analysen er blitt utført. Det er derfor viktig å skissere hvordan selve analysen er blitt gjennomført slik at andre kan vurdere studien (Braun og Clarke, 2006).

Begrepene *semantikk* og *deskriptiv* er ofte forbundet med tematisk analyse og omhandler hvordan man analyserer datamaterialet. Semantikken fokuserer på overflatebetydningen av datamaterialet, det som blir eksplisitt uttalt. I kodingen og analysen forsøker forskeren å være nær til hva objektet mener, mens forskeren er observant på at det som blir sagt alltid kommer fra objektets subjektive syn (Smith et al., 2009). Den fortolkende tematiske analysen har om målsetting å summere og beskrive ulike meningsmønstre i datamaterialet (Clarke, Braun og Hayfield, 2015). Tematisk analyse kan ses på som en prosess der man identifiserer mønstre og temaer innenfor kvalitative data (Braun og Clarke 2006). Tematisk analyse anses som en fleksibel metode siden den kun retter seg mot analyseprosessen, og ikke har et bestemt epistemologisk fundament. Metoden er fleksibel som medfører at forskeren underveis også må ta en rekke valg. Det er viktig at forskeren er klar over hvilke valg som blir tatt, siden dette vil påvirke temaene og selve utformingen av resultatene.

Utvalg av informanter

E-terapi kan drives av alle psykologer, både de som har stillinger i det offentlige og privatpraktiserende. Informantene som er valgt tar del i både utrednings -og

behandlingsprosessen som en del av deres hverdag, og de jobber med ulike terapeutiske metoder. De psykologene som har e-terapi som en del av deres arbeidsbeskrivelse har i tillegg erfaring med vanlig «ansikt til ansikt» behandling fra tidligere.

Utvalget er valgt med utgangspunkt i å samle mest mulig relevant informasjon om det man studerer. For å kunne gi en bred, detaljert og kompleks forklaring på problemstillingen består utvalget av psykologer som både jobber og ikke jobber på samme institusjon.

Strategisk utvalgsprosedyre ble valgt for å kunne sikre bredde og variasjon i utvalget. Denne utvalgsprosedyren har som formål å systematisk vurdere hvilke enheter eller subjekter som ut ifra teoretiske og analytiske formål er mest relevante og mest interessante (Grønmo, 2015). Knyttet til denne oppgaven vil det si at utvalget ble gjennomført på tre nivåer: 1) valg av arbeidssted både i det private og det offentlige, 2) valg av mulige informanter for å sikre tverrfaglighet og bredde og 3) ulik tidligere erfaring med e-terapi. Syv offentlige og private institusjoner ble kontaktet. Til slutt var det en privat og to offentlige institusjoner som takket ja til deltagelse. Den ene offentlige institusjonen var bestående av en rekke ulike avdelinger og kunne derfra bidra med flere informanter. De som ikke svarte på henvendelsen ble ikke inkludert i studien.

Ledelsen ved hver institusjon ble kontaktet først. De privatpraktiserende informantene hadde ikke noen ledelse og ble derfor direkte kontaktet via kontaktopplysninger på internett. Alle fikk tilsendt prosjektbeskrivelse for studien, godkjennelsesskriv fra NSD og informasjons- og samtykkeskriv. Psykologene som jobbet i det offentlige ble kontaktet av en leder og ble deretter kontaktet av forskeren. De ulike psykologene ble valgt basert på kriteriene: 1) psykologer med erfaring innenfor e-terapi 2) psykologer uten erfaring med e-terapi. Informantene er fra 30 – 60 år, der 4 er menn og 4 er kvinner.

Tabell 1*Kjønn og alder, deltakerens psykologrolle og ansiennitet som psykolog.*

Oversikt over informanter		
Kjønn og alder	Psykologrolle	Ansiennitet som psykolog
M49	E-terapeut	23 år
K37	E-terapeut	13 år
K56	Kommunepsykolog	7 år
M35	Kommunepsykolog	10 år
M56	Privatpraktiserende	29 år
K46	Privatpraktiserende	18 år
M50	Poliklinikk	20 år
K47	Poliklinikk	9 år

Blant psykologer i Trondheim er det svært få som driver med e-terapi som en del av deres arbeidsbeskrivelse. Likevel hadde de fleste informantene i denne studien «en slags» erfaring med e-terapi. Dette kan være videosamtalemøter med pårørende, pasienter, ansvarsgrupper og lignende. I tillegg var det mange som hadde henvist pasienter til psykoedukative nettsider eller undersøkt muligheten for bruk av «apper» som en del av behandlingen.

Antall informanter ble basert på vurderinger av metning på informasjon innhentet underveis og basert på tidsbegrensningene. Innenfor tematisk analyse vil en gruppe på 5 -10 intervjuer regnes som et lite prosjekt og det kan være viktig å forsøke å finne informanter som heller er homogene enn heterogene (Braun og Clarke, 2013). Siden dette kan ses på som et mindre prosjekt ble ikke analysen gjennomført før alle data var innsamlet.

Utforming av intervjuguide og datainnsamling

Før selve intervjuene ble det gjennomført et pilotintervju med en informant som ikke hadde kjennskap til temaet fra før. Hensikten med pilotintervjuet var å prøve ut intervjuguiden på forhånd, både for å bli kjent med spørsmålet og få trygghet til denne, men også for å kunne gjøre noen justeringer på intervjuguiden (Kvale og Brinkmann, 2015). Intervjuet varte ca. 40 minutter. Etter intervjuet ble det gitt tilbakemeldinger på spørsmål og til intervjuer. Det ble

tydelig at det er viktig å holde fokus på det som blir sagt for å få konkrete og dype erfaringer. Endringer ble gjort både med spørsmål og hvordan intervjuet ble gjennomført. Det ble blant annet lagt til mulighet for å ta stikkord underveis i intervjuet slik at intervjuer kunne stille spørsmål etter at informanten var ferdig med sine svar. Ved å gjennomføre pilotintervjuet på forhånd var jeg mer forberedt til de faktiske intervjuene.

Intervjuene ble gjennomført på informantens arbeidsplass, på et skjermet rom. Siden intervjuene ble tatt opp på bånd var det lettere å kunne være tilstede i samtalen. Det var mulighet for bruk av notater og dette ble brukt som stikkordshjelp hvis det var behov for å komme tilbake til noe som ble sagt. Hvert av intervjuene hadde en varighet på 45 min til 1 time. Intervjuguiden (se vedlegg 1) ble benyttet som et verktøy for å belyse forhåndsbestemte temaer, og for å følge opp og utdype det informanten kom med. Det er en rekke fallgruver med bruk av slike intervjuer. Et av dem kan være å på forhånd bli påvirket av egne fenomener og forståelsen av temaet. Likevel anbefales det at man bruker tid på å utforme mange spørsmål, slik at man ikke unnlater viktige elementer ved temaet (Kvale og Birkmann, 2009). Fordeler med en slik intervjuguide er at omtrent de samme spørsmålene blir belyst av hver informant. Dette kan gi større muligheter for sammenligning. Informantene ble bedt om å være konkrete i beskrivelsene og ved behov endre forklaringene underveis. Det ble bedt om at informanten ikke delte informasjon som brøt med taushetsplikten. Da problemstillingen og spørsmålene ikke tar opp pasienters perspektiv var dette ingen stor begrensning på beskrivelsene.

Min rolle under intervjuene var å være *moderator*. Det vil si å sikre gode historier fra samtlige informanter, fremme gode assosiasjoner ved å være noe tilbaketrukket, og lede samtalen inn på tematikken (Malterud, 2012). Det var viktig å få frem flere aspekter og det var derfor viktig å følge nøye med på hva som ble sagt, slik at det ble gode oppfølgingsspørsmål. Det var viktig å spørre om det var noe mer eller annet informanten kunne komme på som ikke ble delt eller dekket av spørsmålene. Målet var å være utforskende og undrende, samt veiledende slik at informanten holdt seg innenfor temaet. I tillegg gjaldt det å være bevisst ulike fallgruver en kan gå i som intervjuer for å forsøke å unngå disse. Dette kunne være å ikke stille ledende spørsmål eller legge ord i munnen på informanten.

Etter gjennomført intervju ble lydfilene transkribert av forskeren. En nøye ortografisk transkribering vil kunne fange opp temaer og erfaringer. I noen tilfeller kan det være nødvendig å notere seg hvordan utsagn blir lagt frem (Braun and Clarke, 2013). Det anbefales også at forskeren selv transkriberer for å komme nærmere datamaterialet (Malterud, 2011). Transkriberingen ble utført med ord-for ord transkribering, siden informantens egne uttalelser

er viktig. ”Ja”-er og ”mhm”-er fra forskeren ble ikke transkribert, siden det ble sett som lite nødvendig. Transkriberingen er dårligere på å få frem andre kommunikasjonsmetoder som kroppsspråk, ordlyd, ironi, sarkasme og kontekst og kan derfor regnes som en reduksjonsprosess som ikke gjengir råmaterialet (Kvale og Brinkmann, 2009). Under transkripsjonsfasen rekker man allerede ved første transkribering å analysere datamaterialet opp imot problemstillingen. Det hender at personer noen ganger ikke fullfører setninger og der vil meningen bli presentert i klammeform.

Etikk

Denne studien ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) i forkant av datainnsamlingen (se vedlegg 2). Alle informantene ble skriftlig og muntlig informert om prosjektet, og skrev under på samtykke til deltakelse før det aktuelle intervjuet (se vedlegg 3). Samtykkeskjemaet inneholder informasjon om formålet med oppgaven, tidsrommet for studien og informantenes rettigheter, samt hvordan deres anonymitet vil bli ivaretatt. Etter intervjuet fikk informantene beskjed om at de kunne trekke eller endre sin informasjon når som helst før ferdigstillingen av oppgaven. Alle notater og lydfiler ble slettet umiddelbart etter fullført transkribering, og indirekte personopplysninger som kan fremstå identifiserende ble også omskrevet og slettet. All datainnsamling ble gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonen.

Analyseprosessen

I denne analyseprosessen er Braun og Clarkes (2006) sekstrinns analyseprosess blitt fulgt. Trinn kan virke misvisende siden forskeren går frem og tilbake i de ulike stegene før det endelige resultatet er fullført, det vil si at prosessen er både induktiv og deduktiv. Det er heller ikke uvanlig at man jobber med elementer på 5.- og 6.-trinn, mens man starter på første trinn. Det blir derfor naturlig å arbeide med flere trinn samtidig.

Første trinn; gjøre seg kjent med data: Allerede når man gjennomfører intervjuene vil forskeren få et inntrykk av datamaterialet, men det er ikke før alt er transkribert at forskeren får se helheten. I kvalitativ analyse vil det å lese transkriberingene flere ganger i dette steget være viktig (Maguire og Delahunt, 2017). På denne måten forventes det at forskeren blir kjent med hele datasettet før en går videre til neste steg. Under denne fasen ble det tatt i bruk små stikkord som skisserte førsteinntrykk eller tanker som oppstod under gjennomlesingene. Flere mulige koder ble gitt det samme ekstraktet og størrelsen på ekstraktet kunne variere. Alt som ble ansett som relevant til forskningsspørsmålet ble kodet (Braun og Clarke, 2013).

Andre trinn; generere initielle koder: En kode i kvalitativ forskning referer oftest til et ord eller frase som symbolsk fanger en oppsummering, en essens og/eller beskriver en liten del av dataene (Salande, 2009). Som nevnt over ble det gjennomført en komplett koding (Braun og Clarke, 2013). Datamaterialet som ikke var relevant for forskningsspørsmålet ble ikke kodet. Forskningsspørsmålet er bredt og derfor var det lite av datamaterialet som ikke ble kodet. Gjennom denne prosessen ble de tentative kodene fra forrige trinn ferdigstilt og det oppstod flere tentative temaer for kodene. For å at kodene skulle ligge nære rådataene og for å fange kompleksiteten i datamaterialet ble konstant komparativ metode anvendt (Braun og Clarke, 2013). Denne delen ble også gjennomført av begge prosjektets veiledere for å få forsøke å minimere forhåndsforståelser fra forskerens forståelse. Jfr. tabell 2 for eksempel på koder av utsagn.

Tabell 2

Eksempel på innledende generering av koder.

Sitat fra transkribert intervju	Innledende koder
M35: "Sånn at jeg er åpen for å tenke at hvis det er noen som kommer med noe eller lager noe så skal jeg vurdere det."	Åpen for å prøve det andre lanserer
K56: "Dette kunne gjøre det lettere å treffe de på tidspunktet de er tilgjengelige."	Tilgjengelighet
M49: "Altså da algoritmebasert løsninger der du da deler informasjon med psykologen."	Mulig løsning som kan være nyttig
K37: "Jeg opplever at jeg har en relasjon med pasienten og det er også fordi jeg har hatt første time der med meg og pasienten."	Opplever relasjon via e-terapi

Tredje trinn; identifisere tema: Etter at alle kodene ble ferdigstilt ble neste steg å samle dem i ulike temaer. I kvalitativ forskning vil et tema være kategoriserte eller organiserte koder (Salande, 2009). Meningsinnholdet i utsagnene ble trukket ut og gjentakende informasjon på tvers av intervjuene ble satt i et system ved hjelp av en tabell. Listene med koder ble sammenlignet og sammenslått til en tabell med kodet datamateriale.

Dette ble igjen sammenlignet med veilederens gjennomgang av datamaterialet for å sikre at viktig meningsinnhold ikke gikk tapt.

Fjerde og femte trinn; revidere og definere tema: Disse to trinnene blir slått sammen siden det går på å undersøke om de temaene som ble identifisert i forrige trinn gir mening og passer til datamaterialet. Tabell 3 viser hvordan kodene ble plassert i tabeller og tilsvarende undertemaer og hovedtemaer ble valgt.

Tabell 3

Et eksempel på generering av innledende temaer, fra innledende koder og ulike undertema.

Innledende koder	Undertema	Tema
Ønsker et sikkert og kryptert system	Kryptering og sikkerhet	
Har ikke nok kunnskap om kryptering		E-terapiens begrensninger og muligheter
1. linje har ansvar	Ansvarsfordeling og implementering	

Her ble det viktig å avgrense temaer og analysere datamateriale tilhørende hvert tema. Videre ble det undersøkt hvilke tema som kunne favne rundt undertema. Det etterstrebedes minst mulige overlapp mellom teamene. Temaene ble analysert hver for seg og til slutt vurdert opp i mot hverandre. Til slutt ble transkripsjonene gjennomgått en siste gang for å sikre at ikke viktig informasjon ble utelatt. Målet her var at temaene fikk frem meningen i kategoriene på en god måte. Derfor ble det i analyseprosessen stadig gått frem og tilbake mellom de ulike trinnene, hvor det siste trinnet, ferdigstilling av en rapport var en kontinuerlig prosess gjennom hele analysen.

Resultater

Av analysen fremkom det to hovedtemaer: (1) e-terapiens begrensinger og muligheter, og (2) e-terapeutrollen. Hovedtemaene og de tilhørende undertemaene fra analysen er skissert i tabell 4. Disse temaene vil bli presentert og underbygget med sitater fra de ulike intervjuene. I sitatene ble overflødig tekst fjernet og markert med “(...)”. Tekst ble kun fjernet dersom innholdet ble ansett som overflødig for å kunne illustrere poengene fra analysen.

Tabell 4

En oversikt over de identifiserte hovedtemaene og deres relaterte undertemaer.

Hovedtema	Undertema	Eksempler fra intervjuene
E-terapiens begrensninger og muligheter	Kryptering og sikkerhet	<i>M35: ”Også har det vært det med sikkerhet og kryptering og jeg opplever at det handler om at folk ikke tar seg bryet til å sette seg inn i hva det egentlig er men at dette her ikke er dokumentert effektivt eller at informasjon kan komme på avveie.”</i>
	Ansvarsfordeling og implementering	<i>K37: ”(...) jeg tror et problem er at vi ikke er enige om hvem som skal ta ansvaret for å følge opp denne teknologien.”</i>
E-terapeutrollen	Bekymring om å yte dårligere behandling	<i>K47: ”Jeg vil miste en del informasjon som jeg vanligvis ville fått hvis hun var i rommet da. Kroppsspråk, lukt, atmosfære, altså mye sånne småting da. Bildet vil bli litt fattig.”</i>

Utvidelse av psykologrollens rekkevidde *M35: "Fordel er at du kan nå folk der de er, problemet i dag er nettopp at folk må møte opp på ditt kontor og dette er litt sånn distriktpolitisk undertone da for da blir de samme psykologtjenestene tilgjengelig over hele landet."*

Erfaring med e-terapi

Alle psykologene rapporterte like og ulike erfaringer med en rekke e-terapeutiske verktøy. De ulike verktøyene ble både tatt i bruk som et ledd i behandlingen (videoløsninger, applikasjoner, nettsider), veiledning blant psykologer (videoløsning) og/eller for å komme lettere i kontakt med pasientene for systematiske henvendelser (SMS). Som et ledd i behandlingen og veiledning ble det tatt i bruk både godkjente videoløsninger, nettbaserte programmer, men også ikke godkjente videoløsninger¹. Noen få psykologer opplyste at de ikke var opptatt av hvilke e-terapeutiske verktøy som fantes på markedet, mens andre aktivt undersøkte eller ba pasienter selv lete opp mulige støtteverktøy man kunne bruke.

E-terapi: begrensninger og muligheter

Temaet viser til ulike forklaringer psykologene ga om utviklingen av e-terapi. Psykologene hadde både utsagn om hvilke områder som kunne ha nytte av implementering av e-terapi, men også områder i helsesystemet som ikke nødvendigvis ville dra nytte av det samme. I denne sammenhengen ble det også nevnt ulike instanser som kan nyttiggjøres en slik implementering. Det var en rekke utsagn rundt ulike sikkerhetstiltak som må være på plass før en slik implementering settes i gang.

Kryptering og sikkerhet. Flere psykologer fortalte at de var bekymret for at sensitiv informasjon lettere kunne komme på avveie ved bruk av e-terapi enn ved «ansikt til ansikt» terapi. Sikkerhet ble nevnt som en utfordring innenfor e-terapi, men det kunne også skape flere muligheter hvis sikkerheten var god nok. Blant annet kunne det gjøre informasjonsdeling

¹ Godkjente verktøy tilfredsstillt krav til kryptering og sikkerhet (EU, 2018).

og overføring bli mer effektivt. Det ble også fortalt at sikkerhet og kryptering ikke trengte å være et absolutt krav:

K56: ”Jeg sykler innom BUP med henvisninger med masse bunker med papirer som jeg printer på forhånd. Jeg tenker at her i dette kunne blitt gjort mer sømløst, det samarbeidet oss imellom. Det er jo litt utenfor e-terapi men det går innenfor sikkerhet og digitalisering av tjenester.

En rekke psykologer utalte at de ikke hadde mye erfaring om kryptering og sikkerhet. Men det var ikke alle psykologene som mente at muligheten for svakere sikkerhet ville utgjøre et stort problem. Noen av psykologene rapporterer at sikkerhet ikke er en utfordring, men bare noe som må løses, mens andre vurderer muligheten for at pasientene kan avgjøre denne faren. I slik situasjon ville pasienten få innsikt i sikkerhet og kryptering og selv ta en avgjørelse om e-terapi er noe de ønsker.

K47: ”Også har verken Skype eller FaceTime tilstrekkelig sikkerhet som må være til stede. Sies det i hvert fall, da jeg ikke kjenner til disse tingene”

K56: (...) altså så lenge vi er opptatt av taushetsplikten og så lenge den det gjelder fritar oss fra den, så er det en mulighet. Så lenge de ikke er erklært umyndig eller alvorlig psykisk syk, så kunne vi jo ha unngått dette.”

Implementering og ansvarsfordeling. Informantene uttalte seg om ulike områder for implementering og hvem som har ansvaret for en slik implementering. I tillegg til dette ble det også fortalt om ulike utfordringer ved implementeringen. En rekke psykologer uttalte at ansvaret for å få inn nye løsninger lå hos de nyutdannede både nå og i fremtiden. Det ble også nevnt flere andre hensiktsmessige områder for implementering. Et slikt område kunne ifølge psykologene være kommunen og første linje, men også samt poliklinikker og andre linje. Psykologene rapporterte at i første linje og andre linje ville gi gode forutsetninger for testing og gjennomføring i større grupper. I denne sammenhengen ble dette fortalt:

M56: ”Det tror jeg er en teknologi som man kan tenke å flette inn i kommunehelsetjenesten for å nå mange.”

M49: "Jeg tenker at en poliklinikk må det være en arena for å få gjort det. For der har de et system der man for eksempel bare kan inkorporere digitale systemer i systemet som vi allerede har."

Forskermiljøet og universitetene ble også nevnt som viktige bidragsytere for implementering. I denne sammenhengen fortalte en psykolog at det ville være tidsmessig vanskelig å få forskning ut i praksis når teknologien utviklet seg så raskt. Han fortalte at det som blir forsket på allerede kan bli utdatert når den først skal implementeres. Et annet område som ble nevnt var lederne i Helse Midt-Norge, politikerne og pasientbrukergrupper. I denne sammenhengen ble det også understreket at det ville være hensiktsmessig med yngre medlemmer i pasientbrukergrupper. En psykolog beskrev det slik:

M50" Jeg tror du må starte politisk. Jeg glemte en; brukerne og brukerorganisasjonene hvis ikke de etterspør og det er en sånn utfordring. At vi har jo brukerrepresentanter i systemet, men det er ofte godt voksne altså vi skulle hatt yngre brukerrepresentanter og jeg tror det må være både top-down og bottom-up."

I tillegg til å dele tanker om ulike implementeringsområder ble det også uttalt en rekke vanskeligheter rundt implementeringen. Ressurser og tid var to slike vanskeligheter. Flere av psykologene forteller også om kulturen blant kollegaene som mulig hinder for implementering og en psykolog beskrev vanskene slik:

K46:" Ja, det er så travelt at det er veldig, veldig vanskelig å ha tid til å sette seg ned og tenke de store tankene og det er grenser på hvor mye du kan be om når folk spring og spring og spring."

Blant de psykologene som har e-terapi i sin arbeidsbeskrivelse uttales det at psykologrollen er med på å gi muligheter eller begrensninger for implementering. De beskriver at det er lettere å få til implementering og utvikling av verktøy hvis man er leder. En psykolog forteller videre at i en ønskesituasjon ville første linje og andre linje utviklet løsninger som passet til psykologene og pasientene, men at situasjonen i dag gjenspeiler private og ofte kommersielle aktører på markedet og beskriver dette slik:

M49: "(...) men hvordan det faktisk er, så er det privatpraktiserende, fordi i privat praksis så kan du gjøre som du vil. Du er litt friere.

E-terapeutrollen

Alle psykologene ga positive bemerkninger rundt bruken av e-terapi som verktøy i behandlingen. Blant annet ble muligheten for å kunne tilby evidensbasert behandling til flere enn det man får til i dag, nevnt som et viktig moment. Likevel var det også flere som hadde en rekke bekymringer rundt endringer i psykologrollen og hva dette ville bety for selve behandlingen. I samråd med dette ble det derfor også nevnt en rekke pasientgrupper der e-terapi kunne gi dårligere behandlingsresultater.

M56: "Det blir veldig mye krisehåndtering, så metodikk og teknologi som kan behandle flere, og virkelig behandle ferdig flere, med mindre ressurser.

Utvidelse av psykologrollen. For psykologene fantes det en rekke mulige fordeler med å kunne tilby digitale løsninger. Alle psykologene uttalte muligheten for å kunne nå flere mennesker med slike verktøy. I tillegg beskrev flere at behandlingen gjennom e-terapi kunne være like effektiv som vanlig «ansikt til ansikt» behandling. I denne sammenhengen ble det også nevnt ulik pasientproblematikk som både kunne og ikke kunne benytte seg av e-terapi.

M56 "(...) fordelene er jo åpenbart avstand og at du nå har folk som ellers ville vært vanskelig å nå og jeg tenker at hele innovasjonsfeltet kan gagne dette her veldig med at man kan for eksempel bruke Youtube."

K37: "Vi har jo muligheten til å tilby behandling til mange flere men det man kan gjøre med tradisjonelle «ansikt til ansikt» behandling."

Det var ikke bare avstanden som representerte en utvidelse. Utvidelsen gjaldt også pasienter under hele behandlingsløpet (før behandling til etter behandling). For eksempel uttrykte de et behov for verktøy som hjelper mennesker å finne sin plass i systemet. En segmentering av personer til de ulike tilbudene som finnes i området som kunne være en digital oversikt over hvor man kunne finne et tilbud som egner seg for den enkelte.

K46: Det er ikke alltid pasienter trenger for eksempel mitt tilbud kanskje det hadde vært like greit å kunne gå til en gruppe i kommunen og bare på et lavt nivå.

Psykologene så også muligheten for å kunne nå mennesker eller pasienter som faller mellom to stoler, pasienter som ikke helt passer inn i de ulike behandlingskategoriene, som for eksempel høyt funksjonsnivå med høyt symptomtrykk og personer som ikke får utbytte av ordinær behandling. I denne siste gruppen ble mennesker som av ulike grunner ikke tar kontakt med en psykolog nevnt. En slik grunn uttalte flere av psykologene kunne være ubehaget av å sitte i venterommet utenfor psykologens kontor eller redsel for å bli gjenkjent hvor man trodde at gutter og menn er en slik gruppe. En psykolog forklarte dette slik:

M56: "Selv om søknadsmengden er mest kvinner så tror jeg behovet for behandling i stor grad også ligger hos menn, så nå har vi en gruppe som blir utenfor."

En av psykologene som brukte e-terapi i sitt arbeid bekreftet at han fikk flere menn i behandling nå enn tidligere. Under selve behandlingen kunne psykologene se for seg at e-terapi kunne benyttes for å utvide tiden psykologen ga støtte til pasienten. Her var det en rekke utsagn knyttet til dette temaet, blant annet uttalte en psykolog seg slik:

M50: "Ja, fordi det man sier ofte er at behandlingen ofte ikke skjer her i rommet her og nå, Men din helbredelse kommer på en måte mellom samtalene når du aktivt bruker det jeg sier aktivt i samtalen."

Flere av psykologene beskrev muligheten for å kunne tilby psykoedukasjon via e-terapi som en form for forebyggende arbeid. Til dette vurderte de muligheter innenfor podcaster, apper, Youtube-klipp og ved bruk av nettsider. I tillegg vurderte psykologene muligheten for en slags nettportal med informasjon om alle de ulike tilbud som er tilgjengelig for den enkelte personen.

K37 "Det er mange som ønsker hjelp og søker hjelp og det med Internett og sosiale medier folk er veldig aktive der så det å kunne være der og tilby noe er viktig."

Bekymring for å yte dårligere behandling. Psykologene uttalte seg også om negative sider ved en potensiell e-terapeutrollen. Flere psykologer var bekymret for at informasjonen gjennom en skjerm kunne være av lavere kvalitet enn det man fikk «ansikt til ansikt» informasjon. Dette gikk både på informasjon om pasientens kroppsspråk, overføring

og motoverføringer, samt rent tekniske forhold som dårlig skjermutløsning og dårlig nettverkstilkobling som kunne gå utover samtalen.

K47: "Ja, jeg tenker kroppsspråk og overføringer og motoverføringer. Det er veldig mye informasjon i det som du kan bruke på å forstå pasienten og tenke behandling videre."

Av pasienter e-terapi ikke egner seg for, nevner informantene pasienter med PTSD, høy komorbiditet, rusproblemer, suicid problematikk, generelt alvorlig problematikk som svekker kognitive evner og personlighetsforstyrrelser. Når det gjelder suicidale pasienter mener psykologene at ved å bruke e-terapi vil man kunne miste kontroll over både suicidvurderingen og situasjoner der pasienten "logger seg av". En psykolog uttalte seg slik:

M56: "Jeg tror det blir vanskelig med traumelidelser også fordi at de er så avhengig av å bli trygget underveis"

Andre ting som informantene nevnte som kunne gå tapt ved e-terapi var forpliktelsen og investeringen til pasienten overfor behandlingen, mindre tilknytning mellom pasient og at terapeuten fremstår mindre som en fagperson. Noe som gjør at e-terapi ikke ville bli like bra som «ansikt til ansikt».

Diskusjon

Denne studien skulle undersøke hvordan psykologer opplever bruken av e-terapi. Mer spesifikt ble det undersøkt om e-terapi er en fordel eller et hinder for psykologisk behandling og hva som skal til for at e-terapi tas i bruk av psykologene. I denne studien fant vi at informantene opplevde teknologiske verktøy i terapien som en mulighet så lenge personvern og pasientsikkerheten er ivaretatt, samt at verktøyet implementeres der det er til nytte. Informantene mente at e-terapi kan sørge for at man kan nå flere pasienter, men at man i visse situasjoner kan miste viktige detaljer som kroppsspråk og kontekst. Disse funnene tyder på at det er viktig å ta psykologers opplevelser med i utviklingsprosesser knyttet til e-terapi for å sørge for best mulig og effektiv implementering av e-terapi innenfor psykologisk behandling.

Teknologi i behandlingen

Det er fortsatt slik at få psykologer i Norge har erfaring med etablerte e-terapeutiske verktøy. I denne studien var det kun to psykologer som til daglig jobber med e-terapi. Selv om ikke alle informantene opplever å ha en godkjent og sikker løsning per i dag, forteller informantene at de tar i bruk de tilgjengelige løsningene for å kunne yte behandling til pasienter de ellers ikke ville nådd. Resultatene til informantene viser at det brukes verktøy i behandlingen ved behov. Ikke godkjente verktøy kan potensielt sette personsikkerheten til pasienten i fare. Det er derfor viktig at psykologer utvikler og implementerer sikre verktøy som erstatter de mer usikre.

Informantene benevner en rekke ulike områder hvor det vil være nyttig med e-terapi. Det kan hende at det er slik som en psykolog nevner; at problemet nettopp er at ingen har fått et direkte ansvar for en slik implementering eller utvikling. Noen av de nevnte områdene var forebyggende tiltak, lettere psykiske vansker, alvorlig problematikk eller e-terapi i kombinasjon med tradisjonell behandling. Det kan se ut til at uenigheten ligger i hvordan selve produktet skal anvendes. I første linje vil man kunne ta i bruk verktøy som setter høyere krav til pasientens egen motivasjon og endringsvilje. Mens alvorlig problematikk som traumer og suicidalitet vil ha andre behov. Det å behandle alvorlig problematikk kun med e-terapi kan potensielt gi negativ effekt, siden algoritmer har mindre mulighet for tilpasninger i behandlingen enn en psykolog vil ha. Det kan hende at denne tilpasningen vil kunne gi negativ effekt ved alvorlig problematikk og ikke ved annen problematikk.

Ved utvikling av nye verktøy nevner flere informanter at en presset hverdag og stort trykk på helsevesenet gjør en slik teknologisk utvikling vanskelig. Det ser ut til at

informantene på den ene siden har behov for fagutvikling som letter på arbeidsmengden, men på den andre siden er informantene usikker på hvor i systemet dette kan implementeres, samt også om det kan settes av tid til dette.

Fra resultatene fremkommer det også usikkerhet rundt det å utsette sensitiv informasjon for hacking. Flere av informantene er både usikre på regler for sikkerhet og hvordan kryptering i praksis fungerer. Siden psykologer ikke til vanlig arbeider med datasikkerhet er det ikke uventet at det er lite kunnskap på dette området. Det kan hende at en større forståelse for nettsikkerhet vil bidra til å tenke fagutvikling innenfor en e-terapeutisk retning. I en potensiell implementering av e-terapi kan kunnskap på området også bidra til lettere håndtering av verktøyet, samt også gi bedre forklaringer til pasienten. Dette kan være med på styrke pasientens selvbestemmelse når pasienten befinner seg i en vanskelig tid.

Informantene som jobbet med e-terapi, nevnte kommersialisering som en utfordring. I dag blir de fleste e-terapeutiske verktøy lansert av kommersielle foretak. Det kan hende at verktøyene ville få et annet uttrykk om psykologene var med på selve utformingen og utviklingen. For eksempel er det mye fokus på kundereiser når ulike produkter utvikles. Kundereiser har kun brukerens opplevelse i fokus og det er derfor ikke gitt at produkter utvikles til å også være tilpasset i dette tilfellet psykologen. Det offentlige helsevesenet kan også være en viktig aktør i selve utformingen. Dette kan bidra til et eierskap av selve utviklingen og implementeringen av produktet, noe som kan bidra til neste runde med lignende utvikling. Med dette kan man også unngå problemer knyttet til kjøp av kommersielle verktøy. Det er det ikke knyttet noen krav om innsyn i verktøyenes rammeverk eller innhold. Derfor vil ikke fagpersoner ha mulighet til å undersøke hva som er bra eller mindre bra uten å kjøpe eller bruke verktøyet selv.

Ettersom e-terapi ikke har geografiske begrensninger, uttalte psykologene at det kunne gi større tilgjengelighet til evidensbasert behandling. E-terapi er ikke bare noe som kan brukes til psykoterapi, men kan også være meget nyttig som en metode ved forebyggende helsearbeid. Et viktig punkt om e-terapi er knyttet til forskning som viser at effektiviteten kan økes ved bruk av både «ansikt til ansikt» og e-terapi («blended therapy») (Etzelmüller, Radovsky, Hannig, Berking og Ebert, 2018). Ved å ta i bruk en «blandingsterapi» kan man lage forskjellige løp eller programmer tilpasset pasienten. For eksempel vil en pasient kanskje ha behov for assistert selvhjelp i noen uker på nett før eller etter pasienten møter psykologen. Selv om funnene så langt virker lovende, gjenstår fortsatt en del forskning på dette området, og spesielt når det gjelder hvordan slike løp burde tilpasses og i hvilke situasjoner det er mest effektivt (Etzelmüller et. al, 2018).

Informantene nevnte motoverføringer og overføringer som en begrensning for utførelse av psykologrollen og behandling når man ikke ser pasienten «ansikt til ansikt». Overføring og motoverføring er kjente begreper innenfor psykodynamisk teori, og mye av behandlingen er rettet mot å tolke disse. Dette er også viktig i relasjonen mellom psykologen og pasienten (Binder, Nielsen, Vøllestad, Holgersen, Schanche, 2006). Siden KAT er den foretrukne metoden for bruk av e-terapeutiske verktøy, er det få studier som har undersøkt effekten av psykodynamiske e-terapi tilnærminger. I en systematisk gjennomgang av 59 studier på e-terapi benyttet kun to studier psykodynamisk psykoterapi (Machado et al., 2016). I denne systematiske gjennomgangen forsøkte forfatterne å se tidligere publiserte studier på e-terapi i et psykodynamisk perspektiv. Studien viste at e-terapi kan gi mulighet for å danne ulike former for relasjon mellom partene. Denne relasjonen gir videre tilsvarende effekter på symptomtrykk som tradisjonell behandling på lettere psykiske lidelser, men at det for lite forskning til å konkludere om e-terapi er egnet for tyngre psykiske lidelser (Machado et.al 2016).

Styrker og begrensninger ved studien

Forskeren hadde en aktiv rolle i identifiseringen av temaene og det er kan derfor være mulig at resultatene bærer preg av forfatterens forforståelse. I forsøket på å minimere en slik påvirkning ble kodingen sjekket og gjennomgått av prosjektets hovedveileder og biveileder. Ettersom det er få tidligere studier på dette området er det lite å bygge hypoteser eller problemstillinger på, og bakgrunnen for denne studien har derfor også vært et forsøk på å være hypotesebyggende. Resultatene fra studien viser at det fortsatt er svært få psykologer som har lang erfaring med e-terapi. Noen av deres opplevelser er derfor ofte basert på antagelser og ikke direkte utprøving.

Selv ved bruken av semistrukturert intervju, var det forskjell i dialog på tvers av intervjuene og alle psykologene ble ikke nødvendigvis stilt de samme oppfølgingsspørsmålene. På grunn av den kvalitative tilnærmingen kunne forskeren utforske psykologenes svar med mistanker om misforståelse. Ved starten av hvert intervju ble det gjort et begrep utforskning av e-terapi. Det kom blant annet frem at noen informanter var usikker på om e-terapi kun gjaldt videokonsultasjoner eller all slags e-behandlingsmetoder. I slike tilfeller ble det behov for begrepsforklaring. Avhengig av hvilken forståelse informantene satt med, ble det gitt litt ulik informasjon om e-terapi i starten. Dette kan ha medført til ulike forutsetningene for svar og påvirket resultatene samlet sett.

Informantene ble strategisk valgt ut i fra hvilken arbeidsplass og erfaring den enkelte hadde. Det var spredning i arbeidsplass og erfaring blant studiens informanter. Det kan hende at et utvalg fra en homogen arbeidsplass ville gitt mer konkrete resultater relatert til den spesifikke arbeidsplassen. I tilfeller der spesifikke arbeidsplasser skal gjennomgå en e-terapeutisk implementering, vil en slik homogen gruppe være å foretrekke. De psykologene som så endte med å svare først fikk delta i studien. Tidsbegrensningen påvirket derfor utvelgelsesprosedyren og det kan hende at andre deltakere og mer tid til utvelgelse ville gitt ulike resultater.

Konklusjon og implikasjoner

Informantene i denne studien har bidratt med refleksjoner rundt deres opplevelser av e-terapi og dens nytteverdi. Resultater fra studien viser at psykologer tyr til bruk av ikke-godkjente e-terapeutiske verktøy og det vil da være viktig å utvikle verktøy som er godkjente for bruk i en større skala enn tilfellet er i dag. Informantene vurderer e-terapi som nyttig støtteverktøy for å bidra til behandlingsbehovet. Det er videre uenighet om hvilke pasienter og innenfor hvilket helseområde en slik implementering burde iverksettes. Informantene er bekymret for at den fysiske distansen og videoløsninger hindrer psykologen i å yte god behandling. Mer konkret at det blir vanskelig å fange opp små kroppslige reaksjoner, eller vanskelig å kjenne på overføringer og motoverføringer mellom partene i behandlingen. Det å identifisere psykologers opplevelse av e-terapi er viktig før e-terapi kan implementeres. Selv om informantene ser ut til å være positive til en slik implementering, er de usikre på hvem som vil ha ansvaret for å utvikle praksisen i en slik retning.

I denne studien er e-terapi definert som et verktøy, ikke som en metode. Den psykologiske metoden for behandling er ment til å være inkorporert i det teknologiske verktøyet for å gi flere muligheter for å spre den psykologiske metoden. Hensikten med e-terapi er ikke at det skal erstatte tradisjonell «ansikt til ansikt-behandling», men være et supplement til den vanlige praksisen. For at slike verktøy skal være et supplement og styrke behandlingen som gis i dag, er det viktig at psykologene i tillegg til pasientene, er med på å utforme e-terapiens fremtid. For å følge endringene og bedre tilpasse e-terapien, vil det være viktig med oppdatert kunnskap fremover. Videre forskning bør undersøke i hvilke situasjoner og hvilke terapiformer som er best egnet for e-terapi, samt å studere hvordan man på best mulig måte kan involvere psykologer i utvikling av nye e-terapeutiske tilbud. Det kan se ut som om teknologien kan bidra med å bedre dagens helsetilbud, og derfor bør slike kvalitative

undersøkelser også identifisere legers, NAV-veiledere og helsesykepleiere opplevelser av e-hjelp for å forstå hvordan vi kan ta i bruk slike løsninger for å gi best mulig hjelp for alle.

Referanser

- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., og 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: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13, 288–295. <https://doi.org/10.1002/wps.20151>
- Andersson, E., Walén, C., Hallberg, J., Paxling, B., Dahlin, M., Almlöv, J., og Andersson, G. (2011). A randomized controlled trial of guided Internet-delivered cognitive behavioral therapy for erectile dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 8, 2800–2809. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02391.x>
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., og Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *Plus One*, 5, e13196. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>
- Ashworth, P. (2015). Conceptual foundations of qualitative psychology. I J. Smith. (Red.) (2009), *Qualitative psychology*, (s.4-25) London: Sage Publications.
- Attride-Stride, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative research*, 1(3), 385-405. <https://doi.org/10.1177/146879410100100307>
- Berg, B. L. (1998). *Qualitative research methods for the social sciences* (3. utgave). Boston: Allyn and Bacon
- Braun, V. og Clarke, V. (2013). *Successful qualitative Research: A practical guide for beginners*. Sage.
- Braun, V. og Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Quantitative Research in Psychology*, 3, 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Campbell, A., Nunes, E., Matthews, A., Stitzer, M., Miele, G., Polsky, D., og Ghitza, U. (2014). Internet-delivered treatment for substance abuse: A multisite randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 6, 683–690. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13081055>
- Carroll, K., Ball, S., Martino, S., og Nich, C. (2008). Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: A randomized trial of CBT4CBT. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 881–888. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07111835>
- Christensen, H., Farrer, L., Batterham, P. J., Mackinnon, A., Griffiths, K. M., og Donker, T. (2013). The effect of a web-based depression intervention on suicide ideation: Secondary outcome from a randomised controlled trial in a helpline. *BMJ Open*, 3, e002886. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002886>
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches* (3rd ed.). Sage.
- Datatilsynet, (2018). Kunstig intelligens og personvern. Hentet fra: <http://www.datatilsynet.no/globalassets/global/om-personvern/rapporter7rapport-om-ki-og-personvern.pdf> (22.03.2019).
- Digpsyk, (2019). Digital helse. Psykologenes forening for digital helse. Hentet fra: <https://digpsyk.no/digital-helse> (10.03.2019).
- Ebert, D. D., Daele V. T., Nordgreen T., Karekla M., Compare A., Zarbo C., Brugnera A., Øverland S., Trebbi G., Jensen K. L., Kaehlke F., og Baumeister H. (2018). Internet- and mobile-based psychological interventions: applications, efficacy and potential for improving mental health. *European Psychologist* 23, 167-187. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000318>
- Ebert, D. D., Zarski, A.-C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M., og Riper, H. (2015). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for

- anxiety and depression in youth: A meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PLoS One*, 10, e0119895. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119895>
- Enander, J., Andersson, E., Mataix-Cols, D., Lichtenstein, L., Alström, K., Andersson, G., og Rück, C. (2016). Therapist guided Internet based cognitive behavioural therapy for body dysmorphic disorder: Single blind randomised controlled trial. *BMJ*, 352. <https://doi.org/10.1136/bmj.i241>
- Etzmueller A., Radovsky A., Hannig W., Berking M. og Ebert D. D. (2018). Patient's experience with blended video-and internet based cognitive behavioural therapy in routine care. *Internet interventions* 12, 165-175. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.01.003>
- Fog, J. (1994). *Med samtalen som utgangspunkt: Det kvalitative forskningsinterview*. Akademisk Forlag: København.
- Forbrukerrådet (2018). Forbrukertrender 2018. Del 1 Digital helsehverdag.
- Garcia-Palacios, A., Hoffman, H., Carling A., Furness, T. A., og Botella, C. (2002). Virtual reality in the treatment of spider phobia: A controlled study. *Behaviour Research And Therapy*, 40, 983-993. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00068-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00068-7)
- Gottlieb, J. D., Romeo, K. H., Penn, D. L., Mueser, K. T., og Chiko, B. P. (2013). Web-based cognitive-behavioral therapy for auditory hallucinations in persons with psychosis: A pilot study. *Schizophrenia Research*, 145, 82–87. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.01.002>
- Grønmo, S. (2015). Samfunnsvitenskapelige metoder (2. utgave). Oslo: Fagforlaget.
- Harper, K. M. (2013). *An Investigation of an Internet-based cognitive behavioral Therapy Program for auditory hallucinations*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina at Chapel Hill.
- Hofgaard T. L., (2013). Arbeidsmarked for fremtiden. *Norsk psykologtidsskriftet*, vol 50, (6), 622. <https://psykologtidsskriftet.no/kommentar/2013/06/arbeidsmarked-fremtiden>
- Helse-Bergen (2019). Haukeland universitetssjukehus. Hentet fra: <https://helsebergen.no/emeistring> (25.02.2019).
- Hidalgo-Mazzei, D., Mateu, A., Reinares, M., Matic, A., Vieta, E., og Colom, F. (2015). Internet-based psychological interventions for bipolar disorder: Review of the present and insights into the future. *Journal of Affective Disorders*, 188, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.005>
- Jackobsen, Andersson, Havik og Nordgreen, (2017). Guided internet-based cognitive behavioural therapy for mild and moderate depression: A benchmarking study. *Internet interventions*, 7, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.11.002>
- Johansson, R., og Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12, 861-869. <https://doi.org/10.1586/ern.12.63>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee S., Ormel, J., og Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO world mental health (WMH) surveys. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 18, 23-33.
- Kvale, S. Og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2nd ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lenhard, F., Andersson, E., Mataix-Cols, D., Rück, C., Vigerland, S., Högström, J., og Serlachius, E. (2017). Therapist-guided, Internet-delivered cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56, 10-19.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.09.515>
- Lin, J., Lürking, M., Ebert, D. D., Bhrman, M., Andersson, G., og Baumeister, H. (2015) effectiveness and cost-effectiveness of guided and unguided internet-based acceptance

- and comitment therapy for chronic pain: Study protocol for a threearmed randomised controlled trial. *Internet Interventions*, 2, 7-16.
<https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.11.005>
- Lin, J., Ebert, D. D., Lehr, D., Berking, M. og Baumeister, H. (2013). Internet based cognitive behavioral interventions: State of the art and implementation possibilities in rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 52, 155-163. [hppts://doi.org/10.1055/s-0033-1343491](https://doi.org/10.1055/s-0033-1343491)
- Luquiens, A., Tanguy, M.-L., Lagadec, M., Benyamina, A., Aubin, H.-J., og Reynaud, M. (2016). The efficacy of three modalities of Internet-based psychotherapy for non-treatment-seeking online problem gamblers: A randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18, e36. <https://doi.org/10.2196/jmir.4752>
- Machado, D. B., Laskoski P. B., Severo C. T., Bassols A. M., Sfoggia A., Kowacs C., Krieger S. V., Torres M. B., Gastaud M. B., Wellausen R. S., Teche S. P. og Eizirik C. L. (2016). Psychodynamic perspective on a systematic review of online psychotherapy for adults. *British Journal of psychotherapy* 32, (1), 79-108. doi: 10.1111/bjp.12204
- Maguire, M. og Dalahunt, B. (2017). Doing a thematic analysis: a practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *AISHE-J*, 9 (3), 335-553.
<http://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/335/553>
- Mak, W. W. S., Chan, A. T. Y., Cheung, E. Y. L., Lin, C. L. Y., og Ngai, K. C. S. (2015). Enhancing Web-based mindfulness training for mental health promotion with the health action process approach: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 17, e8. <https://doi.org/10.2196/jmir.3746>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. En innføring (3rd ed.). Oslo: Universitetsforlag.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Bergen: Universitetsforlag.
- Mayo-Wilson, E., og Montgomery, P. (2013). Media-delivered cognitive behavioural therapy and behavioural therapy (self-help) for anxiety disorders in adults. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 9, CD005330. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005330.pub4>
- Mewton, L., og Andrews, G. (2014). Cognitive behaviour therapy via the Internet for depression: A useful strategy to reduce suicidal ideation. *Journal of Affective Disorders*, 170C, 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.038>
- Nijhof, S. L., Priesterbach, L. P., Uiterwaal, C. S. P. M., Bleijenberg, G., Kimpen, J. L. L., og van de Putte, E. M. (2013). Internet-based therapy for adolescents with chronic fatigue syndrome: Long-term follow-up. *Pediatrics*, 131, e1788–e1795.
- Nordgreen, Gjestad, Andersson, Calbring og Havik, (2018). The implementation of internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in a routine-care setting: effectiveness and implementation efforts. *Cognitive behaviour therapy*, 47 (1), 62-75. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1348389>
- Richards, D., Richardson, T., Timulak, L., og McElvaney, J. (2015). The efficacy of Internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Internet Interventions*, 2, 272–282. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2015.07.003>
- Saldana, J. (2009). *The coding manual for qualitative research*. SAGE publications: Singapore.
- Storch, E. A., Caporino, N. E., Morgan, J. R., Lewin, A. B., Rojas, A., Brauer, L. og Murphy, T. K. (2011). Preliminary investigation of web-camera delivered cognitive-behavioral therapy for youth with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 189, 407-412. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.047>

- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tuckett, A. (2005). Applying thematic analysis theory to practice: a researcher's experience. *Contemporary nurse: a journal of the Australian nursing profession*, 19, 75-87. doi: 10.5172/conu.19.1-2.75
- Wangberg, S. C., Gammon D., Spitznogle K. (2007). In the eyes of the beholder: exploring psychologists' attitudes towards use of e-therapy in norway. *Cyber Psychology and Behavior*, 10 (3), 418-423. doi:10.1089/cpb.2006.9937

Appendiks

Appendiks A	Intervjuguide	28
Appendiks B	Godkjenning av NSD	29
Appendiks C	Samtykkeskjema	30

Appendiks A-Intervjuguide

Intervjuguide

Informasjon og introduksjon:

I dag ønsker jeg å høre om hva du mener og tenker rundt bruken av teknologi i terapi og psykologfaget. Spørsmålene jeg stiller er veiledende, og jeg vil gjerne høre din subjektive erfaring. Det er ingen riktige eller gale svar, bare prøv så godt du kan!

Før vi starter hva tenker du inngår i begrepet e-terapi.

Arbeidsplass?

Alder?

Hvor lenge har du jobbet som psykolog?

1. Kan du fortelle om hvordan du arbeider som psykolog
 - Hvilke oppgaver har du?
 - Hva slags behandling gir du?
 - Hvor lenge har du drevet på med dette?
 - Har du noen tidligere erfaringer/arbeidsplasser?

2. Når du jobber med terapi bruker du noen form teknologi i behandlingen?
 - SMS
 - Spørreskjema på nett
 - Apper
 - VR
 - Internettsteder
 - skype

3. Hvis du bruker noe av dette; hvorfor eventuelt hvorfor ikke?
 - Erfaringer og opplevelser
 - Hvordan virker selve teknologien?
 - Er det noen forskjell på e-terapi og vanlig terapi.

4. Hvis du kunne brukt noen form for teknologi i terapi hva ville du kunne brukt da?

5. Finnes det noen ulemper med å bruke teknologi i terapi eller i psykologfaget generelt?

6. Finnes det noen fordeler med å bruke teknologi i terapi eller psykologfaget generelt?

7. Er det noen forskjell på hvilke typer behandling/diagnoser/jobber som du mener det er lettere å implementere teknologi i enn andre?

- Privat har de større sjanser til å teste ut.

Appendiks B – NSD godkjenning

NSD Personvern

25.09.2018 15:20

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 366927 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD, den 25.09.18. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 19.12.18.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD finner at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). Rettighetene etter art. 15-20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet.

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp behandlingen ved planlagt avslutning for å avklare status for behandlingen av opplysningene.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kjersti Haugstvedt
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Fagutvikling - psykologers opplevelser til nye teknologiske metoder i terapien”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke meninger og tenker rundt bruken av teknologi i terapi og psykologfaget. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Hovedoppgaven ønsker å belyse meninger og erfaringer rundt e-terapi. E-terapi i denne sammenhengen betyr all teknologi (skype, apper, sms, nettsider, osv) som brukes som hjelpemiddel i terapien. Denne studien har vi som hovedmål å øke kunnskapsgrunnlaget for hvordan nyttiggjøre seg teknologi i psykologfaglig arbeid. Dette ønsker vi å oppnå med følgende delmål:

1. Fremskaffe kunnskap om bruk av teknologiske verktøy i terapi og psykologers erfaringer.
2. Se på forskjellen og sammenhengen mellom psykologer som har positive og negative erfaringer.
3. Undersøke hvilke holdninger som vekkes blant psykologer når det blir økende tilbud av e-terapi.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Professor Roger Hagen ved institutt for psykologi, NTNU

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å delta fordi du er psykolog som jobber med terapi av pasienter.

Det er fordelaktig om psykologen enten har eller ikke har erfaringer med e-terapi. Utvalget blir trukket ved at avdelingsleder på din instans har spurt om å gi oss din kontaktinformasjon. Om du ikke har en avdelingsleder er informasjonen din hentet fra internett. I første omgang vil det trolig bli et utvalg på 8 psykologer til sammen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Det vil bli et semistrukturert intervju der dine beskrivelser og forståelse står sentralt. Under selve intervjuet vil det være lydopptak som senere transkriberes. Det vil ikke bli nødvendig med personsensitiv data, kun nåværende arbeidssituasjon/metode. Selve intervjuet vil vare rundt 60 minutter og det sentrale blir å undersøke dine meninger rundt e-terapi.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Det er kun studenten og veileder som vil ha tilgang til lydfilene.
- Lydfilene vil bli bevart på et låst rom og alle transkriberinger vil kodes som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrig data.
- Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i hovedoppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes desember, 2018. Etter avsluttet oppgave vil all transkribering skal makuleres og lydfilene vil bli slettet.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra institutt for psykologi ved NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

Institutt for psykologi ved Roger Hagen, E-mail: roger.hagen@ntnu.no, tlf 73596655 eller psykologstudent Edona Zilkiqi, E-mail: edona.zilkiqi@gmail.com, mob: 91848418.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Roger Hagen

Eventuelt student

Edona Zilkiqi

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: Fagutvikling - psykologers forhold til nye teknologiske metoder i terapien, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. desember 2018

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

