



Masteroppgave

MHS704 Helse- og sosialfag

Når terapeuten ringer.

Hva anser pasienter med lette til moderate angst- eller depresjonsproblemer som viktig for god og effektiv hjelp ved telefonbasert kognitiv terapi?

Hanne Drøyvollsmo

Totalt antall sider inkludert forsiden: 50

Molde, 06.05.20



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 30

Veileder: Karl Yngvar Dale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 01.12.20

Forord.

I mars 2020 ble hverdagen snudd på hodet for oss, og FN har omtalt situasjonen vi står i som den største globale krisen siden 2. verdenskrig. Den norske regjering har innført de mest inngripende tiltak Norge har hatt i fredstid. For å begrense spredning av covid-19 lukket verden seg inne, og psykoterapeutiske samtaler ble flyttet fra terapirommet til telefon og videosamtaler. Samtalebehandling per telefon var uvanlig for de fleste terapeuter og pasienter, og erfaringene er helt sikkert delte. Det var spesielt å fullføre denne oppgaven om akkurat dette temaet på et slikt tidspunkt. Covid-19 var ikke-eksisterende da studien ble planlagt og informanter intervjuet, men like fullt har de fem informantene i denne studien delt erfaringer med nettopp det å motta telefonbasert terapi/veiledet selvhjelp.

Jeg har fattet interesse for dette med alternative møterom i terapeutiske samtaler gjennom egen deltakelse i Rask psykisk helsehjelp. Takk til gode og engasjerte mennesker i Helsedirektoratet, Norsk kognitiv forening og NAPHA, som har gjort meg så nysgjerrig på utvikling og alternativer.

Takk til kommunen jeg fikk rekruttere informanter fra. Det var oppløftende å møte deres positive holdninger.

Takk til fem reflekterte informanter som var villige til å bruke av sin tid på dette. Jeg håper jeg har klart å fange det dere formidlet på en riktig og rettferdig måte. Jeg er takknemlig!

Takk til veileder Karl Yngvar for det kritiske blikket da det var behov for det, og det positive og optimistiske da det var fristende å gi seg.

Takk til Selma og Johannes for heiarop, og til Tormod og Christer for støtte, oversettelse og korrektur.

Sammendrag

Bakgrunn

Med Rask psykisk helsehjelps inntreden i det norske helsevesenet i 2012, kom også intensjonene om økt bruk av alternative behandlingsformer som telefon, kurs og internett. Som et supplement til ansikt til ansikt-samtaler, kan telefonsamtaler gjøre behandlingen mer fleksibel og tilgjengelig. Effektstudier har vist at telefonbasert behandling kan være like effektiv som ansikt til ansikt-behandling ved mange psykiske problemer. Det er få studier som tar for seg pasientopplevelser ved telefonbasert behandling.

Hensikt

Målet med denne studien var å få et innblikk i pasientenes opplevelser av telefonbasert kognitiv veiledet selvhjelp, og hvilke faktorer de anser som mest betydningsfulle for effektiv hjelp og opplevd bedring.

Metode

Det ble foretatt en kvalitativ studie. Fem informanter ble intervjuet individuelt, to ansikt til ansikt og tre per telefon. Dataene ble analysert etter en modell av Braun og Clark (2006).

Funn

Oppsummert var det særlig tre områder informantene trakk fram som vesentlige for bedring i den hjelpen de hadde mottatt. Tilgjengelighet var sentralt, både med tanke på rask respons på henvendelse, og det å kunne foreta samtale hjemme fra eller på jobben. En annen viktig faktor var egeninnsats og det å ha noe konkret å jobbe med mellom samtale. Et tredje forhold var relasjonen til veileder/terapeut. Alle disse tre elementene ga informantene trygghet og en følelse av normalitet, som igjen var viktig for bedringsprosessen.

Nøkkelord

Telefonbasert behandling, Rask psykisk helsehjelp, kognitiv terapi, veiledet selvhjelp, relasjon, tilgjengelighet, egeninnsats, normalisering, trygghet

Abstract

When Rask psykisk helsehjelp (a Norwegian version of the English IAPT) was first introduced in 2012, the intentions were that alternative treatment forms like the use of telephonic and online therapy and various courses and group sessions were to be used more frequently. As a supplement to face to face conversations, telephone consultations can make the treatment more flexible and accessible. Effect studies have proven telephone-based therapy to be just as effective as face to face counselling when dealing with certain psychological challenges and problems. There is a lack of research on patient experience of this form of therapy.

The purpose of this study was to gain insight into patient's experiences of telephone-based, CBT self-help techniques, and which factors they consider to be most crucial for effective help and perceived recovery.

A qualitative study was conducted, where five informants were interviewed individually, two of them face to face and three via telephone. The data was analysed after a model by Braun and Clark (2006).

There were particularly three aspects the informants emphasized as imperative for recovery. Firstly, accessibility was crucial, regarding both the response time on the enquiry and being able to carry out the interview both from home and from work. Secondly, individual effort and working on specific homework assignments between sessions was highlighted as an important factor. A third aspect was the relationship and connection between the client and therapist. All of the above elements secured the informant's feeling of safety and sense of normality, which was essential for the process of recovery.

Keywords

Telephone based treatment, Rask psykisk helsehjelp, Improved Access to Psychological Therapies (IAPT), Cognitive behavior therapy (CBT), guided self-help, relation, relationship, self-effort, normality, safety

Innholdsfortegnelse

Forord.....	0
Sammendrag.....	1
Abstract.....	2
Innholdsfortegnelse.....	3

Del 1 Introduksjon til artikkel

Innledning.....	4
Relevant forskning.....	6
Teorigrunnlag.....	12
Kognitiv terapi/CBT.....	12
Telefonbasert behandling – Maxine Rosenfield.....	14
Nærhet og distanse.....	15
Metodekritikk.....	18
Kvalitativ metode.....	18
Utvalg.....	19
Datainnsamling.....	20
Analyse.....	21
Forforståelse.....	23
Etikk og personvern.....	23
Litteratur.....	26
Vedlegg.....	29
Vedlegg 1 Intervjuguide.....	29
Vedlegg 2, informasjonsskriv.....	30

Del 2 Artikkel

Artikkel.....	33
---------------	----

Innledning

Hensikten med denne studien er å få et innblikk i pasientenes opplevelser av telefonbasert kognitiv veiledet selvhjelp, og hvilke faktorer som anses som mest betydningsfulle for effektiv hjelp og opplevd bedring.

Vi lever i et land med spredt befolkning og store avstander. Det stilles krav om effektivisering, og vi opplever en demografisk forflytning av hovedtyngden av befolkningen fra arbeidsaktiv alder til eldre. Kommunesammenslåinger har for mange medført lengre avstand til kommunesentrum og fysisk hjelpeapparat. Dette fordrer at vi bruker de metoder og verktøy vi kan for å gi god og nyttig hjelp på en mest mulig effektiv måte. Forebygging lønner seg, og det å gi rask hjelp til mennesker med lette til moderate angst- og/eller depresjonsproblemer før problemene utvikler seg, er lønnsomt både for den enkelte og for samfunnet (NAPHA, 2020).

Psykotераapeutisk hjelp og veiledet selvhjelp kan gis på ulike måter, som per telefon, e-post, videosamtaler, apper eller internettprogrammer. Internasjonalt og nasjonalt utforskes potensialet i slike alternative kommunikasjonsformer i helsetjenestene for å avhjelpe et stort hjelpebehov.

Rask psykisk helsehjelp (RPH) ble initiert av Helsedirektoratet i 2012, med en intensjon om økt bruk av alternative behandlingsformer som telefon, internett og kursgrupper. Hensikten med dette var å gjøre behandlingen mer fleksibel og tilgjengelig. Per januar 2020 har 54 team i 62 kommuner og bydeler etablert RPH, og mange av disse tilbyr veiledet selvhjelp per telefon (NAPHA, 2020). RPH baserer seg på kognitiv terapi og skal gi hjelp til mennesker med lette til moderate angst- og/eller depresjonssymptomer. Ideen til RPH er hentet fra det engelske programmet Improving Access to Psychological Therapy (IAPT) (Helsedirektoratet, 2014). Evalueringsrapporter både fra RPH og IAPT, viser en viss skepsis til eller vegring mot telefonbasert hjelp blant behandlerne (Smith et al., 2016; Turner et al., 2018).

En god terapeutisk allianse er en nødvendig og viktig forutsetning for behandling (Helsedirektoratet, 2011). En rekke studier og metaanalyser av psykotераapeutisk behandling viser at den terapeutiske alliansen er selve bærebjelken i psykisk helsearbeid, og har vesentlig betydning for resultatet av behandlingen (Horvath et al., 2011; Horvath og Symonds, 1991; Martin et al., 2000). Dette er interessant med tanke på telefonbasert behandling. Ikke det at man ikke kan vise empati og positiv oppmerksomhet i en telefonsamtale, men man mister det som normalt er en betydelig kanal for den nonverbale kommunikasjonen, nemlig det visuelle. Det er heller ikke nødvendigvis like enkelt å benytte seg av alle auditive mekanismer, som

eksempelvis stillhet/pauser. Studier som sammenligner relasjonen ved telefonbehandling eller internettbehandling med ansikt til ansikt-behandling stidestiller i stor grad disse møteformene (Andersson et al., 2012; Berger, 2017; Stiles-Shields et al., 2014).

Allerede fra 1990-tallet er det internasjonalt presentert flere studier om telefonbasert behandling. De fleste av disse er effektstudier. I Norge er det forsket lite på telefonbasert veiledet selvhjelp/psykoterapi, og særlig kvalitative studier om pasientopplevelser.

Relevant forskning

Det meste av studiene om telefonbasert behandling internasjonalt er effektstudier. Mange studier knyttet til telefonbasert behandling eller oppfølging, omhandler somatiske og psykosomatiske plager, som diabetes, overvekt, røykeslutt, KOLS, oppfølging etter kreft og annet, men det finnes også mange studier som omhandler behandling av psykiske vansker, herunder depresjon og angst. I 2006 tok Leach og Christensen for seg 14 studier av telefonbasert behandling i Australia (Leach et al., 2006). Denne litteraturgjennomgangen konkluderte med gode resultater. De fleste av disse 14 studiene hadde imidlertid relativt små utvalg, og Leach og Christensen etterlyste mer omfattende forskning, inkludert oppfølgingsstudier over lengre tid (Berge og Karlsen, 2010). I 2008 gjorde Hailey et al en lignende studie (Hailey et al., 2008). De fant en rekke studier med god kvalitet, og konkluderte med at telefonbasert behandling er nyttig på områder som depresjon, angst, rusproblematikk og røykeavvenning (Berge og Karlsen, 2010).

Det er internasjonalt også gjort noen studier omkring pasientenes opplevelser ved telefonbasert kognitiv terapi. I 2009 ble det i Storbritannia foretatt en kvalitativ studie om pasienters og terapeuters syn på forskjeller mellom telefonkonsultasjoner og ansikt til ansikt-behandling når det gjelder innhold, kvalitet og sikkerhet (McKinstry et al., 2009).

Telefonkonsultasjoner opplevdes positivt med tanke på tilgjengelighet, men terapeutene uttrykte sterke bekymringer for pasientenes sikkerhet på grunn av manglende formelle og uformelle undersøkelser. Kjennskap til hverandre fra før ble vurdert kompensierende (ibid).

I 2010 ble to kvalitative evalueringer med til sammen 30 deltakere i Storbritannia analysert (Bee et al., 2010). De fleste deltakere var fornøyd med hjelpen de hadde mottatt. Mange uttrykte tilrettelegging og anonymitet som betydelige positive faktorer. Respondentene vektla også mellommenneskelige gevinster av CBT-tilnærmingen, herunder tillit. De vektla det å kjenne sin terapeut og det å jobbe sammen med terapeuten. Studien viste at det er mulig å formidle slike faktorer via telefon. Mens noen deltakere fant en mangel på visuell kontakt som et hinder for å bygge en terapeutisk allianse, virket andre langt bedre i stand til å oppleve nærhet uten den fysiske tilstedeværelsen.

Haller et al. utførte i 2019, som en del av en større randomisert studie, en kvalitativ studie på 13 pasienters erfaring med telefonassistert kognitiv selvhjelp (Haller et al., 2019).

Behandlingen startet med et fysisk møte mellom pasient og terapeut. Dette ble i etterkant ansett som viktig fordi terapien da følte mer personlig, og det førte til økt grad av trygghet og tillit. Dette medførte igjen større grad av åpenhet og engasjement fra pasientens side.

Informantene hadde et positivt inntrykk av terapeuten sin, og de fremhevet egenskaper som

sympatisk, ikke-dømmende, åpen, hensynsfull og empatisk. De opplevde profesjonalitet og varme i forholdet til terapeuten, og de følte seg sett, hørt og anerkjent. Informantene opplevde dessuten en positiv balanse mellom nærhet og distanse til terapeuten. Det ble beskrevet at det faktisk kunne oppleves mer nært og personlig å ha samtalene i sitt eget trygge hjem enn på et formelt kontor, samtidig som den fysiske avstanden også ga større rom for å kunne regulere nærheten. Det ser altså ut til at terapeutene har lyktes med å adressere pasientenes behov til tross for den fysiske avstanden. Arbeidsboken ble også sett på som et viktig terapeutisk verktøy. Informantene opplevde den løsningsfokuserende tilnærmingen i kognitiv terapi som nyttig. Kontinuiteten i øktene og samtalene med terapeuten ble ansett som avgjørende for fremgang i terapien og for bedring av psykisk helse. Det var nettopp kombinasjonen av selvhjelpen og mottatte innspill fra terapeuten som fremsto som sentral. Det synes som om terapeutenes bidrag var nødvendig for at innholdet i arbeidsboka skulle bli nyttig.

Informantene opplevde fleksibilitet i form av at det var rom for å ta opp personlige problemer med terapeuten og justere samtalene etter eget behov, til tross for kortfattede og strukturerte telefonsamtaler. Terapeutens kompetanse var viktig i form av nyttige innspill og nye perspektiver. Struktur ga stabilitet og tro på bedring. Pasientene uttrykte fordeler med telefonbehandling på et praktisk nivå, men også innholdsmessig. Uten samlokalisering blir terapien lettere å tilpasse til ulike livssituasjoner, for eksempel knyttet til jobb eller familieforpliktelser, og de slapp i samme grad å involvere andre i det at de gikk i behandling. I tillegg kunne, ifølge informantene, det å gjennomføre terapitimer hjemme i et kjent miljø lette samtalen. De fleste pasientene mente at fraværet av visuelle signaler bidro til økt fokus på det essensielle. Behandlingens tilgjengelige karakter resulterte ikke bare i opplevde fordeler. For noen pasienter ga disse eksakte aspektene utfordringer, eksempelvis i form av å finne et passende sted å motta telefonsamtaler eller sørge for at mobiltelefonen var ladet. En informant syntes det var vanskelig å formidle følelser utelukkende gjennom ord og beskrivelser, noe som resulterte i bare delvis behandling av den mentale tilstanden sammen med terapeuten. En annen opplevde at det å ikke oppsøke et kontor for samtaler medførte en mangel på avstand fra problemområdet. Informantene uttrykte en usikkerhet knyttet til hvorvidt behandlingseffekten ville vedvare.

Folkehelseinstituttet foretok på oppdrag fra Helsedirektoratet en evaluering av RHPs første tolv piloter i perioden 2014-2016. De gjennomførte både en kvantitativ og kvalitativ undersøkelse. Andelen som mottok veiledet selvhjelp, her i betydningen av enten ansikt til ansikt-behandling eller telefonbasert hjelp, men med selvhjelpsmateriale som en viktig komponent mellom samtalene, var imidlertid lav. Av de 1983 som mottok behandling og deltok i evalueringen, mottok 71,8 prosent ansikt til ansikt-behandling, 16,9 prosent

gruppekurs og 8,9 prosent veiledet selvhjelp. Kriteriet for å havne i de ulike gruppene var at minimum 75 prosent av den totale behandlingen var innen den aktuelle kategorien (Smith et al., 2016).

I de kvalitative intervjuene beskrev RPH-ansatte årsakene til at de valgte bort veiledet selvhjelp med manglende kunnskap og rutine/struktur/kontroll samt at dette ikke var en god nok behandling. Noen av terapeutene som forsøkte å bruke veiledet selvhjelp som hovedtilnærming under behandlingsforløpet, fortalte imidlertid om overraskende positive opplevelser og resultater (Smith et al., 2016). Selv om gruppene som mottok de ulike formene for behandling var svært ulike i størrelse, og man også av andre årsaker ikke kan si noe om hvor sammenlignbare de er, viste evalueringen samme effekt av behandlingen mellom gruppene som mottok tradisjonell ansikt til ansikt-behandling og veiledet selvhjelp, mens gruppekurs hadde en noe lavere effekt (Smith et al., 2016). Mange flere RPH-tjenester har kommet til siden denne tidlige starten, og tanken på veiledet selvhjelp som et mulig verktøy har kanskje i større grad blitt etablert. Basert på barrierene terapeutene beskrev i Folkehelseinstituttets evaluering, kan det ligge et potensiale i å kunne behandle flere klienter dersom det utvikles en enkel veiledet selvhjelpspakke og at terapeutene blir opplært til å bruke det som lavintensiv behandling (Smith et al., 2016).

I 2017 ble det foretatt en studie i Storbritannia som tok for seg IAPT-behandlernes erfaringer med telefonbasert kognitiv atferdsterapi (Turner et al., 2018). Det kom i denne studien fram at terapeutene var noe skeptiske til telefonbasert behandling, da de mente relasjonen til pasienten var det mest essensielle i en behandling. Flertallet av de ni intervjuede terapeutene mente at fysiske møter muliggjør en tettere allianse enn telefonbasert behandling. Ansikt til ansikt-behandling ble beskrevet som mer personlig og subjektiv, og det ble uttrykt en viss bekymring for den type terapi som telefonbasert behandling gir, hvor man kun snakker og lytter, og ikke kan se eller lukte den andre. Terapeutene mente at en av de største fordelene med telefonbasert behandling er tilgjengelighet og fleksibilitet.

I en evaluering av IAPT for perioden 2006-2009 kom det fram at pasientene følte en svakere relasjon til terapeuten ved telefonbasert hjelp (Parry et al., 2011). I andre studier derimot, hvor man sammenlignet alliansen ved telefonbasert behandling og ansikt til ansikt-behandling, fant man ingen signifikant forskjell mellom de to behandlingsformene (Beckner et al., 2007; Stiles-Shields et al., 2014). Også i studier som har sammenlignet alliansen i ved internettbehandling med ansikt til ansikt-behandlet, ble det ikke funnet signifikante forskjeller (Andersson et al., 2012; Berger, 2017).

Både internasjonalt og nasjonalt er det gjort en del forskning knyttet til veiledet internettbehandling. Her kan veiledningen alternativt skje per telefon, tilsvarende den hjelpen informantene i denne studien fikk, og tilsvarende intensjonene i rask psykisk helsehjelp. Mer typisk er therapeuthjelpen i disse studiene gitt asynkront og skriftlig (Nordgreen og Repål, 2019). Effektstudier viser gode behandlingsresultater også ved denne typen behandling (ibid).

Også når det gjelder internettbehandling, er det forsket forholdsvis lite på pasientenes opplevelser av denne typen hjelp. I 2018 ble det publisert en svensk undersøkelse om kognitiv basert internettbehandling ved hjerteproblemer og depresjon (Lundgren et al., 2018). 13 personer deltok i studien. Her kom det blant annet frem at informantene så på tilbudet som en form for selvhjelp og at de følte de selv aktivt deltok i bedringsprosessen. De anså det som noe annet enn å motta helsehjelp, og heller som et kurs og noe de selv aktivt gjorde. De syntes generelt det kognitivt baserte programmet var nyttig og relevant, men noen få av informantene opplevde ikke å ha utbytte av selvhjelpsprogrammet. Det var vesentlig for opplevd utbytte at man kjente seg igjen i det som ble beskrevet, og at det dermed opplevdes relevant for dem. Informantene opplevde det å jobbe på internett som positivt og fleksibelt. Det å jobbe med programmet hjemme i rolige omgivelser var positivt, og det gjorde det enklere å delta fordi man slapp det ekstra hinderet i det å skulle reise til et behandlingssted. Dette var vesentlig, fordi det oppleves tungt å komme i gang med nye aktiviteter når man har depressive symptomer. Det ga frihet å kunne jobbe med programmet når det selv passet dem. De kunne da styre jobbingen til tidspunkt de var motiverte for det, og de kunne også regulere tempo og repetere etter behov. De kunne også legge inn mer arbeid i de delene av programmet de anså mest relevante for seg selv, og mindre innsats i de delene de anså mindre viktige, som for eksempel ting de allerede visste og kunne. Informantene erfarte imidlertid også at friheten medførte at det var lett å utsette arbeidet, og at det krevde selvdisiplin å få gjennomført. Arbeidet kunne oppleves ensomt og krevende. Noen likte godt den skriftlige kommunikasjonen, mens andre synes det var vanskelig å formulere seg på denne måten.

Informantene syntes anonymiteten i tilbudet de mottok var positivt, og den gjorde det enklere å formidle tankene sine. Asynkron kommunikasjon medførte en følelse av svar fra en nøytral og ukjent person, og dette opplevdes som en beskyttelse. Det var også godt å slippe å føle seg observert og analysert. Uavhengig av om informantene opplevde den skriftlige kommunikasjonen positiv eller ikke, var det flere av dem som ville foretrukket synkron kommunikasjon, ikke nødvendigvis ansikt til ansikt, men alternativt per telefon eller video. Det ble beskrevet at dette ville gjort kommunikasjonen mer dynamisk, er betydningsfullt for å føle seg ivaretatt og at det legger bedre til rette for relasjonsbygging. Anonymiteten kunne

derfor også oppleves negativt. Selv om noen mente at tilbakemeldingene de mottok fra terapeut ikke var sterke nok til å skape endring, ble tilbakemeldingene for det meste beskrevet som gode og presise. Meldingene hjalp dem også til å fortsette arbeidet når dette opplevdes tungt. Flere av informantene opplevde tekniske problemer. Deltakerne beskrev at de generelt hadde blitt bedre i å mestre livet sitt av å motta denne hjelpen, og de tok mer ansvar for sin egen helse. De følte seg tryggere, hadde fått en større forståelse gjennom økt refleksjon, utfordret negative tankemønstre, kjente i mindre grad på håpløshet og aksepterte seg selv i større grad.

I 2015 utførte Rozental et al (2015) en kvalitativ studie om pasienters negative erfaringer med internettbehandling. Studien var en del av en større effektstudie, hvor alle deltakerne hadde fått et spørsmål om eventuelle negative erfaringer. De som svarte bekreftende på dette, ble da forespurt om videre intervju. Det var her både deltakere av veiledet og ikke-veiledet internettbehandling. Å bli oppmerksom på faktorer som har forårsaket vanskeligheter ble beskrevet av mange som oppskakende og kunne føre til en forverring av tilstand, noe som igjen medførte at noen pasienter savnet støtte fra en terapeut. Flere informanter forklarte at behandlingen økte stressnivået. Noen tilskrev dette intervensjonene, for eksempel eksponering, mens andre beskrev det som et resultat av manglende fleksibilitet, spesielt ved å måtte fullføre mange oppgaver i løpet av korte intervaller. Det ble også beskrevet stress og frustrasjon på grunn av tekniske problemer, og utålmodighet når de ventet på et svar fra terapeuten. Noen pasienter påpekte at fraværet av en terapeutstøtte var vanskelig å takle, mens andre som mottok terapeutstøtte så den som utilstrekkelig. Flere rapporterte også at de angret på deltakelse i behandlingen fordi det bare hadde fått dem til å føle seg verre enn før. Denne responsen var først og fremst knyttet til problemer med å følge behandlingen og utføre oppgaver, vansker som pasientene gjerne tilskrev personlige egenskaper i stedet for til behandlingen, og som dermed styrket negative tanker om dem selv.

En annen beslektet form til telefonkonsultasjoner som et alternativ til ansikt til ansikt-terapi, er videokonsultasjoner. Det er også foretatt noen kvalitative studier om pasienters opplevelse av disse.

En britisk studie fra 2019 tok for seg pasienters og terapeuters opplevelse av kognitiv terapi per videokonsultasjoner (Donaghy et al., 2019). Her fant de at videokonsultasjoner er særlig nyttige for pasienter i arbeid, studie eller som er hjemme med barn, og for personer som hadde problemer knyttet til mobilitet. Det opplevdes tidsbesparende og beleilig både for pasientene og terapeutene. De så at pasienter som valgte videokonsultasjoner var yngre enn dem som foretrakk telefon eller ansikt til ansikt. Alle pasientene i denne studien hadde mottatt en

samtale ansikt til ansikt før videosamtalene, slik som informantene i denne studien, og både pasientene og terapeutene anså dette som viktig for relasjonen dem imellom. Selv om noen av terapeutene i studien ikke så noen fordel med videokonsultasjon fremfor telefonisk kontakt, ble visuelle inntrykk trukket fram som positivt for kommunikasjonen. Minuset med videokonsultasjon versus telefonisk kontakt, var ifølge både pasientene og terapeutene tekniske problemer.

Teorigrunnlag

Tre teoretiske områder har utpekt seg som spesielt relevante for problemstilling, funn og analyse:

Kognitiv terapi

Maxine Rosenfields teorier knyttet til telefonbasert behandling

Nærhet og distanse

Rask psykisk helsehjelp er basert på kognitiv terapi. Ut fra de fleste studier om telefonbasert behandling, ser det også ut til at kognitiv terapi er den mest brukte teorien ved veiledet selvhjelp. Informantene i denne studien mente at selvhjelpsarbeidet de utførte mellom samtalene var vesentlig for deres bedringsprosess, og dette programmet var altså basert på kognitiv terapi. Derfor var det også naturlig å ha kognitiv terapi som et teoretisk grunnlag for dette studiet.

Australia er et land som på mange måter ligner Norge, med spredt bebyggelse og store avstander. Der har de iallfall siden 90-tallet praktisert rådgivning og behandling per telefon som en del av helsetilbudet. Maxine Rosenfield er en av Australias og verdens ledende eksperter på telefonrådgivning og har skrevet flere bøker om temaet (Rosenfeld og Wrangsjö, 2011). Det var derfor naturlig å legge hennes teorier til grunn i denne oppgaven.

Nærhet og distanse har dukket opp i ulike sammenhenger gjennom hele oppgaveprosessen, og har blitt stående som et mantra og en konklusjon. Derfor var det naturlig å bringe dette inn som en tredje teoretisk retning i dette studiet. Herunder presenteres objektreasjonsteori og selvpsykologi som bærende teorier innenfor dette paraplybegrepet.

Kognitiv terapi/CBT

Den telefonbaserte behandlingen informantene i studiet mottok, var basert på kognitiv terapi. Dette samsvarer med det som ut fra gjennomgang av tidligere studier, ser ut til å være den mest brukte behandlingsformen ved telefonbasert hjelp.

Kognitiv terapi ble grunnlagt av Aron T. Beck tidlig på 60-tallet og er en strukturert, korttidsrettet og nåtidsfokusert metode (Beck, 2011). Den er en godt dokumentert behandlingsmetode for psykiske problemer (Berge og Repål, 2015), og fremheves ofte i nasjonale veiledere blant annet i «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet, 2014).

Kjernen i kognitiv terapi er sammenhengen mellom kognisjon, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd; den kognitive diamant. Vi kan endre negative følelser gjennom å endre en av de andre forholdene som påvirker følelsene.

Kognisjon er en betegnelse på informasjonsbearbeiding, det vil si tanker, forestillinger og minner. Verden er ikke en objektiv sannhet (Berge og Repål, 2015). Gjennom en stadig pågående indre samtale tenker vi over og kommenterer det vi opplever, og forestiller oss hva som videre kan komme til å skje. Vanligvis skjer dette helt automatisk og ubevisst. Vi tenker uten å tenke over det. Hva vi tenker om ulike hendelser påvirker følelsene våre om det som skjer (Berge og Repål, 2004). Det er ikke hendelsene i seg selv som bestemmer hva vi føler rundt dem, men hvordan vi tolker situasjonen (Beck, 2011). Negative tanker kan utfordres og nøytraliseres gjennom bevisstgjøring.

Hensikten er å hjelpe pasienten med å identifisere disse negative og selvdestruktive tankene, for så å utfordre dem og kunne se ting på en annen måte (Berge og Repål, 2004). Det tas utgangspunkt i en ABC-modell, hvor A (Activating event) er situasjonen/hendelsen, B (Beliefs about) er tanker om situasjonen og C (Consequences of beliefs) er følelser og kroppslige reaksjoner som følge av disse tankene. Man kan deretter jobbe med D (Disputation), alternative tanker og E (new Effect), følelser og kroppslige reaksjoner som følge av de alternative tankene (Berge og Repål, 2004).

Behandlingsalliansen står sentralt i kognitiv terapi, og er sammen med innsikt og endring i tenke- og handlemåter tre sentrale elementer som inngår i et sirkulært vekselspill (Berge og Repål, 2004). Pasientens engasjement og involvering og et aktivt samarbeid mot tydelig definerte mål er avgjørende (Berge og Repål, 2015). Selv om rollene er forskjellige, vektlegges et aktivt samarbeid, trygghet og tillit (Berge og Repål, 2004). Innsikt handler om å kartlegge problemer, tankemønstre og følelser. Endring viser til problemløsning og utprøving av nye ferdigheter eller tenkemåter (Berge og Repål, 2004).

Behandlingssamtalene i kognitiv terapi er systematiske. Terapeuten er vanligvis aktivt samtalende, og informerer, forklarer, gir råd og stiller spørsmål (Berge og Repål, 2015). Pasienten skal lære seg å bli sin egen terapeut gjennom å forholde seg utforskende og spørrende til sitt eget liv, sine tenkemåter og sin indre samtale. Gjennom dette blir han/hun bedre i stand til å gi seg selv bekreftelse, støtte, forståelse og trøst (Berge og Repål, 2015). Pasienten jobber med avtalte hjemmeoppgaver mellom hver samtale, og endring tenkes skapt mellom samtalene snarere enn i dem. I veiledet selvhjelp leser i tillegg pasienten avtalt

materiale, ser på videoklipp eller lignende mellom samtalene, og temaene i materialet og samtalene følger hverandre.

Telefonbasert behandling – Maxine Rosenfield

Maxine Rosenfield har i flere tiår praktisert rådgivning og behandling per telefon i Australia (Rosenfield og Wrangsjö, 2011). Hun mener det er mange fordeler med telefonbehandling, sammenlignet med ansikt til ansikt-behandling. En av de fremste mulighetene, slik hun ser det, er tilgjengelighet. Dette samsvarer også med andre kvalitative studier (Bee et al., 2010; Haller et al., 2019; McKinstry et al., 2009). Geografi er ikke lenger et hinder når samtalene skjer per telefon. Dessuten mener hun at vi møter hverandre mindre fordomsfullt når vi ikke ser hverandre. Vi vil alltid vurdere hverandre kritisk ved et fysisk møte, og på telefonen kan vi lage oss forestillinger kun ut fra stemmen. Rosenfield mener at pasientene også iblant kan føle seg tryggere og være mer åpne når de ikke synes. Hun mener telefon kan gjøre terapeuten mer bevisst på å kontrollere om hun eller han har forstått riktig, mens vi ved ansikt til ansikt-behandling iblant kan ha feilaktige antagelser (Rosenfield og Wrangsjö, 2011).

Begrensningene ved telefonbasert behandling ligger, slik Rosenfield ser det, i at ikke alle, verken terapeuter eller pasienter er komfortable med telefonen som kommunikasjonsform og opplever mangelen på visuell kontakt negativt. Noen opplever det å snakke i telefonen som fysisk anstrengende. Noen kan bli usikre på om noen kan høre samtalen, om flere er til stede når man ikke ser hva som befinner seg i den andre enden, noe som kan være begrensende for hvor mye man åpner seg (ibid).

Rosenfield har beskrevet ferdigheter som trengs for å utøve god rådgivning eller behandling per telefon (Rosenfield, 2013):

- *Aktiv lytting*: Terapeuten lytter til ordene som blir sagt, samt forsøker å forstå budskapet som ikke nødvendigvis kommer direkte til uttrykk, ved å lytte til tonefall, hastighet, volum og lignende. Terapeuten formidler tilbake at han/hun lytter ved småord/lyder som «mmm», «OK» og «ja» eller spør nærmere om temaet samt viser empati.
- *Kompetent spørring*: En blanding av åpne og lukkede spørsmål, med hovedfokus på åpne. Åpne spørsmål øker sjansen for at pasienten skal snakke mer om sin situasjon og kan hjelpe pasienten i gang. De kan også brukes for å sondere temaer nærmere/få pasienten til å gå mer i dybden. God bruk av åpne spørsmål bedrer flyten i samtalen. Lukkede spørsmål brukes primært for å få bekreftelser.. For mange lukkede spørsmål kan gi en følelse av forhør.

- *Empati*: Evne til å identifisere seg med og sette seg inn i andres følelser, perspektiv og situasjon. Terapeuten kan ikke forstå fullt ut hvordan pasienten har det, men likevel forsøke å forestille seg det. En måte å formidle empati på er ved parafrasering; at man som terapeut med egne ord formidler det man har hørt pasienten si tilbake til han/henne.
- *Oppsummering og avslutning av samtalen*: Oppsummering av essensen i samtalen, etterspør om det er noe mer pasienten ønsker å legge til, lag en ny avtale og si farvel.

Ulike teoretiske tilnærminger kan brukes ved telefonbehandling ut fra et samarbeid med pasienten for å finne ut hva som gagnar han/henne best. Maxine Rosenfield vektlegger større likhet mellom terapeut og pasient gjennom empowerment/myndiggjøring av pasienten som et av de viktigste aspektene ved telefonrådgivning (Rosenfield, 2013). Myndiggjøring kan forstås som autonomi, mot og ansvar (Jacobson og Greenley, 2001). For bedring må pasienten, utfra denne teorien, ta gradvis mer ansvar for seg selv. Dette innebærer å sette seg mål, lage planer for å nå målene og å ta vare på seg selv (ibid).

Nærhet og distanse

Haller et al (2019) har undersøkt pasienters erfaringer med telefonbasert veiledet selvhjelp. Her er et av temaene for funnene «Nærhet og distanse». Her kommer det fram at informantene faktisk kan oppleve en større grad av nærhet ved å sitte hjemme i sine egne omgivelser, enn om de skulle sittet på et formelt kontor. De opplyser også at de selv lettere kan regulere denne nærheten når samtalen er per telefon.

Dataene i denne studien er analysert etter tematisk analyse (Braun og Clarke, 2006). Også analyseprosessen vekslet dynamisk mellom «nærhet og distanse» til dataene. Både helheter og kodede utdrag av data og analyse måtte sees med skiftende fokus.

Henriksen og Vetlesen (2000) har skrevet en bok med tittelen «Nærhet og distanse». Dette er en bok om etikk og verdier i arbeid med mennesker. I del 1 av boka, personlige forutsetninger for yrkesetikk, presenteres psykologiske teorier knyttet til menneskenes personlige og moralske utvikling, og da særlig de følelsesmessige aspektene ved denne utviklingen. Teoriene bygger både på objektrelasjonsteori, selvpsykologi og kognitiv teori. Denne delen av boka kan stå som en god bakgrunn både for temaet i oppgaven og også informantenes besvarelser.

Objektrelasjonsteori og selvpsykologi er psykodynamiske teorier. De er relasjons- og prosessorienterte, og handler blant annet om at vi mennesker utvikler oss i samhandling med andre (Nielsen og Lippe, 2002).

Selvpsykologi ble etablert av Heinz Kohut på 70-tallet. Selvet er kjernen av personligheten, og gjør det mulig å oppleve seg selv som en helhet. Fornemmelse av å være seg selv og vårt forhold til omverdenen tas ofte for gitt. Det er ikke noe vi reflekterer over til daglig, med mindre følelsen av sammenheng bortfaller. Selvobjekt er objekter som oppleves som en del av selvet. Det er en intrasubjektiv opplevelse med en kombinasjon av noe fysisk i den ytre verden som attribuerer en følelsesmessig betydning og indre behov (Karterud, 1997).

Objektrelasjonsteori vektlegger menneskets interaksjon med ytre og indre bilder av andre. Gode objektrelasjoner kjennetegnes av god selvfølelse og evnen til å forholde seg til andres gode og dårlige sider. Dårlige objektrelasjoner kjennetegnes av splitting hvor man deler mennesker inn i gode og onde (Nielsen og Lippe, 2002).

Ifølge Henriksen og Vetlesen (2000) er mennesket sårbart, og denne sårbarheten gjør oss avhengige av andre. Vi etablerer bånd til andre og kan ikke klare oss uten dette. Våre valg og vurderinger skjer i lys av denne sårbarheten og avhengigheten. Vårt grunnleggende behov for omsorg fra andre, for å bli sett, trenger ikke nødvendigvis å bli innfridd.

I tillegg til sårbarhet og avhengighet, er skjørhet kjennetegn ved det å være menneske. Vi er feilbarlige, og båndene til andre er skjøre. Disse tre kjennetegnene er nært knyttet til hverandre. Vår sårbarhet gjør oss avhengige, samtidig som vår avhengighet innebærer en risiko for ikke å bli møtt eller sett. Vi risikerer at den ivaretagelsen og bekreftelsen vi trenger, ikke blir gitt. Vår egen og andres dødelighet er en bekreftelse på hvor skjørt livet er, og vår dødelighet er med oss hele livet i en eller annen form. Den forsterkes også av andres død.

Omsorg er rettet et svar på andre menneskers grunnleggende sårbarhet, avhengighet, skjørhet og dødelighet. Behovet for omsorg er et ikke-valgt grunnvilkår for oss alle, og således en nødvendighet. I sitt mest basale er omsorg en understøttelse av livet, hvor personer som ikke får omsorg i en sykdomssituasjon dør. Omsorg er imidlertid mer enn å opprettholde liv, den er også opprettholdelse av et kvalitativt verdig liv.

Å være den som trenger omsorg kan oppleves uverdige, selv om det altså er allmennmenneskelig. Dette kan ikke minst gjøre seg gjeldende ved behov for offentlig hjelp. Den som mottar hjelpen, er ute av stand til gjengjeldelse, og asymmetrien som alltid vil gjelde i enhver omsorgsrelasjon, forsterkes gjerne. Jo større hjelpebehovet er, jo større blir også avhengigheten av den andre. Jo større avhengigheten er, jo større blir avmakten hos den med hjelpebehovet. Jo svakere personen er, jo større blir omsorgspersonens makt og innflytelse.

Avhengigheten til andre er der hele tiden, men ofte skal det en krise til for at man blir seg denne avhengigheten bevisst. En bevissthet om sin avhengighet er ofte et varsel om at båndene til disse bestemte andre er gått i stykker. Det positive som relasjonen betydde, kommer fram i den negative erfaringen av tapet. Bevissthet om avhengighet fører gjerne med seg en avmaktsfølelse og tap av mestringsfølelse. Det er smertefullt å bli påminnet tapet av evnen til å mestre sitt eget liv.

I vår kultur er autonomi, altså det å kunne bestemme over seg selv, en overordnet verdi. Et slikt ideal kan lett medføre en tanke om at vi er uavhengige av andre. Omsorg er bare moralsk og ansvarlig når den gis med full respekt for den andres autonomi. Omsorgen må både rette seg mot personen som en trengende og avhengig, og på den annen side mot å understøtte personens selvhjulpenhet/faktisk autonomitet.

Avhengighet fortoner seg annerledes for oss som nyfødte enn som voksne. Den opphører ikke, eller blir mer begrenset, men utvider seg fordi andre da er avhengige av oss, og vi er oss dette bevisste. Det er en nær sammenheng mellom avhengighet og ansvar. Når vi er bevisste andres avhengighet av oss, kjenner vi også på et ansvar for andres ve og vel. Ansvar er et nøkkelbegrep i etikken og et viktig fenomen i vårt samspill med andre.

Å trenge omsorg er ikke en handling som krever bevissthet eller spesielle evner. Å gi omsorg, derimot, er en handling som krever bevissthet samt kognitive og følelsesmessige evner. Å være et moralsk subjekt innebærer i tillegg til empati- og omsorgsevne, også kognitive evner til å tolke situasjoner. Hva du føler i situasjonen, må gå hånd i hånd med en kognitiv oppfatning. Man skal ikke bare kunne vise omsorg, men også respekt. Disse to teoretiske retningene – selvpsykologi/objektrelasjonsteori og kognitiv teori - trenger og utfyller hverandre.

Å bli en person er noe som kun eksisterer i relasjoner til andre. Grunnleggende trygghet og tillit etableres tidlig i livet og kan være skjør eller robust. Behovet for å bli sett synes universelt, selv om graden varierer.

Metodekritikk

Kvalitativ metode

Det ble valgt et kvalitativt design for denne studien. Målet var å få en forståelse av pasienters opplevelser med telefonbasert behandling. Kvalitative studier handler nettopp om å forstå verden fra intervjupersonens side og å få frem deres erfaringer, meninger og opplevelser (Kvale og Brinkmann, 2015). Et kvantitativt design med skjematisk spørreundersøkelse ville trolig ikke kunnet fange opp disse opplevelsesdimensjonene (Malterud, 2017). Data fra informantene ville blitt begrenset av spørsmålene som ble stilt, og man ville ikke hatt mulighet for oppfølgingsspørsmål. Ved en større studie kunne man kombinert en kvalitativ og kvantitativ undersøkelse; mixed methods, for å få et større og bredere utvalg samtidig som man også kunne gått i dybden.

Kvalitative studier handler om hvordan mennesker oppfatter verden og hvordan de presenterer seg selv. De beskriver ikke en objektiv virkelighet. Hva folk sier de gjør eller har gjort, kan være forskjellig fra hva de faktisk gjør eller har gjort. Samtidig var ikke dette en studie rettet mot handlinger som sådan, men om opplevelser som avhenger av andre. Dermed er dette temaet kanskje i liten grad noe man kan oppleve prestisje til, eller som man har et ønske om å fremstille seg selv i et godt lys i henhold til. Likevel, når jo også informantene snakket om viktigheten av normalitet, kan det eksempelvis ikke utelukkes at man svarer ut fra et ønske om å fremstå nettopp normal. Man kan også svare ut fra hva som setter terapeuten i et godt lys, eller ut fra hva man tror intervjuer ønsker å høre.

Man kan som forsker ikke stille seg utenfor den verdenen man skal undersøke og se inn i den, fordi en selv er en del av den. Blinding er ikke mulig i kvalitativ forskning. Dermed vil også intervjuers tilstedeværelse prege funnene, og tolkninger av funnene igjen prege resultatene (Malterud, 2017). Forskeren selv som bias, vil være en utfordring man aldri kan komme utenom i forskning, og særlig i kvalitativ forskning, hvor man selv i enda større grad er instrumentet. Bruk av kvalitativ metode kan bringe forskeren nærmere informantene enn det som er vanlig i kvantitativ forskning. Ved kvalitative studier er nærhet til feltet en viktig forutsetning, og det er nødvendig med en refleksiv holdning. Refleksivitet handler om forskerens evne og vilje til å være kritisk og utforskende til egne fremgangsmåter og konklusjoner. Man må være åpen for uventede konklusjoner (Malterud, 2017). Dette innebærer evnen til å se betydningen av sin egen rolle i samhandling med informantene, innsamlede data og analysen (Skolbekken et al., 2010). Det krever bevissthet, åpenhet, ærlighet og kanskje helst en god dose erfaring for å gjøre denne påvirkningen så liten som

mulig og å erkjenne at den eksisterer. Det at man påvirker forskningen og resultatet selv, betyr ikke at det er umulig å finne betydningsfulle resultater. På samme måte som forskeren påvirker, vil det jo også i det virkelige liv alltid være noe og noen som påvirker oss. Man må tilkjenne hvem man er som forsker, hvilke informanter som inngår, setting, metoder og teorier som er brukt. Dette forsøkes besvares videre i dette kapittelet.

Utvalg

Det ble i forkant vurdert å intervju mellom tre og sju informanter, men da fem intervju var gjennomført, ble dette vurdert som en metning. En god informasjonsstyrke var da oppnådd, og kunnskapen var tilstrekkelig til å kunne se både mønstre og brytninger (Malterud, 2017). Med enn større tidsramme, ville det kanskje likevel blitt intervjuet et par personer til for å styrke funnene ytterligere, og eventuelt se andre brytninger. Ved dette tilfellet ble det imidlertid vurdert, ut fra den verdifulle informasjonen informantene hadde gitt, at god tid til analyse var å foretrekke framfor ytterligere informasjon.

Reliabilitet handler om hvor pålitelige resultatene er, hvorvidt resultater er stabile over tid og om de er representative for flere enn informantene (Kvale et al., 2009). Begrepet stammer fra kvantitativ forskning, men brukes også i kvalitativ forskning, selv om det er uenigheter knyttet til hvorvidt man kan måle pålitelighet i kvalitativ forskning. I kvantitative studier er kvalitetsstemplet at de er forklarende, mens kvalitet i kvalitative studier handler om å generere forståelse (Golafshani, 2003). Kvalitative studier kan ikke brukes til å undersøke årsak virkning-sammenhenger, kun oppfatninger av slike sammenhenger. Kvalitative studier innebærer å gå i dybden der hver informant bidrar med mye informasjon. Slik informasjon kan ha en overføringsverdi til andre kontekster, men tradisjonell generaliserbarhet vil ikke være mulig i en kvalitativ studie. Det blir her viktigere at deltakerne bidrar med mye og god data enn at de er mange, og mange informanter gir faktisk en større risiko for lav kvalitet enn få informanter i kvalitativ forskning. (Skolbekken et al., 2010)

Utvalget i denne studien besto utelukkende av pasienter som hadde fullført en behandling gjennom RPH. Utvalget var dermed strategisk, og utelukket eksempelvis pasienter som ikke hadde fullført behandling. Målet med denne studien var ikke å finne ut hvorvidt telefonbasert behandling er en god metode eller ikke, men å de nærmere på hva de som opplever det nyttig, begrunner denne opplevelsen med. Det var også vesentlig at informantene hadde erfaring med telefonbasert behandling. Et strategisk utvalg kan være viktig for å sikre intern validitet, altså at funnene kan forklares gjennom hypotesen (Malterud, 2017). Utvalget kan tenkes å være de som i utgangspunktet var mest positive til hjelpen de hadde mottatt. De som eventuelt var mer

misfornøyde, var kanskje ikke like villige til å bidra med noe ekstra. Dette svekker imidlertid ikke nødvendigvis funnene, da det altså ikke var noe mål å undersøke tilfredshet versus misnøye. Informantene vurderes ikke å ha vært en for homogen gruppe, da det kom fram ulike nyanser og synspunkter gjennom intervjuene.

Det ble ikke benyttet informanter fra intervjuers egen praksis i dette studiet. Det ville vært en enkel måte å skaffe informanter på, og det kunne også være en måte å sikre seg informanter med forventet ulike synspunkter osv. Det er ikke bare forskeren som påvirker studien, det gjør også informantene. De kan prøve, bevisst eller ubevisst å fremstille seg bedre enn det de faktisk er. Det er naturlig at vi som mennesker ønsker å presentere oss selv på en god måte. Vi er også stort sett høflige mennesker. Ved å bruke personer som har gått i behandling hos intervjuer, kunne dette blitt forsterket ved at informantene ikke vil såre behandleren sin, eller de vil prøve å svare det de tror er forventet. Så derfor, til tross for at det kunne hatt klare fordeler også, eksempelvis ved at det kanskje er lettere hvis man angrer på noe man har sagt i ettertid, er lettere å ta kontakt om dette til en person man har en sterkere relasjon til, intervjuer ikke personer fra eget praksissted.

Datainnsamling

Det ble foretatt semistrukturerte individuelle intervjuer. To av intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt, og tre per telefon. Denne kombinasjonen var interessant og lærerikt med tanke på temaet som ble studert. Det ble blant annet ved det ene telefonintervjuet erfart en avbrytelse underveis ved at noen kom inn i rommet, noe som ble beskrevet som et lite minus ved telefonkonsultasjoner av enkelte informanter. Hvert intervju hadde en varighet på mellom 40 og 60 minutter. Intervjuene som ble foretatt per telefon ble kortere enn de fysiske møtene. Dette kan ha sammenheng med at stillhet ble så å si fraværende på telefon, og at intervjuguiden nok i større grad ble fulgt. Hvorvidt dette påvirket informasjonen vites ikke, men informantene fortalte villig også ved telefonkonsultasjonene, og resultatet var en rik samling av informasjon.

Det var kun én intervjuer til stede under samtalene. Hadde det vært flere, kunne det kanskje vært enklere å passe på at samtalen blir åpen og ikke-styrende ut fra en bevisst eller ubevisst agenda. Valget om én intervjuer handlet både om personvern og ikke minst om å prøve å skape et best mulig klima for en god samtale. Det ble tenkt at dette kunne oppleves tryggere og mer komfortabelt.

I forkant av de fem intervjuene ble det foretatt ett prøveintervju per ansikt til ansikt og ett per telefon for å teste intervjuguide (vedlegg 1), være bedre forberedt på intervjuene og for å teste

at lydopptaker fungerte. Intervjuer er vant med terapeutiske samtaler og følte seg trygg på situasjonen i forkant. Prøveintervju ble derfor ikke vurdert som så viktig, men ble besluttet gjennomført uansett. I ettertid sees nytten av dette. Et forskningsintervju er ikke det samme som en terapeutisk samtale når det gjelder mål og fokus. Erfaring med terapeutsamtaler var en fordel når det gjaldt ro i forkant, det å kunne stille åpne undrene spørsmål og det å kunne ta pauser for å vente på utdypende svar. Samtidig var det også utfordrende ved at det var lett å tenke seg inn i en hjelperrolle, og at fokuset glimtvist kunne bli styrt av dette. Det å forberede seg godt, både med tanke på hvem man skal intervju og hvordan, og med å lage intervjuguide er viktige bidrag med tanke på å sikre god reliabilitet og validitet. Intervjuguiden ble justert noe i etterkant av prøveintervjuer. Det var også klokt å sikre at lydopptaker fungerte som den skulle, særlig når den skulle brukes ved telefonkonsultasjon.

Det ble vurdert fokusgruppeintervju framfor individuelle intervjuer. Fokusgrupper blir brukt i stadig større grad innen kvalitativ forskning (Kvale og Brinkmann, 2015). Det ble vurdert om gruppeintervju kunne frembringe mer informasjon i form av at det en informant sa, kunne føre en annens tanker videre osv. Da det likevel landet på individuelle intervjuer, var det fordi det ikke var ønskelig med en slik påvirkning fra de andre deltakerne. Det var ønskelig å se om de samme tema ble berørt uavhengig av hverandre eller ikke. I tillegg ble temaene det skulle intervjues om vurdert som sårbare samtaleemner i form av at man blottlegger det hjelpebehovet man har hatt, og det tenktes derfor mindre belastende med individuelle intervjuer. Ved samtale om private eller tabubelagte temaer, kan det tenkes at informantene ville holdt tilbake opplysninger ved en gruppesamtale. Samtidig kan det også hende at det å høre andre som snakker om private ting, kan bidra til at informantene føler seg mindre alene og dermed gjør det lettere å uttrykke seg om vanskelig emner (Kvale og Brinkmann, 2015).

Validitet betyr gyldighet, og handler om hvorvidt studien faktisk måler det den var ment å måle, samt hvor sannferdige resultatene er (Skolbekken et al., 2010). En måte å styrke validiteten på, er å gå i dialog med informantene om fortolkningen av det de sier. Dette ble forsøkt gjennomført underveis i alle intervjuene. Lydopptakene viste i etterkant at det i mange tilfeller ble gjort, men at det også var flere tilfeller der det kunne vært nyttig å dobbeltsjekke eller be om en utdyping.

Analyse

Analyse betyr å dele opp i deler (Kvale og Brinkmann, 2015). Det innebærer å skifte mellom nærhet og distanse i datamaterialet og veksle mellom å se på hele datamaterialet, de kodede utdragene av data som du analyserer og analysen av dataene du produserer (Braun og Clarke, 2006). Det ble tatt utgangspunkt i Braun og Clarks` (2006) temaanalyse. Dette er en metode

som ifølge dem selv egner seg godt for uerfarne forskere, fordi den er fleksibel, og ikke krever detaljert teoretisk og teknologisk kunnskap. Dette, i tillegg til en oversiktlig, logisk og tiltalende presentasjon, var årsaken til at det ble nettopp denne metoden som ble valgt for analyse.

Til tross for noen forskjeller, er det mange likheter mellom de ulike kvalitative forskningsmetodene (Malterud, 2017). Det viktigste er kanskje dermed ut til å være å ta et valg for å ha en bevissthet om og retningslinjer knyttet til analyseprosessen, uavhengig av hvilken metode man velger. Det er ingen grunn til å tro at en annen metode, eksempelvis Malteruds systematiske tekstkondensering, ville gitt et annet resultat. Det å ikke velge en spesifikk analysemetode, derimot, ville kunne resultert i en tilfeldig referering av informasjon gitt i intervju, mer enn en systematisk tolking av data. Underveis i prosessen var det fristende å skifte analysemetode til nettopp Malterud. Den også virket passende, og det finnes mer grundig litteratur på norsk om denne metoden enn Braun og Clarks. Valget ble likevel å holde seg til den prosessen som var startet, noe som i ettertid vurderes fornuftig.

Prosesen startet allerede under intervjuene, hvor en kartlegging av meningsmønstre med potensiell interesse for dataene ble påbegynt. Analysen skal ikke gi en gjenfortelling av funn. Systematisk analyse med forpliktende tolkninger og resultater som lærer oss noe nytt, utgjør den viktigste forskjellen mellom forskning og synsing (Malterud, 2017). Det å ende opp med temaer som er tilsvarende spørsmål eller temaer i intervjuguiden, er en av flere mulige indikasjoner på nettopp dette (Braun og Clarke, 2006). Et av temaene i denne studien er nesten tilsvarende et av fokusområdene i intervjuguiden, men fikk en annen form gjennom intervjuene og analysen, nemlig «relasjon». Øvrige temaer var ikke samsvarende, og selv om det i seg selv ikke er en bekreftelse på riktig utført analyse, er det iallfall en positiv indikasjon.

Lyddopptakene ble transkribert suksessivt. Transkriberingen ga en langt grundigere forståelse av og bevissthet om dataene. Videre kan oppmerksomheten som trengs for transkribering, øke de tolkende ferdighetene som trengs for analyse (Braun og Clarke, 2006). Intervjuer var også den som transkriberte og analyserte materialet. Viktig informasjon og refleksjoner kan potensielt ha gått tapt som en følge av at ikke flere øyne så, hørte og tolket. Ubevisst kan man søke etter å få bekreftet det en tidligere har erfart og gjort seg opp en mening om. Det ble brukt lang tid på forberedelser til intervjuene, transkribering, lytting til opptak og gjentakende lesing og tolking av dataene for å prøve å motvirke dette. Analysen er ikke en lineær prosess hvor man beveger seg fra en fase til en annen, men i stedet beveger man seg frem og tilbake etter behov i de ulike fasene. Det ble erfart at dette er en prosess som utvikler seg over tid, og som man ikke bør forte seg for mye i (Braun og Clarke, 2006).

Forforståelse

Utgangspunktet for dette studiet var en induktiv og nysgjerrig innstilling til temaet, hvor en teori kom fram gjennom observasjon (Kvale et al., 2009). Dette er et utgangspunkt som kan gjøre det noe enklere å påvirke mindre, fordi man ikke i samme grad er ute etter et bestemt svar. På den annen side er det jo uansett en grunn til at man ønsker å undersøke akkurat det man gjør og at intervjuguiden inneholder det den gjør. Vi kan aldri møte andre uten en forforståelse, og denne forforståelsen kan kanskje være vanskeligere å se ved en induktiv tilnærming.

En forforståelse handlet om betydningen av alliansen mellom pasient og terapeut i psykoterapi. Dette var også et av temaene i intervjuguiden. Målet var å styre samtalene minst mulig, være minst mulig forutinntatt og være lyttende og åpen for informantenes historier. Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk eller i noen bestemt rekkefølge, annet enn at samtlige først ble bedt om å fortelle om hvordan de kom i kontakt med den aktuelle tjenesten og tilbudet der. Videre spørsmål ble utviklet i samtalen som følge av det informantene sa. Målet var altså å la informantene få styre retningen på samtalene i størst mulig grad, men tross alt knyttet til det temaet som skulle undersøkes. Det ble både under intervjuene og ved analysen forsøkt å være seg bevisst hvordan interessen for det relasjonelle og også andre spørsmål og tema, kan ha påvirket svar og tolkninger.

Etikk og personvern

I denne studien som ved annen forskning, og spesielt kvalitative studier, ble informantene utsatt for en risiko ved at de deltok, dette uten at de i utgangspunktet fikk noe annet enn en sjokoladeske igjen for det. Risikoen kan omhandle at de fikk spørsmål som minte dem om vanskelige hendelser, de kan ha kommet i en lojalitetskonflikt til veilederen/terapeuten de hadde kontakt med, de brukte av tiden sin eller de kan ha kjent ubehag ved å ha blitt spurt om noe de ikke ønsket å snakke om (Skolbekken et al., 2010). Er det da verdt det? Forskning er nyttig, og skal hjelpe oss med en positiv utvikling av samfunnet, og det er dermed verdt det hvis samfunnsnyttien overstiger informantenes risiko (Skolbekken et al., 2010). For å redusere denne risikoen for informantene, ble det i forkant informert deltakerne om hva de skulle være med på gjennom et informasjonsskriv (vedlegg 2). Informasjon ble gjentatt i starten på intervjuet. Alle informantene skrev under på et samtykke, hvor det fremgikk tydelig hva de faktisk takket ja til å delta på. Samtykket inneholdt også informasjon om muligheten for å trekke seg underveis. Ingen av deltakerne har trukket seg eller vist skepsis i etterkant av

intervjuet. Det var ingen av deltakerne som underveis i intervjuene ytret at det var temaer som kom opp som de ikke ønsket å snakke om.

Også underveis i forskningen og i etterkant skal informantene ivaretas. Forskeren sitter med mer makt og er den som definerer situasjonen (Kvale og Brinkmann, 2015). Selv om dette er uunnværlig, kan man som intervjuer gjøre sitt for å skape mest mulig likeverdighet i samtalen ved å være nysgjerrig og åpen for informantens subjektive opplevelse. Dette ble forsøkt varetatt, blant annet gjennom en bevissthet rundt det, en ikke for detaljert intervjuguide (vedlegg 1), genuin nysgjerrighet og kun én intervjuer. Hvorvidt målet ble nådd er selvfølgelig vanskelig å si, men en indikasjon er iallfall at informantene snakket fritt uten mange spørsmål, noe som kan tyde på en trygghet i situasjonen.

Det var lite personopplysninger i det informantene formidlet under intervjuene, men det som var av slikt, ble fjernet da materialet ble transkribert. Lydfiler og transkribert materiale oppbevares på lokal disk på passord-beskyttet pc, og selve båndopptakeren samt samtykkeerklæringer blir oppbevart i låsbart arkivskap. Alle lydopptaksfiler og materiale som kan røpe informantenes identitet slettes og makuleres når sensur på oppgaven foreligger.

Det ble ikke utvekslet personalopplysninger på noen som ikke selv meldte sin interesse til intervjuer, og terapeutene visste heller ikke hvem som videre samtykket i å delta eller ikke. Det var flere som hadde sagt seg interessert i å delta, enn som tok videre kontakt.

Redelighet er kanskje en selvfølgelighet i et forskningsarbeid, men det kan nok likevel noen ganger, bevisst eller ubevisst, for eksempel være lett å ta en snarvei eller å la egen forforståelse få for stor innflytelse. Det er lettere å se de forhold som støtter ens egen teori enn det som ikke gjør det, og en redelighet fordrer en bevissthet rundt egen påvirkning. Man bør som forsker prøve å nullstille seg, være åpen og nysgjerrig. Det er viktig at forskeren er bevisst egne holdninger og betydningen de kan få. Forskeren kan i for stor grad identifisere seg med de personene som inngår i forskningen, noe som gjerne omtales som «going native». Det finnes ikke en «nøytral» eller «objektiv» tolkning av menneskelige handlinger og ytringer, og forskerens verdier, fordommer og forutsetninger vil farge både den måten forskeren framskaffer og tolker sine forskningsdata på, og møter sine informanter på. Informantene vil på sin side også være fortolkere, i den forstand at de forsøker å forstå bakgrunnen for de spørsmålene som blir stilt dem. Informantenes fortolkninger vil gjerne være preget av de forventningene vedkommende har til forskeren. Dersom forskeren ikke er seg bevisst disse forholdene, vil det kunne føre til feil, eller inadekvat, fortolkning av

forskningsdataene (Skolbekken et al., 2010). Det er forsøkt å ha med seg en bevissthet rundt dette i hele prosessen.

God etisk forskning må holde en akseptabel vitenskapelig standard, og dette krever innsats og ettertanke (Skolbekken et al., 2010). Det kreves også aktsomhet, jf. forskningsetikkloven §4 (Kunnskapsdepartementet, 2017). Også her er det utfordrende å vurdere hvor godt man selv har lyktes i henhold til standarden, fordi ens egen vurdering også er tolkninger avhengig av ståsted og fokus. En bevissthet og hederlig forsøk medfører ikke i seg selv at man lykkes, men hjelper betraktelig.

For å sikre reliabilitet i kvalitativ forskning er undersøkelse av troverdighet avgjørende. Troverdigheten er igjen avhengig av forskerens evner og innsats (Golafshani, 2003). Det vurderes at resultatene i denne studien kan reproduseres, og derfor er pålitelige. Det at store deler av funnene samsvarer med tilsvarende forskning fra andre land, styrker denne oppfatningen.

Det er utarbeidet sjekklister som hjelpemidler for å kunne sikre reliabilitet og validitet, som CASP checklist og en norsk utgave basert på CASP på helsebiblioteket.no (2018). Dette har vært nyttige verktøy, både for å vurdere eget arbeid og andre relaterte studier. Vesentlige spørsmål om hvorvidt det foreligger en klar problemstilling, om designet er velegnet til å svare på problemstillingen, hvorvidt resultatene kan brukes i praksis og så videre ble gjennom dette belyst.

Selv om retningslinjene for god kvalitativ forskning er forsøkt fulgt, og fulgt igjen når tråden ble mistet, er dette i seg selv ingen garanti for forskningens relevans (Malterud, 2017). Det vurderes at denne studien har gitt ny kunnskap om hva norske pasienter i RPH vurderer som viktige faktorer for god og nyttig hjelp. Tidligere studier om samme temaer i andre land styrkes også gjennom at mange funn er samsvarende. Dette er viktig kunnskap for å bygge kvalitet og kompetanse inn i tjenester som yter slik hjelp.

Litteratur

- Andersson, G., Paxling, B., Wiwe, M., Vernmark, K., Felix, C. B., Lundborg, L., . . . 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(9), 544-550. doi:10.1016/j.brat.2012.05.003
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*: Guilford press.
- Beckner, V., Vella, L., Howard, I., & Mohr, D. C. (2007). Alliance in Two Telephone-Administered Treatments: Relationship With Depression and Health Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 508-512. doi:10.1037/0022-006X.75.3.508
- Bee, P. E., Lovell, K., Lidbetter, N., Easton, K., Gask, L. J. S. S., & 71, M. V. (2010). You can't get anything perfect: "User perspectives on the delivery of cognitive behavioural therapy by telephone". (7), 1308-1315.
- Berge, T., & Karlsen, K. E. (2010). Bruk av telefon i psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(9), 827-833.
- Berge, T., & Repål, A. (2004). *Den indre samtalen: kognitiv terapi i praksis*: Gyldendal akademisk.
- Berge, T., & Repål, A. (2015). *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utgave. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berger, T. (2017). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychother Res*, 27(5), 511-524. doi:10.1080/10503307.2015.1119908
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Braun, V., & Clarke, V. J. Q. r. i. p. (2006). Using thematic analysis in psychology. 3(2), 77-101.
- Donaghy, E., Atherton, H., Hammersley, V., McNeilly, H., Bikker, A., Robbins, L., . . . McKinstry, B. (2019). Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*, 69(686), e586-e594. doi:10.3399/bjgp19x704141
- Golafshani, N. (2003). Understanding reliability and validity in qualitative research.(Report). *The Qualitative Report*, 8(4), 597.
- Hailey, D., Roine, R., & Ohinmaa, A. (2008). The Effectiveness of Telemental Health Applications: A Review. In (Vol. 53, pp. 769-778). Los Angeles, CA.
- Hailey, D., Roine, R., & Ohinmaa, A. (2008). The Effectiveness of Telemental Health Applications: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(11), 769-778. doi:10.1177/070674370805301109
- Haller, E., Besson, N., & Watzke, B. (2019). "Unrigging the support wheels" - A qualitative study on patients' experiences with and perspectives on low-intensity CBT. *BMC Health Services Research*, 19(1). doi:10.1186/s12913-019-4495-1
- Helsebiblioteket.no. (2018). from Helsebiblioteket.no
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser: Sammensatte tjenester – samtidig behandling, § Kap 7 (2011).
- Kvalitet og kompetanse – om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre, (2011).

- Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten IS 2076, (2014).
- Henriksen, J.-O., & Vetlesen, A. J. (2000). *Nærhet og distanse : grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9-16. doi:10.1037/a0022186
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139-149. doi:10.1037/0022-0167.38.2.139
- Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services, 52*(4), 482-485. doi:10.1176/appi.ps.52.4.482
- Karterud, S. (1997). Selvpsykologi og hermeneutikk. In (pp. 211-227). Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
- Kunnskapsdepartementet. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven)*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2017-04-28-23>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (Vol. 3). Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leach, L. S., Christensen, H., & Leach, L. S. (2006). A systematic review of telephone-based interventions for mental disorders. *Journal of telemedicine and telecare, 12*(3), 122-129. doi:10.1258/135763306776738558
- Lundgren, J., Johansson, P., Jaarsma, T., Andersson, G., & Kärner Köhler, A. (2018). Patient Experiences of Web-Based Cognitive Behavioral Therapy for Heart Failure and Depression: Qualitative Study. *Journal of Medical Internet Research, 20*(9), e10302. doi:10.2196/10302
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438-450. doi:10.1037/0022-006X.68.3.438
- McKinstry, B., Watson, P., Pinnock, H., Heaney, D., & Sheikh, A. (2009). Telephone consulting in primary care: a triangulated qualitative study of patients and providers. *British Journal of General Practice, 59*(563), e209-e218. doi:10.3399/bjgp09x420941
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Julian, L., Catledge, C., Honos-Webb, L., Vella, L., & Tasch, E. T. (2005). Telephone-Administered Psychotherapy for Depression. *Archives of General Psychiatry, 62*(9), 1007. doi:10.1001/archpsyc.62.9.1007
- Mohr, D. C., Ho, J., Duffecy, J., Reifler, D., Sokol, L., Burns, M. N., . . . Siddique, J. (2012). Effect of Telephone-Administered vs Face-to-face Cognitive Behavioral Therapy on Adherence to Therapy and Depression Outcomes Among Primary Care Patients: A Randomized Trial. *JAMA, 307*(21), 2278-2285. doi:10.1001/jama.2012.5588
- NAPHA. (2020). Rask psykisk helsehjelp.
- Nielsen, G. H., & Lippe, A. L. v. d. (2002). *Psykoterapi med voksne : fem perspektiver på teori og praksis*. Oslo: TANO.
- Nordgreen, T., & Repål, A. (2019). *Veiledet internettbehandling : digitale verktøy for psykisk helsehjelp*. Oslo: Gyldendal.
- Parry, G., Barkham, M., Brazier, J., Dent-Brown, K., Hardy, G., Kendrick, T., . . . Connell, J. (2011). An evaluation of a new service model: Improving Access to Psychological Therapies demonstration sites 2006-2009, Final Report.
- Rosenfeld, M., & Wrangsjö, B. (2011). Telefonen som terapeutisk redskap. *Psykisk Hälsa, 2*, 40-45.

- Rosenfield, M. (2013). *Telephone counselling : a handbook for practitioners*.
- Rosenfield, M., & Wrangsjö, B. (2011). Telefonen som terapeutisk redskap. *Psykisk Hälsa*, 2, 40-45.
- Rozenal, A., Boettcher, J., Andersson, G., Schmidt, B., & Carlbring, P. (2015). Negative Effects of Internet Interventions: A Qualitative Content Analysis of Patients' Experiences with Treatments Delivered Online. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(3), 223-236. doi:10.1080/16506073.2015.1008033
- Skolbekken, J., Songe-Møller, V., Ruyter, K., & HOVLAND, B. (2010). Veiledning for Forskningsetisk og Vitenskapelig vurdering av Kvalitative Forskningsprosjekt innen Medisin og Helsefag. In.
- Rask Psykisk Helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge, (2016).
- Solum, E. (1993). *Normalisering : grunnlag og mål for omsorg* (2. rev. og utvidede utg. ed.). Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Stiles-Shields, C., Kwasny, M. J., Cai, X., & Mohr, D. C. (2014). Therapeutic alliance in face-to-face and telephone-administered cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 82(2), 349-354. doi:<https://dx.doi.org/10.1037/a0035554>
- Turner, J., Brown, J., Carpenter, D. J. J. o. p., & nursing, m. h. (2018). Telephone-based CBT and the therapeutic relationship: The views and experiences of IAPT practitioners in a low-intensity service. 25(5-6), 285-296.
- Tveiten, S. (2019). *Veiledning : - mer enn ord* (5. utgave. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.

Intervjuguide

Temaer/eksempler på spørsmål	Notater
Informasjon om studiet/bakgrunn for samtalen	Ikke på oppdrag for noen - master – nøytral Mest mulig åpen og uformell samtale Kan trekke tilbake samtykket når som helst
Bakgrunn for kontakt, selve henvendelsen Kan du fortelle om hvordan du kom i kontakt med tjenesten? Hvordan ble telefonveiledning presentert? Hvilke tanker gjorde du deg om det?	
Generelt om behandlingsforløpet Kan du fortelle meg generelt om behandlingen – antall samtaler, hyppighet, første kontakt, hvor, behandlingsstart og -slutt? Hvordan forberedte du deg evt. til de enkelte samtalerne?	
Opplevelse av mottatt hjelp Hva vil du si om nytten du har hatt av behandlingen? Hva har du lært? Hva huskes som nyttig og ikke? Var det faser som var mer eller mindre viktige? Tanker om andre behandlingsformer til sammenligning – fordeler og ulemper?	
Opplevelse av relasjon/allianse Hvordan opplevdes kontakten med behandler? Hvordan ble evt trygghet, forståelse, respekt uttrykt?	
Merknader Kan du fortelle om episoder eller samtaler du husker godt? Noe som gjorde spesielt inntrykk? Noe som kan trekkes fra som spesielt positivt/spesielt negativt? Hva er viktig for god hjelp, og blir dette ivaretatt ved telefonkontakt? Ville du anbefalt andre det samme?	

Vil du delta i forskningsprosjekt om dine opplevelser av telefonbasert veiledet selvhjelp?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvilke erfaringer brukere/pasienter sitter igjen med etter å ha mottatt kognitiv veiledet selvhjelp per telefon. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Helsedirektoratet har initiert etablering av tilbudet Rask psykisk helsehjelp fra 2012. Med dette kom et styrket tilbud til mennesker med lette til moderate angst- og depresjonsproblemer, og hjelpen skulle komme raskt og være lett tilgjengelig. En del av denne satsingen handlet også om å ta i bruk metoder som har vært lite utprøvd i Norge, herunder behandling eller veiledet selvhjelp per telefon. Det er så langt ikke gjort noen undersøkelser på hvordan norske pasienter som har mottatt slik hjelp opplever det.

Dette er en kvalitativ studie på masternivå. 3-7 personer skal intervjues om sine opplevelser.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Molde er ansvarlig for prosjektet.

Kontaktperson: Hanne Drøyvollsmo, tlf 900 11 380.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å komme i kontakt med personer som akkurat har avsluttet et behandlingsforløp per telefon. Trondheim kommune er utvalgt behandlingssted. Alle som avslutter slik behandling der vil fra gitt dato bli spurt om å delta, fram til vi har tilstrekkelig antall deltakere. Vi får ingen informasjon om hvem dette skrivet sendes til, så du må selv ta kontakt for å delta.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du sier deg villig til å hjelpe oss med denne studien, vil vår kontaktperson foreta et intervju med deg. Det antas at intervjuet vil ha en varighet på omtrent en time. Det vil bli tatt lydopptak av samtalen, som senere vil transkriberes og analyseres. All informasjon blir anonymisert, og lydopptak vil bli slettet når studien er fullført.

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. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Hvis du velger å trekke deg på et senere tidspunkt, vil personopplysninger slettes.

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 vår kontaktperson og ansvarlig veileder ved Høgskolen i Molde, Karl Yngvar Dale som vil ha tilgang til personopplysninger om deg. Studiet vil fremlegges en studiegruppe underveis i prosjektperioden, men da vil alle personopplysninger være fjernet.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Alt materiale vil oppbevares i låsbare arkivskap og passordbeskyttet PC.
- Du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon, alt som du eventuelt forteller i intervjuet som kan relateres tilbake til deg, vil bli anonymisert ved transkribering.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2020. Lyddopptak og personopplysninger vil slettes/makuleres når prosjektet avsluttes.

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 Høgskolen i Molde 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:

- Kontaktperson: Hanne Drøyvollsmo, tlf 900 11 380, hanne.droyvollsmo@bjugn.kommune.no
- Høgskolen i Molde ved Karl Yngvar Dale, tlf 71 21 40 57, mail: Karl.Y.Dale@himolde.no [sett inn navn og kontaktopplysninger til prosjektansvarlig]. I studentprosjekt må kontaktopplysninger til veileder/prosjektansvarlig fremgå, ikke kun student
- Vårt personvernombud: Merete Ludviksen, mail: personvernombud@himolde.no eller telefon: 71 21 41 18
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

VI HÅPER Å HØRE FRA DEG. TA KONTAKT MED HANNE DRØYVOLLSMO PÅ TLF 900 11 380 (RING EL SEND SMS) ELLER PÅ MAIL

hanne.droyvollsmo@bjugn.kommune.no. Du vil få en liten påskjønnelse som takk for deltakelsen.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Kontaktperson

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *om pasienters/brukeres opplevelse av telefonbasert behandling*, 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. *juni 2020*

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Artikkel

- Ment for publisering i Tidsskrift for psykisk helsearbeid (Inntil 5000 ord)

Når terapeuten ringer

- Hva anser pasienter med lette til moderate angst- eller depresjonsproblemer som viktig for god og effektiv hjelp ved telefonbasert kognitiv terapi?

Sammendrag

Effektstudier har vist at telefonbasert behandling kan være like effektiv som ansikt til ansikt-behandling. Det er få studier som tar for seg pasientopplevelser ved telefonbasert behandling. Målet med denne studien var å få et innblikk hvilke faktorer mottakere av telefonbasert veiledet selvhjelp anser mest betydningsfulle for effektiv hjelp og opplevd bedring.

Det var særlig tre områder informantene trakk fram som vesentlige for bedring; tilgjengelighet, egeninnsats og relasjonen til terapeut. Disse elementene ga informantene trygghet og en følelse av normalitet.

Abstract

Effect studies have proven telephone-based therapy to be just as effective as face-to-face counselling. There is a lack of research on patient experience of telephone-based therapy. The purpose of this study was to gain insight into which factors patients consider to be most crucial for effective help and perceived recovery.

There were particularly three aspects the informants emphasized as imperative for recovery; accessibility, individual effort and the connection between the client and therapist. These elements secured the informant's feeling of safety and sense of normality.

Nøkkelord/Keywords

Telefonbasert behandling, Rask psykisk helsehjelp (RPH), veiledet selvhjelp

Telephone based treatment, Improved Access to Psychological Therapies (IAPT), guided self-help

Bakgrunn

Rask psykisk helsehjelp (RPH) ble initiert av Helsedirektoratet i 2012, med en intensjon om økt bruk av alternative behandlingsformer som telefon, internett og kursgrupper. Hensikten med dette var å gjøre behandlingen mer fleksibel og tilgjengelig. RPH bygger på den engelske modellen Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) som ble etablert i 2007. RPH er basert på kognitiv terapi og skal gi hjelp til mennesker med lette til moderate angst- og/eller depresjonsproblemer (Helsedirektoratet, 2014). Det er disse problemene som er de vanligste psykiske problemene i befolkningen og som også gir den største sykdomsbyrden samfunnsmessig sett (Smith et al., 2016).

Rask psykisk helsehjelp har blitt og blir evaluert av folkehelseinstituttet. Deres første rapport viste at 60 prosent av deltakerne ikke lenger hadde kliniske verdier av angst eller depresjon ved behandlingsslutt (Smith, Alves, and Knapstad 2016). Det var imidlertid kun 8,9 prosent av totalen som mottok veiledet selvhjelp, og her igjen mottok noen denne veiledningen ansikt til ansikt og noen per telefon. Det at så få mottok veiledet selvhjelp er interessant i seg selv, i og med at nettopp dette var en viktig del av satsningen. Evalueringsrapporter både fra RPH og fra IAPT, har vist en viss skepsis eller vegring blant behandlerne mot telefonbasert behandling (Smith et al., 2016; Turner et al., 2018). Skepsisen bunnet i manglende kunnskap og rutine, at dette ikke var en god nok behandling eller at man mistet det mest essensielle i terapien, nemlig relasjonen. Flere av terapeutene som forsøkte å bruke veiledet selvhjelp som hovedtilnærming, fortalte imidlertid om overraskende positive opplevelser og resultater.

Det meste av studiene om telefonbasert behandling internasjonalt er effektstudier, og viser at telefonbasert behandling kan ha positiv effekt på lik linje med ansikt til ansikt-behandling (Hailey et al., 2008; Leach et al., 2006). Det er også gjort noen studier omkring pasientopplevelser ved telefonbasert behandling (Bee et al., 2010; Haller et al., 2019; McKinstry et al., 2009). Opplevelsene er generelt positive, og tilgjengelighet er det mest gjennomgående temaet. I Norge er det forsket lite på telefonbasert behandling, og enda mindre på pasienters opplevelser ved denne typen konsultasjoner.

Internettbehandling og videokonsultasjoner er beslektede behandlingsformer til telefonkonsultasjoner. Ved internettbehandling skjer eventuell veiledning typisk asynkront og skriftlig (Nordgreen og Repål, 2019). Erfaringsstudier har også her vist at tilgjengelighet og

tidsbesparelse oppleves positivt, mens tekniske problemer gikk igjen som det mest typiske av negative opplevelser (Donaghy et al., 2019; Lundgren et al., 2018; Rozental et al., 2015).

Hensikten med denne studien er å få et innblikk i pasientenes opplevelser av telefonbasert kognitiv veiledet selvhjelp, og hvilke faktorer som anses mest betydningsfulle for effektiv hjelp og opplevd bedring.

Metode

Design og utvalg

Det ble foretatt en kvalitativ studie. Fem personer ble intervjuet individuelt. Intervjuene var semistrukturerte og hadde en varighet på mellom 40 og 60 minutter.

Informantene ble rekruttert gjennom RPH, som er et tilbud til personer over 16 år.

Inklusjonskriterium for denne studien var at pasienten skulle være over 18 år, ha samtykkekompetanse og snakke norsk. I tillegg med at informantene hadde fått hjelp fra RPH, var utvalget begrenset til personer med milde til moderate angst- og/eller depresjonsproblemer, jf. hovedforløp 1 og 2 i «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet, 2014).

Det ble også satt som inklusjonskriterium at informantene hadde fullført behandling, slik at de kunne vurdere hele behandlingsforløpet fra begynnelse til slutt. Behandlingen skulle være gjennomført nylig, slik at de kunne huske den best mulig. Informasjonsskriv og samtykkeskjema ble utlevert til terapeuter på aktuelt behandlingssted, som formidlet skrivene videre til kandidater ved avsluttet behandling. De første fem kandidatene som tok kontakt og ønsket å delta, ble informantene. Alle hadde hatt et første fysisk møte med sin veileder/terapeut, og deretter oppfølgingsamtaler på telefon parallelt med et nettbasert kognitivt selvhjelpsprogram.

Analyse

Dataene ble transkribert og analysert ved hjelp av temaanalyse, etter en modell av Braun og Clark (2006). Etter at informantene var intervjuet, ble lydopptakene transkribert suksessivt. Materialet ble så gjentakende og aktivt lest for å se etter meninger og mønstre. De første ideer til koding ble notert, og en inngående kjennskap til alle aspektene i dataene ble skapt. Neste fase handlet om å generere innledende koder. Det datamaterialet som syntes interessant, ble klassifisert/kodet på en systematisk måte. Dataene som var relevante for hver kode ble samlet. I fase 3 ble dataene tolket. Kodene ble analysert og samlet i mulige temaer. Alle data som var

relevante for et tema ble gruppert sammen. I den fjerde fasen ble temaene finpusset og kontrollert, slik at de fungerte i henhold til de kodede dataene og hele datasettet. Dette resulterte etter hvert i et tematisk kart over dataene. Fase fem handlet om å definere og navngi temaer. Temaene ble forberedt og dataene ble så analysert innenfor disse temaene. Essensen i hvert tema, samt i temaene som helhet, ble identifisert og vurdert. Denne artikkelen representerer den siste fasen, hvor en vitenskapelig rapport av analysen produseres.

Forskningsetikk

Prosjektet ble godkjent av Norsk samfunnsfaglig datatjeneste (NSD) i mai 2019. Denne forskningen har ikke tatt i bruk journaldata eller navnelister, og det var dermed ikke krav om godkjenning fra Regional etisk komite (REK), jf. helseforskningsloven (2008).

Alle deltakerne fikk i forkant av intervjuene et informasjonsskriv og samtykkeskjema.

Presentasjon av funn.

Ved en analyseprosess av intervjuene, var det spesielt tre temaer som skilte seg ut som vesentlige for opplevd nytte av telefonbasert veiledet selvhjelp, og som er formulert som følgende påstander: Gode relasjoner kan etableres via telefon, egeninnsats er myndiggjørende og tilgjengelighet er den største fordelen med telefonbasert behandling.

Gode relasjoner kan etableres via telefon

Kontakten informantene hadde med terapeut/veileder ble berørt av alle, og vektlagt som betydningsfullt for endring. Det ble beskrevet at en god relasjon var viktig for å skape motivasjon, og at det også skaper en større grad av ærlighet. Denne kontakten medfører ifølge informantene, at man føler en forpliktelse i behandlingen, noe som igjen er positivt for å skape endring. Det etableres en trygghet som gir rom for å kunne bli utfordret og pushet.

Det varierte noe mellom informantene i denne studien hvor nær kontakt de syntes å ha til terapeut/veileder. De fleste opplevde en ikke så nær, men god og funksjonell relasjon, mens enkelte opplevde en mer overfladisk og forhåndsprogrammert kontakt, hvor man ikke i like stor grad ble møtt.

Informantene var uansett enige om at det hadde vært en stor sannsynlighet for at de hadde gitt opp underveis hvis de kun skulle jobbet med selvhjelpsprogrammet uten at noen hadde fulgt dem i prosessen. Betydningen av å si ting høyt og reflektere rundt det sammen med en annen, ble trukket fram som betydningsfullt. Det ble sagt at man prosesserer ting på en annen måte enn om man bare skulle lest og gjort øvelser på egen hånd.

Informantene ga også et innblikk i hva som bidrar til å skape en god relasjon ved telefonbasert behandling. Samtlige mente det første fysiske møtet var vesentlig. Dette var for dem entydig viktig og avgjørende for utbyttet av telefonbasert behandling. Det ble beskrevet at en relasjon skapes allerede i det første møtet, og at det er lettere å etablere dette i et fysisk møte. De mente også det er lettere å snakke med noen på telefon når man vet hvordan de ser ut og er som personer.

Andre relasjonsskapende elementer som ble trukket fram av informantene var det å få positiv feedback/skryt, motivering og oppmuntrende ord. Det ble også beskrevet positive opplevelser av tilbakemeldinger som «Dette er helt vanlig». Det å bli sett og bekreftet gjennom at terapeut/veileder husker ting det er snakket om tidligere, opplyses av flere informanter som viktig.

Det uformelle i samtalene synes å være vesentlig for opplevelsen av å bli møtt. Det at det var rom for å snakke om ting utenom det aktuelle temaet for samtalen så ut til å skape en trygghet. Eksempler både på situasjoner med gråt og med latter ble nevnt av informantene.

«Det som er fordelene da, med å møte i samtale, det er jo at du får snakket, om det du plages med. Og du får snakket om hvordan det går, og prøve å bli bedre, prøve å endre på noe, og få den støtten og kanskje få den motivasjonen da til å fortsette. Det er jo det jeg ser for meg er det fine med å i det hele tatt møte noen, og snakke med noen. Jeg følte at jeg fikk det samme gjennom telefonen. Det kan jo hende at det ikke hadde gått så bra hvis jeg hadde hatt en veileder jeg ikke har fått en kjemi med. Men jeg tror ikke det da hadde blitt noe bedre om vi hadde møttes heller.»

Egeninnsats er myndiggjørende

Kognitiv terapi var grunnlaget for det tilbudet informantene i denne studien fikk. Dette er en strukturert behandlingsform, med blant annet fokus på psykoedukasjon og egeninnsats av mottakeren. Ingen av informantene nevnte kognitiv terapi spesifikt, men samtlige mente arbeidet de skulle gjøre mellom telefonsamtalene var helt vesentlig for nytten av

behandlingen. Det ga en følelse av å jobbe målrettet og at man ikke bare snakket om problemet, men faktisk gjorde noe med det.

«Jeg er ikke interessert i å sitte å snakke om hvorfor jeg sover dårlig. For jeg tror ikke jeg kommer meg noe vei med det. Jeg må gjøre noen ting.»

Det å selv aktivt gjøre et endringsarbeid mellom samtalene ga en positiv følelse av selv å være drivende i prosessen. Den kognitive behandlingen opplevdes som veldig konkret, den ga en følelse av selv å gjøre noe. De opplevde at fokuset på egeninnsats var en fordel, fordi man da får et eierskap til prosessen. Dette krevde også et ansvar for egen bedring, noe som av flere ble trukket fram som positivt.

Egenarbeid åpnet også opp for refleksjon i forkant av kommende samtaler. Flere uttrykte at de gjennom tilgang til verktøy, følte de ikke hadde mottatt hjelp, men heller støtte til egeninnsats. De ga uttrykk for at dette var en form for normalisering som var betydningsfull for dem.

«Jeg så ikke på det som hjelp, jeg så på det som jeg fikk et verktøy som jeg kunne bruke, og så gjorde jeg resten selv.»

Informantene opplevde å ha fått med seg nyttige verktøy som de kunne ha med seg videre, og en forståelse som de ikke hadde før behandlingen/veiledningen. Å få kunnskap gjorde problemene mindre voldsomme. Det opplevdes trygt å få knagger man kunne henge ting på, altså en opplevelse av mer systematikk.

Tilgjengelighet er den største fordelen med telefonbasert behandling

Flere av informantene snakket uoppfordret om «lavterskel» som den største fordelen de så med telefonbasert behandling. Det de så ut til å legge i dette begrepet handlet om tilgjengelighet.

Tilgjengelighet kan vise seg på ulike måter. Det første møtet med tjenesten var en nettside hvor tilbudet var presentert, og man kunne sende inn en henvendelse per denne nettjenesten. Dette opplevdes svært lettvinnt. Deretter ble de oppringt av en person som informerte om at henvendelsen var mottatt, og at de ville bli kontaktet av deres behandler/veileder. Det ble trukket fram som svært positivt at de fikk rask respons på henvendelsen. De mottok den første telefonen innen et par dager. Flere av informantene var overrasket over hvor raskt det gikk.

Da telefonsamtalene var i gang, opplevdes tilgjengelighet i form av spart reisetid, og samtalene kunne tilpasses det øvrige livet. Dette var positivt med tanke på grad av opplevd

stress. Man trengte ikke å dra fra jobb eller heimen for behandling, eller man kunne få det til selv om man var bortreist.

«Når jeg snakker om det så merker jeg at det er veldig knyttet til det her med beleilighet og tidsaspektet altså. At det er en veldig sentral faktor.»

Informantene beskrev at det i utgangspunktet ble satt av faste ukentlige tidspunkt, men at det var lett å endre på, enten det gjaldt å forskyve det/hoppe over uker, eller man ønsket et annet tidspunkt ei eller flere av ukene. Også hjemmearbeidet sto man fritt til å jobbe med når det passet seg. Denne fleksibiliteten gjorde også tjenesten mer tilgjengelig.

Tilgjengelighet ser ut fra det informantene fortalte, til å kunne skape en trygghet. Det ble blant annet sagt at unge mennesker opplever det tryggere å snakke på telefonen eller å chatte, enn å møte andre ansikt til ansikt. Det opplevdes fleksibelt, uformelt og trygt å kunne sitte i sofaen med en kopp te under samtalen. Kontorer blir ansett som mer formelt, noe som igjen kan oppleves mer stressende. Flere av informantene mente i teorien at heimen var beste sted for samtalene, men dette lot seg kanskje ikke gjennomføre.

«Det er tryggere hjemme. Det er min plass.»

Informantene trakk fram at veiledet selvhjelp per telefon er et tilbud til personer som ikke er så syke at de trenger annen hjelp. De normaliserte sin egen situasjon og hjelpen de mottok. Det ble sagt at det oppleves mer «normalisert» å sitte på et normalt sted og snakke i telefonen, enn å gå inn i et behandlingsrom. Det å ta telefoner «av og til» ga mindre følelse av å være i behandling, og dette opplevdes positivt.

Diskusjon

Gode relasjoner kan etableres via telefon

Informasjonen mellom partene vil være mer begrenset per telefon enn ansikt til ansikt, i og med at man mister mye av den nonverbale kommunikasjonen som ansiktsuttrykk og måten man sitter på. Det er likevel mye ved kontakten som fortsatt er til stede. Stemmen er der med ulike ord og nyanser. Man har mulighet for å gi ros og oppmuntrende ord, til å vise at man husker ting fra tidligere samtaler, til å utdype ting osv. Et første fysisk møte ser også ut til å kunne bøte på det man videre mister ved telefonisk kontakt, i og med at dette ble fremholdt som viktig for informantene. Dette samsvarer også med tidligere studier om pasientopplevelser ved telefonbasert behandling (Bee et al., 2010; Haller et al., 2019;

McKinstry et al., 2009). Ifølge Nordgreen og Repål (2019) er det i all behandling viktig at terapeuten kan formidle håp om bedring, og dette er absolutt mulig også per telefon.

Flere studier har vist at pasientene opplever like høy grad av allianse mellom seg og terapeut ved telefonbasert eller nettbasert kognitiv terapi som ved kognitiv terapi ansikt til ansikt (Andersson et al., 2012; Beckner et al., 2007; Berger, 2017; Stiles-Shields et al., 2014). Verktøyet som er brukt for å måle alliansen i de fleste studiene, The working Alliance Inventory (WAI), baserer seg på Bordins definisjon av allianse (Bordin, 1979). Han deler allianse inn i tre faktorer, nemlig enighet om mål, om fremgangsmåte samt selve båndet mellom terapeut og pasient. Ut fra dette kan det tenkes at egeninnsatsen gjennom nettbasert kognitiv terapi i seg selv bidrar positivt til relasjonen mellom informantene og deres terapeuter, såfremt dette er verktøy som passer dem godt. Mål og fremgangsmåte blir kanskje gjennom dette tydeligere, og dermed enklere å oppleve en felles forståelse om. Det man leser kan også i seg selv inneholde faktorer som påvirker alliansen til terapeuten, ved at man føler seg sett og forstått i det som står skrevet (Berger, 2017).

Det synes som at informantene i denne studien hadde behov for en funksjonell relasjon, mer enn en nær, uten at de vurderte dette som noe mindreverdige. Tvert imot synes dette å oppleves normaliserende og verdig.

Haller et al (2019) fant at informantene opplevde en større grad av nærhet til terapeuten ved å sitte i sitt trygge hjem, enn om de skulle vært på et formelt kontor. De mente også de selv i større grad kunne regulere nærheten med samtaler per telefon. De kunne selv kontrollere graden av nærhet og distanse etter behov. Kanskje er det nettopp det som uttrykkes når informantene i denne studien opplever relasjonen som positivt funksjonell. De har selv makt til å styre relasjonen i større grad enn ved tradisjonelle samtaler, når de selv er på hjemmebane. Det vil alltid være en ubalanse i maktforholdet mellom pasient og terapeut (Henriksen og Vetlesen, 2000), men kanskje bidrar telefonkonsultasjoner tross alt til en utjevning for noen.

Av ting som kan svekke en relasjon ved telefonbasert hjelp, ble det av informantene blant annet nevnt at man lettere kan distansere seg ved en telefonsamtale. Tidligere studier har vist at mens noen deltakere finner mangel på visuell kontakt som et hinder for å bygge en terapeutisk allianse, virket andre langt bedre i stand til å oppleve nærhet uten den fysiske tilstedeværelsen (Haller et al., 2019). Mens de fleste informantene i denne studien opplevde stort rom for å snakke om andre ting enn det som var aktuelt tema, og at samtalen også kunne være uformell, opplevde enkelte at samtalen kunne bli veldig systematiske og tekniske, og at

dette svekket relasjonen. Dette handler ikke nødvendigvis om telefonbasert hjelp spesielt, men kanskje om aktuell kjemi mellom terapeut og pasient uavhengig av hjelpeform.

Egeninnsats er myndiggjørende.

Samtlige informanter opplevde den kognitive selvhjelpsdelen av hjelpen de mottok som vesentlig for opplevd effekt, og de mente at det ikke ville vært like virkningsfullt med kun samtaler. En slik egenaktivitet mellom samtaler er vesentlig i all kognitiv behandling, men kanskje blir dette aspektet enda tydeligere når samtalen tross alt får mindre fokus. Tidligere studier hvor man har sammenlignet telefonbasert kognitiv terapi med emosjonsfokusert terapi per telefon, har vist at kognitiv terapi har større effekt enn følelsesfokusert terapi når behandlingen gis per telefon (Beckner et al., 2007; Mohr et al., 2005). Dette underbygger informantenes vurdering av egeninnsats og konkrete arbeidsoppgaver som betydningsfulle faktorer for bedring.

Relasjonen mellom terapeut og pasient/mottaker er vesentlig i kognitiv terapi. Det kan imidlertid tyde på at noen informanter opplevde mindre behov for en nær relasjon til behandler, som en følge av egenarbeid og systematikk. Mange av oss vil helst klare oss selv og vurderer det som et nederlag å ha behov for hjelp. Nederlaget vil da kanskje kunne oppfattes mindre jo mindre hjelp man føler man mottar, og heller gi en følelse av mestring og autonomi.

Rosenfield (2013) vektlegger større likhet mellom terapeut og pasient gjennom myndiggjøring av pasienten som et av de viktigste aspektene ved telefonrådgivning. Pasienten må ta gradvis mer ansvar. Informantene i denne studien begrunnet nytten av egenarbeid blant annet med at det ga følelser av eierskap og ansvar. Det kan synes som det nettopp er en slik myndiggjøring de beskriver og opplever nytten av. Autonomi, eierskap til egen prosess og positivt ansvar synes som minst like viktige elementer ved egeninnsats som psykoedukasjon og kunnskap.

Tilgjengelighet er den største fordelen med telefonbasert behandling

Informantene beskrev at tilgjengeligheten ved telefonbasert behandling medførte at de slapp å bruke så mye tid på behandlingen, og det var lettere å få det til å passe inn i hverdagen. Følgelig var dette et meget stort pluss med hjelpen de mottok.

Mens flere valgte å ha samtaler på jobb og syntes dette var en veldig god løsning, kom det også gjennom intervjuene fram at det var minuser med dette. Man kunne i større grad bli forstyrret. Det ble altså formidlet at man kanskje bør passe seg for ikke å gjøre det for

tilgjengelig og lettvinnt. Samtidig hadde de jo, til tross for eventuelle forstyrrelser, opplevd en positiv effekt med hjelpen de fikk. Det ser derfor ut som tilgjengelighet uansett er svært fordelaktig.

Studier har vist signifikant mindre frafall ved telefonbasert kognitiv terapi enn ved kognitiv terapi ansikt til ansikt (Mohr et al., 2012; Stiles-Shields et al., 2014). Kanskje handler dette i stor grad om at nettopp tilgjengelighet gjør det enklere å stå i behandlingen løpet ut.

Ved å utføre samtaler per telefon økes terapeutenes kapasitet, noe som medfører nøkt tilbud og kortere ventetid. Nettopp det at informantene fikk så rask hjelp ble trukket fram som en svært positiv faktor. Et slikt førsteinntrykk kan tenkes å ha betydning for videre relasjon og utbytte av hjelpen de fikk. Det skapes en allianse allerede før første møte gjennom de forventninger som skapes (Andersson et al., 2012). Slik sett kan tilgjengelighet være viktig ikke bare for det å få organisert behandlingen, men også ha betydning for relasjonsbygging og utbytte.

Viktige forskjeller mellom ansikt til ansikt-behandling og den hjelpen informantene mottok, er omfanget av terapeutkontakt og organisering av tid og sted. Dette gir kanskje minuser, men også fleksibilitet og tilgjengelighet. Man er ved samtalene på samme tid, men ikke samme sted (Nordgreen og Repål, 2019). I tillegg skulle informantene utføre arbeid på egenhånd. Dermed fikk de i stor grad styre sin egen tid uavhengig av terapeuten, noe som ble fremholdt som positivt. Å få psykoedukasjon fremstilt på denne måten, gjør at man også har mulighet til å lese eller se/høre informasjonen flere ganger om ønskelig, noe som faktisk vil kunne bidra til økt sjans for å få med seg budskapet (Nordgreen og Repål, 2019). På den andre siden vil dette også kreve stor grad av selvstendighet og disiplin (Lundgren et al., 2018; Rozental et al., 2015). Kognitiv terapi krever uansett stor grad av egeninnsats, så dette er ikke nødvendigvis spesielt for telefonbasert behandling, men heller terapiretning. I og med at det i studier er funnet mindre frafall ved telefonbasert behandling enn ansikt til ansikt behandling, synes dette uansett ikke være noe stort problem.

Vi snakker ofte i dagligtale om ulike ting eller hendelser som at det er to ulike verdener. Terapirommet kan nok oppleves som en annen verden enn virkeligheten utenfor. I en tidligere studie er dette, at man ikke får fjernet seg fra vanskelighetene, trukket fram som noe potensielt negativt ved telefonbasert behandling (Haller et al., 2019). Ved å dra til et kontor, trekkes man ut av det daglige livet. Telefonsamtaler blir dermed mer stemningsavhengige, og et direkte bilde av situasjonen man står i. Kanskje kan det imidlertid like gjerne oppleves

positivt at disse to verdenene bringes sammen, slik at ikke behandling er noe som skjer ved siden av det levde livet.

Normalitet og trygghet.

I alle de tre presenterte temaene for funn, begrunner informantene viktigheten av områdene med at de er normaliserende og trygghetsskapende. Dette er beskrevet i fig. 1.

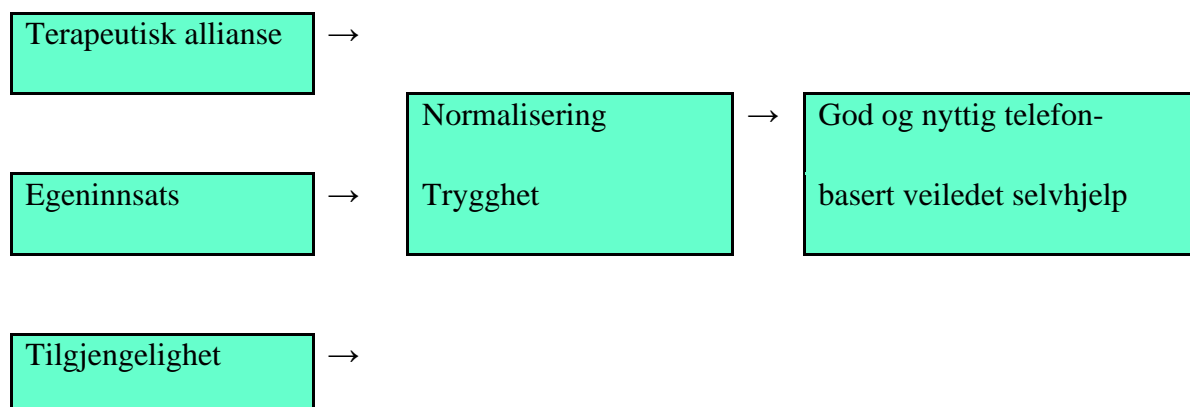


Fig 1. De viktigste forutsetningene for opplevelsen av god telefonbasert veiledet selvhjelp.

Det informantene omtaler som normalisering, ser blant annet ut til å handle om myndiggjøring og autonomi, som igjen påvirker maktbalansen i behandlingsrelasjonen (Rosenfield, 2013). Motsatsen til normalitet er avvik. Når vi har behov for hjelp eller omsorg, oppfattes det gjerne som at man faller utenfor samfunnet eller avviker fra normalen (Solum, 1993). Normalisering kan kanskje tenktes å handle om større grad av selvrespekt, og kan således bli en motvekt til skam og dårlig samvittighet. Det kan oppleves uverdigg å være den som trenger omsorg. Dette kan gjøre seg gjeldende ikke minst ved behov for offentlig hjelp. Den som mottar hjelpen er ute av stand til gjengjeldelse, og asymmetrien som alltid vil gjelde i enhver omsorgsrelasjon, forsterkes gjerne (Henriksen og Vetlesen, 2000). En opplevelse av normalisering kan kanskje være en hentydning til at informantene ikke kjenner så mye på denne skjeve maktbalansen, og at nettopp en større grad av likhet er oppnådd.

Vi er alle sårbare mennesker som søker trygghet (Henriksen og Vetlesen, 2000). Den terapeutiske alliansen og tryggheten pasienten har til terapeuten kan ha stor betydning for hvorvidt pasienten nyttiggjør seg behandling, og vil dermed prege utfallet (Helsedirektoratet, 2011). Trygghet kan medføre at man våger seg til en forandring. Samtidig kan det å forholde seg til utrygghet også være nødvendig for å skape endring. Trygghet, for eksempel i form av struktur, kan gi rom for å tåle utrygghet (Tveiten, 2019). Slik sett blir trygghet essensielt i behandling, og dette rapporteres også av informantene. Sofaen hjemme hos seg selv kan ifølge dem skape trygghet, og dette samsvarer med Rosenfield (2013), som mener at pasientene iblant kan føle seg tryggere og være mer åpne når de ikke synes. Det å slippe

møterom kan dermed også tenkes å være betryggende. I en svensk kvalitativ studie fra 2018 (Lundgren et al., 2018) om internettbehandling, kom det fram at en anonymitet gjennom behandling per internett kan oppleves positivt og gjøre det enklere å formidle tankene sine. Samtidig kom det også fram at anonymiteten kan oppleves negativ ved ikke å føle seg tilstrekkelig sett.

Konklusjon

Telefonsamtaler uten selvhjelpsmateriale eller selvhjelpsmateriale uten telefonsamtaler ble vurdert mindre nyttige enn kombinasjonen. Samsvarende med tidligere erfaringsstudier, ser det ut til at tilgjengelighet er en svært positiv faktor ved telefonbasert behandling. Telefonkonsultasjoner ser ut til å kunne gi en balanse mellom nærhet og distanse, hvor man selv er mer styrende i relasjonen enn ved ordinære fysiske møter. Trygghet er et grunnleggende behov hos enhver pasient som må ivaretas ved behandling, og denne kan for mange også ivaretas gjennom telefonen. Et første fysisk møte ble ansett viktig for trygghet og en god relasjon til behandler. Normalisering ble trukket fram som en betydningsfull faktor i hjelpen informantene hadde mottatt. Ut fra informantenes opplevelser, kan telefonbasert behandling gi en opplevelse av god og nyttig hjelp forutsatt ovennevnte faktorer. Funnene i denne studien samsvarer i stor grad med funn gjort i en studie av Haller et al. fra 2019.

Litteratur

- Andersson, G., Paxling, B., Wiwe, M., Vernmark, K., Felix, C. B., Lundborg, L., . . . 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*(9), 544-550. doi:10.1016/j.brat.2012.05.003
- Beckner, V., Vella, L., Howard, I., & Mohr, D. C. (2007). Alliance in Two Telephone-Administered Treatments: Relationship With Depression and Health Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(3), 508-512. doi:10.1037/0022-006X.75.3.508
- Bee, P. E., Lovell, K., Lidbetter, N., Easton, K., Gask, L. J. S. S., & 71, M. V. (2010). You can't get anything perfect: "User perspectives on the delivery of cognitive behavioural therapy by telephone". (7), 1308-1315.
- Berger, T. (2017). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychother Res*, *27*(5), 511-524. doi:10.1080/10503307.2015.1119908
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *16*, 252-260.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Donaghy, E., Atherton, H., Hammersley, V., McNeilly, H., Bikker, A., Robbins, L., . . . McKinstry, B. (2019). Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*, *69*(686), e586-e594. doi:10.3399/bjgp19x704141
- Hailey, D., Roine, R., & Ohinmaa, A. (2008). The Effectiveness of Telemental Health Applications: A Review. In (Vol. 53, pp. 769-778). Los Angeles, CA.
- Haller, E., Besson, N., & Watzke, B. (2019). "Unrigging the support wheels" - A qualitative study on patients' experiences with and perspectives on low-intensity CBT. *BMC Health Services Research*, *19*(1). doi:10.1186/s12913-019-4495-1
- Kvalitet og kompetanse – om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre, (2011).
- Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten IS 2076, (2014).
- Henriksen, J.-O., & Vetlesen, A. J. (2000). *Nærhet og distanse : grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leach, L. S., Christensen, H., & Leach, L. S. (2006). A systematic review of telephone-based interventions for mental disorders. *Journal of telemedicine and telecare*, *12*(3), 122-129. doi:10.1258/135763306776738558
- Lundgren, J., Johansson, P., Jaarsma, T., Andersson, G., & Kärner Köhler, A. (2018). Patient Experiences of Web-Based Cognitive Behavioral Therapy for Heart Failure and Depression: Qualitative Study. *Journal of Medical Internet Research*, *20*(9), e10302. doi:10.2196/10302
- McKinstry, B., Watson, P., Pinnock, H., Heaney, D., & Sheikh, A. (2009). Telephone consulting in primary care: a triangulated qualitative study of patients and providers. *British Journal of General Practice*, *59*(563), e209-e218. doi:10.3399/bjgp09x420941
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Julian, L., Catledge, C., Honos-Webb, L., Vella, L., & Tasch, E. T. (2005). Telephone-Administered Psychotherapy for Depression. *Archives of General Psychiatry*, *62*(9), 1007. doi:10.1001/archpsyc.62.9.1007
- Mohr, D. C., Ho, J., Duffecy, J., Reifler, D., Sokol, L., Burns, M. N., . . . Siddique, J. (2012). Effect of Telephone-Administered vs Face-to-face Cognitive Behavioral Therapy on Adherence to Therapy and Depression Outcomes Among Primary Care Patients: A Randomized Trial. *JAMA*, *307*(21), 2278-2285. doi:10.1001/jama.2012.5588

- Nordgreen, T., & Repål, A. (2019). *Veiledet internettbehandling : digitale verktøy for psykisk helsehjelp*. Oslo: Gyldendal.
- Rosenfield, M. (2013). *Telephone counselling : a handbook for practitioners*.
- Rozental, A., Boettcher, J., Andersson, G., Schmidt, B., & Carlbring, P. (2015). Negative Effects of Internet Interventions: A Qualitative Content Analysis of Patients' Experiences with Treatments Delivered Online. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(3), 223-236. doi:10.1080/16506073.2015.1008033
- Rask Psykisk Helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge, (2016).
- Solum, E. (1993). *Normalisering : grunnlag og mål for omsorg* (2. rev. og utvidede utg. ed.). Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Stiles-Shields, C., Kwasny, M. J., Cai, X., & Mohr, D. C. (2014). Therapeutic alliance in face-to-face and telephone-administered cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 82(2), 349-354. doi:<https://dx.doi.org/10.1037/a0035554>
- Turner, J., Brown, J., Carpenter, D. J. J. o. p., & nursing, m. h. (2018). Telephone-based CBT and the therapeutic relationship: The views and experiences of IAPT practitioners in a low-intensity service. 25(5-6), 285-296.
- Tveiten, S. (2019). *Veiledning : - mer enn ord* (5. utgave. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.