

# Upplevelser av avhopp från internetterapi

- en intervjustudie med patienter från klinisk psykiatri

*Teresa Michel*



Linköpings universitet  
Institutionen för beteendevetenskap och lärande  
Psykologprogrammet



Psykologprogrammet omfattar 300 högskolepoäng över 5 år. Vid Linköpings universitet har programmet funnits sedan 1995. Utbildningen är upplagd så att studierna från början är inriktade på den tillämpade psykologins problem och möjligheter och så mycket som möjligt liknar psykologens yrkessituation. Bland annat omfattar utbildningen två praktikperioder om sammanlagt 16 heltidsveckor. Studierna sker med hjälp av problembaserat lärande (PBL) och är organiserade i fem block, efter en introduktions kurs på 10,5hp: (I) kognitiv och biologisk psykologi, 40,5 hp; (II) utvecklingspsykologi och pedagogisk psykologi, 54 hp; (III) samhälle, organisations- och grupppsykologi, 84 hp; (IV) personlighetspsykologi och psykologisk behandling, 70,5 hp; (V) forskningsmetod och examensarbete, 40,5 hp. Parallellt med blocken löper ”strimmor” som fokuseras på träning i forsknings-metodik, psykometri och testkunskap samt samtalskonst.

Den här rapporten är en psykologexamensuppsats, värderad till 30 hp, vårterminen 2010. Handledare har varit Gerhard Andersson och biträdande handledare Björn Paxling.

Institutionen för beteendevetenskap och lärande  
Linköpings universitet  
581 83 Linköping

Telefon      013-28 10 00  
Fax            013-28 21 45



Institutionen för beteendevetenskap och lärande  
581 83 LINKÖPING

**Seminariedatum**  
2010-06-09

**Språk**

Svenska/Swedish

**Rapporttyp**

Examensarbete  
D-nivå, 30 hp

**ISRN-nummer**

LIU-IBL/PY-D--10/268--SE

**Titel:** Upplevelser av avhopp från internetterapi - en intervjustudie med patienter från klinisk psykiatri

**Title:** Patient experiences of dropping out from internet therapy - an interview study in a psychiatric care setting

**Författare:** Teresa Michel

**Sammanfattning**

Syftet med studien var att undersöka upplevelser kring avhopp hos patienter som påbörjat en internetbaserad kognitiv beteendeterapi för generaliserat ångestsyndrom i klinisk miljö. Intervjuer genomfördes och analyserades med Grounded Theory. Resultatet visar att patienternas individuella förutsättningar kolliderat med internetterapiens innehåll och form. Inkompatibla förhållanden har uppstått mellan exempelvis behandlingens omfattande textinnehåll och patienters svårigheter att ta till sig textmaterialet. Patienters livsomständigheter är en annan aspekt som har omöjliggjort för dem att genomföra internetterapien. En teori och en modell skapades i syfte att förklara och visualisera resultatet. Modellen beskriver hur specifika förutsättningar hos individen krockat med specifika delar av internetterapiens format.

Med sin kvalitativa ansats belyser studien ett hittills outforskat område av internetterapi. Resultatet kommer ur kliniska patienters berättelser och kan därför tillföra kunskap om hur det kan vara att avbryta en internetterapi och varför avhopp sker. Studien väcker nya frågor och ytterligare forskning inom området med olika metodologiska ansatser rekommenderas.

**Nyckelord:** Avhopp, internetterapi, klinisk psykiatri, generaliserat ångestsyndrom, intervjustudie, Grounded Theory.

## Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka upplevelser kring avhopp hos patienter som påbörjat en internetbaserad kognitiv beteendeterapi för generaliserat ångestsyndrom i klinisk miljö. Intervjuer genomfördes och analyserades med Grounded Theory. Resultatet visar att patienternas individuella förutsättningar kolliderat med internetterapiens innehåll och form. Inkompatibla förhållanden har uppstått mellan exempelvis behandlingens omfattande textinnehåll och patienters svårigheter att ta till sig textmaterialet. Patienters livsomständigheter är en annan aspekt som har omöjliggjort för dem att genomföra internetterapi. En teori och en modell skapades i syfte att förklara och visualisera resultatet. Modellen beskriver hur specifika förutsättningar hos individen krockat med specifika delar av internetterapiens format.

Med sin kvalitativa ansats belyser studien ett hittills outforskat område av internetterapi. Resultatet kommer ur kliniska patienters berättelser och kan därför tillföra kunskap om hur det kan vara att avbryta en internetterapi och varför avhopp sker. Studien väcker nya frågor och ytterligare forskning inom området med olika metodologiska ansatser rekommenderas.

## **Tack**

Ett varmt tack till er patienter som bidragit till denna studie med er ovärderliga kunskap och era personliga erfarenheter kring att hoppa av en internetterapi.

Tack till Björn Paxling för att du delat med dig av din stora kompetens inom internetbaserad kognitiv beteendeterapi och för ditt outtröttliga intresse att följa upp min projektplan.

Tack till Ann-Charlotte Hermansson för guidning inom kvalitativ metod och för att du är en fantastisk lärare på alla sätt.

Sebastian, tack för att du läst och diskuterat mitt arbete hundra gånger och för att du lyft mig varje gång mitt arbete känts tungt.

Margareta, stort tack för din hjälp med textbearbetningen.

Mamma Ingegerd, jag är så glad för intresset du visat för mitt arbete och för all feedback. Ditt och pappas engagemang har tagit mig till denna examen.

## SAMMANFATTNING

## FÖRORD

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

UPPLEVELSER KRING AVHOPP FRÅN INTERNETTERAPI.....	1
INTERNETTERAPI.....	1
<i>Effekter av internetterapi</i> .....	3
AVHOPP FRÅN PSYKOTERAPIER.....	4
AVHOPP FRÅN INTERNETTERAPI.....	6
SYFTE .....	7
METOD .....	7
VAL AV METOD .....	7
GROUNDED THEORY .....	7
<i>Vetenskapsteoretisk grund</i> .....	8
<i>Förförståelse</i> .....	9
PROCEDUR .....	9
<i>Urval</i> .....	9
<i>Behandlingsstudie på psykiatrisk öppenvårdsmottagning</i> .....	10
<i>Datainsamling</i> .....	11
<i>Dataanalys</i> .....	12
<i>Transkribering och kodning</i> .....	12
<i>Komparation</i> .....	12
<i>Teoretiskt urval</i> .....	13
<i>Konceptualisering och teorigenerering</i> .....	13
<i>Figur 1. Procedur från kategorisering till teoribildning</i> .....	14
<i>Memos</i> .....	14
<i>Validitet</i> .....	14
<i>Reliabilitet</i> .....	15
RESULTAT .....	15
BEGREPP .....	16
<i>Omfattande innehåll och livsomständigheter</i> .....	17
<i>Oflexibelt upplägg och livsomständigheter</i> .....	18
<i>Krav på koncentration och läs- och skrivförmåga och individuell förmåga</i> . 18	
<i>Bieffekter och psykiska svårigheter</i> .....	20
<i>Inget personligt möte och önskan om personligt möte</i> .....	21
<i>Bristande förhandsinformation och bristande kännedom om behandlingen</i> . 22	
<i>Behandlingen skapar patient och utsatthet</i> .....	23
TEORI OCH MODELL .....	25
<i>Figur 2. Kugghjulsmodell</i> .....	25

DISKUSSION .....	27
RESULTATDISKUSSION .....	27
METODDISKUSSION .....	31
<i>Validitet och reliabilitet</i> .....	32
<i>Intervjuarens roll</i> .....	34
SLUTSATSER SAMT ANVÄNDNING AV TEORIN.....	34
VIDARE FORSKNING .....	35
REFERENSER .....	37
BILAGOR.....	40
BILAGA 1: INFORMATION TILL DELTAGARE.....	40
BILAGA 2: INTERVJUGUIDE .....	41

# Upplevelser kring avhopp från internetterapi

En intervjustudie med patienter från klinisk psykiatri

Kognitiv beteendeterapi (KBT) som ges över Internet har under de senaste åren utvecklats till ett lovande behandlingsalternativ vid exempelvis ångest och depression (Cuijpers, Donker, van Straten, Li & Andersson, 2010). Internetterapi har potential att vara ett kostnadseffektivt behandlingsalternativ i jämförelse med traditionell psykologisk behandling (Kaltenthaler et al., 2006). Samtidigt avbryter patienter internetterapi i relativt hög utsträckning enligt Christensen, Griffiths och Farrer (2009). En genomgång av randomiserade kontrollerade behandlingsstudier visade att mellan 1-50% av patienterna avbröt sin internetterapi (Christensen et al., 2009). Marks, Cavanagh och Gega (2007) menar att ytterligare forskning behövs som kan svara på frågor om vilken funktion internetterapi kan fylla och hur innehållet i behandlingarna kan utvecklas. I följande text ges en överblick över forskningsområdet internetterapi, avhopp från psykoterapi, och avhopp från internetterapi för att ge en bakgrund till den kontext studien initierats i.

## *Internetterapi*

I takt med att den tekniska utvecklingen går framåt behöver terapi på distans inte längre ske genom brevväxling som på Sigmund Freuds tid (Skinner & Zack, 2004). Konceptet internetterapi är en form av datorstödd psykoterapi som möjliggjorts genom en förening av modern internetteknologi och KBT (Andersson, 2009). Internetterapi är idag ofta synonymt med kognitiv beteendeterapi via Internet. Användandet av andra terapiinriktningar prövas för närvarande på olika håll och framtiden kan därför komma att se annorlunda ut (Roch-Norlund & Östman, 2009).

Utvecklingen av datorstödda terapier har varit expansiv de senaste åren (Marks et al., 2007). Datorstödd psykoterapi inbegriper enligt Marks all form av psykoterapi som tar hjälp utav datorteknologi vid distribueringen av psykoterapi till patienter. Formatet varierar från CD-romskivor och internetbaserade självhjälpsprogram till specialutformade datorspel för barn. Framtiden förutspås kunna erbjuda intressanta alternativa upplägg, anpassade efter olika målgrupper och syften.

Sverige har varit ett av de länder där forskningen kring datorstödd terapi starkt drivits framåt de senaste åren (Marks et al., 2007). "Den svenska modellen" av internetterapi har utvecklats från slutet av 1990-talet och fram tills idag (Andersson, Bergström et al, 2008). Denna har beskrivits som en form av internetbaserad KBT biblioterapi (Marks et al., 2007). Termen biblioterapi betyder självhjälpslitteratur som baseras på behandlingsmanualer enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2007). Den internetterapi som



studerats i föreliggande studie har utformats enligt den svenska modellen och har haft ett sådant upplägg som beskrivs i detta stycke. Andersson, Bergström et al. (2008) menar att det svenska upplägget av internetterapi grundas på biblioterapi men understryker att det ofta kombineras med terapeutstöd från en identifierad behandlare. I takt med att varje delmoment genomförts tilldelas patienten åtkomst till nästa del i behandlingen. Parallellt får patienten stöd och guidning av en behandlare via e-post. Behandlarstödet innebär totalt kring 100 minuter fördelat under en fullständig behandling på 8-10 moduler i de flesta svenska terapiprogram. Idag är den tekniska utformningen av internetterapi i Sverige relativt enkel (Anderson, Bergström et al., 2008). Modulerna distribueras som pdf-filer och kommunikationen sker via ett krypterat kontakthanteringssystem.

Andersson, Carlbring, Berger, Almlöv och Cuijpers (2009) beskriver att internetterapi har visat sig fungera bra då den utförs enligt följande fyra kriterier.

- a) En noggrann diagnos föranleder behandlingen.
- b) Behandlingens innehåll är utförligt/gediget.
- c) Behandlingen är användarvänlig och inte för tekniskt avancerad.
- d) Stöd ges från en behandlare och behandlingen inramas av tydliga deadlines.

En rad fördelar har nämnts kring användning av internetterapi (Marks & Cavanagh, 2009). Internetterapi tar drygt 50 % mindre terapeuttid i anspråk än traditionell terapi. På så vis frigörs tid till patienter som behöver sedvanlig individualterapi eller gruppterapi genom att väntelistor kortas. Fler människor kan då få den hjälp de behöver i tid. Palmqvist, Carlbring och Andersson (2007) menar att internetterapi har potential att vara ett kostnadseffektivt alternativ just för att behandlingen kräver mindre terapeuttid och även spar restid för patienter.

Postel, de Haan och De Jong (2008) nämner att det av olika skäl finns ett gap mellan behovet av terapeutisk behandling och tillgången till terapeutisk behandling. Detta gap skulle delvis kunna fyllas i framtiden genom internetterapi. Cunningham och Wuthrich (2008) menar att datorbaserad terapi inklusive internetterapi har potential att kunna överbrygga barriärer för åtkomst som exempelvis geografiska avstånd.

Fördelar för patienterna är att de kan ägna sig åt terapin när de själva vill och att det kan upplevas som lättare att berätta om personliga problem genom sin dator än inför en verklig person (Marks et al., 2007). Marks et al. menar vidare att en positiv aspekt för forskningen och utvärderingen kring internetterapi är att interventionerna och konversationerna mellan behandlare och patient alltid finns dokumenterade i textformat.

Till nackdelarna med internetterapi nämns att avståndet kan göra det svårare för behandlaren eller datorsystemet att upptäcka eventuella missförstånd eller svårigheter som patienten har men inte uttrycker i e-post kontakten (Marks et al., 2007). I internetterapi kan det också hända att patienter lättare ”plockar russin ur kakan” genom att välja att utföra hemuppgifter som känns behagliga medan betydelsefulla, utmanande uppgifter väljs bort. Internetterapi är också i viss mån okänslig för komplikationer som kan uppstå vid sidan av behandlingen. Exempel på komplikationer kan vara akut suicidrisk och att patienter lider av parallella problem eller livsomständigheter som inte rör det problemområde man arbetar med i internetterapi. När det gäller suicidriskscreening pågår, enligt forskaren Björn Paxling, ett utvecklingsarbete för att förbättra sådana mätningar (personligt samtal, 11 maj, 2010). Internetterapi som den ser ut idag kan också vara otillgänglig för patienter som har synnedsättningar och för patienter som inte kan läsa eller kommunicera genom det språk som behandlingen ges på. Säkerheten och konfidentialiteten kan äventyras om obehöriga tar sig in i systemet. Som en nackdel nämner Marks och Cavanagh (2009) även att internetterapi fortfarande inte finns tillgängligt för särskilt många patienter då det tar tid att finna finansiärer för spridning och utveckling av denna relativt nya form av behandling.

### ***Effekter av internetterapi***

Forskningsunderlaget gällande internetbaserad KBT och dess behandlingseffekter har växt betydande under de senaste åren, framförallt genom efficacystudier där patienter rekryteras i en icke-klinisk miljö (Andersson, 2009). En rad kontrollerade studier har publicerats för behandlingar av depression, ångest samt inom beteendemedicin. Dessa visar lovande resultat även i jämförelse med andra behandlingsalternativ. Enligt Andersson kan internetadministrerad KBT idag räknas som evidensstöd behandling vid diagnoserna paniksyndrom, social fobi, posttraumatiskt stress syndrom, mild och måttlig depression och huvudvärk. Flera internetterapi-behandlingar är under intensiv utveckling och behöver undersökas ytterligare, framförallt genom effektivitetsstudier i klinisk miljö.

Datorstödd KBT-behandling för panikångest jämfördes med en traditionell psykoterapi ansikte-mot-ansikte och visade på likvärdiga behandlingsresultat för båda grupperna (Klein, Austin, Gilson, Pier & Mitchell, 2008). Liknande efficacystudier har gjorts angående exempelvis posttraumatisk stressyndrom (Litz, Engel, Bryant, & Papa, 2007), depression (Spek et al., 2007; Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008b) och andra hälsoproblem som huvudvärk och kronisk smärta (Cuijpers, van Straten & Andersson, 2008a).

Enligt SBU's (2007) formulering finns ett visst vetenskapligt stöd för att datorbaserad KBT har gynnsam effekt vid paniksyndrom, social fobi och

depression. När det gäller kostnadseffektivitet hänvisar SBU till en brittisk rapport där internetbaserad KBT visat sig vara mer kostnadseffektiv än traditionell KBT, men SBU efterfrågar vidare forskning kring detta. Etiska aspekter som behöver övervägas i förhållande till alla internetbaserade terapiprogram är enligt SBU att patienterna bör ha möjlighet att påverka valet av behandling genom att andra behandlingsalternativ ställs till förfogande. Därtill efterlyser SBU ytterligare forskning från klinisk miljö och längre uppföljningsperioder i studier för att kunna dra säkrare slutsatser om metoden.

I en metaanalys av Cuijpers et al. (2010) jämfördes guidad självhjälpsbehandling med psykoterapi ansikte-mot-ansikte för ångest och depression. Båda alternativen visade sig vara lika effektiva och en klinisk implementering rekommenderades. Användning av guideade självhjälpsbehandlingar i klinisk miljö har i nuläget påbörjats och föreliggande studie med kliniska patienter är ett exempel på detta.

Få publicerade kvalitativa studier finns gällande internetterapi idag. En sökning i databaserna Medline och Psycinfo efter kvalitativa studier gällande internetterapi gav inga relevanta resultat. Kvalitativa studier lämpar sig för förståelse av innebörd och mening samt för teoriutveckling (Langemar, 2008). Kvalitativa studier är betydelsefulla då de kan belysa andra aspekter av ett forskningsområde än kvantitativa studier. Ett fåtal kvalitativa studier fanns i form av D-uppsatser från psykologprogram i Sverige. Dessa studiers resultat visade bland annat på att internetterapin kan ge sämre resultat om behandlaren tillåter eller uppmuntrar flexibla tidsramar och förhållningssätt till behandlingen (Lundgren & Norrman, 2008). I en studie om patienters upplevelser av internetterapi redovisades olika erfarenheter av hur det var att genomföra behandlingen, hur motivationen var till behandlingen och hur patienterna använde sig av behandlingen (Bendelin & Dahl, 2006). Dessa upplevelser innehöll information om vilka olika aspekter som finns och som kan ha betydelse vid patienters upplevelser av internetterapi. Resultatet från Bendelin och Dahls studie användes som utgångspunkt vid utformningen av intervjuguiden i föreliggande studie.

### ***Avhopp från psykoterapier***

Förväntningar och krav från patienter och från samhället på psykologiska behandlingar och samtalsterapier har uppmärksammats under den senaste tiden och idag efterfrågas ofta en solid evidensgrund enligt Self, Oates, Pinnock-Hamilton och Leach (2005). Self et al. påtalar samtidigt dilemmat i att avhoppet från psykologiska behandlingar ibland är så höga som 60 % i vissa fall inom sjukvården i England enligt Self et al. Avhopp (attrition eller dropout) som begrepp definieras olika i studier vilket gör fenomenet något svårgreppbart (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons och Thompson, 2008). Exempel på

denna svårgreppbarhet är att patienten inte alltid ser sig själv som en avhoppare för att patienten avslutat terapin i förtid. De flesta studier definierar dock avhopp som att patienten lämnar behandlingen utan att ha slutfört ett förutbestämt antal sessioner (Barett et al., 2008).

För att förstå fenomenet avhopp behöver vi ta ett steg tillbaka och betrakta kontexten för avhopp från psykoterapier. I en översiktsartikel om avhopp från psykiatriska behandlingar beskriver Barrett et al. (2008) sex olika faktorer som haft påverkan på avhopp från olika terapibehandlingar. Ett sammandrag av dessa kategorier redovisas här:

**1) Patientens personliga karaktäristika:** Socioekonomisk status, utbildning, yrke och etnisk bakgrund. Patienter som tillhör etniska minoriteter hoppar oftare av behandlingar även om studierna på området inte helt konsekvent visar på detta. Socioekonomisk status har mer konsekvent korrelerats med avhopp. Barrett et al. (2008) menar att samband mellan fattigdom, etnicitet och avhopp inte är så starkt som det ibland framställs och att de möjliga orsakerna istället verkar hänga ihop mer komplext.

**2) Möjliggörande och hindrande faktorer:** Externa faktorer som svårigheter att hitta till behandlingsinstanser, reseavstånd och placering på väntelista har ofta sammankopplats med avhopp från behandlingar. Externa faktorer tillsammans med låg inkomst kan exempelvis hindra föräldrar från att ta ledigt från arbete för att ta sina barn till vården.

**3) Behovsfaktorer:** Komorbiditet (t ex Axel-II komorbiditet) och svårare typer av diagnoser har visat sig korrelera med avhopp. Bland annat visade sig personlighetsstörningsdiagnoser korrelera med avhopp.

**4) Miljöfaktorer:** Tillgång till vård, vårdens utsträckning och form påverkar mängden avhopp. Färre avhopp sker exempelvis om patienten får möta *både* en läkare och en psykolog. Avhopp som sker innan eller i början av en behandling påverkas av personalens inställning gentemot patienten och av hur trivsamt miljön upplevs där behandlingen ges.

**5) Inställning till psykisk hälsa:** Kulturell syn på mental hälsa och sjukdom kan påverka motivationen till att söka och genomgå behandling. Inom olika grupper kan det till exempel ses som en svaghet att söka hjälp och myndigheterna som erbjuder hjälpen kan av olika skäl ha förbrukat sitt förtroende sedan tidigare.

**6) Inställningar till och förväntningar kring vården:** Avhopp har visat sig kunna sammankopplas med inställningen kring att psykisk vård är ineffektiv

eller att personen inte kände sig bekväm med att gå till en behandlare. Även patientens upplevelse av behandlingen och interaktionen med behandlaren har betydande inverkan på avhopp från behandling. Patientens egen inställning till hur många sessioner som kommer att fullföljas och patientens upplevelse av exempelvis terapeutens kompetens påverkar också huruvida avhopp sker. Ändå behöver avhoppet inte alltid bero på att patienten är missnöjd med behandlingen.

Barrett et al. (2008) lyfte även fram beståndsdelar eller interventioner som visat sig kunna leda till färre avhopp. Aspekter som nämns är bland annat vikten av terapeutisk allians, terapiförberedande interventioner som information om hur terapin kommer att gå till, samt Motiverande samtal (MI).

### *Avhopp från internetterapi*

Enligt Christensen et al. (2009) definieras avhopp från internetterapi som en patient vilken antas till behandlingsstudie och sedan inte slutför behandlingen och inte heller fyller i eftermätningar. De patienter som av olika anledningar avbryter eller aldrig startar den internetterapi de antagits till kan ha en del att lära oss. Avhopp kan studeras genom att jämförelser görs mellan deltagande i behandlingen och olika personliga och miljömässiga variabler likt de som nämnts ovan. I föreliggande studie har avhoppare definierats som personer som genomfört minst en modul i behandlingen. Denna avgränsning skiljer sig något från definitionen av Christensen et al. (2009) som även räknar in personer som inte påbörjat behandlingen som avhoppare.

Behandlingar där terapiinterventioner gavs till en rekryterad patientgrupp via Internet hade mycket lägre antal avhopp än behandlingar som gavs ut fritt på öppna webbsidor (Christensen et al., 2009). Detta kunde förklaras genom att de rekryterade patienterna exempelvis haft ett annat utgångsläge med den förhandsinformation de fått om behandlingen och att de haft symtom som bedömts passa för behandling. Enligt Eysenbachs forskning (2005) hoppade en betydande del av de patienter som deltog i Internetbaserade hälsointerventioner av, i synnerhet då de inte genomgått screening innan påbörjad intervention. Även Spek, Cuijpers et al. (2007) visade på att Internetbaserade depressionsbehandlingar som gavs utan terapeutstöd samt utan att föregås av adekvat diagnostisering, gav svaga resultat och åtskilliga avhopp. Eysenbach (2005) och Christensen et al. (2009) menar att det är viktigt att mäta, analysera och diskutera avhopp. Genom att göra detta kan lärdomar dras om vad i behandlingen som fungerar och inte.

Waller och Gilbody (2009) undersökte i en översiktsartikel hinder för datorstödd terapi. De fann att personliga omständigheter som exempelvis brist på tid spelade en avgörande roll för avhopp vid internetterapi. Det faktum att behandlingen utförts via Internet angavs inte i sig som skäl till avhopp.

Kvalitativ data fanns som gav information om orsaker till avhopp. Orsakerna urskilde sig däremot inte från orsaker till avhopp som rapporterats från andra terapiformer.

Kaltenthaler et al. (2006) undersökte kostnadseffektiviteten för datorstödd KBT och menar att behandlingsformen behöver studeras ytterligare innan denna aspekt kan utvärderas mer. Terapi över Internet ser ut att kunna innebära en lägre kostnader per patient i de fall där patienten verkligen fullföljer och drar nytta av behandlingen. Kaltenthaler et al. beskriver i samband med detta att internetterapi hittills har haft många avhoppare men att det är oklart huruvida avhopparna avbryter behandlingen för att de anser sig färdigbehandlade eller för att de inte känner sig bättre av behandlingen. Kunskap om vilka patienter som önskar internetterapi och vilka som skulle dra nytta av behandlingen behöver utvidgas.

## **Syfte**

Syftet med denna studie var att, med Grounded Theory som metod, undersöka och begripliggöra upplevelser kring avhopp hos patienter som avbrutit internetadministrerad KBT i klinisk miljö. Studiens syfte var även att skapa en teori utifrån analyser av data. Denna teori skulle belysa och öka förståelsen för hur upplevelser kring avhopp från internetterapi kan se ut utifrån patienters perspektiv.

## **Metod**

### *Val av metod*

Få studier har gjorts kring avhopp från internetterapi (Andersson, 2009; Waller & Gilbody, 2009). Valet att använda GT som analysmetod gjordes i syfte att bidra till forskningen med en frågeställning och en analysmetod som skulle belysa området från en ny och givande synvinkel. GT är en metod som bedömdes passa för att undersöka och klarlägga patienters berättelser kring sina avhopp utan förutbestämda hypoteser om vad resultatet skulle bli. Förhoppningen var att GT med teorigenerering som mål skulle kunna leda till ett användbart resultat både teoretiskt och praktiskt.

### *Grounded Theory*

Analysmetoden för studien har varit Grounded Theory (GT). Metoden lämpar sig särskilt om forskarens syfte är att söka efter nya förklaringsmodeller och nya begrepp inom de områden som undersöks enligt Charmaz (2006). Målet med metoden är att generera teorier som är grundade i empiri. Detta görs genom att forskaren systematiskt undersöker sin data för att söka efter generella mönster. Efter datainsamlingen kodas materialet. Koderna skall vara beskrivande

förkortningar av det som sägs i materialet. Genom kodningen framträder mönster i data som forskaren samlar i större kategorier och slutligen bygger en teori utifrån. Hartman (2001) beskriver metoden som "teorigenerering på empirisk grund". Teorierna kommer ur empirin men ses inte som vetenskapligt bevisade genom GT (Guvå & Hylander, 2003).

Sociologerna Glaser och Strauss utvecklade GT i slutet av 60-talet (Glaser & Strauss, 1967). De menade att GT kunde utgöra ett komplement till dåtidens forskningsmetoder som de ansåg var för strikt styrda av ett deduktivt förhållningssätt, vilket innebar att forskning i hög grad syftade till att förkasta redan uppställda hypoteser. Många har sedan denna tid använt och utvecklat GT varför flera olika sätt att beskriva metoden existerar (Guvå & Hylander, 2003; Charmaz, 2006). Glaser och Strauss (1967) välkomnar forskare att använda GT flexibelt utefter sina egna rådande förhållanden. Föreliggande studie har inspirerats av Charmaz (2006) sätt att beskriva GT. Skälet till detta är att Charmaz beskriver metoden detaljerat och pedagogiskt och att forskaren i föreliggande studie önskar använda den socialkonstruktivistiska vetenskapssyn som Charmaz företräder. Charmaz (2006) anger både systematiska och flexibla riktlinjer att arbeta efter. Det viktiga är att forskaren genom arbetets gång håller sig väl förankrad i sin rådata. Forskaren balanserar mellan att delta i konstruktionen av ny teori och att hålla sig strikt till att grunda sin nya teori i empirin.

### ***Vetenskapsteoretisk grund***

Den filosofiska grundsynen som GT präglas av är pragmatismen (Guvå & Hylander, 2003). Grundtesen i pragmatismen är att människans erfarenhet utgör basen för all kunskap. GT genomsyras därför av antagandet att kunskap inte är objektiv fakta utan en uppsättning förklaringar som byts ut när nya upplevelser och praktiska konsekvenser av handlingar uppkommer.

Sin teoretiska inspiration har GT i den symboliska interaktionismen (Charmaz, 2006). Verkligheten ses här som en konstruktion skapad av människor. Människans tolkning av sina erfarenheter anses vara formade av den rådande kontexten. Individer och grupper konstruerar symboler för olika meningar och antaganden. Dessa symboler ges sedan innebörd i mänskligt samspel. Utifrån detta teoretiska synsätt blir fokus för GT att finna och analysera mänskligt samspel och meningsskapandet detta medför. Att forskaren är en del av detta meningsskapande är en självklarhet och en utgångspunkt som leder till att hon inte kan säga sig presentera en sanning eller en objektiv bild av en verklighet. Hon måste hela tiden förhålla sig till sin egen förförståelse och till sin egen del i konstruktionen av verkligheten.

## *Förförståelse*

Vetenskapssynen inom GT förutsätter att forskaren deltar i konstruktionen av studiens resultat utifrån sin förförståelse (Guvå & Hylander, 2003). Detta faktum ses som en styrka så länge forskare redovisar sin förförståelse och sitt tillvägagångssätt. Förförståelse kan ge fördelar i form av ett personligt engagemang inom forskningsområdet och en insikt om vilka frågeställningar som kan vara intressanta att belysa (Charmaz, 2006). Guvå och Hylander (2003) menar att forskaren med fördel kan hitta ingångar till sina studier genom sin förförståelse. Hon behöver därefter låta enbart insamlade data leda till ett resultat och en teori. Genom att hela tiden gå tillbaka till rådata och bygga teorier utifrån rådata undviker forskaren att förförståelsen i sig skapar den nya teorin.

Jag som gjort denna studie har med mig en förförståelse exempelvis genom att jag själv deltagit som behandlare i tidigare forskningsprojekt kring internetbaserad KBT vid Linköpings universitet. Det är anledningen till mitt intresse för en vidare fördjupning inom denna typ av behandling. I min tidigare medverkan som behandlare har jag stött på personer som av olika anledningar avbrutit sin internetterapi. I och med detta föddes ett intresse att undersöka avhoppares erfarenheter i en särskild studie. Förförståelsen har i denna studie använts för att ringa in så många olika aspekter som möjligt av internetterapi som kan undersökas i förhållande till patienters avhopp. Förförståelsen har påverkat de öppna frågor kring avhoppet och behandlingen, som ställts till informanterna genom Intervjuguiden (Bilaga 2). Ambitionen har därefter varit att följa proceduren som GT anger och att låta informanternas berättelser styras så lite som möjligt av forskarens egna hypoteser kring orsaker och upplevelser av avhopp (Charmaz, 2006). Vid datainsamlingen har förförståelsen så långt som möjligt lagts åt sidan genom öppna frågor och en följsamhet inför vad patienterna själva velat prata om. Vid dataanalysen har jag sedan lärt känna och återvänt till rådata för att förvissa sig om att studiens resultat kan härledas direkt ur empirin som består av informanternas egna utsagor.

## *Procedur*

### *Urval*

Inledningsvis samlas data brett, gärna från olika källor (Charmaz, 2006). Datainsamlingen syftar då till att fånga in en maximal variation av information. Under arbetets gång växlar sedan forskaren mellan att koda insamlad data och att samla in ny data utifrån nya frågor som uppkommer. Enligt Karlsson (2009) växlar forskaren här mellan induktion, att hitta nya hypoteser i empirin och deduktion, att testa uppställda hypoteser med hjälp av ny data. I slutskedet av arbetet samlas data mer selektivt från källor som bedöms kunna belysa eller motsäga teorier som framträtt (Charmaz, 2006). Detta förfarande kallas



teoretiskt urval (Guvå och Hylander 2003). Enligt Guvå och Hylander ska datainsamling fortgå tills att teorin är mättad, det vill säga att ingen ny information framkommer med ny data. Att avgöra när detta stadium har uppnåtts ligger i forskarens händer och påverkas inte minst av projektets tidsramar.

### ***Behandlingsstudie på psykiatrisk öppenvårdsmottagning***

Urvalet i denna studie har gjorts ur en grupp patienter från ett pilotprojekt där en internetbaserad kognitiv beteendeterapi för generaliserat ångestsyndrom testats i klinisk miljö under hösten 2009. Behandlingen var utformad utefter den svenska modellen för Internetbaserad KBT. Terapin bestod av 8 textmoduler med 10-20 sidor text per modul. Texterna innehöll bland annat psykoedukation kring generaliserat ångestsyndrom, exponeringsövningar och tillämpad avslappning. Modulerna skickades till patienterna som pdf-filer över Internet. Förutom texter innehöll modulerna även frågor och övningsuppgifter till patienterna. Varje vecka var det tänkt att patienterna skulle läsa igenom veckans text samt göra praktiska övningar och besvara frågor genom ett e-postmeddelande till behandlaren. Kommunikation fördes via e-post då patienterna hade frågor om behandlingen eller då terapeuterna hade frågor eller behövde hjälpa sina patienter att komma vidare. Internetterapi utfördes av psykologer (n=5) knutna till en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i södra Sverige. Två psykologer var ansvariga för distribueringen av behandlingen och utbildning av behandlarna. Tidsåtgången per patient registrerades inte.

Antal patienter totalt i försöksgrupp och kontrollgrupp: 17 + 17

Åldersspann totalt i försöksgrupp och kontrollgrupp: 20-63 år

Behandlingsgrupp:

7 patienter genomförde hela behandlingen

10 patienter avbröt behandlingen mellan modul 2-7

Kontrollgrupp:

7 erbjöds behandling men tackade nej innan start (påbörjade ej behandling)

6 genomförde hela behandlingen

4 avbröt mellan modul 2-7

### ***Informanter***

Informanterna i denna studie var sex kvinnor och en man (20-55 år). Denna könsfördelning speglade fördelningen i patientgruppen som hoppat av internetterapi i denna behandlingsstudie. Patienterna som intervjuades i denna studie kom från både behandlingsgruppen och kontrollgruppen. Båda grupperna fick samma behandling men under två olika tidsperioder hösten 2009.

Informanterna i denna studie hade alla tackat ja till behandlingen och sedan genomfört minst en modul innan de vid olika tidpunkter avbröt behandlingen.

Att informanterna genomfört minst en modul antogs innebära att de skulle kunna uttala sig i någon mån om innehållet i själva internetterapi i förhållande till avhoppet. Intervjuerna utfördes av mig själv som forskare.

### ***Etiska överväganden***

Etiska överväganden vid studiens datainsamling gjordes utifrån Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets forskningsetiska principer (1990). Rådets fyra huvudkrav uppfyllades enligt följande. En skriftlig blankett (Bilaga 1) gavs till informanterna att läsa och underteckna innan intervjun. Denna blankett utformades utefter forskningsrådets fyra huvudkrav.

*Informationskravet.* Detta krav uppfyllades genom att den skriftliga blanketten innehöll information om studiens syfte, sekretessregler och vem som utförde studien gavs till informanterna innan intervjun genomfördes.

*Samtyckeskravet.* Information om att deltagandet i studien var frivilligt och när som helst kunde avbrytas delgavs informanterna. Genom att underteckna och få svar på kompletterande frågor muntligt gav informanterna sitt samtycke till att delta i studien.

*Konfidentialitetskravet.* Deltagarna gav sitt samtycke till att deras utsagor fick publiceras oidentifierade genom att underteckna blanketten. Data som kunde kopplas till någon enskild person oidentifierades och alla namn ändrades. Ingen personal på de två öppenvårdsmottagningarna där studien genomfördes fick ta del av rådata. Personalen bedömdes företräda mottagningen och därmed representera en myndighet som informanterna stod i beroendeställning till. Vid intervjuerna framkom att patienter kände en viss oro för att deras utsagor i intervjuerna skulle kunna ligga dem till last vid framtida kontakt med mottagningen. De informanter som bad om förtydligande angående detta, upplystes om det faktum att insamlade rådata enbart lästes av mig själv och min handledare.

*Nyttjandekravet.* För studien insamlad data förvarades inlåst under studiens genomförande och förstördes därefter. Inget av det insamlade rådatamaterialet spreds eller visades för utomstående. Även denna information fanns på blanketten som gavs till deltagarna innan intervjuerna (Bilaga 1).

### ***Datainsamling***

De sju patienter som kunde nås per telefon och som tackade ja till att intervjuas bokades in. Jag såg till att nå informanter som hade genomfört *olika* antal moduler då detta antogs öka variansen av upplevelser hos informanterna. Detta påverkade ordningen i vilken patienterna ringdes upp. Intervjuerna utfördes

sedan i ett enskilt rum på den öppenspsykiatriska mottagning där hela projektet administrerats. Intervjuerna varade mellan 35-50 minuter.

De sju semistrukturerade intervjuerna följde de riktlinjer som beskrivs av Charmaz (2006). Detta innebar att en intervjuguide (Bilaga 2) som innehöll fokusområden att utgå ifrån i intervjuerna sammanställdes för att fungera som stöd för forskaren. Fokusområden utformades efter genomläsning av tidigare forskning. Specifikt hämtades inspiration till fokusområden ur Bendelin och Dahls (2006) studie kring deltagares upplevelser av Internetpsykoterapi och i hypoteser om orsaker till avhopp från tidigare forskning (Waller & Gilbody, 2009).

Intervjuguiden användes sedan som ett stöd när informanternas berättelser kring olika teman avstannade. Informanterna fick till stor del själva berätta öppet om sin upplevelse av behandlingen i förhållande till sitt avhopp och det de själva tyckte var väsentligt att berätta om kring detta.

### ***Dataanalys***

#### ***Transkribering och kodning***

I en GT studie ska insamlad data transkriberas i sin helhet och sedan tilldelas koder rad för rad (Charmaz, 2006). Koderna benämns som verb eller verbala substantiv, exempelvis *undvikande eller positiv förväntning*. Syftet med detta är att hålla kodernas betydelse nära de handlingar och det meningsskapande som sker i texterna. Kodning är ett sätt att ställa frågor till materialet som exempelvis vilka händelser som beskrivs i data. Detta är en meningsskapande process som i sin tur skapar ordning, överblick och mönster i rådata. Ur koderna träder sedan indikatorer genom att man börjar se liknande och motsägande koder framträda i olika delar av materialet.

I denna studie har rådata i form av ljudinspelningar från sju intervjuer transkriberats och sedan tilldelats koder rad-för-rad. Dessa koder syftade till att beskriva vad som sagts i så gott som varje enskild uttalad fras. Mellan 89 och 131 koder genererades per intervju. Sammanlagt genererades 832 koder. Efter grundkodningen granskades koderna inom varje intervju och jämfördes med varandra. Koder som ansågs beskriva liknande upplevelser eller uttalanden samlades i kategorier. Proceduren, kodning och en komparation, bidrog här till att jag som forskare fick en överblick över de enskilda intervjuernas innehåll och över materialet som helhet.

#### ***Komparation***

Enligt Charmaz (2006) sker en jämförande analys parallellt med kodning. Den jämförande analysen undersöker om olika indikatorer är indikationer på samma

skeenden, och om så är fallet, vilka som kan anses höra ihop och vilka som inte gör det. Indikatorer förs ihop till kategorier, som i sin tur kodas. Nya indikatorer jämförs med gamla. Koderna jämförs även med rådata på nytt. Ur indikatorer växer dynamiska begrepp. Dessa fylls på med innebörd och associeras till andra begrepp och fryses i slutfasen av arbetet.

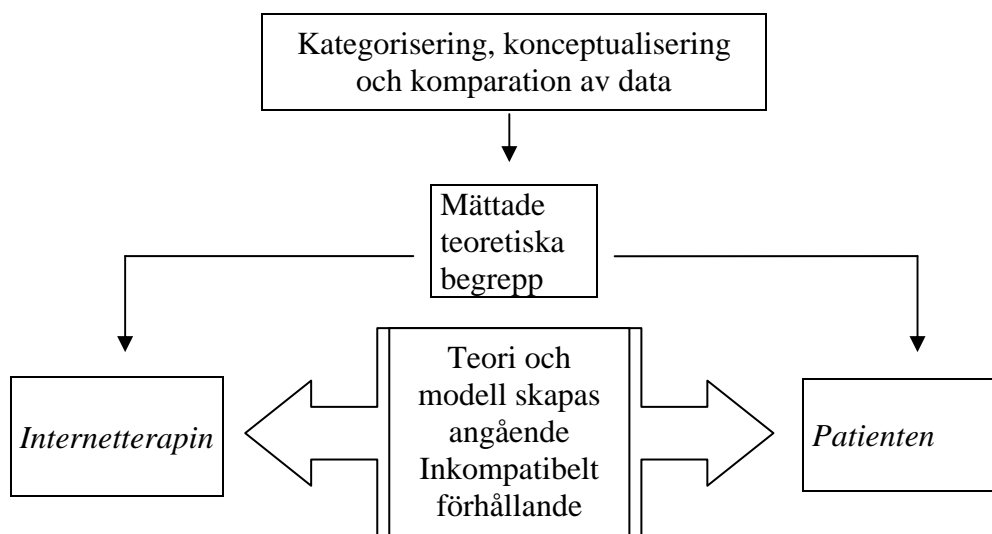
### ***Teoretiskt urval***

Momentet innebar att jag, efter arbetet med kodning och kategorisering inom de första fyra intervjuerna, gjorde tre nya intervjuer utifrån de kategorier som framkommit. Syftet med det teoretiska urvalet var att fylla på och mäta kategorier som bedömdes vara tongivande i resultatet. På så vis kunde deras betydelse bekräftas eller ifrågasättas. Tidsramen för projektet utgjorde en begränsning det teoretiska urvalet. Detta fick till följd att ett par kategorier som inte ansågs mätade inte togs med i resultatet.

### ***Konceptualisering och teorigenerering***

I denna fas skapas nya, teoretiska begrepp för att ge förståelse åt det som händer i data (Charmaz, 2006). Här övergår arbetet ifrån att bara beskriva till att istället generera teoretiska begrepp och modeller. Modellerna utgörs av forskarens idéer om hur olika begrepp kan förbindas eller hänger ihop.

Då alla sju intervjuer hade slutförts och kategoriserats påbörjades en övergripande kategorisering av allt material. Jag gjorde en komparation mellan respektive intervjus kategorier och nya kategorier framträdde. De nya kategorierna jämfördes med rådata och med befintliga kategorier. De kategorier som till slut framstod som starkast och tydligast benämndes med teoretiska begrepp. Dessa begrepp kunde ordnas in under två kärnkategorier, *internetterapin* och *patienten*. Patienternas upplevelser kring avhopp från internetterapi beskrev ett problematiskt och inkompatibelt förhållande mellan patienten och internetterapi sammanhängande med avhoppet. Det kunde exempelvis handla om *patientens livsomständigheter* i förhållande till *behandlingens oflexibla upplägg* eller *patientens läs och skrivförmåga* i förhållande till *behandlingens textformat*. Slutligen utformades en teori och en modell av mig som forskare i syfte att beskriva det inkompatibla förhållandet mellan kärnkategorierna. Teorin och modellen genererades, i slutet av arbetsprocessen, ur mina egna tankar och memos kring hur de olika kategorierna kunde kopplas samman, tolkas och förklaras.



**Figur 1. Procedur från kategorisering till teoribildning.** Beskriver proceduren från övergripande kategorisering och konceptualisering till teoribildning.

### **Memos**

För att ta vara på egna reflektioner, idéer, och snilleblixtar för forskaren anteckningar, så kallade memos, under arbetets gång (Charmaz, 2006). Från början görs anteckningar kring indikatorer och kategorier, senare görs mer teoretiserande anteckningar vid arbetet med konceptualisering. Memos löper genom arbetets gång som ett hjälpmedel att ta vara på idéer och att föra arbetsprocessen framåt. Enligt Guvå och Hylander (2003) ökar skrivandet av memos forskarens förmåga att se och ta vara på nya mönster och nya abduktiva samband i materialet. Med abduktiva samband menas att forskaren pendlar mellan att leta efter nya mönster i empiri och att pröva teorier i empirin. Förförståelse i form av teoretisk kunskap och praktisk erfarenhet hos forskaren bidrar till nya idéer om hur materialet kan undersökas under arbetets gång. Dessa idéer tas till vara genom att de blir till memos.

Memos i form av minnesanteckningar gjordes av mig som forskare löpande under arbetets gång. De nedtecknades så fort tankar om resultatet och nya frågor dök upp. Memos användes sedan de samlats ihop, för att ställa frågor till resultatet, bearbeta data och bidra till skapandet av den slutgiltiga teorin kring upplevelser av avhopp från Internetpsykoterapi.

### **Validitet**

Validitetstestning av en studie som har använt GT kan göras med specifika validitetstest för GT och med validitetskriterier för kvalitativ forskning i allmänhet (Hylander, 2000). I sin metodhandbok om GT redovisar Guvå och

Hylander (2003) en sammanställning av validitetskriterier som de finner relevanta.

1. Empirisk validitet: Resultatet stämmer med data.
2. Teorins konsistens: Teorins delar hänger samman och bildar en begriplig helhet.
3. Pragmatisk validitet: Teorin har praktisk relevans och kan användas på fältet.
4. Kommunikativ validitet: Teorins vetenskapliga relevans.
5. Heuristisk validitet: Värdering av graden av resultatmässigt nytillskott som teorin tillför.
6. Föränderlighet: Teorin kan förändras om nya rön framkommer.

### ***Reliabilitet***

Reliabilitetsprövning inom GT syftar till att granska forskarens användande av forskningsmetoden (Guvå & Hylander, 2003). Följande frågor har utvecklats för att reliabilitetspröva GT.

1. Har begrepp utvecklats?
2. Har begrepp relaterats till varandra på ett systematiskt sätt?
3. Finns fler begreppsmässiga relationer?
4. Är kategorierna väl utvecklade?
5. Finns stor variation i teorin?
6. Finns det en process i studien?

## **Resultat**

Här redovisas resultatet från de sju intervjuer med patienter som ingått i denna studie och som alla avbrutit sitt deltagande i en internetterapi. I denna studie har patienternas egna upplevelser stått i fokus och det är deras beskrivningar av behandlingen som legat till grund för begreppen och teorin kring avhopp. I resultatet har citat från intervjuerna använts för att illustrera begreppen och för att visa hur begreppen är grundade i data. Patienternas namn är ändrade. Citaten är i vissa fall redigerade meningsbyggnadsmässigt och grammatiskt för att de ska vara begripliga när de läses. Innehållet i det som sägs har dock inte ändrats. De slutsatser som dragits från resultatet redovisas genom ett antal teoretiska begrepp och en teori kring avhoppets natur. Teorin illustreras i slutet av resultatdelen genom en modell. Resultatet av denna kvalitativa intervjustudie tyder på att den internetterapi som informanterna påbörjat visat sig vara svår att förena med deras personliga livsomständigheter och preferenser. Patienterna har från början varit positivt inställda till behandlingen men har sedan upptäckt att behandlingens innehåll och upplägg av olika skäl inte passat dem och därför valt att avbryta behandlingen.

I resultatet redovisas inga siffror på hur många patienter som sagt vad. Detta beror på att denna studie inte syftar till att generera några kvantitativa data eller slutsatser. Syftet med denna studie är att ge en bild och en förklaringsmodell för hur upplevelser kring avhopp kan se ut.

### ***Begrepp***

De uttalanden som informanterna gjort i intervjuerna har samlats i kategorier och benämnts med teoretiska begrepp. Dessa teoretiska begrepp har visat sig kunna samlas inom två kärnkategorier, *internetterapin* och *patienten*.

Kärnkategorierna med sina tillhörande begrepp redovisas i Tabell 1 nedan.

*Tabell 1. Internetterapin och patienten med tillhörande teoretiska begrepp.*

Kärnkategorier:

Internetterapin	Patienten
Omfattande innehåll	Livsomständigheter
Oflexibelt upplägg	
Krav på läs- och skrivförmåga	Läs- och skrivförmåga
Krav på koncentrationsförmåga	Koncentrationsförmåga
Bieffekter	Psykiska svårigheter
Inget personligt möte	Önskan om personligt möte
Bristande kännedom om behandlingen	Bristande förhandsinformation
Utsatthet att vara patient	Behandlingen skapar patient

De två kärnkategoriernas förhållande till varandra har legat till grund för den teori som skapats kring upplevelser av avhopp i denna studie. De olika begrepp som har bildats ur data visar på omständigheter som har förekommit kring internetterapin och omständigheter som har förekommit kring patienterna i samband med deras avhopp. Begreppen som beskriver internetterapin hänger samman med, och växelverkar med begreppen som kopplas till patienten. Begreppen samverkar i par och redovisas parvis i enlighet med hur informanterna har beskrivit sina upplevelser. Samtidigt är det viktigt att notera att flera begreppspar har kunnat samvariera när en patient har avbrutit internetterapin. Exempelvis har psykiska svårigheter och bieffekter som följt av behandlingen inträffat samtidigt som patienten har saknat en personlig kontakt och upplevt texten som omfattande. I flera fall nämner informanterna sådana komplexa upplevelser som har samvarierat och bidragit till att hon eller han inte har velat, kunnat, eller prioriterat att fullfölja behandlingen. För att göra presentationen tydlig redovisas begreppen först parvis så som de hängt samman enligt patienternas berättelser.

### ***Omfattande innehåll och livsomständigheter***

I patienters berättelser kring avhopp beskrivs ett inkompatibelt förhållande mellan behandlingens textinnehåll och patienternas egna livsomständigheter. Behandlingens innehåll upplevdes av samtliga patienter som tungt i den meningen att modulernas textinnehåll var omfattande och tidskrävande att ta sig igenom. En del patienter liknade prestationen som krävdes vid att studera.

Jag hade inte tid, för som student läser man redan väldigt mycket redan så det kändes inte som att jag hade tid och ork att läsa ytterligare 10 eller 20 sidor och sen svara på frågor, jag satt redan så mycket framför datorn. Det kändes som att man skulle ha ett väldigt strukturerat liv redan innan för att klara detta.

(Siv)

Behandlingens omfattande textformat blev ett problem för patienter som hade en hög arbetsbelastning genom att de till exempel studerade, arbetade heltid, eller var småbarnsföräldrar. Andra patienter beskrev att behandlingens format och omfattning gjort att den inte gått att genomföra parallellt med andra livsomständigheter som plötsligt akut sjukdom inom familjen.

Jag har varit pappaledig på heltid, och då blir det liksom, först är jag hemma med den minsta och har lyckats läsa nånting i papprena, men så efter 5-10 minuter börjar han rycka ur papprena och försöka ta sönder dem. (...) Och när min fru kommer hem vill jag ändå ge henne möjlighet att vila och när man lägger barnen är man så trött att man somnar. För min del har det varit så att när man får de här fria stunderna måste man välja, ok, ska jag sätta mig med min övning nu eller ska jag försöka vila. (Åke)

Sen har jag en liten dotter också som helt plötsligt vill ha uppmärksamhet och det blev inte lika stilla som jag hade trodde att det skulle vara. Jag kunde inte riktigt koncentrera mig. (Åsa)

Det kändes nästan lite som att plugga vid sidan av sitt jobb om du förstår vad jag menar, det kanske låter töntigt men att ha nåt plugg vid sidan om (9-5 jobb) och det gav mig bara extra förstärkt ångest och utmattning.

Intervjuare: På vilket sätt var det plugg?

Ida: Ja, det var övningarna som man går igenom ”du ska göra dem ”bam, bam, bam” efter varandra och skriva ner och kartlägga. (Ida)

Att hitta luckor i ett pressat vardagsschema för att sätta sig och läsa en lång text upplevdes som svårt och tungt. En del patienter har även svårt att hitta rum för behandlingen i sin hemmiljö. Patienter beskriver att de successivt kom efter i behandlingen och att berget av text växte sig ännu större med tiden. Det inkompatibla förhållandet mellan behandlingens omfattande texter och en del patienters livsomständigheter bidrog till att vissa patienter avbröt behandlingen.



### ***Oflexibelt upplägg och livsomständigheter***

Behandlingen som patienterna i denna studie fått, upplevdes som oflexibel på det viset att deltagarna bara hade en vecka på sig att slutföra varje modul och att behandlingen bara hade pågått under tio veckor. Nya moduler skickades ut om deltagarna hade hunnit uppfylla kraven för att gå vidare, det vill säga hade läst föregående modul och gjort sina hemuppgifter. Formatet med en modul per vecka är ett vanligt förekommande upplägg för internetterapi. Patienter beskrev att de inte hunnit med att läsa och göra behandlingens övningar i den takt som krävdes. Några patienter angav behandlingens oflexibla upplägg som direkt skäl till avhoppet. Samtidigt hade de gärna velat fortsätta och hade olika idéer om hur behandlingen kunde ha utformats för att erbjuda ett mer flexibelt upplägg.

Jag tror verkligen behandlingen kunde passat mig om den var mer flexibel. Det här med en vecka (per modul) och så, det känns som att man lätt hamnar efter om man inte hinner göra det. (Siv)

Om jag skulle få välja här och nu skulle jag välja tre veckor (per modul), det skulle vara den perfekta takten för mig för att man läser ju inte allt på samma dag utan man går ett par dagar och sen tar man upp det igen. (Åke)

Tora som har koncentrationssvårigheter, fick problem med att hinna ta sig igenom texterna i behandlingen. Hon samlade även på sig kompletteringsuppgifter från föregående veckor och efter ett tag blev den upplevda arbetsbördan för stor för henne.

Jag upplevde det som att det var ganska, eh, det var väldigt betungande faktiskt, det var riktigt jobbigt just att man var tvungen att läsa så oerhört mycket. Och jag har koncentrationssvårigheter på grund av min ångest och nu skulle jag försöka komma till rätta med min ångest men så blev det bara ännu värre. Det kändes som att jag inte klarade av den (behandlingen) för att det var för mycket text att läsa och jag kunde inte koncentrera mig så jag satt flera dagar och försökte ta in texten och, jag blev jättestressad. (Tora)

Behandlingens oflexibla upplägg i kombination med svåra livsomständigheter vållade problem för vissa patienter. Någon hade till exempel råkat ut för plötsliga sjukdomsfall i familjen medan någon hade koncentrationssvårigheter som försvårade inläsningen. Önskemål framfördes om att behandlingsformatet skulle ha varit mer flexibelt och anpassningsbart till det tempo som passade den enskilda individen.

### ***Krav på koncentration och läs- och skrivförmåga och individuell förmåga***

Innehållet i behandlingens moduler var svårt att ta in för personer med upplevda koncentrationsproblem och läs- och skrivsvårigheter. Personer som diagnostiserats med liknande svårigheter hade inte antagits till denna behandling men några patienter berättade om självupplevda problem som inte

diagnostiserats. Koncentrationssvårigheter kan hänga samman med just ångestproblematik och generaliserat ångestsyndrom vilket var föremål för behandlingen i denna internetterapi. Koncentrationssvårigheter verkar däremot bara ha varit ett direkt hinder för vissa patienter. De upplevde att de fick bekymmer att klara genomförandet av behandlingen.

Det där med enkelhet är viktig för mig, att det skulle vara enklare, lite mindre text, mer konkret. När man satt där och läste en lång, lång text kände man att ibland var det lite väl abstrakt. (Ida)

Jag tyckte det var väldigt mycket att läsa framförallt och jag kan inte läsa in någonting alltså sånt som jag måste lära in, för det går in här och ut där. Och det sa jag till honom (behandlaren) och han försökte hjälpa mig så gott han kunde, och sen alla dessa konstiga uppgifter jag fattade, alltså, noll. Tre gånger försökte jag genom att börja från början, jag läste den ena sidan efter den andra utan att fatta nåt. (Milla)

En del patienter berättade om hur de kämpat för att ta till sig och förstå modulernas innehåll och frågor. Vissa patienter som upplevde svårigheter att ta till sig informationen i texterna beskrev deras innehåll som komplicerat och abstrakt. I några fall hade patienterna känt sig obegåvade och skuldbelagta sin egen oförmåga att förstå. Enligt dessa patienter var behandlingens innehåll inte tillräckligt anpassat till personer med läs- och skrivsvårigheter eller helt enkelt för svårt för många olika människor. Informanterna beskriver att de försökte att läsa texterna men att de efter ett tag gav upp. Dessa upplevelser bidrog till en negativ inställning gentemot behandlingen som även ledde till att patienter hoppade av behandlingen.

En del patienter hade idéer om hur behandlingen kunde ha specialanpassats för personer med läs- och skrivsvårigheter.

Jag hade faktiskt velat och jag tror jag föreslog det också att man har någon typ av talsyntes eller inläst text, det hade varit mycket lättare, kanske inte bara för mig utan för någon som är dyslektiker eller så. (Tora)

Förslag kom också fram om hur behandlingen skulle kunna ha ett mer pedagogiskt upplägg som skulle underlätta läsning av texterna och även förståelsen.

Jag vill inte ha så mycket att läsa, och så vill jag ha fler konkreta exempel. Det finns en bok som heter "Kim", om en kille med en psykisk störning, någonting sådant, det är roligt att läsa om hur han utvecklas och så och så, ja inte en roman men kanske en liten novell. (...) Några konkreta exempel från verkligheten skulle jag velat läsa om, jag tror nog att jag hade haft lättare för att komma ihåg det. (Milla)

### ***Bieffekter och psykiska svårigheter***

Informanter berättade om att de fått påslag av olika symtom när de genomfört behandlingen. Tvång och ångest tycks kunna triggas av behandlingens innehåll. Vissa patienter blev stressade av behandlingens takt och hemuppgifter, vilket ökade eller satte igång deras befintliga tvång eller ångestproblematik. En del uppgifter i behandlingen (till exempel exponering) ska framkalla viss ångest, men istället för att gå igenom dessa börjar patienter att undvika behandlingen. Informanter beskriver att de valt att hoppa av behandlingen på grund av ökat obehag i form av bland annat ångest och tvång.

Jag klarade inte riktigt av att ta tag i dedär övningarna, jag gjorde dem i början men sen blev de svårare och svårare, det känns löjligt för egentligen borde dom inte ha varit svåra, men dom blev svåra. Jag tror hela anledningen till att de blev svåra var att det var så kopplat till hela mitt tillstånd som jag skulle bearbeta, det var ångestladdat att göra övningarna, (...) speciellt de här andningsövningarna, man blev lite snurrig i huvudet och så, och det förstärkte min ångest. (Ida)

Jag blev väldigt stressad av det här (behandlingen) för det blev liksom för mycket, det blev väldigt pressande så jag mådde jättedåligt över det och fick jätteångest över det. Jag har tvångssyndrom också så att jag fick tvång kring de här texterna och kände att jag tvångsmässigt behövde läsa om samma meningar i texterna, jag fick också prestationsångest kring avslappningsövningarna och mådde jättedåligt när jag skulle göra dem. (...) Jag fick avslappningsproblem överhuvudtaget så jag fick ångest så fort jag skulle försöka slappna av. (Linn)

För mig är det jätteviktigt att det inte förekommer för mycket stress i det hela, för stress ger ju också en viss ångest och därför så liksom, man vill ju att det ska vara lugn och ro, alltså man vill ju kunna ta till sig det som står på ett positivt sätt och ja, för mig är det så i alla fall. (Åke)

Att beskriva sitt mående i skrift genom att besvara frågor satte igång ett stort obehag hos Åsa. Hon beskrev att hon redan gått igenom samma teman och frågor flera gånger hos andra behandlare och att det nu bara gav ökad ångest att skriva om sin bakgrund och sina upplevda problem.

Jag har varit runt hos så himla många människor och pratat om just detta. Och det känns precis som att varje gång ska jag börja igen och prata just om detta så det river upp så himla mycket så det är skönare att gå och vara hos någon som känner mig litegrann. Så det kändes precis som att \*suck\* ska jag behöva göra allt det här en gång till? Och då skriva ner det också, vilket var tufft. (Åsa)

Bieffekter i form av ångest och tvång beskrevs som ett hinder som hamnade i vägen för patienternas försök att genomföra behandlingen. De patienter som led av sina bieffekter beskrev hur de fick en känsla av att de till slut inte kunde hantera sin situation. Patienterna fick visst stöd av behandlare då de

uppmannades att hoppa över övningar som gav för mycket ångest. Någon fick även bekräftelse på att bieffekterna inte var onormala. Ändå blev patienternas upplevelser av bieffekterna ibland för svåra att hantera eller acceptera. Detta blev en bidragande eller avgörande faktor till att de avbröt behandlingen.

### ***Inget personligt möte och önskan om personligt möte***

Själva konceptet med internetterapi går ut på att terapeut och klient kommunicerar via e-post över Internet. Terapeuterna har vid den aktuella behandlingen arbetat utifrån tidsramen att ägna varje patient i genomsnitt 10 minuter per vecka genom e-postkontakt. Behandlingsformen internetterapi var ny för patienterna i denna behandling och de har inte riktigt kunnat förutsäga vad de skulle tycka och känna om kontakten med behandlaren. När behandlingen väl har satt igång berättar en del patienter att de har saknat olika aspekter av att möta en verklig person att kunna samtala med.

Patienter beskriver att de saknade en person att få ett direkt utbyte med i form av direkt feedback. Några patienter saknar själva mötet med en verklig människa att dela sina svårigheter med och få stöd och energi av. Patienter i denna studie beskriver upplevelsen att behandlarna i huvudsak verkar ha haft uppdraget att se till att patienten läser texterna, gör sina hemuppgifter och får nästa modul. Distansen till behandlaren samt behandlarens kortfattade kommunikationsstil verkar ha medverkat till en negativ upplevelse i samband med internetterapin. I förlängningen har detta även påverkat och påskyndat patienters beslut om att avbryta behandlingen.

Sen tyckte jag det kändes lite, alltså jag tycker om att ha mer personlig kontakt, det blev liksom lite platt alltihop att göra det över Internet för det är så pass tunga grejer, ... det är skönt att träffa en verklig människa när man jobbar med så tunga saker. (Linn)

Det är ju väldigt jobbigt att sätta sig ner (vid datorn), för jag är mer den som pratar ut mina känslor, jag vill höra direkt feedback, jag vill inte skriva ner det, det var inte alls min grej, det funkade inte alls. (Åsa)

De svaren jag fick var bara ”tack så mycket här kommer nästa modul”. Det kändes inte riktigt som det spelade någon roll vem som satt där på andra sidan. (...). För min del kunde jag fått modulerna till skickade till mig och lite frågor till mig som jag kunde fundera på snarare än att man var tvungen att höra av sig för det kom liksom ingenting tillbaka. (Siv)

Patienter som delvis valde bort internetterapin för att de saknade en personlig kontakt beskrev att de önskade mer utförlig feedback och mer validerande kommentarer än de fått under Internetbehandlingen.

Behandlaren puschade på mig och sa att jag borde göra fler övningar och skicka in dem sen, behandlaren var lite sur att jag inte fyllde i scheman och bla bla, så det var inte så positivt och det var som sagt en väldigt ytlig och inte varm kontakt på det viset. (Åke)

En del patienter bytte till en individuell kontakt efter att de hoppat av internetterapin och föredrog det personliga mötet. Andra jämförde internetterapin med tidigare kontakter de haft då de gått och pratat med en behandlare. De upplevde att de saknade en personlig kontakt som den de haft vid tidigare behandlingar.

Jag tycker det ger mer energi på nåt sätt, det känns mer uppmuntrande, att man får mer stöd om man går till någon. Även om man skriver samma sak som man hade sagt så känns det ändå som om man får på nåt sätt mer stöd. (Linn)

Jag har aldrig prioriterat mig själv på nåt sätt över huvudtaget så när jag väl fick gå till någon och prata med någon då kunde jag faktiskt prioritera och öppna upp mig på ett annat sätt men när man ska sätta sig ner och skriva och det är massa andra grejer om händer och, det var svårt, det var jättesvårt. (Åsa)

Åke och Ida hade erfarenhet av att gå i terapi hos behandlare inom psykiatrin sedan innan. Båda hade uppskattat olika aspekter av att gå och träffa en behandlare. Ida beskrev vad det var som hon uppskattade med att träffa en behandlare "live". Åke beskrev vad han saknade i kontakten med sin Internetbehandlare.

Vad jag behövde när jag gick i KBT var nästan egentligen bara tröst och en gnista hopp, det var nästan det som var det viktigaste, att någon sa nånting som man behövde höra liksom och lite "go!" sådär. (Med "go" berättar Ida senare att hon menar pepp och uppmuntrande visdomsord från terapeuten). (Ida)

En sak jag tyckte att jag saknade är att när man träffar någon så blir det mer personlig kontakt. (...) Min terapeut via nätet uppmuntrade lite sådär men det kändes ändå som att jag aldrig fick respons på mina övningar eller på läxorna man skickade in för man skrev ju ganska innerliga saker om hur man mådde och kände och man fick aldrig någon enda respons på det ...Jag vill ha lite tips, lite såhär psykologisnack. (Åke)

De patienter som saknade personlig kontakt upplevde i flera fall detta som en bidragande faktor till att de valde att hoppa av internetterapin. De uppgav att en mer personlig kontakt och verkliga möten kanske hade kunnat få dem att orka genomföra behandlingen.

### ***Bristande förhandsinformation och bristande kännedom om behandlingen***

Patienter beskriver att de var positiva och tacksamma över att ha blivit erbjudna behandling men de verkar inte ha varit helt medvetna om vad behandlingen

skulle innebära. Flera patienter har oklara minnesbilder av hur informationen om behandlingen sett ut. Patienterna har vissa svårigheter att minnas hur informationen gavs. Begreppet bristande kännedom om behandlingen bygger på utsagor där patienterna berättar att de blivit erbjudna och rekommenderats att testa en behandling men inte fått veta eller tagit reda på så mycket om behandlingen.

Jag fick egentligen inte veta så jättemycket om vad behandlingen skulle handla om, jag måste ju jättedåligt och var beredd att ta i princip vilken behandling som helst och detta var vad som erbjöds så då tackade jag ja till den. (Linn)

Man visste ju heller inte vad den här behandlingen innebar, hur mycket tid som skulle behöva läggas på det så det blev ju svårt att planera nånting för den. (Siv)

Jag hade ingen uppfattning alls egentligen vad det skulle handla om utan jag var bara intresserad av att göra nånting som kanske skulle hjälpa mig eller kunna hjälpa mig i slutändan men i och med att det kom samma frågor som jag tampats med under hela den här jobbiga tiden så kändes det bara som att det var totalt onödigt och det fick mig bara att riva upp mer grejer liksom. (Åsa)

Jag var väldigt nyfiken och glad för att ha kommit med... och sen när jag fick första brevet med posten och på datorn och jag såg det så var det inte så roligt längre. (Milla)

Det är oklart om den bristande insikten kring hur behandlingen skulle se ut beror på hur informationen gavs till patienterna eller om patienterna var motiverade till att fråga eller visste vilka frågor de skulle ställa för att informera sig tillräckligt. Informanters berättelser i denna studie tyder på att en bristande insikt om behandlingens innehåll och upplägg var en aspekt som påverkade det faktum att de senare avbröt behandlingen.

### ***Behandlingen skapar patient och utsatthet***

En kategori som framkommit i intervjuerna är utsagor kring patienternas upplevelser av att vara just patient och bli erbjuden internetterapi av psykiatri. Begreppet utsatthet inrymmer upplevelsen av att vara patient inom psykiatri i stort och att genomgå en terapibehandling. Studiens frågeställning tangerar här mer övergripande områden som upplevelsen av att hoppa av en behandling inom psykiatri idag. Här är det passande att betona denna studies avgränsning kring patienternas upplevelser av avhopp från just internetterapi men med noteringen att avhoppet från internetterapi även sker i och påverkas av en större kontext.

Begreppet utsatthet rymmer flera dimensioner. Patienterna har sökt behandling för sin ångestproblematik och i och med detta blivit föremål för bedömning och fått rekommendationer av vårdgivare inom psykiatri och på vårdcentraler.

Dessa vårdgivare har gjort bedömningen att internetterapi skulle kunna vara givande för patienten. Patienten själv har haft begränsad möjlighet att välja behandling utifrån egna preferenser. Patienterna har också haft mycket lite kunskap om vilka behandlingsalternativ som möjligen fanns. Resultatet av denna studie tyder på att patienter som hoppat av internetterapi inte erbjudits några möjligheter att utefter personliga förutsättningar eller preferenser välja sin behandling. De har överlag varit tacksamma att det fått en behandling. Denna kontext ser ut att ha påverkat upplevelsen av avhopp. På olika sätt har patienter varit oroliga för vad deras avhopp kan få för följder i framtiden. Ibland har rädsla fått patienter att försöka undvika att hoppa av behandlingen eller skjuta upp avhoppet även om behandlingen inte hjälpt dem.

Jag höll på ganska länge för att jag tänkte att om jag inte fullföljer det så får jag inte nästa modul så jag försökte på nåt sätt att hänga kvar lite in i det sista innan jag frågade om det kanske är ok att jag får modulerna i alla fall för att kunna göra det själv, så för min egen skull skulle jag ha avbrutit mycket tidigare. (Siv)

Jag fick sån prestationsångest och tvång och det kändes så omfattande, men så mådde jag så dåligt och ville verkligen bli bättre så det var därför jag fick prestationsångest också för att jag ville liksom verkligen att behandlingen skulle få mig att må bättre. Just för att det var en studie också så var jag så rädd att jag skulle förstöra på något sätt och sen var jag rädd att jag aldrig skulle få någon annan behandling igen om jag inte lyckades och sånt. (Linn)

Jag ville hela tiden fortsätta en annan gång, så jag är tacksam att jag fick möjligheten. Kanske fick jag det för att jag gjorde som min behandlare sa. (Åke)

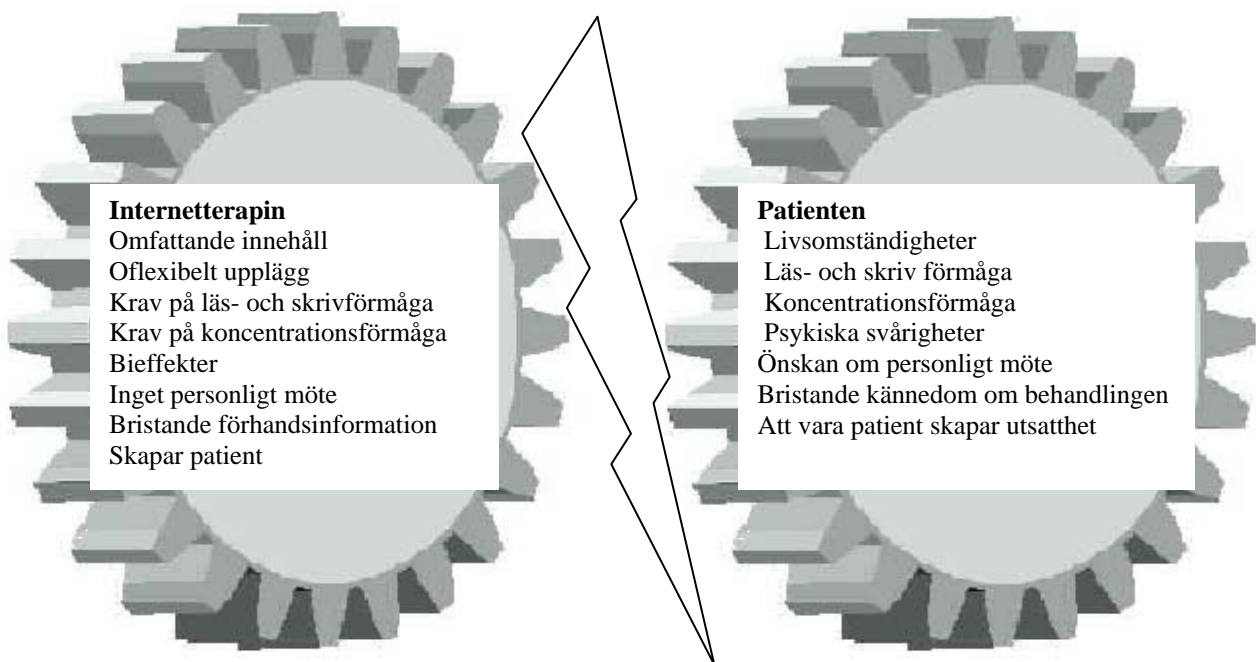
Det gav mig lite ångest att vara tvungen att säga nej (hoppa av), också på grund av att det känns som om jag inte har uppfyllt min del av avtalet och då känns det som att man blir utslängd lite grann, att ”då får hon skylla sig själv” ungefär du vet, ”hon ville inte genomgå den här terapin då kan vi inte göra mer”. Och så blir man utestängd och så får man ingen mer hjälp i framtiden, det var också en grej jag tänkte lite på. (Ida)

Sammanfattningsvis tyder patienternas berättelser på att de haft en utsatt position innan, under och efter Internetbehandlingen. Utsattheten bestod av ett underläge när det gäller tacksamhetskund i relationen till vårdgivaren och den upplevda risken att äventyra möjligheten till framtida vård. Berättelser om rädsla för att hoppa av internetterapi på grund av oro för framtida följder kan ses som att patienterna står i en viss beroendeställning till sin behandlare. Att stå i beroendeställning som patient innebär en utsatthet. Patienter står i beroendeställning till vården både genom att de behöver hjälp att ta sig ur ett psykiskt lidande och att de är måna om att kunna få hjälp även i framtiden.

## Teori och modell

När analysen av intervjuerna påbörjades fanns en mängd kategorier av uttalanden som till synes inte hängde samman med varandra. I takt med att ny data samlades, jämfördes och kategoriserades framträdde så småningom mönster i materialet som bildade kärnkategorier och slutligen sammankopplades till en teori. Syftet med den teori som nu presenteras är att sammanfatta och beskriva patienternas upplevelser av avhopp från internetterapi i denna studie. Avhoppet framstår vid intervjuerna som en komplex process som omgärdas och påverkas av olika faktorer. Förhoppningen är att denna teori, som grundats i intervjudata kan bidra till att belysa och begripliggöra denna komplexa process.

Teorin som genererats i studien sammanfattas och presenteras med hjälp av en kugghjulsmodell. Patienternas upplevelser kring avhopp från internetterapi beskrivs här som ett komplext kugghjulsmaskineri som havererat. Idén om kugghjulsmodellen formades då de två kärnkategorierna *internetterapin* och *patienten* framträdde i materialet och det blev klart att det rådde inkompatibla förhållanden mellan dessa två kärnkategorier. Kugghjulet kan ses som en symbol för ett komplext maskineri, medan denna modell, med två isärdragna kugghjul får symbolisera ett maskineri som av olika anledningar inte går ihop.



**Figur 2. Kugghjulsmodell.** Patienternas upplevelser kring avhopp påverkas av växelverkande samband mellan de begrepp som modellen inrymmer.

Det ena hjulet i maskineriet består av patienten själv och det andra av behandlingen. När behandlingen ges till patienten händer det att omständigheter eller egenskaper hos patienten inte går ihop med omständigheter i behandlingen. De omständigheter som bildade tydliga och mättade kategorier i intervjumaterialet har omvandlats till teoretiska begrepp och redovisas i



kugghjulsmodellen. Omständigheterna som redovisats parvis i resultatet kan göra att kugghjulsmaskineriet kommer i otakt eller havererar. Vidare kan flera olika omständigheter samverka till att patienten upplever behandlingen som ogenomförbar. Ett exempel på en sådan komplex berättelse kan vara att patienten har psykiska svårigheter som triggas av behandlingen samtidigt som patienten saknar en personlig kontakt. I vissa fall har försök gjorts att tillmötesgå patientens önskemål om exempelvis personlig kontakt. Enstaka stödjande telefonsamtal från behandlare eller tekniskt stöd har kunnat fylla ett visst behov och uppskattats av patienter. Samtidigt har andra omständigheter ändå gjort att patienten hoppat av behandlingen. Det verkar alltså möjligt att till en viss del göra behandlingen lyhörd för "kuggar i kugghjulet som kört fast" för enskilda patienter och reparera dessa kuggar.

Utsatthet gentemot vårdgivaren är en aspekt av att delta i och avbryta internetterapi som har beskrivits av informanterna. Begreppet utsatthet hos patienten och egenskapen hos behandlingen, att den skapar en patient, kan tänkas belysa en maktrelation som uppstår vid en terapibehandling. Denna maktrelation kan ses som en kugge i maskineriet. Denna kugge leder inte nödvändigtvis till avhopp. I en del fall verkar den ha fått patienter att kämpa hårt med att klara terapi, men den är en aspekt av upplevelsen kring avhopp som framkommit i denna studie.

En rad olika omständigheter hos patienterna och hos behandlingen har beskrivits av informanterna i denna studie. Det är viktigt att påpeka att de olika begreppen som sammanknippas med behandlingen respektive patienten är inte konstanta på så vis att de beskriver hur behandlingen eller patienterna *är*. Istället framträder och aktualiseras begreppen under vissa omständigheter och gör då patienten och behandlingen inkompatibla. Exempelvis behöver behandlingens text inte alltid vara teoretisk och tung, men den har visat sig kunna bli det i relation till en klient som upplever svårigheter att ta till sig ett behandlingens textformat. Patienterna önskar inte alltid ett personligt möte men i de fall då de gör det, så blir behandlingens upplägg utan möten med behandlare inkompatibelt med patientens önskemål.

Kugghjulsmodellen är en ansats till att visualisera hur patienters upplevelser av avhopp från internetterapi ser ut och hänger samman med internetterapins egenskaper och förutsättningar. Kugghjulens symbolik innehåller flera dimensioner. Symboliken kan visa på att en kugge i hjulet som inte fungerar kan stoppa hela maskineriet men även att det finns ett antal kuggar som behöver passas ihop för att en internetterapi ska fungera för patienten.

## Diskussion

I föreliggande studie har intervjuer gjorts med patienter som hoppat av en internetterapi för generaliserat ångestsyndrom. Data har analyserats med hjälp av Grounded Theory (GT). I syfte att förklara och visualisera resultatet formulerades en teori med en tillhörande modell. Resultatet sammanfattades i form av två kärnkategorier, *internetterapin* och *patienten*. Kärnkategorierna innehåller i sin tur en rad underliggande begrepp. Dessa begrepp beskriver olika aspekter kring upplevelser av avhopp, där patienten med sina specifika förutsättningar inte klarade att genomföra behandlingen i den form som den gavs. Teorin och modellen som grundats i data, sätter begreppen i relation till varandra.

### *Resultatdiskussion*

När arbetet med föreliggande studie startade formulerades ett syfte som skulle vara öppet och explorativt i enlighet med vad som förespråkas inom GT. Upplevelser av avhopp sågs som ett fenomen som skulle kunna beskrivas exempelvis som en process utefter en tidslinje eller utifrån olika problemområden inom behandlingen, som gjort att patienterna hoppat av. Öppna frågor formulerades för att informanterna skulle få svara utifrån sina egna upplevelser. Vid den första öppna frågan under intervjuerna uppmanades informanterna att berätta fritt om behandlingen. De flesta började redan då att beskriva orsaken till sitt avhopp och olika aspekter av hindrande omständigheter som rörde dem själva eller behandlingen. Att fokus hamnade på problem med behandlingen snarare än på avhoppet utifrån ett tidsperspektiv kan ha berott på att det gått flera månader sedan deltagarna avbröt behandlingen och minnen kring tidsperspektiv var otydliga. Det hade varit intressant att intervjua patienterna direkt efter avhoppet. Då hade mer exakt information kunnat samlas om när patienterna bestämde sig för att hoppa av och om det var något särskilt som påverkade dem just då.

I takt med att intervjuerna genomfördes och analyserades framstod två kärnkategorier, *internetterapin* och *patienten*. Arbetet med teoribildning ledde sedan till skapandet av en modell med två isärdragna kugghjul. Kuggarna fick symbolisera de olika aspekter som visat sig kunna leda till att internetterapi avbröts. Kugghjulet ansågs vara en tydlig och välinarbetad symbol, i det västerländska samhället i vilket studien utförts, varför den ansågs passande för att åskådliggöra de inkompatibla förhållandena mellan internetterapi och patient.

Kuggarna i kugghjulen som benämnts som *omfattande innehåll*, *oflexibelt upplägg* och *patienternas livsomständigheter*; samt *krav på koncentration och läs- och skrivförmåga* och *individuell förmåga*, visar på att det finns skäl att i

framtiden anpassa internetterapiens innehåll till olika kliniska patienters förutsättningar att ta till sig terapi i textform och över Internet. Att denna studie skulle komma fram till slutsatsen att en individanpassning hade varit positiv är inte helt konstigt då studien fokuserat på individers upplevelser. Samtidigt bygger internetterapi delvis på idén att terapin skall kunna ges till många och ta lite tid i anspråk för behandlaren. En medelväg mellan individanpassning och effektivitet skulle kunna vara individanpassning efter exempelvis läs- och skrivförmåga, men liknande behandlingsinnehåll till alla patienter för att effektivisera behandlingen.

När det gäller internetterapiens avsaknad av *personligt möte* och *önskan om personligt möte* från patienters sida är det tydligt att en del av informanterna saknade detta hos internetterapi. Patienter verkar ha tackat ja till internetterapi men sedan upptäckt att de saknat ett personligt möte. En intressant frågeställning är huruvida bilden av psykiatrin som institution och patienters förväntningar kring hur terapi ska vara påverkar upplevelser av terapi utan personligt möte. Möjligen har patienter, som får internetterapi direkt via nätet eller via speciella Internetpsykiatrienheter en annan förväntning på sin behandling än patienter, som tilldelas internetterapi via den traditionella psykiatrin. Inom den traditionella psykiatrin kan internetterapi anses "sakna" ett personligt möte i jämförelse med traditionell psykoterapi ansikte-mot-ansikte, men inom enheter som enbart erbjuder internetterapi är förväntningen möjligen inställd på ett möte genom e-post kontakt. Kanske kan förväntningarna och kontexten för internetterapi påverkas positivt genom att en specifik enhet inom varje län erbjuder enbart internetterapi, så som Internetpsykiatrin i Stockholm. Andra intressanta frågor för framtiden är vilka tekniska verktyg behandlarna kan förse med, och hur behandlarna kan tränas för att bli bättre på att skapa och upprätthålla en allians över Internet.

Patienternas upplevelser kring avhopp innehöll en rad uttalanden kring det faktum att *behandlingen skapar en patient* och *utsatthet*. För forskare och behandlare kan betydelsefulla kunskaper utvinnas ur redogörelser kring hur det kan upplevas att vara patient inom klinisk psykiatri. Föreliggande studie visar en bild av detta som rör just patienters upplevelse av utsatthet. Internetterapi innebär nya betingelser för terapibehandling och kontakt med behandlaren. En aspekt av detta kan vara att distansen till patienten vid internetterapi ökar. Behandlaren kan ha svårare att genom e-postkontakten fånga upp och bemöta små antydningar av exempelvis rädsla eller prestationsångest. Samtidigt kan liknande problem och makthierarkier finnas vid ett personligt möte. Relationen mellan behandlare och patient innehåller kanske alltid en form av maktrelation. Genom att medvetandegöra detta kan behandlare bli känsligare för signaler om utsatthet och uppmärksamma dessa med patienten både över Internet och i personliga möten.

### *Anknytning till tidigare forskning*

För att återknytta till studiens inledning kan nämnas att föreliggande studies resultat kan jämföras med de punkter som nämnts av Andersson, Carlbring et al. (2009) gällande vad en fungerande internetterapi bör innehålla. I Punkt a) nämns att en noggrann diagnostisering har visat sig vara betydelsefull för att internetterapi ska fungera bra. I föreliggande studie i klinisk miljö har en noggrann diagnostisering skett. Samtidigt har svårigheter uppkommit som inte diagnostiserats från början eller inte varit diagnostiserbara, så som måttliga läs- och skrivsvårigheter och tvång. Dessa svårigheter har orsakat problem för vissa patienter som senare hoppat av behandlingen. Detta visar på en komplex klinisk verklighet som, i enlighet med vad Kaltenthaler et al. (2006) redan påpekat, kan behöva undersökas ytterligare framöver.

Punkt b) som Andersson, Carlbring et al. (2009) tar upp, understryker att behandlingens innehåll ska vara utförligt och gediget. När det gäller informanterna i denna studie har det snarare framkommit att de önskade att materialet skulle vara mer kortfattat och lättläst. Samtidigt är föreliggande studies resultat inte helt entydigt och åsikterna om att texterna är för utförliga delas inte av alla informanter. De patienter som genomfört behandlingen och blivit hjälpta har heller inte tillfrågats. När det gäller punkt c) som handlar om teknik och användarvänlighet har inget tydligt resultat framkommit i föreliggande studie som kan jämföras med denna punkt. Punkt d) talar för att tydliga deadlines och stöd från terapeuten är viktiga moment i internetbaserad psykoterapi. Denna studie har visat på att tydliga deadlines har varit ett stressmoment för patienter och att patienter har önskat mer flexibla deadlines, vilket motsäger Andersson och Carlbrings et al. Sammanfattningsvis kan också sägas att de avhoppade patienternas mångfasetterade upplevelser i föreliggande studie kan vara en indikation på att de fyra punkterna ovan kan komma att behöva utökas eller modifieras i framtiden. Exempelvis kan det handla om att behandlingen vinner på att ha en viss grad av individanpassning. Det kan handla om anpassning efter patientens läs- och skrivförmåga eller andra svårigheter som den enskilda patienten möter under behandlingens gång.

Kaltenthaler et al. (2006) diskuterar huruvida avhopp sker för att patienter anser sig färdigbehandlade eller för att de inte tycker sig förbättras av behandlingen. När det gäller orsakerna till avhopp finns inga upplevelser beskrivna i föreliggande studie av att patienter känt sig färdigbehandlade. Däremot beskrivs upplevelser av att behandlingen inte gjort att patienternas tillstånd förbättrats samt att patienter hoppat av på grund av att deras livsomständigheter inte möjliggjort ett deltagande i behandlingen. Detta resultat har genererats i kontexten av att denna studie, som undersökt patienternas egna upplevelser kvalitativt. Det är möjligt att svaren hade blivit annorlunda vid exempelvis en

enkätundersökning. En patient kan tänkas se sig som färdigbehandlad även om det är livsomständigheter som får henne att avbryta beroende på *hur* frågan ställs och i vilken kontext. Detta är ett exempel på en frågeställning som kan behöva analyseras med både kvalitativa och kvantitativa analysmetoder för att belysa frågan ur olika perspektiv.

*Bieffekter* och *psykiska svårigheter* har beskrivits som del av patienters upplevelser vid avhopp. Detta är i linje med vad Marks (2006) nämner som en nackdel med internetterapi. Marks menar att distansen mellan behandlaren och patienten gör att det kan vara svårt att upptäcka och ge återkoppling och hjälp när en patient får problem parallellt med själva behandlingen. I föreliggande studie har bieffekter till viss del fått patienter att uppleva behandlingen som ogenomförbar. Patienter med diagnostiserad problematik som exempelvis läs- och skrivsvårigheter har inte antagits till den aktuella internetterapi. Diagnostisering har dock inte alltid fångat upp svårigheter som patienten kan ha utan specifik diagnos. En annan risk med internetterapi som Marks (2006) nämner är att patienter obemärkt undviker obehagliga övningar och interventioner som exempelvis exponering för att undkomma obehag. Även detta ligger i linje med föreliggande studies resultat där patienter börjat undvika delar av behandlingen. Frågan är dock om detta dilemma är specifikt för internetterapi. Kanske förekommer det lika ofta vid psykoterapi som sker ansikte-mot-ansikte att patienter får psykiska bieffekter eller undviker övningar utan att terapeuten märker detta.

Patienterna i denna studie har alla haft diagnosen generaliserat ångestsyndrom. I diagnoskriterierna för denna diagnos ingår bland annat koncentrationssvårigheter, att lätt bli uttröttad, och känslor som överdriven rädsla och oro (DSM-IV, 2000). Dessa symtom har beskrivits av informanterna i denna studie, i samband med upplevelser av avhopp. Symtom så som nedsatt koncentrationsförmåga har visat sig göra internetterapiens textformat svåråtkomligt. I föreliggande studies resultat har patienter känt oro inför relationen till psykiatrin, behandlaren och inför att ställa krav som patient. Då oro och rädsla hör till diagnoskriterierna vid generaliserat ångestsyndrom väcks frågan om hur andra patientgrupper skulle beskriva upplevelser av avhopp. Kanske skulle en annan grupp patienter med en annan diagnos reagera annorlunda inför internetterapi utifrån sina specifika svårigheter och styrkor. Upplevelser av avhopp behöver undersökas utifrån fler olika patientgruppers perspektiv i kommande studier för att öka kunskapen kring detta. Kanske bör internetterapi i framtiden utformas med patienternas diagnosspecifika problematik i åtanke.

För en del patienter i föreliggande studie verkar det personliga mötet utgöra en essentiell del av psykoterapeutisk behandling. Detta stöds av forskning kring

”common factors” som lyfter fram mänsklig kontakt som en aktiv och verksam del i alla psykoterapier (Wampold, 2001). Som en kontrast till detta hänvisar Andersson (2009) till forskning som visat på att allians mycket väl kan uppnås via e-postkontakt i internetterapi. En studie av Knaevelsrud och Maercker (2007) undersökte patienternas upplevelse av allians vid en internetterapi för posttraumatiskt stressyndrom med hjälp av ett formulär. Detta formulär mätte exempelvis hur väl patient och terapeut var överens om behandlingsupplägget och arbetade mot samma mål, samt om de kände tillit och förtroende för varandra. Studien visade på att patienterna upplevde alliansen som god. En slutsats skulle kunna vara att upplevelsen av allians och dess betydelse finns och konstrueras hos patienten och terapeuten själva. Allians verkar kunna uppnås genom både personliga möten och e-postkontakt. Förväntningar och kontext är variabler som påverkar patientens upplevelse och kan göra upplevelsen negativ eller positiv.

Kategorierna *bristande förhandsinformation* och *bristande kännedom om behandlingen* visar på att patienternas upplevelser i flera fall verkar vara att de tilldelats en behandling utan att veta så mycket om denna. De har inte heller alltid haft möjlighet att välja mellan olika behandlingar. Enligt SBU (2007:03) ska patienten erbjudas alternativa behandlingar i samband med att internetterapi presenteras. Samtidigt tillämpas stepped-care modellen inom psykiatrin på den enhet där denna studie utförts, vilket innebär att patienten inte får välja efter smörgåsbordsprincipen utan får pröva olika behandlingar stegvis.

Anvisningarna från SBU om att patienten skall få möjlighet att välja behandling verkar stå i motsättning till stepped-care modellen. En frågeställning blir här om patienterna i föreliggande studie borde ha fått ett större inflytande genom ett informerat val mellan olika behandlingar eller om behandlares bedömningar i första hand ska påverka vilken behandling patienten ska få. Oberoende av vilken linje som väljs behöver informationen ges på ett pedagogiskt sätt så att patienten kan göra ett informerat val eller tacka nej till det alternativ som bedömts passa. Samtidigt krävs ödmjukhet kring svårigheten att informera pedagogiskt då patienten exempelvis kan vara beredd att genomföra behandlingen vid start, men sedan hindras av oförutsedda omständigheter, eller att patienten inte är i stånd att bedöma informationen om terapin förrän terapin verkligen har prövats.

### ***Metoddiskussion***

Metoden har bedömts vara lämplig för denna studies syfte, att undersöka och begripliggöra upplevelser kring avhopp. Bedömningen gjordes utefter att studien haft en explorativ ansats att undersöka mänskliga handlingar och processer. Studien har resulterat i en förklaringsmodell kring avhopp från internetterapi. Detta passade väl ihop med användningen av en teorigenererande metod som GT. Jag som utfört denna studie gör bedömningen att metoden har

kunnat tillämpas genom hela processen. Denna bedömning utgår ifrån att Charmaz (2006) anvisningar har följts under arbetets gång.

I arbetet har jag som forskare varit ensam i att tolka rådata. Detta betyder att ingen annan har kunnat granska hur data kan tolkas på alternativa sätt. Mina handledare har aktivt ställt kritiska frågor till mig men det hade varit intressant om fler forskare kunnat få tillgång till rådata för att granska föreliggande studie. Samtidigt är data skyddad av sekretessregler som noga har efterföljts. Med hänvisning till dessa sekretessregler har jag valt att ensam läsa rådata.

Urvalet är litet, och hämtat ur en begränsad grupp patienter. I en GT studie behöver urvalet inte nödvändigtvis vara stort, men ett större urval hade i detta fall ökat det teoretiska urvalet. För att utöka populationen hade patienter från andra behandlingsstudier kunnat intervjuas. På så vis hade fler tydliga kategorier kanske hittats och kunnat mättas. Begränsningen i tid har gjort att ett par kategorier som funnits i resultatet inte mättats och därför inte redovisats. En sådan kategori handlade om att patienter saknade ett fysiskt rum för internetterapi. Rumskategorin gav antydningar om att patienter ibland har ett behov av att ha olika rum för olika aktiviteter, att exempelvis komma iväg hemifrån för att jobba, träna och kanske för att gå i terapi. Det hade varit intressant att intervjua fler patienter och på så sätt undersöka detta vidare.

En ytterligare aspekt var att studien genomfördes tre till sex månader efter att avhoppet ägt rum. Det redovisade resultatet bygger således på informanternas något bleknade minnesbilder. Några informanter påpekade att deras minnesbilder hade förändrats och även försvunnit sedan avhoppet skedde. Tidsaspekten kan ses som en del av den kontext som påverkat bilden av verkligheten som denna studie ger.

### ***Validitet och reliabilitet***

Validitets- och reliabilitetstestning gjordes utifrån de kriterier som angetts av Guvå och Hylander (2003) och som nämns under rubrikerna *Validitet* och *Reliabilitet* i metodavsnittet.

Studien bedöms inneha empirisk validitet genom att nya kategorier och teoretiska begrepp hela tiden har jämförts direkt med rådata. Detta syftade till att fastställa att kategorierna och begreppen så långt som möjligt stämde överens med vad som verkligen sagts. Teorins konsistens och pragmatiska validitet, det vill säga att teorin hänger samman och bildar en begriplig och användbar helhet, har prövats. Detta gjordes genom att låta psykologen som ansvarade för implementeringen av den aktuella internetterapi granska teorin. Teorin bedömdes då som informativ och användbar vid fortsatt implementering

av internetterapi inom den enhet där studien genomfördes. Psykologen kände även igen beståndsdelarna i teorin efter egna samtal med patienter.

Den kommunikativa validiteten, teorins vetenskapliga relevans, bedöms av forskningsprojektets medlemmar som tillräcklig för en publicering av studien i en vetenskaplig tidskrift. Studien bedöms tillföra ett resultatmässigt nytillskott i och med att den grundade teorin beskriver upplevelser av avhopp ur patienters perspektiv. Enligt min vetskap är detta fokus hittills inte beforskat med kvalitativ metod vilket gör resultatet betydelsefullt. Modellen bidrar till att visualisera en bild av hur upplevelser kring avhopp kan te sig. Förhoppningen är att denna bild kan användas som en inspirerande utgångspunkt för vidare utveckling av internetterapi. Teorin och modellen bedöms vara möjlig att förändra utifrån nya forskningsresultat i framtiden. Exempelvis kan nya teoretiska begrepp läggas under kärnkategorierna *internetterapin* och *patienten* i modellen. Detta kan exempelvis bli aktuellt om fler patienter intervjuas eller om patienter som fått andra internetterapi intervjuas.

Reliabilitetstestning av föreliggande studie har gjorts enligt de kriterier som anges av Guvå och Hylander (2003). Det första kriteriet handlar om huruvida begrepp har utvecklats i den aktuella studien. Svaret på den frågan är ja. Begreppen redovisas bland annat i kugghjulsmodellen. Det andra kriteriet gäller huruvida begrepp har relaterats till varandra på ett systematiskt sätt i studien. Detta har skett, genom att begreppen hänger samman i par. Relationerna mellan begreppen illustreras även med hjälp av kugghjulsmodellen. I det tredje kriteriet ställs frågan om *flera* begreppsmässiga relationer finns i studien. Svaret på denna fråga är ja. Detta beskrivs i resultatet och handlar om att olika begreppspår kan hänga samman på flera sätt och i olika kedjor för olika patienter.

Det fjärde kriteriet handlar om huruvida kategorierna är väl utvecklade. Kategorierna har bedömts vara mättade och väl utvecklade i studien. Några kategorier valdes dock bort då mer data hade behövts för att mäta dem. Tidsramen för projektet och det begränsade antalet tillgängliga patienter satte gränserna för antalet intervjuer. I det femte kriteriet ställs frågan om det finns stor variation i teorin. Med detta menas om studien beskriver olika typer av utfall beroende på olika skeenden som beskrivs. Bedömningen görs att studien uppfyller detta kriterium. Flera olika begreppsrelationer finns som förklarar olika typer av skeenden och upplevelser hos olika patienter. I det sjätte kriteriet ställs frågan om huruvida det finns en process i studien. Med detta menas om ett skeende eller görande beskrivs i studien. Avhopp från internetterapi kan ses som ett skeende eller en process, från att ha tackat ja till behandling till att ha hoppat av. Detta skeende beskrivs i studien. Upplevelserna av avhoppet beskrivs som beståndsdelar i skeendet.



### ***Intervjuarens roll***

Vid forskningsintervjuer innehar forskaren en viss maktposition gentemot informanten (Kvale, 1997). Forskaren har exempelvis makt att välja frågor och därmed innehåll och inriktning för samtalet. När en forskare initierar en intervju kring en forskningsfråga sker också en konstruktion av ett svar. Svar på forskningsfrågan kan ha konstruerats av informanten redan innan men i själva intervjun påverkas informantens svar av frågorna som ställs, av relationen mellan intervjuaren och informanten och så vidare. Hierarkier och konstruktion av verkligheter sker så länge det finns människor som samspelar och det kan vara viktigt att kritiskt lyfta några aspekter av detta. En sådan aspekt i föreliggande studie var att intervjuerna kom att handla mycket om orsak till avhopp och inte enbart upplevelser kring avhopp. Frågan om orsak till avhopp var inte uttalad i intervjun men kom ändå att bli central i patienternas berättelser. Anledningen till att fokus på *varför* fanns hos informanterna kan ha varit att de redan när de tillfrågats att delta hade fått veta att de skulle intervjuas angående sina upplevelser kring avhopp. Informanter kan ha varit måna om att ha en giltig förklaring till *varför* de hoppat av. För att undvika att informanterna skulle pressas att svara något särskilt ställdes öppna frågor och patientens informerades om att ingen från projektet utom jag själv som forskare fick ta del av rådata.

En annan aspekt av intervjuarens roll var att intervjuaren tillhörde det forskningsprojekt som initierats av psykiatrin och alltså i viss mån var en företrädare för denna part. Informanterna stod som patienter i en underordnad maktposition gentemot psykiatrin och detta kan ha påverkat patienternas svar. Nackdelarna med att intervjuaren var företrädare för psykiatrin var att patienter kanske inte kunde svara så som de hade velat i rädsla att riskera sin framtida kontakt med psykiatrin. Fördelen med att intervjuerna ingick i psykiatrins forskningsprojekt var att projektets ramar och sekretessregler var relativt trygga och välkända för informanterna.

### ***Slutsatser samt användning av teorin***

Teorin och modellen som genererats i denna studie har förhoppningsvis bidragit till att göra ett antal patienters egna upplevelser kring sitt avhopp från internetterapi belysta och överskådliga. Forskningsresultat, som framtagits med hjälp av GT, kan enligt Charmaz (2006), inspirera till ny forskning med deduktiv, teoristyrd, slutledning som mål. Föreliggande studies resultat kan användas som inspiration på detta vis. Modellen och teorin som grundats i denna studie kan bidra med hypoteser kring vilka aspekter av internetterapi som skulle kunna komma att bli problematiska för en del patienter. Resultatet ger ledtrådar om vilken typ av screening som kan göras eller vilken förhandsinformation som bör ges till kommande patienter. I viss mån erbjuder modellen även hypoteser om vad som orsakat avhopp från internetterapi för

patienterna i denna studie. Studien är gjord utifrån intervjuer med patienterna själva vilket är unikt enligt den information som fanns då detta skrevs. Detta gör studien användbar för förståelse och insyn i patienters perspektiv och personliga upplevelser.

Patienternas upplevelser av behandlingen som oflexibel och tung skulle kunna vara ett tecken på att modulupplägget inte varit förhandlingsbart eller känt individanpassat. En hypotes skulle kunna vara att patienters följsamhet i behandlingen skulle kunna öka om de själva fick en större upplevelse av individanpassning. Detta skulle kunna göras genom att patienterna själva fick välja moduler eller genom att de fick veta att modulerna de fått var anpassade efter just dem. Individanpassade modulupplägg har nyligen testats och visat på lovande resultat (Johansson, 2010).

Psykiska svårigheter, försvårande livsomständigheter eller undvikanden under behandlingen skulle kunna hanteras genom att utveckla system eller tekniker för att upptäcka besvären. System för att upptäcka svårigheter skulle kunna innebära specifika avstämningsfrågor som behandlaren ställer via e-post. Tekniker skulle kunna innebära terapeutmanualer för bemötande av olika typ av svårigheter eller fristående, hjälpinriktade eller motivationshöjande moduler, som kan sättas vid olika problem.

Ett sätt att göra texterna mer lättlästa skulle kunna vara att komplettera psykologers befintliga kunskaper inom kognitionsvetenskap med pedagogers, webbdesigners och webbcopys kunskaper om hur språket och läsvänligheten kan utvecklas. Textläsning på dator kräver en annan utformning av texten än läsning på papper enligt en handbok för textproduktion på nätet av Hjalmarsson och Sundberg (2001). Faktum är att omformning och utveckling på detta område testas i studier i dagsläget (Andersson, Bergström et al., 2008). För att minska friktionen mellan kuggarna i kugghjulet som handlar om krav på koncentration och läs- och skrivförmåga skulle texterna även kunna göras tillgängliga för personer med läs- och skrivsvårigheter och koncentrationssvårigheter genom inläsning av materialet.

### ***Vidare forskning***

Intressanta utmaningar väntar när internetterapin nu börjat testas i klinisk miljö runt om i världen. Denna studies resultat indikerar att utmaningarna kan komma att handla om att exempelvis testa olika typer av screening för att kunna ge rätt behandling till rätt person. Utmaningen kan också ligga i en vidareutveckling utav modulers textinnehåll. Vidare forskning skulle kunna undersöka hur patientens inflytande kan främjas och vilken typ av information patienten behöver för att ställa in realistiska förväntningar kring sin internetterapi. Mer forskning kring vad som får patienter att stanna i internetterapi behövs också.

Kvalitativa studier skulle kunna användas för att generera fördjupad förståelse och teorigenererande ansatser inom detta forskningsområde. Någon modell som åskådliggör avhopp från internetterapi har inte tidigare gjorts och det hade varit intressant att göra fler intervjustudier för att komplettera kugghjulsmodellen ytterligare. Kvantitativa studier skulle kunna komplettera detta genom att testa teorier kring avhopp i förhållande till exempelvis behandlingskomponenter, screening och allians.

Misslyckade behandlingsinsatser är en kostnad för vården och riskerar att utgöra en negativ upplevelse för patienten. Förhoppningsvis kan forskning och klinisk prövning bidra till att kugghjulen, *internetterapi* och *patienten*, kan fungera smidigt ihop i framtiden.



## Referenser

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision ed.). Washington, DC: APA.
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 175–180.
- Andersson, G., Bergström, J., Buhrman, M., Carlbring, P., Holländare, F., Kaldo, V., Nilsson-Ihrfelt, E., Paxling, B., Ström, L., & Waara, J. (2008). Development of a new approach to guided self-help via the Internet. The Swedish experience. *Journal of Technology in Human Services*, *26*, 161–181.
- Andersson, G., Carlbring, P., Berger, T., Almlöv, J., & Cuijpers, P. (2009). What makes internet therapy work? *Cognitive behaviour therapy*, *38*, 55–60.
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2008). Pros and cons of online cognitive-behavioural therapy. *British Journal of Psychiatry*, *193*, 270–271.
- Barret, M. S., Chua, W., Crits-Cristoph, & Gibbons, M. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, *45*, No. 2, 247–267.
- Bendelin, N., Dahl, J. (2006). *Patienters upplevelser av internetbaserad kognitiv beteendeterapeutisk självhjälpsbehandling mot depression*. (Psykologexamensuppsats). Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för Beteendevetenskap och lärande.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage Publications.
- Christensen, H., Griffiths, K., & Farrer, L. (2009) Adherence in Internet interventions for anxiety and depression: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *11*.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, *21*, 1–15.
- Cuijpers, P., van Straten, A. M., & Andersson, G. (2008a). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*, 169–177.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008b). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 909–922.
- Cunningham, M., & Wuthrich, V. (2008). Examination of the barriers to treatment and user preferences with computer-based therapy using the cool teens CD for adolescent anxiety. *E-journal of applied psychology*, *4*, 12–17.

- Englund Hjalmarsson, H., & Guldbrand, K. (2001). *Klarspråk på nätet*. Sundbyberg: Pagina förlag AB.
- Eysenbach, G. (2005). The law of attrition. *Journal of medical internet research*, 7, e11.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine Atherton.
- Guvå, G., & Hylander, I. (2003). *Grundad teori - ett teorigenererande forskningsperspektiv*. Stockholm: Liber.
- Hartman, J. (2001). *Grundad teori. Teorigenerering på empirisk grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Hylander, I. (2000). *Turning processes. The change of representation in consultee-centered case consultation* (Doktorsavhandling). Linköping: Linköpings Universitet, Institutionen för beteendevetenskap.
- Kaltenthaler, E., Brazier, J., De Nigris, E., Tumur, I., Ferriter, M., Beverley, C., Parry, G., Rooney, G., & Sutcliffe, P. (2006). Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 10, 1–168.
- Karlsson, S. (2009). *Det institutionella behandlingsarbetets paradoxer*. (Psykologexamensuppsats). Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för Beteendevetenskap och lärande.
- Kiropoulos, L. A., Klein, B., Austin D. W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell, J., & Ciechowski, L. (2008). Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1273–1284.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Danmark: Studentlitteratur.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi, att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber.
- Litz, B. T., Engel, C. C., Bryant, R. A., & Papa, A. (2007). A randomized, controlled proof-of-concept trial of an Internet-based, therapist-assisted self-management treatment for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1676–1683.
- Lundgren, S., & Norrman, A. (2008). *Har e-postförmädlade behandlarbeteenden någon betydelse? En studie av vägledad Internetbaserad självhjälpsbehandling vid generaliserat ångestsyndrom*. (Psykologexamensuppsats). Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för Beteendevetenskap.
- Marks, I., & Cavanagh, K. (2009). Computer-aided psychological treatments: evolving issues. *Annual review of clinical psychology*, 5, 121–41.
- Marks, I. M., Cavanagh, K., & Gega, L. (2007). *Marks, hands on help, computer-aided therapy*. New York: Psychology press.
- Palmqvist, B., Carlbring, P., & Andersson, G. (2007). Internet-delivered treatments with or without therapist input: does the therapist factor have

- implications for efficacy and cost? *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 7, 291–297.
- Postel, M. G., de Haan, H. A., & De Jong, C. A. (2008). E-therapy for mental health problems: a systematic review. *Telemedicine and e-health*, 14, 707–714.
- SBU (2007:03). *Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Self, R., Oates, P., Pinnock-Hamilton, T., & Leach, C. (2005). The relationship between social deprivation and unilateral termination (attrition) from psychotherapy at various stages of the health care pathway. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 95–111.
- Skinner, A., & Zack, J. (2004). Counseling and the internet. *American Behavioral Scientist*, 48, 434–446.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J. & Pop V. (2007). Internetbased cognitive-behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A metaanalysis. *Psychological Medicine*, 37, 319–328.
- Spek, V., Nyklicek, I., Smits, N., Cuijpers, P., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: a randomized controlled clinical trial. *Psychological Medicine*, 37, 1797–1806.
- Roch-Norlund, P., & Östman, G. (2009). *Origo 2: Internetadministrerad självhjälps-behandling för generaliserat ångestsyndrom med KBT respektive PDT*. (Psykologexamensuppsats). Stockholm: Stockholms universitet, Psykologiska Institutionen.
- Waller, R., & Gilbody, S. (2009). Barriers to the uptake of computerized cognitive behavioural therapy: a systematic review of the quantitative and qualitative evidence. *Psychological Medicine*, 39, 705–712.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, New York: Erlbaum.

# Bilagor

## *Bilaga 1: Information till deltagare*

### **Information till deltagare**

Syftet med denna intervjustudie är att intervjua personer som antagits till och avbrutit en terapibehandling över Internet. Forskningsstudien utforskar patienternas upplevelse av behandlingen och avhoppet.

Intervjuerna kommer att spelas in för att användas i forskningsstudien. Materialet kommer att förvaras inlåst och raderas efter studiens genomförande. Ditt deltagande är frivilligt och kan när som helst avbrytas.

Dina svar kommer att anonymiseras. Detta innebär att dina svar inte kommer att kunna kopplas samman med dig som person om de redovisas i forskningsrapporten.

Psykologkandidat Teresa Michel, student vid Institutionen för beteendevetenskap och lärande genomför denna studie i samarbete med x och x öppenvårdsmottagningar, Allmänpsykiatriska kliniken, Malmö. Studien utförs under handledning av Gerhard Andersson leg. psykolog och professor i klinisk psykologi.

Teresa Michel som utför denna intervju lyder under mottagningens ordinarie sekretessregler enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Härmed ger jag mitt samtycke till deltagande i studien samt att mina svar behandlas i enlighet med ovanstående.

---

Namn

Datum

## *Bilaga 2: Intervjuguide*

Först en öppen fråga: Berätta om behandlingen du fått.

När samtalet ebbat ut har följande frågor ställts för att fortsätta intervjun:

Innan:

- Hur kom du i kontakt med behandlingen?
- När bestämde du dig för att starta behandlingen?
- Vad fick dig att vilja göra behandlingen?
- Vad tänkte du om behandlingen, förväntningar?
- Hur var kontakten med behandlaren?
- Hur mådde du innan behandlingen?

Berätta om hur det var när du började behandlingen.

- hur funkade det?
- hur mådde du?
- hur gjorde du?

Under:

Berätta om behandlingen.

- hur var modulerna att läsa?
- svarade du på någon modul?
- hur upplevde du behandlingen?
- hur var det att jobba med en dator?
- hur var behandlaren?
- hur var det att jobba med en behandlare?
- hur var ditt liv vid sidan av behandlingen?

Efter:

Berätta om när du slutade i behandlingen.

- berätta om hur det gick till.
- hur mådde du?
- hur var det runt om kring dig när du slutade i behandlingen?
- hur hade det varit att fortsätta?
- hur skulle du vilja att behandlingen var?
- hur ser du på den här formen av behandling?
- skulle du rekommendera den här behandlingen till någon?