

Patientupplevelser vid internetbaserad-KBT för depression, hälsoångest, insomni, paniksyndrom och social fobi i reguljär vård.

En analys av öppensvarsfrågor i patientenkäter.

Tania Conde Bjurefjäll

Psykologiska institutionen

Examensarbete 30 hp

Psykologprogrammet (300 hp)

Vårterminen 2019

Handledare: Per Carlbring

Biträdande handledare: Cecilia Svanborg

English title: Patient experiences of internet-delivered CBT for depression, health anxiety, insomnia, panic disorder and social anxiety in regular care.



Stockholms
universitet

PATIENTUPPLEVELSER VID IKBT FÖR DEPRESSION,
HÄLSOÅNGEST, INSOMNI, PANIKSYNDROM OCH SOCIAL
FOBI I REGULJÄR VÅRD: EN ANALYS AV
ÖPPENSVARSFRÅGOR I PATIENTENKÄTER
Tania Conde Bjurefjäll

IKBT framstår idag som ett effektivt behandlingsalternativ och ett sätt att tillgängliggöra vård vid ångest- och depressionstillstånd och insomni. Fortfarande saknas dock kunskap om negativa upplevelser, verksamma komponenter och säregna aspekter vid reguljär vård. I syfte att via individuella upplevelser ytterligare förstå hur vårdprogram för nämnda tillstånd fungerar studerades rapporteringar från 350 patienter i reguljär vård. En kombinerad metodansats med kvalitativ innehållsanalys och explorativ sambandsanalys användes. Innehållsanalysen visade att samtliga patientupplevelser rymdes under tre ämnesområden; program, terapeutstöd och mig själv. Sambandsanalys mellan negativa upplevelser och andra behandlingsfaktorer visade att förekomst av negativa upplevelser kan hänga ihop med utfall och andra behandlingsfaktorer vid vissa behandlingar. Att kontinuerligt övervaka matchning av innehåll och format med patientens behov av behandling och förutsättningar att arbeta med behandlingen aktualiserades liksom det angelägna i att förstå patienternas aktiva roll i hur egna resurser omsätts till arbete och hur mening skapas av erfarenheter.

Ångest- och depressionstillstånd utgör de vanligaste diagnoserna vid psykisk ohälsa. Sömnbesvär är också en källa till ohälsa och cirka sju procent av de som deltog i svenska folkhälsoenkäten 2018 uppgav svåra besvär (Folkhälsomyndigheten, 2018). Idag är kognitiv beteendeterapi (KBT) en av de vårdinsatser som rekommenderas vid flera ångest och depressionstillstånd samt vid kroniska sömnbesvär (insomni) (Socialstyrelsen, 2018) men tillgången till behandling i form av terapi jämfört med behovet är många gånger begränsad. I Sverige och internationellt anses internetförmiddad-KBT (IKBT) vara ett behandlingsalternativ som kan bidra till att öka tillgänglighet till behandling vid psykisk ohälsa (Andrews & Williams, 2015) och behandlingsformens spridning ökar.

Behandlingsformen har varit påverkad av utveckling inom områden som internet och teknologi och i takt med förändringar inom dessa områden har internetbaserade terapeutiska inslag av varierad art vuxit fram. Vikten av att utveckla definitioner och avgränsningar för att kunna bedriva och sammanställa forskning har därmed också uppstått. Barak et al. föreslår en kategorisering för att organisera interventioner utifrån huvudsakligt tillvägagångssätt (Barak, Klein, & Proudfoot, 2009). IKBT kan enligt detta definieras som en web-baserad intervention som utgörs av ett självhjälpsprogram förmedlat via internetuppkoppling. Patienterna är personer som sökt vård för psykisk ohälsa och programmet syftar till att skapa positiv förändring och/eller ökad kunskap, insikt och förståelse med hjälp av material och interaktiva inslag där en underkategori till huvuddefinitionen sedan signalerar förekomst av behandlarstöd eller inte (Barak et al., 2009). I Sverige har IKBT definierats som en terapeutisk intervention där patienter via internet tar del av ett program som är baserat på självhjälpslitteratur. Programmet

har även interaktiva inslag så som reflektionsfrågor och självskattningar och en behandlare ger återkoppling och svara på frågor som kan uppstå, i enlighet med KBT-principer (Andersson et al., 2008). Viktiga byggstenar för en fungerande internetförmiddad psykoterapi har föreslagits vara att en diagnostisering görs inför behandling, att programmet är anpassat innehållsmässigt och strukturmässigt till internetformatet, att programmet är användarvänligt och att patienter får stöd av en behandlare (Andersson, Carlbring, Berger, Almlöv, & Cuijpers, 2009).

Effektstudier

IKBT utvecklades med start i slutet av 1990-talet och har sedan dess och till dags dato studerats i kontrollerade studier vilket har gett en växande samling kunskap om behandlingsformen. I en meta-studie presenteras resultat som bekräftar effektivitet av behandlarstödd IKBT för reduktion av symtom samt ökad livskvalitet vid ångesttillstånd och i synnerhet vid bland annat social fobi och paniksyndrom (Stewart, Watt, Hayden, Olthuis, & Bailey, 2015). I en annan metastudie ingick utöver ångesttillstånd också RCT-studier på depression och där framgick goda effekter, även vid uppföljning, utfallsmått varande bland andra symtomreduktion, livskvalitet och nöjdhet. Indikationer på att effekter av behandling inte verkar skilja sig i jämförelse med KBT-terapi öga-mot-öga hittades också (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010). I en annan översiktsartikel och metaanalys återfanns liknande resultat gällande jämförelsen mellan IKBT och KBT öga-mot-öga (Carlbring, Andersson, Cuijpers, Riper, Hedman-Lagerlöf, 2018). En sammanslagning av resultat från fem metaanalyser visade på måttliga till stora effektstorlekar mellan IKBT och kontrollgrupperna vid depression (Andrews & Williams, 2015). När det gäller depression har man också funnit att IKBT tycks vara minst lika effektivt som grupp-KBT och att effekten kvarstår efter tre år, primära utfallsmåttet varande självskattning av symtom, även om kunskap om moderatorer saknas och en del av undersökningsdeltagarna hade fått ytterligare psykologisk behandling under uppföljningsperioden (Andersson, Hesser, Hummerdal, Bergman-nordgren, & Carlbring, 2013; Andersson, Hesser, Veilord, et al., 2013).

För IKBT vid social fobi finns det indikationer på långtidseffekter som motsvarar dem vid sedvanlig KBT och i en studie visade en 30-månadersuppföljning på effektstorlekar mellan $d=1,10$ och $1,73$ jämfört med vid förmätning med symtomskattningar som det primära måttet (Carlbring, Nordgren, Furmark, & Andersson, 2009). IKBT vid social fobi står sig också i jämförelse med gruppterapi som är ett belagt behandlingsalternativ vilket visades i en studie där IKBT klarade gränsen för skillnad i effekt som anses klinisk relevant som var satt till $d=0,5$, utfallsmåttet varande symtomskattning. Befintlig skillnad till fördel för IKBT, bör tilläggas, även om tolkningen bör vara försiktigt då effektstorlekarna mellan behandlingarna var små (Hedman et al., 2011).

Vid en studie av IKBT vid paniksyndrom jämfört med KBT-behandling öga-mot-öga hittades ingen skillnad avseende förbättring av ångesttillståndet men däremot skillnad gällande behandlarnas uppfattning om patienternas kunskap om materialet och patienternas glädje av terapeutkommunikation vilka båda var högre för gruppen som fick terapi öga-mot-öga (Kiropoulos et al., 2008). En av de frågor som bör undersökas vidare inom fältet gäller just eventuella skillnader mellan IKBT och KBT öga-mot-öga, andra frågor gäller terapeutens roll för IKBT samt verksamma mekanismer för positiv förändring (Stewart et al., 2015).

När det gäller insomni visade man i en metaanalys 2009 att KBT-baserad självhjälp (bara en av studierna var på internetförmedlad självhjälp) gav små till måttlig effekt där utfall mättes i sovtid, soveffektivitet, insomningstid, vakentid samt sömnkvalitet (van Straten & Cuijpers, 2009). I en studie också på KBT i form av biblioterapi framkom det att effekt av självhjälp vid insomni påverkas positivt av behandlarstöd där bland annat symtomreduktion, effekt på sömn och reduktion av medicinering hos gruppen som fått stöd var större jämfört med väntelista och de som fått behandling utan stöd (Jernelöv et al., 2012). Senare har det gjorts fler studier på just IKBT och med behandlarstöd där man funnit måttliga till stora effektstorlekar på sömnrelaterade mått och livskvalitet (de Wit et al., 2013) och signifikant större effekter av IKBT jämfört med en aktiv kontrollgrupp även om skillnaden planade ut under en 12-månaders uppföljning (Kaldo et al., 2015). I en senare metaanalys framkom det att effekten av IKBT för svårighetsgrad och sömneffektivitet är robust och håller över tid och att den är jämförbar med både terapi öga-mot-öga och farmakologisk behandling. I samma analys framkom även att högre effektstorlekar relaterade till längre tid i behandling och mer behandlarstöd (Zachariae, Lyby, Ritterband, & O'Toole, 2016). Tolkningen av metaanalysen begränsas av variation gällande utfallsmått och om behandlarstöd ingått och även här betonas behovet av att undersöka specifika behandlingskomponenter för att få en större förståelse av behandlingsprocessen.

Det finns betydligt färre studier på IKBT vid hälsoångest. I en första studie jämfördes internetförmedlad KBT för hälsoångest mot en kontrollgrupp där resultat visade på att internetbehandlingen gav bättre effekt på alla utfallsmått som var symtomreduktion, generell ångest och nedstämdhet samt livskvalitet. Dessutom nådde ca 67% av patienterna i den aktiva behandlingen inte längre upp till diagnoskriterier för hälsoångest. Resultaten speglar RCT-studier gjorda på sedvanlig KBT vid hälsoångest och dessutom är effektstorlekarna likvärdiga dem för IKBT-behandlingar vid andra ångesttillstånd (Ru, Hedman, Andersson, & Andersson, 2011). I en senare RCT-studie gjordes istället en jämförelse med en aktiv behandling för bättre möjligheter att dra slutsatser om behandlingens effektstorlek jämte andra alternativ. Studien visade att större reduktion av hälsoångest uppmättes efter IKBT-behandlingen jämför med vid det aktiva alternativet som kunde anses vara det tuffaste testet. Även i den här studien var effektstorlekarna för internetbehandlingen jämförbara med sedvanlig KBT och även så för den aktiva kontrollbehandlingen (Hedman, Axelsson, Go, Ritzman, & Ronnheden, 2014). Liksom vid andra IKBT-behandlingar saknas det kunskap om process- och interaktionsfaktorer och jämförelse med KBT öga-mot-öga.

Vad är det som möjliggör förändring

De hittills identifierade områdena för vidare forskning inom IKBT hakar alla i en allmän diskussion bland psykoterapiforskare kring vikten av att packa upp och undersöka den terapeutiska processen. Att bättre förstå förändringsmekanismerna är viktigt av flera skäl så som att kunna optimera förändring, identifiera de komponenter som bör appliceras och hur de bör implementeras samt förstå hur aspekter kan påverka processer genom vilka dessa komponenter verkar (Kazdin, 2009). Att studera mediatorer kan ses som ett steg i den riktningen eftersom det genom den typen av konstrukt går att statistiskt undersöka vad som ger relationen mellan en intervention och ett bestämt utfall samtidigt är det inte tillräckligt för full förståelse av hur relationen verkar. Även undersökning av moderatorer kan vara ett sätt att närma sig förändringsmekanismer (Kazdin, 2009). Kunskapsläget vad gäller förändringsmekanismer är generellt i ett tidigt utvecklingsstadium och likaså när det

gäller IKBT specifikt vilket i praktiken innebär att resultat är ofullständiga, föränderliga och ibland något motsägelsefulla (Titov, Carlbring, Rozental, Dear, & Andersson, 2019). En kvalitativ översikt av IKBT vid depression bekräftade den bilden då studiens sammanställning pekade mot att IKBT är mer effektivt än både väntelista/kontrollgrupp, lika effektivt som annan aktiv sedvanlig behandling och att analyser av mediatorer och moderatorer är få och saknar tydliga resultat (Mogoșe, Cobeanu, David, Giosan, & Szentagotai, 2017).

I en studie på IKBT vid depression där behandlingen betonade utveckling av kognitiva färdigheter framkom det att förändring av kognitiva färdigheter efter tre veckors behandling relaterade till bättre behandlingsutfall och att relationen mellan färdigheterna och utfallet delvis förklarade sambandet mellan behandling och utfall, måttet varande symtomgrad (Forand et al., 2018). Det finns indikationer på att användande av KBT-associerade färdigheter (kognitiv omstrukturering, beteendeaktivering) relaterar till positiv förändring av symtomgrad. I en studie visade det sig att självskattning av grad av användande av färdigheter var högre efter IKBT-behandling vid depression- och ångesttillstånd jämfört med kontrollgrupp och att graden hade ökat efter genomgången behandling inom behandlingsgruppen, vidare att en signifikant andel av behandlingseffekten kunde tillskrivas den skattade graden av användande både gällande lägre symtomgrad och livskvalitet (Terides et al., 2018). När det gäller IKBT vid hälsoångest visade en studie att behandling relaterade till förändring av de fyra konstrukterna som enligt teori är vidmakthållande och vilkas förändring antas kunna påverka utfall av behandling, nämligen uppmärksamhet av kroppsliga sensationer, intolerans av ovisshet, upplevd risk av sjukdom och upplevda negativa konsekvenser av sjukdom. De tre första visade sig delvis mediera sambandet mellan behandling och utfall, mätt som grad av övertygelse om sjukdom samt rädsla och oro för sjukdom (Hedman et al., 2013).

Icke-respons och negativa effekter

I en artikel av Lambert (2007) uppskattas det att av patienter som får psykoterapi är de 35-40% som inte upplever fördelar med terapin och 5-10% som försämras, baserat på RCT-studier av psykoterapi. Av de personer som får internetförmiddad behandling är det en andel som inte upplever önskade förändringar efter behandling, så kallad behandling med icke-respons. Icke-respons till behandling kan betraktas som en negativ effekt och kan i egenskap av det definieras som frånvaro av behandlingseffekt, med andra ord en upplevelse av att behandling inte hjälpte (Rozental et al., 2014). Vidare kan icke-respons förstås som en effekt som antingen kan bero på behandlingen, effekt av rätt eller fel utförd behandling, eller som kan bero på behandlingsfrämmande aspekter (Linden, 2013). Andra gånger görs det däremot skillnad mellan icke-respons och en behandling som ger konsekvenser som utan behandling uteblivit (Dimidjian & Hollon, 2010). Detta illustrerar svårigheter som finns i att dels definiera negativa upplevelser och även fastställa kausaliteter som kan ligga till grund för konceptuella avgränsningar av fenomenet. I en översiktsartikel om metaanalyser vid ångesttillstånd presenteras en annan kategorisering av icke-respons där detta definieras som behandlingsutfall där patienter inte nått en kliniskt signifikant förbättring eller som vid avslut fortfarande har en klinisk signifikant symtombörda (Taylor, Abramowitz, & McKay, 2012). I samma artikel framgår det att inga demografiska faktorer tycks predicera icke-respons vid KBT. Man fann att diagnosens svårighetsgrad och/eller svårighetsgrad av andra tillstånd vid samsjuklighet samt om omgivningen uttryckt för högt emotionellt engagemang gav större risk för icke-respons. En del fynd tyder på att

behandlingseffekt också relaterar till hur patienten fullföljer hemuppgifter (Taylor et al., 2012). I en färsk metastudie på individuella patientdata undersöktes icke-respons vid just IKBT för ångestillstånd, depression och övrig problematik. Med reliable change index (reliabel förändrings index, RCI) på primära utfallsmått som grund för beräkning av icke-respons fann man att 26,8% (RCI $z=1,96$) kunde betecknas som patienter med icke-respons. En rad förutsägande faktorer till icke-respons framkom också nämligen högre symtomgrad vid behandlingsstart, ångestillstånd jämfört med de andra indikationerna samt att vara man (Rozenal, Andersson, & Carlbring, 2019). De samlade fynden är många gånger tvetydiga och få gäller IKBT specifikt vilket ger behov av fler studier och större samförstånd när det gäller definition av icke-respons för att bättre förstå sambanden och fyndens relevans och på så sätt bättre kunna möta den grupp patienter som trots behandling inte upplever tillräcklig förändring eller förbättring.

Trots överlag goda utfall av IKBT finns det även en andel patienter som försämras vid behandling, något som också kan kategoriseras under begreppet negativa effekter. Försämring kan definieras som en ökning av symtom som patienten behandlas för (Rozenal et al., 2014). Enligt en metaanalys på patientdata vid IKBT framkom det att det att 5,8 % av de som genomgick behandling försämrades och att det inte tycks vara någon skillnad i förekomst mellan depressions- eller ångestillstånd (Boettcher, Andersson, Magnusson, Rozenal, & Carlbring, 2016). I metaanalysen identifierade också sociodemografiska variabler som är förknippade med lägre förekomst av försämring nämligen att ha en partner, ha högre utbildningsnivå och att vara äldre. Patienter som har en initial svårare klinisk nivå löper också mindre risk för försämring baserat på samma analys vilket motsäger att svårighetsgrad skulle vara relaterat till risk för icke-respons. Det saknas även för den här typen av negativa effekter fler studier för att undersöka andra möjliga förutsägande faktorer och framförallt att få förståelse för vad som kan tänkas driva fram en försämring vid IKBT.

Det finns som utmaningarna med definitioner och kategorisering av negativa effekter, exempelvis att det kan vara svårt att isolera negativa effekter från positiva i en behandling, att värderingen av effekten kan variera beroende på olika perspektiv (patient, omgivning, vårdgivaren), att utfall av behandling kan förändras över tid samt att skilja på eventuella moderatörer som ger den negativa effekten och avgöra om effekten är behandlingsbetingad. Ytterligare en utmaning är att det kan vara svårt att upptäcka negativa effekter eftersom de kan interagera med sjukdomsförlopp och på så vis riskerar de att förväxlas eller kvittas mot varandra (Dimidjian & Hollon, 2010). Ett försök att skapa konsensus gällande definitioner har gjorts för internet terapi och där föreslås en kategorisering som förutom försämring och icke respons innehåller negativa upplevelser, svåra negativa upplevelser, nya symtom, avhopp och oönskade upplevelser som ytterligare kategorier (Rozenal et al., 2014). Det finns rekommendationer om hur negativa effekter kan studeras där bättre kunskap om vilka aktiva komponenter som ger negativa effekter och vilka förändringsmekanismer som leder till dem är två dimensioner som är av vikt. Andra rekommendationer är att undersöka fler variabler än de sedvanliga knutna till diagnos och att undersöka moderatörer för negativa effekter (Dimidjian & Hollon, 2010). Mer konkret och avseende IKBT specifikt finns, på liknande vis, rekommendationer om vikten av att utöver validerade utfallsmått också möjliggöra rapportering av negativa effekter, som annars skulle riskera att drunkna, genom exempelvis intervjuer, självrapporteringar, checklistor eller öppensvarsfrågor. Rekommendationerna gäller även vilka faktorer som bör undersökas där en aspekt som

tillkommer gällande IKBT är huruvida det finns någon skillnad jämfört med öga-mot-öga terapi när det kommer till viktiga mekanismer för att förstå och adressera negativa effekter (Rozental et al., 2014).

Patientperspektivet och den individuella upplevelsen

Det har framhållits gällande psykoterapi i allmänhet att för att kunna förstå förekomsten av negativa effekter och kunna svara på fenomenet är det av stor vikt att ta vara på individuella rapporteringar eftersom betydande aspekter annars riskerar att bli osynliga på gruppnivåer (Bergin and Strupp, 1972 refererat i Barlow, 2010). Barlow förespråkar användning av ideografiska data för att finna förslag på hypoteser till de processer som ligger bakom en försämring eller icke-respons hos en patient (Barlow, 2010). I en kvalitativ metaanalys om patientupplevelser av psykoterapi diskuteras liknande tankar. Risken att glömma patienten då variabler att utforska formuleras är stor och det finns flera som pekat på det faktum att patienten inte är en passiv mottagare utan tvärtom troligtvis står för stor del av variationen i behandlingsutfall (Levitt, Pomerville, & Surace, 2016). En annan aspekt som framhållits är att förbättring av förutsättningar för patienternas önskade förändring bör vila på empirisk kunskap om hur patienter förändras och hur behandling bidrar till det (Stiles, 2013).

Det har gjorts försök att tillmötesgå behovet av individuella rapporteringar vid IKBT även om omfattningen är liten i jämförelse med exempelvis terapi öga-mot-öga. Det som framkommit hittills går i linje med försöken att konceptuellt förstå negativa effekter som exempelvis uppkomst av nya symtom, brist på följsamhet, förändrad arbetssituation eller rädsla för stigmatisering vilket framkom i en undersökning av öppensvarsfrågor vid IKBT för social fobi (Boettcher, Rozental, Andersson, & Carlbring, 2014). I en kvalitativ innehållsanalys på öppensvarsfrågor om negativa effekter vid fyra olika IKBT-behandlingar (social fobi, paniksyndrom, depression och prokrastinering) gav resultat två kategorier av negativa effekter, patientrelaterade och behandlingsrelaterade. De patientrelaterade negativa effekterna var insikt och symtom och handlade om att förståelse, kunskap och självinsikt kan upplevas negativt respektive om uppkomst eller försämring av symtom. De behandlingsrelaterade negativa effekterna ordnades i implementering och format och handlade om svårigheter förknippade med arbetet med behandlingen respektive om svårigheter i relation till tid och upplägg på behandling (Rozental, Boettcher, Andersson, Schmidt, & Carlbring, 2015). Andra fynd handlar om terapeutkontakten och huruvida man föredrar att träffa behandlaren, om upplevd press till följd av programmet och erfarenhet av att inte få till det praktiska momenten samt om att arbetet med behandling varit sporadiskt (Bendelin et al., 2011). Ytterligare patientberättelser talar om behandling som emotionell krävande, ibland svår att förstå och om vanor som svåra att bryta, angående IKBT för social fobi (Halmetoja, Malmquist, Carlbring, & Andersson, 2014). Gällande IKBT vid insomni har det rapporterats om behandling som krävande, källa till trötthet, bidrag till ökad upptagenhet med sömn, källa till nya symtom samt om plattformen som källa till stress (Jernelöv et al., 2012; Kaldo et al., 2015)

Liknande principer som för negativa effekter gäller det som fungerar väl i behandling. Idag pågår forskning för att bättre förstå vad i behandlingarna som är verksamt och nå konceptuell förståelse och empiriskt stöd för tänkbara processvariabler i psykoterapi och i IKBT specifikt. Bendelin och medarbetare fann i en kvalitativa studie av upplevelser av IKBT vid depression att de patienter som uttryckt förbättring och positiv inställning till behandling talade i termer av att prova på och genomföra strategier och även om

erfarenheter av att tro på den egna förmågan, komma runt hinder och acceptera sig själv och depressionen (2011). Det finns flera fynd som pekar mot vikten av ett aktivt förhållningssätt till behandlingen. I en kvalitativ studie på IKBT för social fobi utgjorde fynden i intervjuerna en beskrivning av hur de som uttryckt att de hanterat svårigheter under behandling också upplevt förbättring och fortsatt arbeta efter avslutad behandling och liksom i den kvalitativa studien av upplevelser av IKBT vid depression talade patienter om acceptans av svårigheter (Halmetoja et al., 2014). I en annan studie på IKBT vid depression intervjuades patienter efter 1-36 månader efter behandling om sina upplevelser och där framkom att patienter hade uppskattat friheten att styra när, var och hur mycket de arbetade med behandlingen och det framstod som att behandlarstöd i behandlingsprocessen hade varit viktigt för patienterna (Holst et al., 2017). I ännu en studie på depressionsbehandling visade en kvalitativ innehållsanalys av meddelanden mellan patienter och behandlare att affirmation (validering och spegling, normalisering och sammanfattning) och uppmuntran (uppmärksamma det patienten gjort och uppmuntra planerade beteenden) relaterade till förbättring gällande symtom samt att det kunde finnas en skillnad på sambanden beroende på när i behandlingsprocessen terapeutbeteendet noterades (Holländare et al., 2016). Tolkningen av sambanden bör dock följa först på en experimentell design som testar sambanden eftersom andra faktorer som kan tänkas ligga bakom inte kan uteslutas. Av innehållet i meddelandekommunikation mellan patient och behandlare visade det sig i en annan studie på IKBT vid depression att patientkommunikation med referens till allians (avseende mål, övningar eller terapeut) och till att uppmärksamma positiva konsekvenser av alternativa beteenden relaterade till självskattning av symtom något som skulle kunna tala för att tilltro till behandling och terapeut samt förmåga att identifiera förtjänster är relevanta dimensioner att undersöka vidare (Svartvatten, Segerlund, Dennyhag, Andersson, & Carlbring, 2015).

IKBT i reguljär vård

Att studera effekter av psykoterapi i studier som är kliniskt representativa och med andra ord inte har samma snäva och kontrollerade karaktär som RCT-studier är ett område som vuxit fram inom forskning av olika anledningar en av dem varande tredje parters intresse av hur terapier fungerar i verkligheten (Shadish, Navarro, Matt, & Phillips, 2000). I en studie på reguljär vård framkom att effekter av IKBT vid social fobi liknade tidigare rapporterat resultat (Havik, Andersson, Nordgreen, Gjestad, & Carlbring, 2018). På samma sätt framkom det i en annan studie att effekter av IKBT för depression i reguljär vård visar på att tidigare resultat står sig (Hedman, Ljótsson, et al., 2014). I en metaanalys gällande IKBT vid paniksyndrom jämfördes behandlingseffekter mellan kontrollerade grupper och grupper i reguljär vård. I den studien framkom att behandlingseffekterna i genomsnitt var lägre i gruppen med patienter från reguljär vård men att skillnaden troligtvis kan förklaras med att behandlingsgenomströmningen (antal genomförda moduler) var högre och att patienter med högre svårighetsgrad av depressivitet hade exkluderats i de kontrollerade grupperna (Romijn et al., 2018). Resultaten är med andra ord något tvetydiga i dagsläget. Det saknas en större mängd liknande observationer och studier av det här slaget görs kontinuerligt men en del resultat pekar mot att effekter av behandlingsformen i reguljär vård kan förväntas motsvara de effekter som presenterats i metaanalyser på kontrollerade studier, vilket talar för spridning av IKBT som behandlingsalternativ i vården. Detta gör det än mer angeläget att undersöka behandlingsformen utifrån patienternas individuella upplevelser inom just reguljär vård och fånga in eventuella andra aspekter så som svårigheter, särskilt nyttiga upplevelser eller erfarenheter kopplade till själva vårdprocessen. Åt

andra hållet borde patientrapporteringar från reguljär vård kunna bidra till utveckling av och bättre konceptuell förståelse av behandlingsformen.

Syfte

Syftet med den aktuella studien är att få kunskap om hur patienter i reguljär vård har upplevt internetförmiddlad KBT, för depression, social fobi, paniksyndrom, hälsoångest och insomni, avseende vad som varit hjälpsamt och välfungerande. Detta för att i sin tur bidra till att dels bekräfta det som är välfungerande och även identifiera förbättringsområden i berörda vårdprogram och behandlingsprocesser. Vidare syftar arbetet till att fördjupa kunskapen om negativa effekter genom att explorativt undersöka hur de relaterar till andra behandlingsfaktorer, närmare bestämt till utfall, tilltro till behandling, fullföljandegrad, grad av genomläsning av text och nivå av aktivitet i behandling.

Frågeställningar

Vilka upplevda brister och negativa upplevelser rapporterar patienterna efter avslutad behandling och vad upplever sig patienterna haft mest nytta av?

Finns det skillnader i patientupplevelser beroende på vilket behandlingsprogram de genomgått?

Finns det någon relation mellan rapportering av negativa upplevelser och andra behandlingsfaktorer.

Metod

Blandad metod valdes för att undersöka rapporteringarna där en kvalitativ innehållsanalys bidrog med identifiering av faktorer som patienterna ansett betydande i behandlingen och där en kvantitativ undersökning av samband mellan förekomst av negativa upplevelser och de andra i syftet nämnda behandlingsfaktorerna gjordes.

Undersökningsmaterial och procedur

Deltagare

Fritextsvar från en patientenkät utgjorde materialet och svaren hämtades från en patientgrupp i reguljär klinisk vård på Internetpsykiatrienheten, Psykiatri Sydväst, Huddinge under perioden 2018-09 till 2019-03. Totalt var det 350 patienter, varav 74 deltagit i behandling med internetbaserat KBT-program för depression, 67 för hälsoångest, 84 för insomni, 47 för paniksyndrom och 78 för social fobi. Vid behandlingsstart hade samtliga patienter genomgått ett bedömningsamtal och behandlingsgrundande diagnos hade ställts. Flera patienter hade vid behandlingsstart någon form av samsjuklighet. Vid behandlingsstart hade alla skattat svårighetsgrad av symtom med ett sjukdomsspecifikt symtommått, vilket på grupp-nivå visade måttligt svåra symtom (Depression: MADRS-S $M=25,09$ ($s=5,77$), Hälsoångest: SHAI $M=27,36$ ($s=5,37$), Insomni: ISI $M=18,58$ ($s=3,75$), Paniksyndrom: PDSS-SR $M=11,09$ ($s=3,92$), Social fobi: LSAS-SR $M=72,99$ ($s=19,97$)). Demografiska data för patientgruppen redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Demografiska data för de 350 patienterna efter behandling.

	ålder, m (s)	Kvinnor, %	Högskoleutbildning, %
Depression (n=74)	38,59 (12,4)	72 (53/74)	57 (42/74)
Hälsoångest (n=67)	37,88 (12,71)	75 (50/67)	58 (39/67)
Insomni (n=84)	45,18 (13,73)	68 (57/84)	65 (55/84)
Paniksyndrom (n=47)	35,60 (14,05)	64 (30/47)	43 (20/47)
Social fobi (n=78)	33,01 (9,10)	54 (42/78)	42 (33/78)
Total	38,39 (13,06)	66 (232/350)	54 (189/350)

Bortfall

I den aktuella undersökningsgruppen gällde att av 472 patienter som gjorde förmätning eller erbjöds påbörja behandling var det 122 patienter som inte besvarade patientenkäten under den valda avgränsade perioden vilket gav ett totalt bortfall på 25,8 %. I denna grupp var andelen kvinnor 63 % (76/121) och ett chi-2-test visade ingen signifikant skillnad avseende andel kvinnor mellan bortfallsgruppen och deltagarna ($p>0,05$). Ett t-test visade en signifikant skillnad gällande medelålder i bortfallsgruppen ($M=32,07$ $s=11,60$, $p<0,001$) jämfört med undersökningsgruppen ($M=38,39$ $s=13,06$).

Bortfallsgruppen var i genomsnitt yngre. Andelen med högskoleutbildning i bortfallsgruppen var 45% (55/121) och ett chi-2-test visade ingen signifikant skillnad mellan bortfallsgruppen och deltagarna ($p>0,05$). T-test för respektive behandling visade ingen signifikant skillnad gällande symtomgrad mellan deltagarna och bortfallsgruppen för depression ($M=23,49$ $s=5,97$, $p>0,05$), hälsoångest ($M=27,24$ $s=6,12$, $p>0,05$), insomni ($M=17,71$ $s=4,27$, $p>0,05$), paniksyndrom ($M=10,73$ $s=3,92$, $p>0,05$) eller social fobi ($M=70,18$ $s=25,04$, $p>0,05$).

Sammanfattningsvis var de som inte besvarat enkäten yngre, men hade samma könsfördelning, svårighetsgrad av symtom och utbildningsnivå mätt med andel högskoleutbildade som i undersökningsgruppen.

Patientenkäten

Fritextsvaren bestod av patientsvar på tre öppensvarsfrågor som ingick i en patientenkät som samtliga patienter fick efter avslutad behandling. Enkäten som är en utvärderingsenkät hade totalt 19 frågor där frågorna 9-19 utgjordes av frågor om tillgänglighet, bemötande, egen aktivitet i behandlingen, upplevda problem, avhopp, negativa upplevelser och nytta av behandling. Vissa frågor hade slutna svarsalternativ medan andra hade öppensvarsfrågor (se bilaga 1). De tre öppensvarsfrågorna som analyserades var fråga 15; 15a, "Har den här behandlingen lett till några negativa upplevelser eller händelser? 15b Om ja beskriv på vilket sätt:", fråga 18; "Tyckte du att något sakades i behandlingen eller behandlarkontakten? Fanns det något i behandlingen du fick mindre nytta av?" och slutligen fråga 19 a, b och c; "Vad i behandlingen hade du mest nytta av? Skriv det du hade allra mest nytta av överst. A Jag hade mest nytta av: B Jag hade näst mest nytta av: C Jag hade därefter mest nytta av:"

Val av fritextsvar att undersöka gjordes utifrån mest aktuell version av patientenkäten samt utifrån ändamålet att få med fler behandlingar för att bredda innehållsmässigt omfång. Ett datum bestämdes som brytpunkt och patientgruppen bestämdes sedan utifrån ännu en brytpunkt konsekutivt framåt i tiden från den första tidpunkten. Med andra ord ingick de patienter som under en bestämd period genomgått behandling på mottagningen.

Insamlingsproceduren var enligt verksamhetens rutiner sådan att patientenkäterna aktiverades vid behandlingsavslut och besvarades via den plattform där behandlingsarbetet hade utförts. Patienterna hade tre veckor på sig att göra eftermätningen i vilken patientenkäten ingick utöver skattningar av symtom, nedstämdhet och livskvalitet. Efter att enkäten hade besvarats förflyttades den till ett arkiv. En avidentifierad datafil drogs sedan ut vid två tillfällen och dessa filer utgjorde underlaget för undersökningen.

Etiska överväganden

Undersökningsmaterialet inhämtades inom ramen för verksamhetens pågående utvärdering samt inom ramen av en pågående större studie vid KI som blivit godkänd av den regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (diarienummer, 2011/2091-31/3 och 2017/2320-32). Således har det inte krävts ytterligare medgivande eller prövning. Materialet har innan bearbetning avidentifierats genom att patienter erhållit en kod för att säkerställa att materialet inte gick att koppla till persondata. I redovisning av resultat har särskild hänsyn tagits till att kontrollera innehåll mot möjligheten att avslöja personlig information och därefter enbart välja anonyma utsagor både gällande patientinformation och behandlarinformation.

Vårdprocess och behandling

Rutinen på mottagningen var vid tidpunkten att bedömningssamtal som ligger till grund för ställningstagande om inklusion vanligtvis genomfördes av en läkare och ibland av en legitimerad psykolog. Vid enstaka tillfällen kunde behov av en utökad bedömning uppstå vilken då gjordes vid ett andra besök och hos en legitimerad psykolog. Under samtalet genomfördes diagnostisk intervju Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I, Sheehan et al., 1998). Patienter sökte själva IGBT-behandling genom en webbanmälan där man fick fylla i en screening och vidare blev vissa patienter hänvisade att göra så från andra vårdinstanser medan andra patienter spontanansökte internetalternativet. Bedömningsgrunder för inklusion utöver diagnosticering var grad av självmordsrisk, grad av depression, läs- och skrivförmåga i svenska och förutsättningar att arbeta med behandlingen. Patienterna som blev inkluderade var alla minst 16 år och uppfyllde kriterier för den diagnos som de erbjöds behandling för. Patienterna i undersökningsgruppen inkluderades enligt samma rutiner och tilldelades alla en legitimerad psykolog som behandlare. Enligt en deskriptiv analys har internetpsykiatri hittills inkluderat ca hälften av dem som sökt internetbehandling och de patienter som blivit exkluderade har blivit hänvisade till annan vårdinstans (Titov et al., 2018).

Behandlingarna på mottagningen följde samtliga den definition för IGBT som oftast används i Sverige. Vid IGBT är behandlingskomponenterna i programmen desamma som motsvarande terapeutisk behandling för given problematik skulle ha erbjudit i en terapi öga-mot-öga (Hedman, Carlbring, Ljótsson, Andersson 2014) Samma gällde behandlingarna som patientgrupperna inkluderades i vilka kort beskrivs nedanför.

Samtliga behandlingar hade prövats i RCT-studier (Carlbring et al., 2012; G. et al., 2005; Hedman, Axelsson, et al., 2014; Kaldo et al., 2015; Rück et al., 2010)

Programmen består av ett antal moduler (8-11). Behandlingstiden är på förhand bestämd (9-13 veckor) och motsvarar ungefär en modul per vecka med någon veckas marginal. Modulerna innehåller textavsnitt och interaktiva övningar vilka speglar innehåll och hemuppgifter hos sedvanliga KBT-behandlingar. Övningarnas karaktär skiftar med andra ord utifrån vilken behandlingsfas patienten befinner sig i. Tidigt i behandlingarna är de interaktiva inslagen ofta reflektionsfrågor och registreringar (kartläggning, målsättning och interventionsplanering), senare övergår de till beteendeförändringar och kognitiva omstruktureringar och vid avslut fokuseras på behandlingssammanfattning och vidmakthållandeplan. Det förekommer också i samtliga behandlingar inslag av praktiska färdighetsövningar. Närmare beskrivning av behandlingssupplägg och innehåll för de olika behandlingarna finns som bilaga (bilaga 2). Vid avslutad modul skickar patienten in sina modulsvar. Då patienten oanmält avviker från överenskommen arbetsgång får patienten påminnelser från sin behandlare, även detta som vid sedvanlig KBT-terapi. Återkoppling på övningar och reflektionsfrågor samt möjlighet att komma med funderingar får patienterna primärt via en meddelandefunktion med sin behandlare. Meddelandefunktionen är som e-post i format och patienten har rätt att få svar inom 24 timmar eller annars från sin behandlare på måndag, onsdag eller fredag. Patienten känner till sin behandlares identitet och denne gör under behandlingens gång kvalificerade bedömningar i det terapeutiska arbetet vilka motsvarar bedömningar som görs i sedvanlig terapi. Vid frånvaro får patienterna temporärt kontakt med en annan behandlare och kan på så vis hålla planerad behandlingstid. Behandlaren ger patienten tillgång till nästa modul/moduler när det är dags för det genom att låsa upp modulen/modulerna för patienten. Utöver meddelandekontakt förekommer det även att patienter och behandlare talas vid i telefon då behov för det finns. Under behandlingen får patienterna göra veckovisa självskattningar av symtom och nedstämdhet/suicidalitet och behandlaren kan följa skattningarna i plattformen. I plattformen finns även ett flaggningssystem som ger påminnelser vid exempelvis kraftigt försämrat mående.

Mätinstrument

Patienterna i undersökningsgruppen självskattade behandlingens trovärdighet och förväntade förbättringseffekt på Credibility/Expectancy-for-improvement scale (C-skalan, Borkovec & Nau, 1972). Instrumentet består av fem frågor som besvaras på en tiogradigskala där total maxpoäng är 50. Skalan har visat sig kunna predicera de två faktorerna behandlingens trovärdighet och förväntan på behandling över olika populationer (Deville & Borkovec, 2000)

För respektive behandling användes standardiserade självskattningsformulär som är framtagna för att mäta olika dimensioner av symtombörda både vid förmätning och eftermätning hos den aktuella patientgruppen som ett underlag för att uppskatta behandlingsutfall. När det gäller bedömning av depression har Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS Montgomery & Åsberg, 1978) och MADRS-S, självskattningsversionen, båda visat sig ha likvärdigt goda psykometriska egenskaper som den vid depression mest använda Beck Depression Inventory (BDI) avseende att mäta förändring av grad av depression och differentiering av tillstånd (Svanborg & Åsberg, 2001). Det som mäts är i vilken grad man känner igen sig i en rad symtom kopplade till depressionstillståndet genom att besvara nio frågor på en sjugradig skala.

Maxpoäng är 54 och anger svår depression. Frågorna rör sinnesstämning, oros känslor, sömn, matlust, koncentrationsförmåga, initiativförmåga, känslomässigt engagemang, pessimism och livslust.

När det gäller hälsoångest har självskattningsinstrumentet Short Health Anxiety Inventory (SHAI, Salkovskis, Rimes, Warwick, & Clark, 2002) använts. Detta instrument kommer från en längre version som mäter oro, medvetenhet/upptagenhet och konsekvenser av eventuell sjukdom och SHAI delar till stor del den längre versionens psykometriska egenskaper. Skalan mäter grad av hälsoångest och förändring av tillståndet, även den med god överensstämmelse i jämförelse med kliniska bedömningar (Salkovskis, Rimes, Warwick, & Clark, 2002). Skalan består av 18 frågor som besvaras genom att ringa in påståenden och maxpoäng är 54 anger hög grad av hälsoångest.

Insomnia Severity Index (ISI, Bastien, Vallie, & Morin, 2001) som används vid sömnbesvär är ett självskattningsformulär som är framtaget för att bedöma grad av sömnbesvär och även mäta förändringar av besvär och mätinstrumentet har visat sig ha goda egenskaper för kvantifiering av dessa dimensioner och har dessutom visat bra överensstämmelse mellan den självskattade graden och klinikerbedömning av detsamma (Bastien, Vallie, & Morin, 2001). Skalan består av sju frågor som rör insomning, kvalitet på sömn, uppvaknanden, nöjdhet med sömn, påverkan på det dagliga och hur bekymrad för sömnen personen är. Svaret ges på en femgradig Likertskala och maxpoäng är 28 och anger svåra och klinisk signifikanta sömnbesvär.

Panic Disorder Severity Scale (PDSS; Shear et. al, 1997) är från början framtaget för att uppskatta svårighetsgrad vid paniksyndrom genom skattning av både förekomst, grad av obehag och begränsning till följd av ångest och undvikande. På samma sätt som MADRS har skalan visat sig vara känslig för förändring av tillstånd samt differentiering när det kommer till paniksyndrom och självskattningsversionen PDSS-SR som använts har likvärdiga mätgenskaper (Houck, Spiegel, Shear, & Rucci, 2002). Skattningarna görs på en femgradig Likertskala och antalet frågor är sju och maxpoäng är 28 och anger extremt vanlig förekomst av symtom och stor påverkan på funktionsgrad.

Vid misstanke om social fobi används ofta Liebowitz Social Anxiety Score (LSAS, Liebowitz, 1987) som underlag för bedömning. Skalan är från början framtagen som ett instrument för klinikerskattning men självskattningsversionen LSAS-SR har visat sig utgöra ett likvärdigt valitt mått på undvikande och ångest i presentations- och interaktionssituationer (Fresco, Coles, Heimberg, Liebowitz, Hami, Stein & Goetz, 2001). Skalan består av 24 frågor där en skattning på en fyrgradig Likertskala görs avseende ångest och undvikande i den beskrivna situationen som utgör frågan. Maxpoäng är 144 och över 60 poäng anger troligen generaliserad social fobi.

Databearbetning

Innehållsanalys

Rapporteringar till öppensvarsfrågorna analyserades enligt den beskrivning av kvalitativ innehållsanalys som presenterats av Graneheim och Lundman (2004) och är en metod att undersöka textdata i förhållande till en kontext och ur det dra slutsatser som kan ge kunskap, insikt, beskrivning av och praktisk kunskap om det fenomen som avses undersökas (Elo & Kyngäs, 2008). Dessa slutsatser är inte inneboende i materialet som utgör data utan slutsatserna uppstår genom undersökningen och den som utför den och blir till stor del bestämda i relation till den kontext som är källan till materialet eftersom

betydelser, avsikter och konsekvenser som utgör substansen i analysen är bundna till sitt sammanhang (Downe-Wamboldt, 1992). Utgångspunkten för en kvalitativ innehållsanalys bör därför alltid vara att tolkning alltid kommer att krävas och att samma text kan ge olika betydelser beroende på tolkning och hur den organiseras (Graneheim & Lundman, 2004).

Det första steget i analysen var val av induktivt arbetssätt eftersom det är rekommenderat utifrån att tidigare liknande studier på upplevelser av IKBT både saknat enhetlighet och inte var så många till antalet (Elo & Kyngäs, 2008). Nästa ställningstagande gällde förhållningssätt till innehållet. Där valdes inriktning på det manifesta i texterna och för att hålla tolkningen nära det som materialet sade. Mer latent tolkning förkom också då materialet krävde det för att betydelse skulle kunna skapas. Hela materialet bestämdes till analysenhet och till en början lästes samtliga svar igenom ett par gånger, i sin helhet, för att nästföljande steg skulle vila på en helhetsbild av svaren. Därefter började materialet att delas in i meningsbärande enheter utifrån frågeställningen något som också krävde kondensering av de meningar som byggde upp patientsvaren. De flesta svaren på frågorna var kortfattade och avgränsade av det sätt frågan hade ställts på i enkäten, därför var många svar redan kondenserade och ordnade i de innehållsmässigt fungerande områdena negativa upplevelser vid behandling, brister i behandling och nytta vid behandling. Ett försök att koda direkt gjordes vilket fungerade väl på området negativa upplevelser men i de andra områdena gjordes kondensering innan kodning. I kondenseringsprocessen kortades meningar ner så mycket som möjligt samtidigt som kärnbetydelsen utifrån frågeställningen behölls. Därefter kodades de kondenserade meningsbärande enheterna. I detta steg skedde en förflyttning i abstraktionsnivå och en första systematiserad rörelse mot mer latent tolkning uppstod. Med andra ord etiketterades de meningsbärande enheterna med en kod delvis utifrån vad kondensatet talade om men fortfarande främst utifrån vad enheten uppenbart sade. När det gäller området negativa upplevelser diskuterades val av koder med en annan kodare för kalibrering av innehållsmässig tolkning och val av abstraktionsnivå. Kodning av resterande enheter inom de två andra områdena gjordes av undersökaren själv en process som avslutades med ännu en diskussion med samma andra kodare.

Koder som rörde liknande aspekter av patientupplevelser vid behandling samlades sedan ihop först till subkategorier. Då vissa subkategorier inte rymde fler än enstaka koder och i syfte att nå en större överblick abstraherades subkategorierna ännu mer och ordnades i kategorier som rymdes i tre ämnesområden baserade på innehållsmässig likhet utifrån frågeställningen. I varje gruppering provades definitioner på subkategorier och kategorier, både gällande avgränsning och namn. Kodernas placering i kategorierna omprövades i samma process. Vissa meningsbärande enheter kodades flera gånger. En blandning av att hålla analysen av texterna bunden till den ställda frågan och tolka svaren i förhållande till hela analysenheten gjordes. Meningsbärande enheter kodades utifrån den ställda frågan och gavs en beteckning när de hörde hemma i ett annat område, exempelvis var vissa negativa upplevelser svar på fråga 18. Dessa koder kunde därför ibland sorteras i två kategorier men informationen om hur de rapporterats av patienterna behölls för att behålla inriktning på det manifesta så långt som möjligt.

Då mönster i materialet upprepas och inga nya dyker upp kan undersökaren anta att fortsatt undersökning skulle bekräfta funna mönster, med andra ord att man funnit det relevanta utifrån frågeställningen (White & Marsh, 2007). Då rapportering av negativa

upplevelser var begränsade utökades materialet för vidare undersökning trots att en viss mättnad redan fanns inom de andra innehållsområdena. Del två av materialet kodades därefter mer och mer deduktivt utifrån de subkategorier och kategorier som uppstått men gav under hela processen upphov till förändring även bland de preliminära kategorierna och subkategorierna. De som svarade vet ej eller svar som motsvarat samma betydelse blev inte inräknade som svar i redovisningen eftersom frekvenserna inte var relevanta för analysen mer än övergripande.

Statistiska beräkningar

För att undersöka om det fanns ett samband mellan förekomst av negativa upplevelser och behandlingsutfall inom varje behandling genomfördes 2 x 2 flervägs mixad ANOVA. Ett Shapiro-Wilk test visade att kraven på normalfördelning för Pearsons produktmomentkorrelationskoefficient gällande omfattning av negativa effekter, antal genomförda moduler och tilltro till behandling inte var uppfyllda och därför valdes Spearmans rangkorrelation för att undersöka om omfattning av negativa upplevelser relaterar till någon av dessa behandlingsfaktorer. Detsamma gällde analys av omfattning relaterat till nivå av genomläsning och nivå av aktivitet (fråga 11 och 12 i patientenkäten). Samtliga statistiska beräkningar gjordes i Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics version 23, Chicago, USA). En alfanivå på 5% användes vid samtliga signifikansprövningar. För att redovisa marginal i förhållande till 5%-nivån angavs *p*-värden som understigande 1% eller överstigande 10% när det var aktuellt.

För beräkning med förekomst av negativa upplevelser användes en binär variabel, fråga 15a i patientenkäten. För beräkning med omfattning skapades en kontinuerlig variabel med en sammanräkning av dels antal rapporterade negativa upplevelser i den öppna fråga 15b och dels antal rapporterade problem med behandling i fråga 14 med fasta svarsalternativ (*har du stött på några påtagliga problem med behandlingen, markera ett eller flera alternativ*. Se bilaga 1). För att räkna med över behandling jämförbar fullföljande av behandlingsprogram skapades en kontinuerlig variabel genom att räkna om antalet öppnade moduler till andel av totala antalet moduler för given behandling. Nivå av läst text och nivå av aktivitet motsvarades av frågorna 11 och 12 i patientenkäten med fem fasta svarsalternativ, mindre än 25%, 25%, 50 %, 75%, mer än 75% (se bilaga 1).

Resultat

Av de 350 deltagarna som svarade på patientenkäten rapporterade 14,6% negativa upplevelser, 50,9 % brister i behandling och 94,9% vad de haft särskild nytta av i behandling (svarsfrekvensen på fråga 19 sjönk med varje delfråga). En beskrivning av förhållanden, gällande rapporteringar, mellan behandlingsgrupperna och mellan frågorna finns i tabell 2. Genomläsning av svaren utmynnade i 1377 meningsbärande enheter totalt, där 1073 av dem hörde till fråga 19 a,b,c. Av de som svarade att de hade upplevt negativa upplevelser var det en person i behandling för depression och tre personer i behandling för insomni som sedan inte beskrev upplevelsen. Av samtliga meningsbärande enheter var det en i fråga 15b, 3 i fråga 18 och 7 i fråga 19 a,b,c (totalt 11 meningsbärande enheter) som inte gick att koda.

Ur en kvalitativ innehållsanalys framarbetades 12 kategorier som kunde sammankopplas via de tre ämnesområdena; program, mig själv, terapeut. Tre av de 12 kategorierna och till de tre tillhörande 15 subkategorier och två teman utmejslades ur

frågan om negativa upplevelser och dessa presenteras separat. Till de resterande nio kategorierna framarbetades 38 subkategorier och sju teman.

Tabell 2. Svarsfrekvens för öppensvarsfrågorna i patientenkäten. Meningsbärande enheter efter fråga och behandling och totalt för alla 3 frågorna.

	Depression n personer och andel av deltagare (antal enheter)	Hälsoångest n personer och andel av deltagare (antal enheter)	Insomni n personer och andel av deltagare (antal enheter))	Paniksyndrom n personer och andel av deltagare (antal enheter)	Social Fobi n personer och andel av deltagare (antal enheter)	Totalt n personer och andel av deltagare (antal enheter)
15b Negativa upplevelser	n=9 12,2% (15)	n=16 23,9% (23)	n=17 20,2% (19)	n=4 8,5% (4)	n=5 6,4 % (10)	n=51 14,6 % (71)
18 Saknat/mindre nytta av	n=36 48,6% (48)	n=34 50,7% (47)	n=49 58,3% (63)	n=23 48,9% (29)	n=34 43,6 % (46)	n=178 50,9% (233)
19a Nyttan	n=71 95,9% (89)	n=65 97,0% (87)	n=79 94,0% (117)	n=45 95,7% (49)	n=72 92,3% (86)	n=332 94,9% (428)
19abc	(226)	(208)	(285)	(125)	(229)	(1073)
Totalt antal meningsbärande enheter (andel av total)	289 (21%)	278 (20%)	367 (27%)	158 (11%)	285 (21%)	1377 (100%)

Upplevda brister och förtjänster

När det kom till patienternas upplevelser av vad de hade saknat och haft mindre nytta av respektive vad de hade haft nytta av tolkades ur materialet nio kategorier varav fyra kunde ingå i ämnesområdet ”program”, tre i området ”mig själv” och två i området ”terapeutstöd”. Kategorierna hade i sin tur totalt 38 subkategorier (fullständig redovisning av benämning på kategorier och subkategorier finns i bilaga 3). I området ”program” uttolkades ur patientrapporteringarna kategorierna *behandlingsinnehåll*, *behandlingsramar*, *problem med arbetsmiljö* och *bra interaktiva inslag*. Kategorierna *givande aspekter i erhållet stöd* och *problem med erhållet stöd* kunde kopplas till området ”terapeutstöd” och kategorierna *betydande erfarenheter/förändringar*, *nyvunnen förståelse* och *egna begränsningar i behandlingsarbetet* till ”mig själv”.

Program

Angående behandlingsinnehållet hittades i rapporteringar att patienter hade uppskattat vissa specifika avsnitt särskilt mycket medan det fanns avsnitt och övningar som upplevts som överflödiga eller icke användbara. Vissa rapporterade generellt innehållsmässig relevans i behandlingen så som moduler och texter men också inslag som forumet och exempel och förklaringar till arbetet. Ett exempel är följande utsaga,

”De sätt man kan hjälpa sig själv beskrivs med bra exempel och är enkla att ta till sig. Mycket bättre än all litteratur jag tidigare läst. Mycket hjälpsamt!” (patient i behandling för social fobi)

Vissa av utsagorna innehöll information om upplevelser av brister i fokus i behandling och även av begränsad igenkänning i innehållet i behandlingen. Till exempel en patient om vad hen saknat,

”Mer av att våga göra fel, skulle vilja ha hjälp med det. Att man är perfektionist och rädd för att göra fel är jobbigt.” (patient i behandling för social fobi)

En del hade också saknat information om behandlingens utformning och innehåll för att exempelvis avgöra hur väl behandlingen passade.

Kategorin om behandlingens ramar hade innehållet av beskrivningar som talade om de underlättande aspekterna av behandlingsformen, dess struktur och flexibiliteten med tanke på utförande. Beskrivningarna talade om strukturen som ett bidrag till organiserat, varierat och disciplinerat behandlingsarbete genom exempelvis avsatt tid till exponeringsarbete, krav på reflektion och doserad information som man också hade tillgång till efter behandling. En person nämnde också självskattningarna och behandlarens möjlighet att följa mående som en bra aspekt av strukturen. Flexibiliteten rörde möjligheten att styra var och när man arbetade med behandlingen. En del av materialet innehöll rapporteringar kring interaktiva inslag som patienterna hade haft nytta av, vilka motsvarade, i stort, de olika behandlingskomponenterna i de olika behandlingarna; kartläggning, beteendeförändringar, kognitivt arbete, särskilda tekniker och avslappning och fokus, de gånger det specificerades vilka inslagen var. Det fanns också upplevelser av mindre bra aspekter med ramarna för behandlingen. Vissa patienter tyckte att behandlingen var för allmän och att det var svårt att anpassa sig till den, även att de instruktioner och exempel som fanns inte räckte till;

”I början var det svårt att hitta övningar, eftersom jag helst ville undvika. Det är väldigt mycket till vad man själv gör av behandlingen. Jag behövde tänka efter, på vilket sätt jag behövde be om hjälp. Det blev sen bra, men är inte helt lätt i början. Man behöver pushas lite åt rätt håll.” (patient i behandling för hälsoångest)

Eller

”Det kunde gå 2 v eller mer då jag inte kom vidare i modulerna pga jag satte upp för höga mål för mig själv och därför inte orkade göra något alls. Så här i efterhand känner jag att en muntlig kontakt kunde ha fångat upp det snabbare och coachat mig till att komma vidare snabbare istället för att fastna.” (patient i behandling för depression)

Andra hade haft svårt med omfattning av arbetet och tyckt att behandlingens takt inte var optimal för att hinna med arbetet och hinna förankra det. För vissa blev det stressande.

En del rapporteringar handlade om behandlingen som arbetsmiljö. Patienter beskrev härom att de hade saknat möjlighet att påverka behandlingstid och när formulär skulle fyllas i. Ett annat område som framkom i materialet var brister gällande användarvänlighet exempelvis plattformens funktioner, avsaknad av hjälpmedel för arbete i plattformens dokument och alternativ till textformat.

Av kategorierna och subkategorierna rörande programmet tolkades två teman fram. Det första temat var om innehållet där beskrivningarna berättade hur behandlingens innehåll hade bidragit med information om tillstånd och gjort behandling begriplig för vissa och där det för andra hade blivit en fråga om sämre matchning mellan vårdbehov och program. Ett annat tema som hittades beskrev att formatet både gav tillgänglighet, inbyggd trygghet och vägledning samt erbjöd incitament. Men att det samtidigt ställde

krav på egna initiativ, självständighet och förmåga att identifiera behov. Ibland var att vara i behandling tungarbetat och omständligt med lite möjligheter att påverka det själv.

Terapeutstöd

När det kom till terapeutstöd kunde de begränsningar som patienter hade upplevt bestämmas till dels önskemål om annan kontaktform istället för eller också utöver den som erbjuds. Det rörde sig om att träffa terapeut öga-mot-öga och/eller att kunna kommunicera i realtid och på andra sätt än i skrift. Vissa patienter beskrev också att de hade önskat mer personlig kontakt. Följande exempel kan illustrera,

”Jag skulle gärna haft ett eller ett par personliga samtal, inte bara digital kontakt (även om den var betydelsefull och uppmuntrande - TACK NN!)” (patient i behandling för insomni)

Eller

”Jag hade gärna haft personliga möten med en psykolog då jag inte känner mig bekväm, eller kan uttrycka fullt ut i skrift hur jag tänker och känner.” (patient i behandling för paniksyndrom)

En patient rapporterade om råd som inte passat och en sänkning av motivation efter det. Andra begränsningar inbegrep behovet av mer stöd och utsagor om detta handlade översiktligt om att patienter hade behövt mer stöd med behandlingsmoment eller med motivation och vägledning. Det kunde exempelvis gälla hjälp att hitta lämpliga exponeringar, utföra övningar eller välja fokus för behandlingsarbetet.

Det var patienter som upplevde sig hjälpta av terapeutstödet och beskrivningar av det handlade om att behandlarna hade utgjort återkoppling på både arbetet och erfarenheter i samma arbete, bistått med sin kompetens exempelvis genom råd, hjälpt patienter vidare i arbetet vid hinder och varit källa för förståelse och bekräftelse. En del rapporteringar var i form av ospecificerad nytta av behandlarstödet. Närmare bestämt kunde utsagorna se ut som följer som svar på vad man haft nytta av i behandlingen, ”Att jag hela tiden hade en kontakt NN.. Det kändes tryggt och bra att uppgifterna och övningarna följdes upp och man fick snabbt ett bra svar.” (patient i behandling för hälsoångest)

Eller

”Min psykolog som skrev positiva saker till mig och fick mig att engagera mig.” (patient i behandling för social fobi).

Om området terapeutstöd tolkades ett tema fram som beskrev att behandlaren hade bidragit med viktig kompetens vid hinder, bekräftelse på det egna arbetet och att det varit positivt att bemötas väl. Ett annat tema var att kontakten inte automatiskt fyllde viktiga behov av kommunikation och samma tema som tidigare nämnts om att behandlingen ställt krav på egna initiativ, självständighet och förmåga att identifiera behov

Mig själv

En del av patientupplevelserna pekade på aspekter som hade påverkat behandlingsarbetet som legat utanför den direkta kontexten av arbetet men som utgjort viktiga dimensioner i hela de kontextuella förutsättningarna för arbetet. Det hade rört sig om konkurrerande händelser i tillvaron eller om allmän livssituation så som arbetssituation och hemsituation. Med andra ord var det situationer som hade upplevts svåra att kombinera med behandlingsarbete. En patient beskrev, ”Den främsta orsaken till att behandlingen inte riktigt motsvarade mina förväntningar är nog min egen arbetsbelastning, vilket jag ju inte kan klandra behandlingsupplägget för. Men jag upplevde hela tiden en stress över att ligga efter...Men jag hade hoppats på att komma längre vad gäller själva exponeringen,

återigen är jag medveten om att detta dock till stor del är mitt eget "fel" och till stor del beror av det faktum att jag helt enkelt har haft för mycket på jobbet för att fullt ut orka (är dessutom gravid och har en livlig ettåring hemma, vilket ju kan spela in)." (patient i behandling för social fobi)

I materialet fanns rapporteringar om erfarenheter eller förändringar som patienter haft nytta av. Ur några av dessa tolkades fram en grupp erfarenheter och/eller förändringar som gällde att patienten i problemsituationer hade agerat annorlunda, tolkat situationer annorlunda eller hanterat tankar på ett nytt sätt. En grupp patienter rapporterade en mer förebyggande förändring i form av ändrade rutiner. Andra patienter talade om en annan dimension av upplevd förändring som kunde tolkas som att behandling utgjort en erfarenhet som gett mer tillgång till egna resurser som hos den här patienten, "Jag har haft mest nytta av att ta mina besvär på allvar och mig själv på så sätt. Lära känna mig själv bättre." (patient i behandling för social fobi)

Andra lyfte fram upplevelsen av igenkänning gällande egna erfarenheter av problematik som något betydande. Beskrivningarna talade om igenkänning hos andra, i exempel och i information. Vissa patienter rapporterade symtomreduktion så som minskad stress eller ångest. En patient rapporterade att hen hade märkt en stor effekt på problemen i början men att effekten sedan hade fluktuerat under resten av behandlingen. Subkategorin övrigt innehöll utsagor utan någon inbördes relation, en om övning av språket, en om att fundera kring KBT och en om att koppla ihop teori och praktik.

En grupp rapporterade kring ämnet "mig själv" om att behandlingen gett ny förståelse och dessa beskrivningar kunde delas upp ytterligare utifrån innehåll av samma förståelse. En del utsagor var allmänna och i dessa specificerades inte vilken kunskap patienterna erhållit. De bestämda utsagorna talade om insikt i eller kunskap om den egna problematiken och hur den enligt KBT kan behandlas samt om vad normalfunktion är. En annan del talade om en referensram för tolkning av skeenden och en annan om självinsikt med förståelse och tolkning av de egna upplevelserna. Bland de patienter som rapporterat upplevelser av ny förståelse var det även några som beskrivit att de hade fått denna förståelse via en övning och dessa bildade en egen subkategori med blandad typ av insikt eller kunskap.

Kring området "mig själv" tolkades tre teman fram. Det första beskrev att patienter agerat för bättre mående och internaliserat erfarenheter. Ett andra tema berättade vad insikt inneburit nämligen att ha kunnat identifiera och avgränsa problem och se en väg till förändring. Det sista temat beskrev hur patienter kämpat med att få ihop krav och den egna aktivitetsnivån.

Brister och förtjänster och behandling

Bland patienter som hade gått i behandling för depression rapporterade de översiktligt utöver generell relevans att de hade uppskattat de specifika avsnitten om plus- och minusaktiviteter och sömnmodulen Sömnmodulen var det samtidigt en del patienter som upplevde som ett mindre relevant avsnitt. Brister i innehåll handlade om igenkänning och fokus för behandling. Angående ramarna rapporterade patienter att de uppskattat strukturen och tendensen gällande brist var att behandlingen varit för allmän där några beskrivande exempel är att man hade behövt anpassa mål, tyckt att det var mindre bra med olika behandlare eller generellt upplevt självhjälp som svårt. I gruppen som gått i behandling för depression var tendensen gällande brister i arbetsmiljön en upplevelse av bristande användarvänlighet och belastning av koncentration. Översiktligt rapporterades tankeövningar, aktivitetsplanen, tankestrategier och problemlösning samt

livskompassen som bra interaktiva inslag i behandlingen. Om terapeutstödet rapporterades mestadels ospecificerad nytta och i övrigt blandad nytta samt att man hade önskat mer hjälp och annan kontaktform. Egna förutsättningar som hade begränsat i arbetet hade handlat om ork, tid och koncentration. Gällande ny förståelse hade patienterna upplevt blandad kunskap (dock inte om normalfunktion) och översiktligt hade aktivitetsplanen utgjort en källa till insikt och överblick. Förändringar och erfarenheter har varit upplevelser av nytt sätt att tolka det som skett och det egna beteendet samt ändrade beteenden så som att göra saker i steg och lägga in belöningar. Även gett tillgång till egen reflektion och förmåga att klara av saker för att nämna några konkreta stärkta förmågor som nämndes. Det framkom även ändrade rutiner i form av inplanerade plusaktiviteter.

Bland patienter som hade gått i behandling för hälsoångest rapporterades översiktligt att praktiska exempel hade varit bra innehåll och att brister i innehåll hade gällt igenkänning i problematik. Ramarna avseende struktur som exempelvis att bli styrd mot agerande var det som översiktligt lyftes och problem med ramarna handlade främst om omfattningen på arbetet, mer specifikt att det var för många moment samtidigt, men även om att behandlingen varit för allmän. När det kom till brister i arbetsmiljön handlade rapporteringarna om att man velat justera tiden och att användarvänligheten varit låg. Tendensen gällande interaktiva inslag var att exponeringar och medveten närvaro har varit nyttiga behandlingsupplevelser. I övrigt har de andra interaktiva inslagen också nämnts och enstaka kommentarer har angett mindre nytta av interaktiva inslag. Gällande terapeutstöd bland de som rapporterade beskrev utsagorna att man hade saknat annan kontaktform och att man hade önskat stöd med tidsplanering, hitta övningar, motivation och fokus för behandling. Man hade haft blandad nytta av terapeutstödet. De egna förutsättningarna hade handlat om osäkerhet om matchning, sviktande motivation och svårighet att kombinera behandling med övriga livet. När det kommer till förståelse var den blandad och en kommentar handlade om att beteendedagboken gett insikt. De som rapporterade förändringar talade översiktligt om att ha hanterat ångest annorlunda och att igenkänning varit normaliserande utöver blandade betydande erfarenheter.

Bland patienter som hade gått i behandling för insomni rapporterades utöver generell relevans av innehåll avsnittet om sömnmyter som särskilt nyttigt och att man hade önskat andra perspektiv, fokus även på annat område eller mer information. Om ramarna lyftes den underlättande strukturen fram och översiktligt att man hade svårt att hinna med den stora omfattningen arbete. Även att behandlingen hade upplevts vara för allmän gällande exempelvis anpassning efter individuella behov och mer konkret behov av anpassad sömnrestriktion eller önskan om att få snabbare svar på meddelanden. Tendensen gällande arbetsmiljön i gruppen som gått behandling för insomni och som rapporterade var att användarvänligheten varit bristfällig. Hos de som rapporterade om insomnibehandling och upplevelsen av interaktiva inslag nämndes alla subkategorier av interaktiva inslag som nyttiga och de har i hög utsträckning lyfts fram som upplevelse i behandlingen. Rapportering om inslag och avsnitt som man inte haft så stor glädje av var blandad och övergripande. Några utsagor indikerade att man hade saknat stöd med till exempel fokus i behandling eller handledning i behandling och att man velat haft annan kontaktform både utöver och istället för den aktuella. Hos behandlarna var det, utöver det ospecificerade, kompetens och uppbackning som man valde att rapportera som nyttigt. Tendensen bland de som rapporterade var att ha upplevt behandlingen som svår att kombinera med övrigt liv. Förståelse man hade fått genom behandlingen var

varierad och det som stack ut var att patienter i den här behandlingen rapporterade om insikt om hälsa med följande citat som exempel,

”Att förstå att sömnen reglerar sig själv. Att förstå hur viktig regelbundenheten i sömnen är, på en kvart så när. Det gör ju at man inte "blir galen" utan faktiskt funkar ändå, trots sömnproblem.”

I den här gruppen lyftes sömndagboken som en källa till insikt. Ur materialet kunde översiktligt utläsas att patienter hade erfårit förändrat synsätt om den egna sömnen och ändrat specifika beteenden men också mer övergripande att man hade ändrat rutiner så som att ha aktiviteter i dagsljus. Vissa rapporterade även symtomreduktion som minskad stress.

Bland patienter som hade gått i behandling för paniksyndrom rapporterades översiktligt om generell god relevans i innehåll och önskan om innehåll kring något specifikt område när det inte varit tillräckligt bra. Om ramarna fanns enstaka kommentarer om strukturen som underlättande och två rapporteringar om otillfredsställande aspekter av ramarna, omfattning och att behandlingen varit allmän. Få utsagor fanns om arbetsmiljön och dessa var om brist på flexibilitet och användarvänlighet. Tendensen gällande interaktiva inslag var inom de som rapporterade att bra inslag var exponeringar och panikcirkeln och utöver det nämndes även samtliga andra subkategorier. Ett fåtal kommentarer nämnde specifika inslag som mindre användbara och då var det agorafobidelen och interoceptiva övningar. Utöver utsagor om att man saknat annan kontaktform rapporterades om terapeutstöd att man hade önskat mer hjälp med exponering. I gruppen rapporterades nytta av terapeutstöd framförallt ospecificerat. De som nämnde egna förutsättningar talade om tid och ork som något man hade saknat. Tendensen gällande ny förståelse var att lyfta fram kunskap om problematik även om det förekom rapporteringar om andra dimensioner också. Enstaka rapporteringar om erfarenheter i behandling som varit betydande handlade om att man hade hanterat ångest, fått ett nytt synsätt och om stärkta förmågor.

Bland patienter som hade gått i behandling för social fobi rapporterades utöver generell god relevans att man hade uppskattat exempel och förklaringar samt forumet. När det kom till brister i innehåll handlade endast en rapportering om det och den gällde att man saknat fokus på ett visst problem. Samtliga utsagor om behandlingens ramar som fördelaktiga handlade om behandlingens struktur, om flexibilitet och stödjande karaktär i fråga om behandlingsprocessens gång, så som påminnelser, doserad information och planering av övningar. Begränsningar i ramarna handlade jämnt om samtliga aspekter. En del sade om arbetsmiljön att det saknades flexibilitet att justera tid och möjlighet bestämma när formulär fylldes i och att användarvänligheten avseende plattformen, textomfattning och arbetsamma arbetsblad brustit. Samtliga subkategorier till bra interaktiva inslag fanns representerade i utsagor från gruppen som gått i behandling för social fobi med många utsagor som pekade ut exponering som särskilt nyttigt och bara någon enstaka kommentar om överflödigt avsnitt. Brist på stöd hade för de som rapporterade handlat om att man hade önskat annan kontaktform, även för den här gruppen både helt annan kontaktform och utöver befintlig kontakt. De fanns beskrivningar om att patienter också hade önskat mer hjälp, med exponering, motivation och någon med diskussion om läkemedel. Terapeutstödet hade bidragit på samtliga sätt som fanns återspeglade i kategorin om gott stöd och tendensen var att återkoppling från terapeut nämndes oftare. En del egna förutsättningar nämndes men framförallt handlade utsagor om att behandlingen var svår att kombinera med övrigt liv som begränsning. Översiktligt var kunskap om den egna problematiken och självinsikt de två dimensionerna av förståelse som rapporterades i den här gruppen men även i något

mindre utsträckning de andra utom dimensionen om normalfunktion. Bryta negativa tankebanor och hantera ångest var de mest framträdande förändrade beteendena som rapporterades och det beskrevs också stärkt förmåga, så som att känna igen negativa tankar och inspireras till utmaning. Igenkänning lyftes också som en viktig erfarenhet.

Negativa upplevelser

De tre kategorierna som framtoogs ur materialet var *symtom och betungande känslor*, *behandlingsarbete svårt* och *stress*. Ur den första kategorins innehåll framtolkades ett tema; meningsskapande av upplevelser och reaktioner av erfarenheter i behandling och kategorin kunde ordnas under övergripande området ”mig själv”. Ur den andra kategorin i ordningen ovan framarbetades ett andra tema, Arbetet med behandling var kravfyllt, ökade reflektion vilket kunde ge nya besvär och inbegrep tuffa moment. Inom kategorin rymdes två övergripande områden, ”mig själv” och ”program”. I sista kategorin identifierades en del av temat i behandlingsarbetet svårt nämligen, arbetet med behandling var kravfyllt och den här kategorin kunde inordna under samma två övergripande ämnesområden. En översiktlig redovisning av kategorier, subkategorier och teman presenteras i tabell 3.

Tabell 3. Patienters rapporterade negativa upplevelser och ur materialet framarbetade teman, ordnat efter kategori och subkategori.

Kategori	Subkategori (antal meningsbärande enheter)	Tema
Symtom och betungande känslor	Allmän påfrestning (7)	Meningsskapande av upplevelser och reaktioner på erfarenheter i behandling.
	Övergående påfrestning (7)	
	Påfrestning vid övning (6)	
	Av reflektion/insikt (3)	
	Pålagring vid påfrestning/svårigheter med behandling (12)	
Behandlingsarbete svårt	Ökning av påfrestning (6)	Arbetet med behandling är kravfyllt och ökar reflektion vilket kan ge nya besvär
	Svårigheter i utförande (7)	
	Ohjälpsamma tankemönster (4)	
	Reaktion från omgivning (1)	
	Övrigt (2)	
Stress	Dålig passform (3)	-
	Missnöje med plattform (3)	-
	Allmän påfrestning (2)	Arbetet med behandling är kravfyllt.
Av behandlingsformat (4) Av egna krav (1)		

Den första kategorin inbegrep allmän förekomst av symtom och betungande känslor, källa till det och en tendens gällande om förekomsten upplevdes vara ihållande eller inte. Gällande övningar som källa till förekomst var det främst exponering och sömnrestriktion som hade framkallat symtom eller betungande känslor men en person rapporterade besvär vid en andningsövning. Övningar förekom också som källa till övergående symtom eller betungande känslor. Annan övergående förekomst var mer allmänt uttryckt, till exempel

”Som alltid när man utsätter sig för jobbiga saker, så upplevs det negativt, men jag tror ändå att det gjort mig starkare i längden, och gett mig mycket insikt.” (patient i behandling för social fobi)

På samma vis var vissa av rapporteringarna om ökad påfrestning allmänt uttryckta men två kopplade till specifika inslag, sömnrestriktion och exponering. Rapporteringarna som beskrev pålagringar av mående eller skeenden rörde konsekvenser av generellt uttryckta svårigheter/påfrestningar eller av subkategorierna; svårigheter i utförande, ökad påfrestning, dålig passform och påfrestning vid övning. En person hade pålagring på grund av att behandlingen inte hjälpt;

”Att jag satte stort hopp till den här behandlingen men blev deprimerad när det inte hjälpte. Nu vet jag inte riktigt vad jag ska göra.” (patient i behandling för insomni)

Utöver själva innehållsdimensionen i utsagorna beskrevs i den här kategorin patienters tolkningar av samband mellan svårigheter med arbetet, egna insatser och måendet. Till exempel

”Att jag har känt mig dålig och klandrat mig själv när jag inte har klarat av att följa modulerna, men det är inte behandlingens fel.” (patient i behandling för depression)

Eller

”Det känns som att jag har börjat bli orolig för saker som inte påverkade mig innan de beskrevs i texten.” (patient i behandling för hälsoångest)

Det rymdes även uppmärksammandet av arbetsamma konsekvenser av försök till igenkänning, förlust av fokus och motivation, besvikelse och triggandet av nya symtom. I flera av de andra kategorierna fanns tolkning av symtom och betungande känslor kring nyttan av dem och uppmärksammandet av att de kunde vara övergående. Dessa tolkningar tillsammans med de mer raka rapporteringarna av reaktioner på erfarenheter formade temat som beskriver hur symtom och betungade känslorna fick sin betydelse och/eller noterades av patienterna.

Kategorin *behandlingsarbete svårt* innehöll berättelser om erfarenhet av arbetet, aspekter som hade hindrat i det och aspekter som hade resulterat av det och om premisser för arbetet. Beskrivningar talade om hur utförandet kunde innebära svårigheter allmänt, utifrån tidsåtgång eller utifrån att arbetet upplevdes utmanande. Gällande aspekter som arbetet hade resulterat i beskrev en del patienter att de hade erfårit oönskade ändrade tankemönster, som i exemplet nedan,

”ja, att jag tänker desto mer på detta i sociala situationer, dvs att det blir mer fokusering på att jag har ett problem” o en stämpel i pannan, att jag har detta, vilket stör mig ibland.” (patient i behandling för social fobi)

En person berättade om negativa reaktioner från omgivningen på egen förändring. Gällande premisser framtolkades det att en del hade upplevt belastning av att inte känna igen sig i innehållet, en person uttryckte det mer generellt som att behandlingen inte

hade passat. Några andra upplevelser handlade om att arbetsmiljön i plattformen hade varit källa till belastning. I subkategorin övrigt rymdes förekomst av mardrömmar och påfrestning av att vara i vård.

I kategorin *stress* samlades utsagor om förekomst av stress allmänt, till följd av behandling och vid ett fall på grund av egna prestationskrav. Stress till följd av behandling rörde behandlingens omfattning, takt och tekniska problem. I patienternas utsagor om behandlingsarbetet och stress framstod negativa upplevelser som förknippade till att behandlingen hade ställt krav och att patienter börjat reflektera mer, något som var det andra temat som hittades i materialet.

Negativa upplevelser och behandling

Bland de som hade gått behandling för depression handlade de negativa upplevelserna översiktligt om att behandlingsarbetet var svårt och pålagringar för det blev dåligt samvete. Allmänt rapporterades om stress, för mycket reflektion, påverkad sömn. Om behandlingen var plattformen och dålig passform negativa upplevelser. Bland de som gick behandling för hälsoångest var den översiktliga bilden den att exponeringar var påfrestande, för en del övergående påfrestande. Symtom som rapporterades var ångest och en person fysiologiska symtom. Pålagring kom av övningar och av dålig passform och skapade känsla av bakslag, sorg, förvirring, dåligt samvete och oro. Gällande behandling rapporterades passform och stress av takt som negativa upplevelser. Patienter som gått behandling för insomni angav översiktligt påfrestande övningar och trötthet samt sorg av insikt, trötthet ibland övergående. De beskrev även sämre sömn. Pålagringar var nedstämdhet, hjälplöshetskänslor och försvårad start. En rapporterade ångest vid en andningsövning. Om behandlingen rapporterade de stress av takt och omfattning och tekniska problem. Av de som gått i behandling för paniksyndrom beskrev en person ökad ångest allmänt, en övergående ökning av ångest, en ångest kopplat till en övning och en prestationsstress. I social fobi beskrevs översiktligt förekomst av ångest, ökande ångest och övergående sådan. Tillfällig nedstämdhet, ökad självmedvetenhet och sämre självbild.

Negativa upplevelser, behandlingsutfall och andra behandlingsfaktorer

En blandad ANOVA med förekomst av negativa upplevelser eller inte som grupperingsfaktor och för- och eftermätning som upprepningsfaktor och med självskattning av symtomgrad med för diagnos respektive skala genomfördes för samtliga behandlingar. Gällande depression och med MADRS-S som beroende variabel visade testet ingen interaktionseffekt, förekomst av negativa upplevelser och mättillfälle ($p>0,1$). Förekomst av negativa upplevelser hade inget samband med symtomgrad efter behandling i den undersökta gruppen. Gällande hälsoångest och med SHAI som beroende variabel visade testet nästan signifikant interaktionseffekt, förekomst av negativa upplevelser och mättillfälle ($p=0,052$), eta-kvadrat=0,057. Förekomst av negativa upplevelser hade ett icke-signifikant samband med symtomgrad efter behandling i den undersökta gruppen, de som rapporterade negativa upplevelser hade i genomsnitt en större minskning av symtomgrad. Gällande insomni och med ISI som beroende variabel visade testet ingen interaktionseffekt, förekomst av negativa upplevelser och mättillfälle ($p>0,1$). Förekomst av negativa upplevelser hade inget samband med symtomgrad efter behandling i den undersökta gruppen. Gällande paniksyndrom och med PDSS-SR som beroende variabel visade testet en interaktionseffekt, förekomst av negativa upplevelser och mättillfälle ($p=0,001$), eta-kvadrat= 0,205. Det fanns stor skillnad i symtomgrad efter behandling mellan de som

haft negativa upplevelser och de som inte. De som hade rapporterat negativa upplevelser hade en negativ förändring och de som inte hade det en positiv förändring. Gällande social fobi och med LSAS som beroende variabel visade testet ingen interaktionseffekt, förekomst av negativa upplevelser och mättillfälle ($p>0,1$). Förekomst av negativa upplevelser hade inget samband med symtomgrad efter behandling i den undersökta gruppen. I tabell 4 presenteras frekvenser, medelvärden och standardavvikelser för grupperna vid de olika mättillfällena samt resultat för ANOVA.

Tabell 4. Medelvärden och standardavvikelser för för- och eftermätningar med respektive utfallsmått. Organiserat efter förekomst av negativa upplevelser. F-värden för ANOVA.

Mätninga r	Rapportera t Negativa Upplevelse r M (s)	Inte rapporterat Negativa Upplevelse r M (s)	Antal som rapporterat / antal som inte rapporterat (andel rapporterat)	F-värden och signifikans för interaktionseffekte r
MADRS Pre	26,22 (2,91)	24,94 (6,07)	9/65	$F_{1,72}=0,337$
MADRS Post	17,56 (8,16)	14,8 (8,77)	(12,2%)	
SHAI Pre	28,31 (5,5)	27,06 (5,35)	16/51 (23,9%)	$F_{1,65}=0,264$
SHAI Post	15,75 (5,34)	18,33 (6,04)		
ISI Pre	18,29 (4,58)	18,66 (3,54)	17/67	$F_{1,82}=2,452$
ISI Post	11,71 (5,89)	9,97 (5,61)	(20,2%)	
PDSS-SR Pre	11,25 (5,91)	11,07 (3,79)	4/43	$F_{1,45}=11,638$ **
PDSS-SR Post	14,25 (6,8)	5,3 (5,27)	(8,5%)	
LSAS-SR Pre	77,20 (9,23)	72,70 (20,50)	5/73	$F_{1,76}=0,009$
LSAS-SR Post	55,40 (14,24)	49,93 (23,77)	(6,4%)	

** Skillnad är signifikant på 0.01 nivån

Sambandsanalyser gjordes med Spearmans rangkorrelation både för de enskilda behandlingarna. I gruppen som erhöll depressionsbehandling hittades medelstarka signifikanta negativa samband mellan omfattning av negativa upplevelser och tilltro till behandling och fullföljandegrad. På delfrågenivå hittades signifikanta negativa samband, medelstarkt mellan omfattning av negativa upplevelser och hur mycket text man hade läst och starkt mellan samma och hur aktivt man hade arbetat med behandlingen. De som hade haft fler negativa upplevelser hade med andra ord i större utsträckning svarat negativt i dessa frågor. I gruppen som erhöll behandling för hälsoångest hittades medelstarka signifikanta negativa samband mellan omfattning av negativa upplevelser och fullföljandegrad. På delfrågenivå hittades medelstarka signifikanta negativa samband gällande hur aktivt man hade arbetat med behandlingen.

De som i större omfattning rapporterade negativa upplevelser hade i större utsträckning svarat negativt i dessa frågor. Gällande de som erhöll behandling för insomni, paniksyndrom och social fobi hittades inga signifikanta samband mellan omfattning av negativa upplevelser och de andra aspekterna av behandlingen. I tabell 5 redovisas samtliga undersökta korrelationer.

Tabell 5. Spearman's rho och p-värden för sambandsanalyser för varje behandling och för alla behandlingar.

	Depression	Hälsångest	Insomni	Paniksyndrom	Social Fobi
Fullföljande	-,442**	-,243*	-,200	,004	-,136
Tilltro	-,383**	,015	-,044	-,049	-,016
Grad av genomläsning av text	-,392**	-,216	-,116	,142	-,127
Nivå av aktivitet	-,523**	-,421**	-,150	-,021	-,111

** . Korrelation är signifikant på 0.01 nivån (tvåsidigt test).

* . Korrelation är signifikant på 0.05 nivån (tvåsidigt test).

Diskussion

En kvalitativ innehållsanalys av öppensvarsfrågor med inslag av statistiska beräkningar genomfördes i syfte att få kunskap om hur patienter som erhållit IKBT för depression, hälsångest, insomni, paniksyndrom och social fobi i reguljär vård upplevt vården för att bredda förståelsen av vad som fungerar väl och vad som kan utvecklas och även för att vidga förståelsen av negativa upplevelser i behandling. I undersökningen framkom om programmet att patienter fått viktig information om hur de kan förstå sitt tillstånd och om möjliga vägar till förändringar av sitt mående och att strukturen i formatet varit stödande. När det hade brustit hade matchning mellan vårdbehov och program inte stämt och patienter hade haft svårt för krav som behandlingen ställt. Ibland hade behandlingen upplevts tungarbetad med begränsning gällande möjlighet att påverka behandlingsvillkor. Vidare beskrevs om terapeutstöd att man hade saknat annan kommunikation i olika utsträckning. Många patienter uppgav ospecificerad glädja av terapeutstöd och den preciserade var att patienter hade upplevt nytta av kompetens och bekräftelse hos sina behandlare. Om sig själv har patienter beskrivit att man hade agerat för sitt välbefinnande och internaliserat erfarenheter, kunnat avgränsa problem och sett förändringsriktning. Begränsningar i arbetet hade handlat om att få ihop krav med den egna aktivitetsnivån.

I undersökningen framkom att förekomst av negativa upplevelser om patienten själv beskrevs i form av symtom och övriga betungande känslor och var förknippat med meningsskapande processer och reaktioner på erfarenheter i behandling och att behandling ökat reflektion vilket har kunnat ge upphov till nya besvär. En del även kopplat till de krav som behandlingen hade ställt på patienter. Programmet hade gett upphov till negativa upplevelser i och med att det inte passat eller på grund av att plattformen hade gett upphov till problem. Förekomst av negativa upplevelser hade

ingen betydelse för utfall för behandlingarna depression, insomni och social fobi. För hälsoångest var förbättringen större hos de som hade rapporterat negativa upplevelser och hos de som hade gått paniksyndrom hade symtomgrad ökat för patienter som hade rapporterat negativa upplevelser. I den undersökta gruppen fanns samband mellan tilltro till behandling och omfattning av negativa upplevelser för de som hade gått behandling i depression. När det gällde fullföljandegrad hittades samband för de som gått i behandling för depression och hälsoångest. Hur aktivt man hade arbetat och hur mycket man hade läst hade också samband för de som hade gått i behandling för depression och hur aktivt man hade arbetat också vid behandling för hälsoångest.

Begränsningar i undersökningen

Av de som startade behandling under den valda perioden var det ungefär en fjärdedel som sedan inte deltog i eftermätningen och därför inte var med i den här studien. Det innebär att av de upplevelser som analyserats, tolkats och redovisats saknas det beskrivningar av erfarenheter för en generaliserbar bild av patientupplevelser. Däremot är det en bild av de som genomgått processen och i det avseendet en riktig bild av upplevelser av behandling om behandling ska anses vara just de planerade komponenterna som ingår. Alla som har svarat på patientenkäten har dock inte hunnit lika långt och i det avseendet är det samtidigt svårt att avgöra hur mycket av behandlingen som deltagarna tagit del av. En fråga som naturligt uppstår är om de patienter som inte fullföljde behandlingen eller valde att inte svara på patientenkäten hade en väldigt annorlunda upplevelse av att vara i behandling. Att de patienter dessutom potentiellt skulle dela vissa dimensioner av upplevelsen som är avgörande för syftet med studien. En bortfallsanalys av de patienter som inte ingick i studien visade inga statistiskt signifikanta skillnader gällande initial symtomgrad men lägre medelålder. Att vara äldre har pekats ut som relaterat till lägre förekomst av negativa upplevelse i en metaanalys (Boettcher et al., 2016) vilket skulle kunna tala för att förekomsten kan förväntas ha varit högre i den gruppen som inte var med i undersökningen utöver det mer intuitiva i att vissa kanske har valt att avsluta på grund av negativa upplevelser. Vidare visade analysen liknande uppdelning gällande kön och utbildningsnivå. Det vittnar om att det demografiskt inledningsvis var ganska likartade grupper åtminstone och att det gällande tillstånd de fått behandling för inte var någon skillnad avseende symtomgrad.

Resultat av ANOVA bör tolkas med försiktighet med tanke på att det var en sådan liten grupp bland gruppen som gått behandling för paniksyndrom som hade rapporterat förekomst av negativa upplevelser. Dessutom uppfylldes inte kravet på experimentell design med randomiserade gruppstillhörigheter, av naturliga skäl, vilket försvårar tolkning av resultatet. Resultatet när det kommer till gruppen som fick behandling för hälsoångest var inte signifikant på alfanivå 5% även om det var nära. Det finns en risk också att effekterna av de negativa upplevelserna förändras över tid, det har det gjort i exempelvis en studie om negativa upplevelser vid IKBT för social fobi (Boettcher et al., 2014), något som talar för att en långtidsuppföljning utöver utfall vid behandlingsavslut hade varit att föredra.

Materialet som studerades var ojämnt i bemärkelsen hur man hade svarat på frågorna i enkäten. Vissa hade svarat fåordigt med få beskrivningar eller förtydliganden medan andra hade svarat mer rikt med kedjor av betydelser och detaljer om exempelvis orsaker och med temporala angivelser. Detta begränsade också analysens generaliserbarhet

eftersom en del av rapporteringarna inte gav mer än innehållsmässig förekomst medan andra gav möjlighet till annan tolkning. Eftersom ansatsen var induktiv och med tungvikt på det kvalitativa var det inte en skillnad som begränsar betydelsen av det som funnits men däremot en aspekt som ytterligare indikerar en begränsning av den fullständiga bilden som återfanns i resultatet. Syftet att vidare undersöka negativa upplevelser bedöms som begränsat av att frekvensen av dess rapportering inte var så stor. Då innehållsanalysen avslutades var bedömningen att det inte gick att utesluta att fler dimensioner hade framkommit om materialet hade varit större. När det gäller brister och vad patienterna hade haft nytta av nåddes mättnad i materialet då kodningen gick över till att bli deduktiv mot slutet, utan problem.

Det kan också vara av intresse att diskutera några kontextuella aspekter som kan vara av betydelse för tolkning av resultaten. Samtliga patienter gick behandling på vinterhalvåret och det kan också ha påverkat innehållet i patientupplevelserna. Det har funnits kommentarer om arbete över jul- och nyårshelgen och det finns indikationer på att mående kan påverkas av årstiderna (Kasper, Wehr, Bartko, Gaist, Rosenthal, 1989). En annan kontextuell faktor var att insomni och hälsoångest var yngre behandlingar på mottagningen vilket skulle kunna ha inneburit att behandlare och diagnostiserande läkare var mindre vana vid arbetet med just de här behandlingarna. Ännu en kontextuell aspekt var patientenkäten i sig. Frågorna som ställdes patienterna var riktande och utrymmet att svara begränsat som brukligt i öppensvarsfrågor i enkäter. Det är möjligt att det finns upplevelser intressanta för syftet som inte har rymts i frågorna eller som inte patienterna har associerat till frågorna. Av materialet att tolka har patienter uppfattat frågorna ganska likartat utifrån den kontexten där de ställts men som tidigare nämnts varit olika detaljerade i sina svar. Detta var en bedömning som gjordes och har inte statistiskt analyserats.

När det gäller alla tre områdena och även kategorier och subkategorierna som återfanns under ämnesparaplyet återspeglar de hur patienter har valt att formulera upplevelsen. Uppdelningen rörde sig med andra ord inte enbart om hur tolkningen av materialet gjorts utan även om hur patienterna har valt att uttrycka sina upplevelser. Med andra ord var det främst en språklig uppdelning och gränserna mellan exempelvis mig själv och program inte skarpa utan snarare en fingervisning om perspektivtagande. Ett exempel är hur uttryck för nyvunnen förståelse också återkommer från en annan synvinkel gällande nyttigt innehåll i programmet. Där vissa patienter har valt att återge den egna erfarenheten av kunskapen har andra valt att beskriva vad i innehållet som genljudit hos dem. Åtskillnaden har dock inte enbart varit intressant semantiskt sett utan skulle kunna indikera olika förhållningssätt till behandlingsinnehållet men den slutsatsen ligger utanför de möjligheter som finns i den här studien. Med det klargörandet diskuteras resultat utifrån den uppdelningen som uppstod ur den kvalitativa innehållsanalysen.

Fyndens relevans och relation till tidigare kunskap

Resultaten avseende betydelsen av programmets innehåll, beskrivningar av nyttan av texter som gett tillgång till insikt eller kunskap om de olika aspekterna; problematiken, referensramen, självinsikten och så vidare, speglas väldigt väl i en norsk kvalitativ studie gjord på patientberättelser efter genomgången IGBT vid depression. Även i den studien beskrevs det att relevant innehåll var något som patienter haft nytta av genom att kunskap gett tillgång till förståelse av den egna erfarenheten och även om innehållet ibland passat sämre (Lillevoll, Wilhelmsen, Kolstrup, & Høifødt, 2013.). I en annan norsk kvalitativ studie men på psykoterapi i allmänhet betonade patienter också

aspekten av tillgång till ett annat sätt att förstå skeenden och erfarenheter och om självinsikt (Binder, Holgersen, & Nielsen, 2009). I den var det i terapeutkontakten som kunskapen erhöles men beskrivningarna stämmer bra överens med det som patienterna i den undersökta gruppen rapporterat om programinnehållet när det passat. I en kvalitativ studie av IKBT vid depression framkom att patienter haft glädje av flexibilitet och frihet i formatet (Bendelin et al., 2011) vilket även den undersökta gruppen i den här undersökningen talade om. En intressant skillnad var att patienter i den aktuella undersökningen även talade om de fasta i strukturen som något positivt så som att det utgjort vägledning och riktning i arbetet genom att ge rutin på reflektion och styra mot agerande för att nämna några konkreta patientkommentarer härom. I en kvalitativ metaanalys studerades patientupplevelser av psykoterapi öga-mot-öga och med olika psykoterapeutiska inriktningar och i den visade det sig att patienter beskriver hur terapeuten utgör struktur och stöd som hjälper patienter att identifiera och förändra beteendemönster i livet. Många studier i analysen pekade på att terapin av många patienter upplevdes som en process av identifiering och förståelse av egna mönster (Levitt et al., 2016). Det tycks som att själva programmet med sitt innehåll och sin struktur kan bidra på liknande sätt som beskrivs i metaanalysen.

Ibland har matchningen inte stämt och innehållet inte passat, en källa till negativa upplevelser för vissa patienter och allt detta är förväntade dimensioner av patientupplevelser inom IKBT i reguljär vård som i förebyggande syfte avses begränsa konsekvenser av genom en initial bedömning och förberedelse vid inklusion. Alternativet är en risk för att behandlingen ska begränsas av felaktiga förväntningar och bristande motivation (Titov et al., 2018). Det tycks som att även om det görs kvarstår risken att det sker trots en bedömning, vilket pekar på behovet av kontinuerlig bedömning av behandlingens passform och relevans för patientens upplevda problematik. Andra problem med behandlingsprogrammet verkar handla om att behandlingen ställt krav på patienten som varit för svåra eller otydliga, så som att själv identifiera behov av stöd och hjälp eller ta initiativ till anpassning av behandlingsmoment till egna behov. I samma metaanalys som nämnts ovan framkom det att ramarna kunde vara en trygghet men en bestämd struktur kunde också vara källa till misstro av terapeutens genuina engagemang. Patienter önskade vidare att terapeuter skulle anpassa sig till deras behov och preferenser men lämnade många gånger dessa behov och preferenser åt sidan om inte terapeuten uppmärksammade det på egen hand (Levitt et al., 2016). Det här problemet med ramarna för terapin tycks med andra ord inte vara unikt för IKBT och är av betydelse för hur patienterna upplever behandlingen. I en kvalitativ studie om negativa upplevelser handlade en del av patientberättelserna om svårigheter med utförandet av arbetet och konsekvenser av ramarna gällande tid och arbetsgång (Rozental et al., 2015) och i den aktuella undersökningen var det en del patienter som rapporterat brister som återspeglar samma dimensioner av problem relaterade till program, nämligen att behandlingen ibland upplevts som tungarbetad, med lite möjligheter att påverka villkor. Det tycks som att den här typen av aspekter kan ses som ett kontinuum där brister upplevs vilka för vissa kan utvecklas till hinder och negativa upplevelser i behandling. I synnerhet för de som gick i depressionsbehandling har rapporteringar om dessa aspekter också visat sig relatera till skattningar av potentiella konsekvenser av samma aspekter, även om det inte går att säga något om kausalitet. Huruvida den bilden som framkommit återspeglar unika förhållanden i den behandlingen eller en sårbarhet förknippad med depressionsproblematiken är också svårt att avgöra.

Att man som patient hade föredragit att träffa behandlaren eller saknat stöd har framkommit i en tidigare kvalitativ studie av IKBT för depression (Bendelid et al., 2011) och i den liksom i den aktuella undersökningen framstod terapeutstöd som nyttigt, ibland på ett övergripande sätt ibland mer kopplat till arbetet. Även om betydelsen av terapeutstöd och omfattningen av den för behandlingsutfall är tvetydig verkar patienterna uppskatta kontakten både när det kommer till att bekräfta behandlingsarbetet som fungerar och att lösa hinder på vägen något som också bekräftades i en studie av patientkommunikation med behandlare vid IKBT för depression. Där identifierades just affirmation och uppmuntran som två dimensioner som tycktes viktiga i behandlingsprocessen (Holländare et al., 2016). Även i den tidigare nämnda norska studien av IKBT vid depression framkom att det var viktigt att få bekräftelse och dessutom att ha en dialog kring de erfarenheter som uppstod längs med behandlingen (Lillevoll et al., 2013) något som också framkommit i den aktuella undersökningen. En aspekt som fångats i den aktuella undersökningen är att terapeutstödet inte har täckt vissa behov automatiskt och att det har ställt krav på patienter att identifiera behov och ta initiativ till att möta dessa. Likaså krav på självständighet i behandlingsarbetet. I detta kan en viktig del av förberedelse för IKBT vara att adressera vad självhjälp innebär och om det är patientens förstahandsval eller det mest tillgängliga alternativet. Också att som behandlare fundera över huruvida patienten verkar känna till sina möjligheter att ta initiativ även om detta i text uppmuntras.

Att patienter har haft nytta av att ha agerat för sitt välbefinnande i enlighet med de beteendeförändringar som uppmuntras i behandling och beskrivit hur synsätt förändrats stärker bilden av att aktivitet i behandling är viktigt. I en studie om depression- och ångesttillstånd fann man just att självskattning av hur mycket man använt sig av färdigheter som beteendeförändring och kognitiv omstrukturering relaterade till behandlingsutfall (Terides et al., 2018). Det verkar som att patienters uppskattning av vad som varit nyttigt och mätningar av förändring stämmer väl överens. Att kunna identifiera positiva konsekvenser med de beteendeförändringar man gjort är något som nämns i flera kvalitativa studier som något patienter förknippar med upplevelsen av att ha haft önskad förändring vid behandling (Holländare et al., 2016; Lillevoll et al., n.d.; Svartvatten et al., 2015). Därför blir upplevda begränsningar avseende arbetet som framkommit i den aktuella undersökningen särskilt intressanta. Ännu mer så när de sammanfaller med i en studier rapporterade negativa upplevelser där patienterna beskrev att de hade erfart negativa upplevelser i form av svårigheter med tid och upplägg på behandlingen (Rozenal et al., 2015). Kanske är även detta ett kontinuum där svårigheter med att få ihop de krav som behandlingen ställer med de egna förutsättningarna för vissa blir till en negativ upplevelse medan det i andra änden för andra fungerar och blir viktiga förändringar. I den undersökta patientgruppen var en del negativa upplevelser också just svårigheter med behandlingsarbetet eller stress till följd av upplevda krav. Omfattning av negativa upplevelser relaterade till nivå av aktivitet och genomströmning vid behandling för depression och hälsoångest vilket pekar på att de skulle kunna vara ett sådant förhållande även om kausalitet inte kan förutsättas. Det framstår av detta att identifiering av vad som startar en god utveckling av aktivitet i behandling är av största vikt på samma sätt som att kunna bestämma detsamma åt andra hållet. Av resultatet framgår att aspekter som tid, ork, koncentration, motivation alla är viktiga för patienterna men hur de sedan omsätts till ett arbetssätt framgår inte i den här undersökningen och är en intressant process att undersöka i ljuset av betydelsen av att få

till arbetet. Även närmare undersöka vilka färdigheter som behandlingen kräver, kanske är det fler än ork, koncentration, motivation och förmåga att både identifiera behov och be om hjälp.

Det som i stor utsträckning rapporteras som negativa upplevelser hos patienter som har erbjudits IKBT vid olika tillstånd är symtom och belastat välbefinnande, så även i den aktuella patientgruppen. Baserat på de beskrivningar som fanns i materialet om när upplevelserna uppstått finns det i linje med rekommendationer om undersökning av förändringsmekanismer (Dimidjian & Hollon, 2010) anledning att ur materialet också lyfta betydelsen av de berättelser som exempelvis pekat på specifika övningar och enligt samma rekommendationer förespråka kontrollerade studier av specifika inslag. En annan aspekt som hittades i materialet är hur man förstått sina upplevelser och hur vissa uttrycker att påfrestningarna varit övergående medan andra beskriver pålagringar, en påfrestning som har sin rot i en föregående påfrestning. Inom acceptance and commitment therapy (ACT) talar man om acceptans som en villighet att erfara och där gör man en distinktion mellan ren och smutsig smärta. Den rena smärta är den oundvikliga och den smutsiga är pålagringen som följer av människans försök att kontrollera, ta bort eller undkomma den rena smärtan (Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G., 2012). Detta skulle kunna vara en intressant ingångspunkt för att undersöka processer av meningsskapande av upplevelser i behandling i syfte att identifiera behovet av stöd i processen och även mer säkert kunna isolera den individuella negativa upplevelsen från det i behandlingen eller behandlingsinslaget skadliga, i linje med ännu en rekommendation (Dimidjian & Hollon, 2010).

Slutsatser

Behandlingsprogrammen kan för patienter med sin struktur och sitt innehåll utgöra en del av det arbete som en terapeut gör i sedvanlig terapi medan det för andra inte räcker till utan blir en erfarenhet av att ha saknat mer stöd och anpassning eller helt enkelt annan kontakt. Att patienterna inte på förhand vet vad självhjälp riktigt kommer att innebära kan göra det svårt att avgöra om IKBT är ett lämpligt alternativ och likaså vara en otydlig punkt att adressera under hela behandlingen både för patienterna och behandlarna. Vad kan man som patient förvänta sig och vad har man för rättigheter att göra anspråk? Processen av hur de egna resurserna omsätts till behandlingsarbete spelar också en roll, något som borde skiljas åt från behandlingspremisserna. På samma tema verkar det finnas ett behov att, i vissa fall, återvända till fallformulering och frågan om behandlingen i sin självhjälpsform passar patientens problematik.

För att bättre kunna skilja på individuella erfarenheter och potentiellt skadliga inslag verkar det nödvändigt att bland annat kunna kontrollera tidsaspekten, när skedde den negativa upplevelsen och var den övergående eller ihållande är viktiga frågor. Att det är viktigt att ställa frågorna om negativa upplevelser har ett självklart svar utifrån patientens mående och i den aktuella patientgruppen fanns också en fingervisning om att det även kan vara viktigt utifrån behandlingsutfall och med tanke på att upplevelserna för vissa patientgrupper samvarierar med nöjdhet, tilltro till behandling, behandlingsgenomströmning och kvalitetsaspekter av arbetet. För att bättre kunna följa patienters negativa upplevelser för att också kunna hindra negativa konsekvenser av desamma rekommenderas bland annat att följa symtom och att skatta negativa upplevelser under behandling (Rozental, 2016). I ljuset av den aktuella undersökningen framstår det utöver det också som en god idé att genomföra djupintervjuer i syfte att plocka isär upplevelserna ännu mer och bättre få grepp om hur en negativ spiral

utvecklas över tid och en framväxande negativ upplevelse uppstår och på så vis fördjupa kunskapen om vad det är i patientupplevelserna som ska följas för att kunna identifiera och åtgärda förväntade svårigheter. Med andra ord att med tanke på det tidiga stadiet av kunskap inom området många gånger återvända till ritbordet och konceptuellt förankra, både förekomst av och särskilda drag hos, negativa upplevelser i psykoterapeutisk teori.

Referenser

- Andersson, G., Bergstrom, J., Buhrman, M., Carlbring, P., Hollandare, F., Kaldø, V., ... 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*(2–4), 161–181. <https://doi.org/10.1080/15228830802094627>
- Andersson, G., Carlbring, P., Berger, T., Almlöv, J., & Cuijpers, P. (2009). What makes internet therapy work? *Cognitive Behaviour Therapy, 38*(SUPPL.1), 55–60. <https://doi.org/10.1080/16506070902916400>
- Andersson, G., Hesser, H., Hummerdal, D., Bergman-nordgren, L., & Carlbring, P. E. R. (2013). A 3 . 5-year follow-up of Internet-delivered cognitive behavior therapy for major depression, *22*(2), 155–164. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.608747>
- Andersson, G., Hesser, H., Veilord, A., Svedling, L., Andersson, F., Sleman, O., ... Carlbring, P. (2013). Randomised controlled non-inferiority trial with 3-year follow-up of internet-delivered versus face-to-face group cognitive behavioural therapy for depression. *Journal of Affective Disorders, 151*(3), 986–994. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.022>
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS One, 5*(10), e13196. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>
- Andrews, G., & Williams, A. D. (2015). Up-scaling clinician assisted internet cognitive behavioural therapy (iCBT) for depression: A model for dissemination into primary care. *Clinical Psychology Review, 41*, 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.006>
- Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), *64*, 203–216.
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine, 38*(1), 4–17. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9130-7>
- Barlow, D. H. (2010). Negative Effects From Psychological Treatments: A Perspective. *American Psychologist, 65*(1), 13–20. <https://doi.org/10.1037/a0015643>
- Bastien, Å. H., Vallie, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index (ISI) as an outcome measure for insomnia research Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research, *9457*(August). [https://doi.org/10.1016/S1389-9457\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S1389-9457(00)00065-4)
- Bendelin, N., Hesser, H., Dahl, J., Carlbring, P., Zetterqvist Nelson, K & Andersson, G. (2011). Experiences of guided Internet-based cognitive-behavioural treatment for depression: A qualitative study. *BMC Psychiatry, 11*(pagination), Arte Number: 107. ate of Pubaton: 30 Jun 2011. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-11-107>
- Binder, P. E., Hølgersen, H., & Nielsen, G. H. (2009). Why did i change when i went to therapy? a qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 9*(4), 250–256. <https://doi.org/10.1080/14733140902898088>
- Boettcher, J., Andersson, G., Magnusson, K., Rozental, A., & Carlbring, P. (2016). For better or worse: An individual patient data meta-analysis of deterioration among participants receiving Internet-based cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(2), 160–177. <https://doi.org/10.1037/ccp0000158>
- Boettcher, J., Rozental, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2014). Side effects in Internet-based interventions for Social Anxiety Disorder. *Internet Interventions, 1*(1), 3–11.

<https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.02.002>

- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales *. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 257–260.
- Carlbring, P., Nordgren, L. B., Furmark, T., & Andersson, G. (2009). Long-term outcome of Internet-delivered cognitive-behavioural therapy for social phobia: A 30-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 47(10), 848–850. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.06.012>
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H. & Hedman-Lagerlöf, E. (2018) *Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis*, *Cognitive Behaviour Therapy*, 47:1, 1-18, DOI: 10.1080/16506073.2017.1401115
- de Wit, J., Lancee, J., Emmelkamp, J., Andersson, G., van Someren, E. J. W., Cuijpers, P., & van Straten, A. (2013). Guided Internet-delivered cognitive behavioural treatment for insomnia: a randomized trial. *Psychological Medicine*, 44(07), 1521–1532. <https://doi.org/10.1017/s0033291713002249>
- Deville, G. J., & Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31(2), 73–86. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(00\)00012-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(00)00012-4)
- Dimidjian, S., & Hollon, S. D. (2010). How Would We Know If Psychotherapy Were Harmful? *American Psychologist*, 65(1), 21–33. <https://doi.org/10.1037/a0017299>
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: Method, applications, and issues. *Health Care for Women International*, 13(3), 313–321. <https://doi.org/10.1080/07399339209516006>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Folkhälsomyndigheten, (2018) Statistik över vuxnas hälsa. Hämtad Januari 2019 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/vuxnas-psykiska-halsa/>
- Forand, N. R., Barnett, J. G., Strunk, D. R., Hindiyeh, M. U., Feinberg, J. E., & Keefe, J. R. (2018). Efficacy of Guided iCBT for Depression and Mediation of Change by Cognitive Skill Acquisition. *Behavior Therapy*, 49(2), 295–307. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.04.004>
- Fresco, D., Coles, M., Heimberg, R., Liebowitz, M., Hami, S., Stein, M., & Goetz, D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31(6), 1025-1035. doi:10.1017/S0033291701004056
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Halmetoja, C. O., Malmquist, A., Carlbring, P., & Andersson, G. (2014). Experiences of internet-delivered cognitive behavior therapy for social anxiety disorder four years later: A qualitative study. *Internet Interventions*, 1(3), 158–163. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.08.001>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd ed.)*(sid 270-295). New York, NY, US: Guilford Press.
- Havik, O. E., Andersson, G., Nordgreen, T., Gjestad, R., & Carlbring, P. (2018). The effectiveness of guided internet-based cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder in a routine care setting. *Internet Interventions*, 13(March), 24–29. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.05.003>
- Hedman, E., Andersson, E., Andersson, G., Lindfors, N., Lekander, M., Rück, C., & Ljótsson, B. (2013). Mediators in Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for Severe Health Anxiety. *PLoS ONE*, 8(10), 1–9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077752>
- Hedman, E., Andersson, G., Ljótsson, B., Andersson, E., Rück, C., Mörtberg, E., & Lindfors, N. (2011). Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled non-inferiority trial. *PLoS ONE*, 6(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0018001>
- Hedman, E., Axelsson, E., Go, A., Ritzman, C., & Ronnheden, M. (2014). cognitive – behavioural therapy and

- behavioural stress management for severe health anxiety : randomised controlled trial, *1*, 307–314.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.140913>
- Hedman, E., Ljótsson, B., Kaldo, V., Hesser, H., El Alaoui, S., Kraepelien, M., ... Lindefors, N. (2014). Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care. *Journal of Affective Disorders*, *155*(1), 49–58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.023>
- Holländare, F., Aila, S., Berglind, M., Grape, F., Carlbring, P., Andersson, G., ... Tillfors, M. (2016). Therapist behaviours in internet-based cognitive behaviour therapy (ICBT) for depressive symptoms. *INVENT*, *3*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2015.11.002>
- Holst, A., Nejati, S., Björkelund, C., Eriksson, M. C. M., Hange, D., Kivi, M., ... Patients, E. P. (2017). Patients ' experiences of a computerised self-help program for treating depression – a qualitative study of Internet mediated cognitive behavioural therapy in primary care, *3432*.
<https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1288813>
- Houck, P. R., Spiegel, D. A., Shear, M. K. and Rucci, P. (2002), Reliability of the self-report version of the panic disorder severity scale. *Depress. Anxiety*, *15*: 183-185. doi:[10.1002/da.10049](https://doi.org/10.1002/da.10049)
- Jernelöv, S., Lekander, M., Blom, K., Rydh, S., Ljótsson, B., Axelsson, J., & Kaldo, V. (2012). Efficacy of a behavioral self-help treatment with or without therapist guidance. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-5>
- Kaldo, V., Jernelöv, S., Blom, K., Ljótsson, B., Brodin, M., Jörgensen, M., ... Lindefors, N. (2015). Guided internet cognitive behavioral therapy for insomnia compared to a control treatment - A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, *71*, 90–100. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.06.001>
- Kasper, S., Wehr, T. A., Bartko, J. J., Gaist, P. A., & Rosenthal, N. E. (1989). *Epidemiological findings of seasonal changes in mood and behavior*. A telephone survey of Montgomery County, Maryland. *Archives Of General Psychiatry*, *46*(9), 823–833.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, *19*(4–5), 418–428. <https://doi.org/10.1080/10503300802448899>
- 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*(8), 1273–1284. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.01.008>
- Lambert, M. (2007). Presidential address : What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care, *3307*. <https://doi.org/10.1080/10503300601032506>
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assesment of client / patient satisfaction : development of a general scale, *2*, 197–207.
- Levitt, H. M., Pomerville, A., & Surace, F. I. (2016). “A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda”: Correction to Levitt, Pomerville, and Surace (2016). *Psychological Bulletin*, *142*(10), 1067–1067. <https://doi.org/10.1037/bul0000079>
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, *22*, 141-173.
<http://dx.doi.org/10.1159/000414022>
- Lillevoll, K. R., Wilhelmsen, M., Kolstrup, N., & Høifødt, R. S. (n.d.). Patients ' Experiences of Helpfulness in Guided Internet-Based Treatment for Depression : Qualitative Study of Integrated Therapeutic Dimensions Corresponding Author :, *15*, 1–12. <https://doi.org/10.2196/jmir.2531>
- Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: From unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *20*(4), 286–296.
<https://doi.org/10.1002/cpp.1765>
- Mogoase, C., Cobeau, O., David, O., Giosan, C., & Szentagotai, A. (2017). Internet-Based Psychotherapy for Adult Depression: What About the Mechanisms of Change? *Journal of Clinical Psychology*, *73*(1), 5–64.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22326>
- Romijn, G., Batelaan, N., Kok, R., Koning, J., van Balkom, A., Titov, N., & Riper, H. (2018). A meta-analysis of effects of Internet CBT for anxiety disorders: open community versus clinical service recruitment (Preprint). *Journal of Medical Internet Research*, *21*, 1–15. <https://doi.org/10.2196/11706>

- Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J., Ebert, D. D., Cuijpers, P., Knaevelsrud, C., ... Carlbring, P. (2014). Consensus statement on defining and measuring negative effects of Internet interventions. *Internet Interventions*, 1(1), 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.02.001>
- Rozental, A. (2016). *Negative effects of Internet-based cognitive behaviour therapy. Monitoring and reporting deterioration and adverse and unwanted events*. Doktorsavhandling, Stockholms Universitet.
- Rozental, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2019). In the Absence of Effects: An Individual Patient Data Meta-Analysis of Non-response and Its Predictors in Internet-Based Cognitive Behavior Therapy. *Frontiers in Psychology*, 10(March). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00589>
- Rozental, A., Boettcher, J., Andersson, G., Schmidt, B., & Carlbring, P. (2015). Negative Effects of Internet Interventions: A Qualitative Content Analysis of Patients' Experiences with Treatments Delivered Online. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(3), 223–236. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1008033>
- Ru, C., Hedman, E., Andersson, G., & Andersson, E. (2011). Internet-based cognitive – behavioural therapy for severe health anxiety : randomised controlled trial, (March). <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.086843>
- Rück, C., Bergström, J., Ljótsson, B., Andréewitch, S., Andersson, E., Andersson, G., ... Carlbring, P. (2010). Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: a randomised trial. *BMC Psychiatry*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-10-54>
- Salkovskis, P., Rimes, K., Warwick, H., & Clark, D. (2002). The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(5), 843-853. doi:10.1017/S0033291702005822
- Shadish, W. R., Navarro, A. M., Matt, G. E., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126(4), 512–529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.4.512>
- Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., et al. (1997). Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1571-1575.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . Dunbar, G. C. (1998). The mini-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- Socialstyrelsen (2017) Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Hämtad: Januari 2019 via <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf> Stockholm: Socialstyrelsen
- Stewart, S. H., Watt, M. C., Hayden, J. A., Olthuis, J. V., & Bailey, K. (2015). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011565>
- Stiles, W. B. (2013). The variables problem and progress in psychotherapy research. *Psychotherapy*, 50(1), 33–41. <https://doi.org/10.1037/a0030569>
- Svanborg, P. & Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), 64, 203–216.
- Svartvatten, N., Segerlund, M., Denhag, I., Andersson, G., & Carlbring, P. (2015). A content analysis of client e-mails in guided internet-based cognitive behavior therapy for depression. *INVENT*, 2(2), 121–127. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2015.02.004>
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., & McKay, D. (2012). Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 583–589. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.02.010>
- Terides, M. D., Dear, B. F., Fogliati, V. J., Gandy, M., Karin, E., Jones, M. P., & Titov, N. (2018). Increased skills usage statistically mediates symptom reduction in self-guided internet-delivered cognitive–behavioural therapy for depression and anxiety: a randomised controlled trial. *Cognitive Behaviour*

Therapy, 47(1), 43–61. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1347195>

- Titov, N., Carlbring, P., Rozental, A., Dear, B. F., & Andersson, G. (2019). Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation. *World Psychiatry*, 18(1), 20–28. <https://doi.org/10.1002/wps.20610>
- Titov, N., Dear, B., Nielssen, O., Staples, L., Hadjistavropoulos, H., Nugent, M., ... Kaldò, V. (2018). ICBT in routine care: A descriptive analysis of successful clinics in five countries. *Internet Interventions*, 13(June), 108–115. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.07.006>
- van Straten, A., & Cuijpers, P. (2009). Self-help therapy for insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 13(1), 61–71. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2008.04.006>
- White, M. D., & Marsh, E. E. (2007). Content Analysis: A Flexible Methodology. *Library Trends*, 55(1), 22–45. <https://doi.org/10.1353/lib.2006.0053>
- Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M., & O’Toole, M. S. (2016). *Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. *Sleep Medicine Reviews* (Vol. 30). <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.10.004>
- Åsberg, M., Montgomery, S. A., Perris, C., Schalling, D. and Sedvall, G. (1978), A comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 57: 5-27. doi:[10.1111/j.1600-0447.1978.tb02357.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1978.tb02357.x)

Bilagor

1 Patientenkät

Utvärdering av internetbehandlingen

Sidan 2 av 2

[Föregående sida](#)[Skicka in](#)

9. Hur lätt var det att få tillgång till och påbörja behandlingen?	<input type="radio"/> Mycket svårt <input type="radio"/> Svårt <input type="radio"/> Vare sig lätt eller svårt <input type="radio"/> Lätt <input type="radio"/> Mycket lätt
10. Har du blivit vänligt och respektfullt bemött?	<input type="radio"/> Nej, absolut inte <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Ja, men det fanns en del brister <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja, absolut
11. Hur mycket av all text i behandlingen läste du totalt?	<input type="radio"/> Mindre än 25% <input type="radio"/> 25% <input type="radio"/> 50% <input type="radio"/> 75% <input type="radio"/> Mer än 75%
12. Hur aktivt jobbade du med de olika hemuppgifterna och prövade sådant som togs upp i behandlingen? Räkna alltså inte in läsuppgifterna utan skatta bara hur mycket du gjort av andra övningar.	<input type="radio"/> Mindre än 25% <input type="radio"/> 25% <input type="radio"/> 50% <input type="radio"/> 75% <input type="radio"/> Mer än 75%
13a. Avbröt du behandlingen i förtid (innan överenskommen behandlingstid, oavsett hur många moduler/steg som gjordes)?	<input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Ja
13b. Om ja, markera ett eller flera alternativ som stämmer för dig.	<input type="checkbox"/> Eftersom jag mådde bättre och inte behövde mer hjälp <input type="checkbox"/> Eftersom jag inte hann med behandlingen <input type="checkbox"/> Eftersom jag inte tyckte att behandlingen passade mig <input type="checkbox"/> Eftersom behandlingen var för svår och jobbig <input type="checkbox"/> Eftersom jag mådde sämre och behövde annan hjälp <input type="checkbox"/> På grund av andra skäl
14a. Har du stött på några påtagliga problem med behandlingen?	<input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Ja
14b. Om ja, markera ett eller flera alternativ som stämmer för dig.	<input type="checkbox"/> Jag hade för ont om tid och hann inte med <input type="checkbox"/> Jag upplevde att behandlingen inte hjälpte mig <input type="checkbox"/> Jag tyckte inte att behandlingen handlade om de problem jag behöver hjälp med <input type="checkbox"/> Jag orkade inte genomföra behandlingen <input type="checkbox"/> Jag var missnöjd med behandlingsformen <input type="checkbox"/> Jag tyckte att det var svårt att förstå hur jag skulle göra <input type="checkbox"/> Jag upplevde att jag fick för lite hjälp av behandlaren <input type="checkbox"/> Jag upplevde att det tekniska med behandlingsplattformen var krångligt

15a. Har den här behandlingen lett till några negativa upplevelser eller händelser? Nej
 Ja

15b. Om ja, beskriv på vilket sätt:

16. Har du under internetbehandlingen påbörjat eller genomgått annan psykologisk behandling? Markera ett eller flera alternativ som stämmer för dig

Nej, jag har inte haft någon annan psykologisk behandling

Ja, jag har gått i en psykodynamisk psykoterapi

Ja, jag har gått i en KBT-behandling

Ja, jag har gått i annan psykologisk behandling. Beskriv :

17. Har du under internetbehandlingen tagit läkemedel för det besvär du arbetat med i internetbehandlingen? Markera det alternativ som stämmer bäst för dig

Nej, jag har inte tagit läkemedel alls för dessa besvär

Ja, jag har haft samma preparat och dos som innan

Ja, jag har haft samma preparat men ändrat dosen

Ja, jag har påbörjat läkemedelsbehandling under tiden

Ja, jag har bytt preparat

Ja, men jag har avslutat läkemedelsbehandlingen

18. Tyckte du att något saknades i behandlingen eller behandlarkontakten? Fanns det något i behandlingen du fick mindre nytta av?

19. Vad i behandlingen hade du mest nytta av? Skriv det du hade allra mest nytta av överst.

19a. Jag hade mest nytta av:

19b. Jag hade näst mest nytta av:

19c. Jag hade därefter mest nytta av:

[Föregående sida](#) [Skicka in](#)

2 Översiktlig modulvis beskrivning av behandlingarna.

Modulvis innehållsförteckning av IKBT-behandling för Depression - 12 veckor

Modul 1	Om depression och KBT: Information om depression och introduktion till beteendeaktivering och hantering av tankar. Information om självhjälp. Beskrivning av moduler och innehåll.
Modul 2	Beteendeaktivering: Introduktion till att påverka stämningsläge med aktiviteter. Arbetsblad: Aktivitetsplan, Livskompassen och kartlägga/värdera aktiviteter. Hemuppgift: Ge exempel på olika aktiviteter.

Modul 3	Beteendeaktivering: Balansera upp aktiviteter och hantera undvikande och bestraffande aktiviteter. Arbetsblad; belöningsmeny, utvärdera aktivitetsplan. Hemuppgift; reflektionsfrågor.
Modul 4	Hantera tankar: Tankarnas betydelse och negativa tankar. Uppmärksamma tankar och tolkningar. Acceptans och värderad riktning. Arbetsblad; tanketräning och mina negativa tankar. Aktivitetsplan. Hemuppgift; reflektionsfrågor och utvärdering av arbete med arbetsblad.
Modul 5	Hantera tankar: Information om tankefallor. Verktyg att ifrågasätta eller få distans till negativa tankar. Arbetsblad; mer tanketräning och se över livskompassen. Hemuppgift; reflektionsfrågor och utvärdering av arbete med arbetsblad.
Modul 6	Hantera oro och ångest: Om oro och ångest. Arbetsblad; aktivitetsplan, tanketräning. Hemuppgift; reflektionsfrågor och utvärdering av arbete med arbetsblad.
Modul 7	Sömn; Råd och tekniker för god sömn (sömnkomprimering, sömnhygien, stimuluskontroll. Arbetsblad vid behov; Sömn dagbok. Arbetsblad; aktivitetsplan och tanketräning. Hemuppgift; reflektionsfrågor och utvärdering av arbete med arbetsblad.
Modul 8	Repetition: Kombinera beteendeaktivering och kognitiv bearbetning. Fortsätt arbeta med aktivitetsplan och tanketräning främst. Hemuppgift; reflektionsfrågor och utvärdering av arbete med arbetsblad.
Modul 9	Sammanfattning: Sammanfatta de viktigaste erfarenheterna och metoderna. Medveten närvaro. Arbetsblad; sammanfattning, aktivitetsplan och tanketräning. Hemuppgift; reflektionsfrågor och utvärdering av arbete med arbetsblad.
Modul 10	Planering för framtiden: Planera för att förhindra återfall och hantera bakslag. Arbetsblad: Min plan framåt, sammanfattning, aktivitetsplan och tanketräning. Hemuppgift; reflektionsfrågor och utvärdering av arbete med arbetsblad.

Modulvis innehållsförteckning av IKBT-behandling för Paniksyndrom - 12 veckor.

Modul 1	Paniksyndrom och KBT: Information om paniksyndrom och introduktion till behandling. Information om självhjälp. Beskrivning av moduler och innehåll. Arbetsblad; övning hyperventilation. Hemuppgift: reflektionsfrågor och kommentar om övning.
Modul 2	Kognitiv bearbetning: Tankar och tolkningar och hur tolkningar påverkar kroppsliga reaktioner. Arbetsblad; panikcirkeln (kartlägga). Hemuppgift; reflektionsfrågor och utvärdering av arbete med arbetsblad.
Modul 3	Kognitiv bearbetning: Identifiera och tydliggöra negativa automatiska tankar och arbeta med tolkningar. Arbetsblad; Den brutna panikcirkeln (alternativa tolkningar). Hemuppgift; reflektionsfrågor och utvärdering av arbete med arbetsblad.
Modul 4	Interoceptiv exponering: Information om inre och yttre utlösare och att framkalla fysiska reaktioner. Arbetsblad; Arbetsblad; Interoceptiva övningar, ångestskattning och brutna panikcirkeln. Hemuppgift; reflektionsfrågor och utvärdering av arbete med arbetsblad.
Modul 5	Mer Interoceptiv exponering: Fortsatt exponering med övningarna som gett högre ångestnivå. Arbetsblad; Arbetsblad; Interoceptiva övningar,

Modul 6	ångestskattning och brutna panikcirkeln. Hemuppgift; reflektionsfrågor och utvärdering av arbete med arbetsblad. Exponering för agorafobi: - Information om agorafobi. Rational exponering och om säkerhetsbeteenden. Arbetsblad; ångesthierarki och brutna panikcirkeln. Hemuppgift; reflektionsfrågor och utvärdering av arbete med arbetsblad.
Modul 7	Fördjupning av exponering: Information om exponering, hur ofta, hur länge och på vilket sätt. Kombinera med kognitiv bearbetning. Arbetsblad; Exponeringshierarki, brutna panikcirkeln. Hemuppgift; reflektionsfrågor och utvärdering av arbete med arbetsblad.
Modul 8	Kombination av exponeringar: Fortsätta exponering. Kombinera med interoceptiv ångesthierarki. Arbetsblad; Exponeringshierarki, brutna panikcirkeln och interoceptiv exponering. Hemuppgift; reflektionsfrågor och utvärdering av arbete med arbetsblad.
Modul 9	Sammanfattning: Sammanfatta och repetera behandlingen. Arbetsblad; egen sammanfattning av tidigare moduler och behandlingssammanfattning samt exponeringshierarki, brutna panikcirkeln och interoceptiv exponering. Hemuppgift; reflektionsfrågor och utvärdering av arbete med arbetsblad.
Modul 10	Förhindrande av återfall: Planera framåt och hantera bakslag. Arbetsblad; Exponeringshierarki. Hemuppgift; reflektionsfrågor och avslut.

Modulvis innehållsförteckning av IKBT-behandling för Social fobi -12 veckor

Modul 1	Introduktion: Information om social fobi och introduktion till behandling. Information om självhjälp och KBT. Beskrivning av behandlingsinnehåll. Hemuppgift: Reflektionsfrågor, kartläggning tankar och skapa ångesthierarki.
Modul 2	Negativa tankar: Introduktion till negativa automatiska tankar, grundantaganden och livsregler. Presentation kognitiv modell, Clark & Wells. Arbetsblad: registrering av egna automatiska tankar och registrering av egna onda cirklar (situation, tankar, kroppsliga symtom och säkerhetsbeteenden). Hemuppgift: reflektionsfrågor och utvärdering av arbete med arbetsblad.
Modul 3	Utmana negativa tankar: Börja ifrågasätta och förändra tankemönster genom att undersöka bevis, nyansera tänkande, undersöka vad den värsta konsekvensen är. Information tankefällor. Identifiera egna behandlingsmål. Arbetsblad: Ifrågasätta tankar och formulera mål. Hemuppgift: reflektionsfrågor och utvärdering av arbete med arbetsblad.
Modul 4	Utmana negativa tankar: Identifiera ohjälpsamma tankar. Om beteendexperiment, testa tankar. Råd om hur man fångar negativa automatiska tankar. Arbetsblad: Beteendexperiment. Hemuppgift: reflektionsfrågor och utvärdering av arbete med arbetsblad.
Modul 5	Exponering: Introduktion till exponering, rational och genomgång av steg i exponering. Principer för lyckad exponering. Arbetsblad: skapa en ångesthierarki för exponering. Hemuppgift: reflektionsfrågor och utvärdering av arbete med arbetsblad.

Modul 6	Exponering: Ingen ny text. Arbetsblad: att planera och genomföra exponeringsövningar. Hemuppgift: reflektionsfrågor och utvärdering av arbete med arbetsblad.
Modul 7	Självfokus och säkerhetsbeteenden: Repetition av kognitiv modell och information om självfokus och fokusskifte. Information om säkerhetsbeteenden. Arbetsblad: Medveten närvaro. Fortsatt exponering. Hemuppgift: Reflektionsfrågor och identifiera säkerhetsbeteenden och genomföra beteendeeperiment med/utan dem
Modul 8	Fortsatt exponering: Information om vanliga problem vid exponering och förslag på exponeringssituationer. Arbetsblad: Exponera integrerat med fokusskifte och utmaning av negativa tankar. Hemuppgift: Reflektionsfrågor kring egen exponering.
Modul 9	Fortsatt exponering: Repetition av tidigare moduler efter behov, ingen ny text. Arbetsblad: Exponering enligt hierarkin integrerat med fokusskifte, utmaning av negativa tankar och säkerhetsbeteenden. Hemuppgift: Reflektionsfrågor om egen exponering.
Modul 10	Kommunikation- Information om möjliga sätt att träna kommunikation och sociala färdigheter. T. ex. öppna frågor, lyssna aktivt mm. Arbetsblad: fortsatt exponering. Hemuppgift: reflektionsfrågor och utvärdering av arbete med arbetsblad.
Modul 11	Sammanfattning och avslut: Information om perfektionism och självförtroende. Planera framåt och hantera bakslag. Arbetsblad: skapa en åtgärdsplan. Hemuppgift: Sammanfattande frågor.

Modulvis innehållsförteckning av IGBT-behandling för Insomni - 8 veckor

Modul 1	Introduktion: Fakta om sömn och insomni. Arbetsblad; Sömndagbok, registrera sovttider. Hemuppgift; reflektionsfrågor. Om behandling av insomni och modell för insomni. KBT-modellen: Om sömnmedicin. Arbetsblad; Målformulering och sömndagbok. Hemuppgift; reflektionsfrågor. Trött eller sömning: Om sömntryck och sömnbrist. Sömnmyter. Sömntid och sömneffektivitet. Arbetsblad; Sömndagbok, räkna sömntid och sömneffektivitet. Hemuppgift; reflektionsfrågor
Modul 2	Sömnrytm: Om att öva sig på avspänning och visualiseringsövningar. Sömnrestriktion. Arbetsblad; Sömndagbok, bestämma sömnfönster och göra avspännings och visualiseringsövningar. Hemuppgift, reflektionsfrågor. Sängens signaler: Stimuluskontroll, att vända bort klockan och hantera trötthet. Arbetsblad; Sömndagbok. Hemuppgift; reflektionsfrågor.
Modul 3	Dagtid och läggdags: Tekniker för sömnrytm. Dagaktiviteter och läggdagsrutiner. Orostid. Arbetsblad; dagtid och läggdags, sömndagbok. Hemuppgift; fortsatt arbete med sömnrestriktion, stimuluskontroll, avspänning och visualiseringsövning Reflektionsfrågor.
Modul 4	Här där man är: Acceptans och medveten närvaro. Arbetsblad; bena ut tankar komma med alternativa tankar kring livet. Sömndagbok. Hemuppgift fortsatt arbete med tidigare moment, övningar i medveten närvaro och acceptans. Reflektionsfrågor.

Modul 5	Hantera tankar: Identifiera negativa automatiska tankar och myter om sömn. Beteendeeperiment. Hemuppgift; sömndagbok, sömnrestriktion. Reflektionsfrågor.
Modul 6	Sömnhygien: Om tupplurar, sömnrytm och sömntryck. Sömnhygien. Hemuppgift; arbeta vidare med tidigare inslag. Reflektionsfrågor.
Modul 7	Fler tankar, mer acceptans: Stöd att strukturera upp avspänningsövningar och mer tankehantering, leta tankefallor, analysera tankar och tankestopp. Arbetsblad; Sammanfattning av erfarenheter under behandling. Hemuppgift; fortsatt arbete med tidigare inslag.
Modul 8	Hittills och framåt: Planera vidmakthållande och hantera bakslag. Arbetsblad; plan framåt. Hemuppgift; reflektionsfrågor.

Modulvis innehållsförteckning av IGBT-behandling för Hälsoångest -13 veckor.

Modul 1	KBT och hälsoångest: Information om hälsoångest och introduktion till behandling. Information om självhjälp. Beskrivning av moduler och innehåll. Information om vanliga beteenden och om uppmärksamhet. Arbetsblad; Registrering av beteende. Hemuppgift: Medveten närvaro och reflektionsfrågor.
Modul 2	Behandlingsmodellen: Information om hälsa, oro och ångest. Presentation av psykologisk modell av hälsoångest. Information om inre och yttre utlösare. Arbetsblad; beteenderegistrering, min hälsoångestmodell. Hemuppgifter; Medveten närvaro och reflektionsfrågor.
Modul 3	Interoceptiv exponering: Rational för interoceptiv exponering. Information om principer för lyckad exponering och om medveten närvaro. Arbetsblad; Interoceptiva övningar, ångestskattning. Beteendedagbok. Hemuppgift; Medveten närvaro och reflektionsfrågor.
Modul 4	Responsprevention: Information om säkerhetsbeteenden och responsprevention. Strategier att sluta med säkerhetsbeteenden. Arbetsblad; lista egna säkerhetsbeteenden, registrera responsprevention och arbeta med interoceptiva övningar. Hemuppgift; Medveten närvaro och reflektionsfrågor.
Modul 5	Exponering in vivo: Om undvikande och säkerhetsbeteenden, rational för exponering och principer för lyckad exponering. Arbetsblad; exponeringshierarki. Responsprevention. Hemuppgift; medveten närvaro och reflektionsfrågor.
Modul 6	Att våga tänka tankar: Tankars betydelse för ångest och hantering av dem. Exponering för tankar. Arbetsblad; sjukdomsberättelse och registrering av exponering för den. Exponering med responsprevention. Hemuppgift; reflektionsfrågor.
Modul 7	Att utveckla sin exponering: Information om hur man utvecklar en sjukdomsberättelse. Hälsoångest, tolkningar och tankar om döden. Arbetsblad; kartläggning av övningar och undvikande och säkerhetsbeteenden för att planera exponering. Sjukdomsberättelse och exponering för tankar om döden om relevant. Hemuppgift; reflektionsfrågor.

Modul 8	Vanliga hinder: Tips och problemlösning vid exponering. Bakslag. Vanliga hinder vid responsprevention. Bakslag. Arbetsblad; exponering och responsprevention. Hemuppgift; reflektionsfrågor.
Modul 9	Fortsatt exponering I: Att exponera allsidigt- planerad och spontana exponering och kontinuerlig responsprevention. Arbetsblad; exponering och responsprevention. Hemuppgift; reflektionsfrågor, personligt mål.
Modul 10	Fortsatt exponering II: Om förändring och att arbeta stegvis med övning. Arbetsblad; Exponering och responsprevention. Hemuppgifter; reflektionsfrågor.
Modul 11	Sammanfattning och riktning i livet: Sammanfatta tidigare moduler och behandling. Planera framåt. Arbetsblad; egen sammanfattning av moduler och behandlingssammanfattning. Fortsatt exponering. Värderingar. Hemuppgift; reflektionsfrågor.
Modul 12	Fortsatt förbättring: Om vårdkontakter i framtiden. Vidmakthållande och plan för bakslag. Hemuppgift; reflektionsfrågor.

Bilaga 3 Redovisning av samtliga kategorier och subkategorier gällande brister och vad patienter haft nytta av.

Patientrapporteringar från fråga 18 och 19ab ordnade i ämnesområde, kategori och subkategorier. Ur materialet funna teman.				
	KATEGORI	SUBKATEGORI	BESKRIVNING AV SUBKATEGORI	TEMAN
P R O	Behandlingsinnehåll	Generell	Moduler, texter och andra inslag som forum	Bidragit med information om tillstånd och gjort behandling begriplig.
		Specifikt avsnitt	Särskilda områden och som t ex sömnmyter, oro och ångest.	
		Exempel och förklaringar	T ex Rational, instruktioner, exempel	
		Mindre nyttiga avsnitt/inslag	Särskilda områden och övningar	Matchning mellan vårdbehov och program
	Behandlingsfokus och igenkänning brast	Saknat områden, övningar kring viss problematik och har inte fullt känt igen sig.		
		Saknat behandlingsinformation	Både om utformning och innehåll.	
	Behandlingsramar	Underlättande struktur	Behandlingsstruktur har bidragit till arbetet och lärandet. Avlastande inslag.	Tillgänglighet samt inbyggd trygghet och vägledning. Erbjuder incitament.
	För allmän behandling	Självhjälp och anpassning svårt.	Ställer krav på egna initiativ,	

G R A M		Omfattning och takt passade inte	För många moment samtidigt och vissa inslag för arbetskrävande. Svårigheter att hinna med övningar och/eller att förankra dem. Stress.	självständighet och förmåga att identifiera behov.
		Instruktioner/exempel	Hade behövt andra instruktioner och fler/bättre praktiska exempel.	
	Problem med arbetsmiljö	Användarvänlighet	Plattform, textformat och tekniska problem. Förslag på hjälpmedel.	Tungarbetat och omständligt med lite möjligheter att påverka det själv.
		Saknat flexibilitet	Gällande behandlingstid och att fylla i formulär.	
	Bra interaktiva inslag	Övningar	Generellt uttryckt om modulfrågor, hemuppgifter och övningar.	
		Strategier/tekniker/verktyg	Inslag som är valbara.	
	Kartläggning och registrering.	Inslag som handlar om att skapa överblick och planera behandling.		
		Övningar för att genomföra beteendeförändringar.	Primära inslag inriktad på att göra annorlunda.	
		Tankeövningar	Både primära och valbara inslag inriktade på att ifrågasätta eller få distans till tankar.	
		Avslappning och fokus	Avslappning, medveten närvaro, acceptans och värderad riktning.	
T E R A P E U T	Givande aspekter i erhållet stöd.	Ospecificerat	Generellt om nytta av behandlarkontakt utan kommentar om vad.	Viktig kompetens vid hinder och bekräftelse på det egna arbetet. Positivt att bemötas väl.
		Återkoppling	Att ha ett utbyte kring tankar och erfarenheter med terapeut och få respons på det.	
		Kompetens	Kommentar om råd och tips samt om behandlars kompetens.	
		Värme/motivation	Uttryck för känslor av att bli sedd och bekräftad.	
		Uppbackning vid hinder	Behandlaren som hjälp och stöd för att komma vidare	
	Problem med erhållet stöd,	Kontaktförhållande otillräckligt	Önskan om annan form av kontakt såsom att träffa någon och ha realtidskommunikation.	Kontakt fyller inte automatiskt viktiga behov

		Mer hjälp hade behövts	T ex Hjälp vid behandlingsmoment, med motivation och saknat vägledning.	av kommunikation utan ställer krav på egna initiativ, självständighet och förmåga att identifiera behov.
M I G S J Ä L V	Betydande erfarenheter/förändringar	Förändra beteenden	Har gjort annorlunda i problemsituationer och noterat förändrade tankegångar.	Har agerat för bättre mående och internaliserat erfarenheter
		Stärka färdigheter	Mer tillgång till egna resurser.	
		Igenkänning	I praktiska exempel, andras berättelser, information.	
		symtomreduktion	Minskade symtom generellt och av övning.	
		Ändra rutiner	Utveckling av vanor.	
		Annat		
	Nyfunnen förståelse	Generell insikt/kunskap	Haft ospecifik nytta av informationen i programmen.	Har kunnat identifiera och avgränsa problem och se en väg till förändring.
		Övning gav insikt/kunskap	Specifika övningar som har bidragit till olika typer av insikt.	
		Om problematik	Insikt/kunskap om diagnosen och hur den behandlas.	
		Om hälsa	Insikt/kunskap om normalfunktion.	
		Referensram	Ett sätt att tolka och förstå skeenden.	
		Självisikt	Förståelse för sig själv och sina upplevelser.	
	Egna begränsningar i behandlingsarbetet	Svårt att kombinera behandling med livssituation	Kontextuella faktorer som har påverkat möjligheterna att arbeta med behandling.	Har kämpat med att få ihop krav och den egna aktivitetsnivån
	Egna förutsättningar	Individuella faktorer som påverkat möjligheten att arbeta med behandling.		