



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Vad predicerar vårdpersonals intention och metodföljsamhet vid remittering till internetbehandling?

Elias Dorve & Gustav Nilsson

Psykologexamensuppsats. 2012

Handledare: Robert Holmberg
Examinator: Sven Ingmar Andersson

Tack

Tack, Kristofer Vernmark på Psykologpartners för det varma bemötande och all hjälp vi fått av dig genom hela arbetsprocessen. Ett stort tack till alla personer som tagit sin tid för de intervjuer och enkätsvar som denna studie bygger på, i synnerhet ni som varit våra kontaktpersoner. Till vänner och familj vill vi rikta ett tack för alla värdefulla tankar om hur uppsatsen kunde utvecklas. Slutligen vill vi givetvis även tacka vår handledare Robert Holmberg för den inspiration och klarhet vi fått under arbetets gång.

Sammanfattning

Utifrån Theory of Planned Behavior undersökte denna studie vårdpersonals intention och metodföljsamhet i att föreslå internetbehandling för patienter. 16 verksamheter uppfyllde inklusionskraven för studien, varav 14 accepterade. Data samlades in via en webbenkät som skickades ut till 214 personer, varav 42 svarade, vilket motsvarade 20%. Utfallsmått var intention och metodföljsamhet och prediktorer var attityd, subjektiv norm och upplevd beteendekontroll. Utfallsmåtten jämfördes också med patientflöde. Multipel regressionsanalys användes för att undersöka prediktorernas förklaringsvärde för respektive utfallsmått. Produktmomentskorrelation användes för att undersöka samvariationen mellan utfallsmåtten och patientflöde. Attityd var den enda prediktorn som uppvisade signifikant förklaringsvärde för intention ($\beta = 0,35$) och metodföljsamhet ($\beta = 0,58$). Utfallsmåtten samvarierade med patientflöde, men inget av dem var statistiskt signifikanta (intention $r = 0,83$ och metodföljsamhet $r = 0,63$). Studien visade att Theory of Planned Behavior kan förklara och predicera en betydande del av vårdpersonals intention och metodföljsamhet i att föreslå internetbehandling som behandlingsalternativ för patienter. Utfallsmåtten har sannolikt ett nära samband med patientflöde. Resultaten visade att det bästa sättet att influera dessa variabler är genom att stärka positiva övertygelser om beteendet och dess konsekvenser.

Keywords: Theory of Planned Behavior, implementering, internetbehandling, remittering, vårdpersonal

Abstract

Using Theory of Planned Behavior, this study aimed to examine health care professionals' intention and fidelity in proposing internet administered psychotherapy to patients. 16 organizations fulfilled the criteria for inclusion in the study, of which 14 accepted. Data was collected through a web survey sent to 214 persons, of which 42 responded, equivalent to 20%. Outcome variables were intention and fidelity and predictors were attitude, subjective norm and perceived behavioral control (PBC). The outcome variables were also compared to patient flow. Multiple regression analysis was used to examine the explanatory power of the predictors for each outcome variable. Product moment correlation was used to examine the covariance between the outcome variables and patient flow. Attitude was the only predictor that showed a significant response power for intention ($\beta = 0.35$) and fidelity ($\beta = 0.58$). The outcome variables co varied with patient flow, but they were not statistically significant (intention $r = 0.83$ and fidelity $r = 0.63$). The study provided evidence that Theory of Planned Behavior can explain and predict a significant degree of health care professionals' intention and fidelity to proposing internet administered psychotherapy to patients. Both outcome variables are probably closely related to patient flow. The results suggested that the best way of influencing these variables is through strengthening positive beliefs about the behavior and its consequences.

Keywords: Theory of Planned Behavior, implementation, internet administered psychotherapy, health care professionals, remittance

Innehållsförteckning

Inledning	1
Tidigare forskning	1
Teori	2
Implementeringsforskning	2
Implementering av internetbehandling	4
Att mäta och predicera beteende	6
Theory of Planned Behavior	6
Attityd	7
Subjektiv norm	8
Upplevd beteendekontroll	8
Stöd för Theory of Planned Behavior	9
Att definiera beteende	10
Syfte och frågeställningar	11
Metod	12
Design	12
Procedur	12
Intervju 1	13
Intervju 2	14
Konstruera enkät	15
Testa och omformulera enkäten	17
Datainsamling	18
Databearbetning och analys	19

Resultat	20
Deskriptiv data	20
Analys.....	21
Frågeställning 1 – Kan intention och metodföljsamhet prediceras utifrån de tre domänerna attityd, subjektiv norm och PBC?	21
Frågeställning 2 – Hur förhåller sig patientflöde till intention och metodföljsamhet?	22
Frågeställning 3 – Hur förhåller sig attityd till internetbehandling i stort till attityd att föreslå det som behandlingsmetod, samt intention och metodföljsamhet?	23
Diskussion	23
Resultatdiskussion.....	23
Frågeställning 1 – Kan intention och metodföljsamhet prediceras utifrån de tre domänerna attityd, subjektiv norm och PBC?	23
Frågeställning 2 – Hur förhåller sig patientflöde till intention och metodföljsamhet?	25
Frågeställning 3 – Hur förhåller sig attityd till internetbehandling i stort till attityd att föreslå det som behandlingsmetod, samt intention och metodföljsamhet?	26
Metoddiskussion.....	26
Rekommendationer för fortsatt forskning	28
Rekommendationer för praktiken.....	29
Avslutande reflexioner	29
Sammanfattning resultat.....	29
Slutsatser	30
Referenser	31
Bilaga A – Intervjuguide 1 och 2	I
Bilaga B - Enkäten	IV
Psykologisk internetbehandling.....	IV

Vanliga kriterier som patienten måste uppfylla för att vara lämplig för internetbehandling.	V
Att föreslå internetbehandling för patienter.	VI
Tack för din medverkan!	XIII
Bilaga C – Information om studien	XIV

Inledning

Internetbehandling är en ny behandlingsform som har forskningsstöd för lätt till medelsvår depression och ångest samt visat sig vara kostnadseffektiv (Hedman, Andersson, Ljótsson, Andersson, Rück & Lindefors, 2011). Den finns nu i en rad olika typer av verksamheter, från skolhälsovård till psykiatrisk öppenvård. Enligt K. Vernmark (personlig kommunikation, 25 november, 2011) är det dock inte ovanligt att behandlingen inte används i verksamheter som har tillgång till den, trots att det finns ett behov. För att internetbehandling ska bli en del av rutinen i en verksamhet krävs en grundlig och aktiv implementeringsinsats, en insats som har för avsikt att förändra individers beteende (Fixen, Naoom, Blase, Friedman & Wallace, 2005). Denna studie har som syfte att utifrån Theory of Planned Behavior (TPB) undersöka om det går att predicera vårdpersonals intention till att föreslå internetbehandling. Vi undersöker även möjligheterna att predicera metodföljsamhet, det vill säga hur väl vårdpersonalens sätt att föreslå internetbehandling överensstämmer med existerande riktlinjer.

Uppsatsen inleder med att presentera implementeringsforskning och beskriva var detta fält denna studie har sin plats. Därefter beskrivs internetbehandling, dess behandlingseffekt samt dess samhällsekonomiska aspekter. Sedan redogörs för TPB som teoretiskt ramverk och dess prediktionsförmåga utifrån tidigare studier.

Tidigare forskning

Inga implementeringsstudier har gjorts på internetbehandling, men inom andra vårdsektorer har implementering studerats utifrån vårdpersonalens beteendeförändring. Bonetti et al. (2010) undersökte vilka teorier som predicerade användande av evidensbaserade metoder för tandläkare, och fann att TPB var den teori som hade högst förklaringsvärde (31% av variansen). Detta indikerar att beteendeförändring hos vårdpersonalen är ett fruktbart fokus för implementeringsstudier samt att psykologiska teorier i allmänhet, och TPB i synnerhet, lämpar sig väl för att förstå och predicera vårdpersonals beteende.

Teori

Implementeringsforskning

Det finns goda skäl till att noga undersöka metoder för att underlätta översättning av resultat från klinisk forskning till vårdgivare. McGlynn et al. (2003) har sammanställt internationell forskning om hälso- och sjukvård som visar att endast ca 50% av alla vårdtillfällen sker i enlighet med etablerade riktlinjer och att 20-25% av vårdtillfällena är onödiga eller till och med skadliga. Till exempel skulle resultaten inom cancervården kunna förbättras med ca 30 % och dödligheten skulle kunna sänkas med ca 10% om den senaste forskningen konsekvent hade tillämpats (Graham et al., 2006; McGlynn et al., 2003). Denna typen av undersökningar har till största delen genomförts inom somatisk vård, men variationen i vårdkvalitet är sannolikt lika stor eller större inom psykosociala insatser (McGlynn et al., 2003). Empiriska studier har visat att överföringen från forskning till praktik är en både långsam och slumpartad process (Graham et al., 2006). Som svar på detta problem bedrivs implementeringsforskning vars uttalade syfte är att förbättra kvalitet och effektivitet i sjukvården. Foy, Eccles och Grimshaw (2001) menar att vägen till förbättrad sjukvård går genom att systematiskt föra in och tillämpa de behandlingsformer med starkast vetenskapligt stöd. För att lyckas med det krävs att metoderna för en sådan kunskapsöverföring undersöks och utvärderas (Fixen et al., 2005).

Enligt Fixen et al. (2005) och Graham et al. (2006) kan kunskapsöverföringen från forskning till klinisk verksamhet delas in i tre olika nivåer, utifrån hur aktiv insatsen är. Den första och enklaste graden är diffusion, där informationen finns tillgänglig och det sedan är upp till mottagaren att hitta, förstå och tillämpa kunskapen. Att publicera forskningsfynd är ett exempel på diffusion. Insatser av detta slag har inte visat sig ha någon effekt på att förändra behandlarnas beteende eller de vårdinsatser som riktas mot patienter. Den andra graden kallas dissemination. Insatser av detta slag riktar sig till en specifik målgrupp och anpassar informationen så att det skall passa målgruppens användningsområde etc. Exempel på detta är att sammanställa riktlinjer för behandling och göra dem tillgängliga för personal inom hälso- och sjukvården. Dessa insatser har inte heller visat någon större effekt. Den tredje och mest aktiva graden av insatser kallas för implementering. Då är en aktör involverad i att översätta kunskapen

till ett förståeligt språk för användaren och hjälper denna att föra in kunskapen i verksamhetens rutiner. Exempel på implementeringsinsatser är att hålla utbildningsdagar, ge handledning och följa upp insatsen. Om ansatsen att tillämpa kunskapen är mer systematisk och rör sig på flera nivåer i organisationen har studier visat att kunskapen tillämpas i högre grad.

Enligt Graham et al. (2006) innefattar aktiv kunskapsspridning en växelverkan mellan kunskapsproduktion och tillämpning av kunskapen. När kunskapsmassan utvecklats från enskilda studier och översikter till kunskapsprodukter, så som riktlinjer eller behandlingsprogram är den redo att tillämpas. När kunskapsprodukterna skall omsättas i handling startar tillämpningsprocessen, där har Graham et al. (2006) identifierat olika faser. Dessa är inte tänkta att tolkas som en strikt ordningsföljd, utan som viktiga steg som är beroende av varandra.

1. Identifiera problem som måste uppmärksammas
2. Identifiera, granska och välj ut kunskap eller forskning som är relevant för problemet
3. Anpassa den valda kunskapen till kontexten runt problemet
4. Identifiera hinder till förändring
5. Välj ut, anpassa och genomför interventioner för att underlätta tillämpning av kunskapen
6. Dokumentera utvecklingen
7. Utvärdera insatserna
8. Vidmakthåll förändringen

De tre första stegen i modellen handlar om hur kunskapen produceras, samlas in och anpassas till rätt kontext (Graham et al., 2006). Detta sker alltså utanför den kliniska vardagen. Först i steg fyra involveras den personal som skall använda kunskapen. I det steget handlar det om att identifiera barriärer som kan försvåra eller hindra förändring, så att implementeringsinsatser kan rikta sig mot dessa. På samma sätt är det viktigt att identifiera underlättande faktorer, så att dessa kan utnyttjas under implementeringsprocessen. Dessa egenskaper kan antingen handla om själva behandlingsriktlinjerna och kunskapen som de bygger på, alternativt kan de handla om egenskaper hos användarna eller den kontext som kunskapen kommer att användas i. Fixen et al. (2005) beskriver denna typ av feedback som Staff evaluation. Den riktar sig till att mäta tre områden: 1) kontext, om personalen har tillgång till de yttre förutsättningar som krävs för att genomföra sitt arbete på ett ordentligt sätt, 2) följsamhet, om

personalen använder de interventioner som rekommenderas av metoden och undviker de som metoden avråder ifrån och 3) kompetens, hur skickligt personalen utför interventionerna. Denna utvärdering syftar till att vara vägledande för den träning och stöttning personalen får i implementeringsprocessen och vidare i det vidmakthållande arbetet. För att avgränsa studiens omfattning kommer vi endast att fokusera på följsamhet.

Implementering av internetbehandling

Även om inga studier i implementering av internetbehandling har publicerats kan man utifrån den uppdelning Graham et al. (2006) gör se att det praktiska arbetet med internetbehandling har utvecklats i enlighet med den cykel som han beskriver. Det finns ett stort behov (steg ett) av att nå ut med vård till fler personer med psykisk ohälsa. Ängeststörningar och depression är vanliga, handikappande och kostsamma för samhället (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy & Titov, 2010; Paxling, 2011). De sammanlagda samhällsliga kostnaderna för t. ex. social fobi är signifikant högre än för invånare utan mental ohälsa (Acarturk, Smit, de Gaaf, van Straten, Ten Have & Cuijpers, 2009). Trots att det finns effektiva behandlingsformer för dessa tillstånd är det en majoritet av de drabbade som inte får den vård som de behöver. Vidare är kognitiv beteendeterapi (KBT) effektivt vid milda och medelsvåra fall men kan inte erbjudas i tillräcklig grad på grund av att det finns för få utbildade terapeuter. Kostnaderna för vanlig terapi är så höga att de inte kan täckas helt varken av offentlig verksamhet eller av de flesta privatpersoner (Andrews et al., 2010; Paxling, 2011).

Uppdelningen som Graham et al. (2006) gjort handlar om att sammanställa relevant forskning och sedan anpassa den till problemet. Andrews et al. (2010) och Paxling (2011) beskriver internet- och datorbaserad psykoterapi som ett sätt att öka tillgängligheten av KBT. Behandlingsformen bygger på samma principer som KBT i samtal och är utvecklad utifrån rigorös forskning, men förmedlas på ett annat sätt. Programmen i internet- och datorterapi ger psykoedukation samt övningar och uppgifter som patienten får använda sig av. Programmen kan komma i olika former. Vissa är endast datorprogram som patienten får interagera med. De programmen är då endast en form av självhjälp. Utöver denna typ finns det också program som har ett visst stöd av personal, så som påminnelser eller återkoppling av en tekniker eller

psykiatrisjuksköterska. Slutligen finns det program som har en större kontakt mellan patient och behandlare. Patienten får då guidning i behandlingen via telefon eller e-post. Paxling (2011) och Spek, Cuijpers, Nyklicek, Riper, Keyzer och Pop (2007) har undersökt hur graden av stöd påverkar behandlingen och funnit att den typen av program som har störst behandlingseffekt är de som erbjuder guidning av en behandlare.

Det finns ett flertal fördelar med internetbehandling. Till att börja med ger det lika goda behandlingsresultat som gruppterapi men till en lägre tidsinsats för behandlaren, räknat per patient (Paxling, 2011). Alltså möjliggör internetbehandling att varje enskild behandlare kan behandla fler patienter under en given tidsperiod. På så sätt sänks också kostnaderna för behandlingen. Enligt Hedman et al. (2011) är internetbehandling för social fobi signifikant mer kostnadseffektiv för samhället än gruppterapi, och i snitt är de samhällsliga vinsterna högre än behandlingens kostnader efter två till fem år.

Internetbehandling har därför en potential att minska lidande och göra samhällsekonomiska besparingar. Men det kräver att behandlingsmetoden faktiskt används och kommer patienterna till godo (Paxling, 2011). Enligt K. Vernmark (personlig kommunikation, 25 november, 2011) är det många vårdgivare som har tillgång till program för internetbehandling men av olika anledningar inte använder dem. Några studier på vad som kan tänkas hindra användandet av internetbehandling har inte genomförts. Inte heller finns det standardiserade mätinstrument för att undersöka hinder eller underlättande faktorer på enskilda arbetsplatser. För att stödja fortsatt utveckling blir det därför aktuellt att titta närmare på fjärde steget i modellen av Graham et al. (2006): Identifiera hinder till förändring/implementering och undersöka vilken typ av insatser som behövs för att överkomma dem. I likhet med Bonetti et al. (2010) menar K. Vernmark (personlig kommunikation) att en lyckad implementering karaktäriseras av att personalen i högre grad utför det önskade målbeteendet. När det gäller internetbehandling är ett sådant målbeteende att en remittent eller behandlare på ett lämpligt sätt föreslår internetbehandling som ett behandlingsalternativ för patienter.

Att mäta och predicera beteende

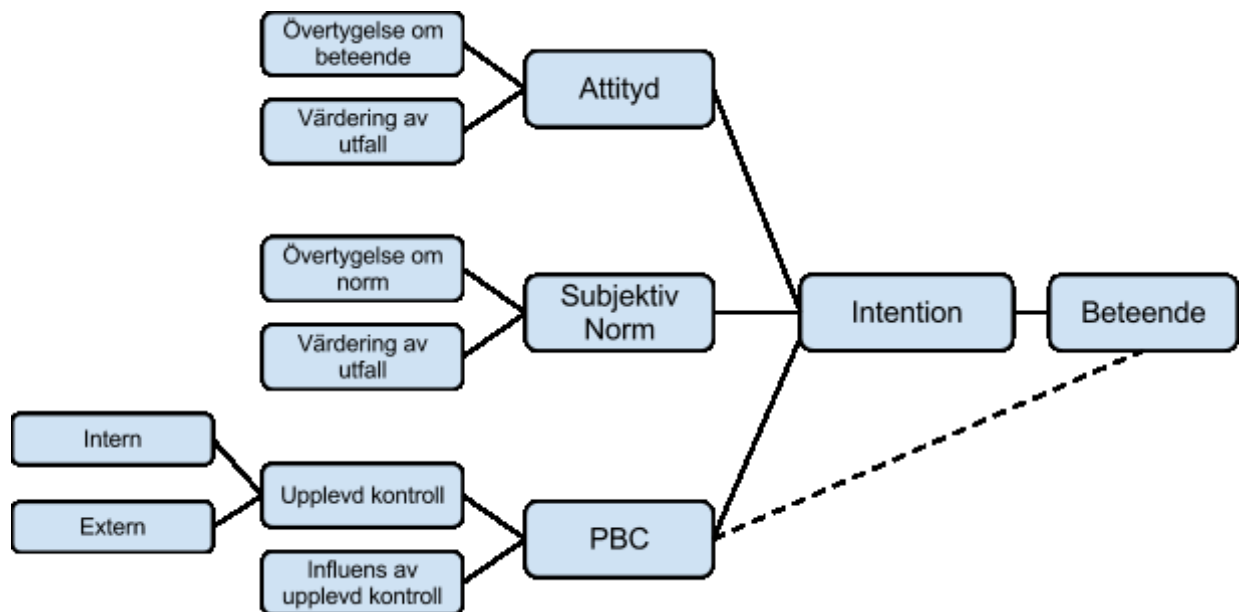
Implementering handlar om att förändra individers beteende. För att undersöka framgången av en genomförd implementering eller guida en förestående insats krävs därmed teoretiskt grundade mått för att mäta och predicera beteende (Bonetti et al., 2010). Flera socialkognitiva teorier har haft som mål att göra just detta. Ajzen och Fishbeins (1980) Theory of Reasoned Action (TRA), Theory of Planned Behavior (TPB) (Ajzen, 1991), Triandis Attitude-Behavior Theory (Triandis, 1977) och Rogers (1975) Protection Motivation Theory (PMT) är några exempel. Den mest använda modellen av dessa och som även har starkast forskningsstöd, är TPB (Ajzen, 2011; Armitage & Conner, 2001; Ravis, Sheeran & Armitage, 2009; Kesebir et al., 2010).

Theory of Planned Behavior

TPB bygger på TRA, som beskriver beteende som en funktion av vilken attityd (attitude) till beteendet man har, och vilken attityd man tror att viktiga personer i sin omgivning har (subjective norm) gentemot beteendet (Ajzen & Fishbein, 1980). Ajzen, som utvecklade TRA tillsammans med Fishbein, såg emellertid brister i modellen när beteendet som skulle utföras var komplext samt krävde resurser och vissa förutsättningar för att kunna utföras. Han vidareutvecklade därför modellen och skapade TPB genom att lägga till faktorn upplevd beteendekontroll (perceived behavioral control, PBC) som en prediktor till beteendet och intention att utföra beteendet (Ajzen, 1991).

Enligt teorin är intentionen att utföra ett beteende den starkaste prediktorn till att faktiskt utföra beteendet (Ajzen, 1991; Cooke & French, 2008; Sheeran et al., 1999). Ajzen (1991) beskriver intention som “motivational factors that influence a behavior, they are indicators of how hard people are willing to try, of how much effort they are planning to exert, in order to perform the behavior” (s. 181). Enligt Ajzens definition inbegriper intention hur ofta och hur korrekt beteendet utförs (Ajzen, 1991). I vår studie är begreppet uppdelat i två mått: intention, vilket anger frekvens av beteendet och metodföljsamhet, som anger hur korrekt beteendet utförs. I teorigenomgången inbegriper vi även metodföljsamhet när vi beskriver intention.

En förutsättning för att intention ska vara en signifikant prediktor för beteendet är att tiden mellan intention och när beteendet ska utföras inte är för lång. Dessutom måste intentionen förbli relativt stabil innan beteendet ska observeras (Ajzen, 2011).



Figur 1. The Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991).

Intentionen grundas enligt teorin i: 1) övertygelser om beteendet kommer ha ett positiv eller negativt utfall, 2) övertygelser om hur andra bedömer beteendet, och 3) övertygelser om ens kontroll att utföra beteendet. De sammanlagda övertygelserna och framförallt de mest framträdande skapar i sin tur tre domäner som predicerar beteendet: attityd, subjektiv norm och PBC (se figur 1). Hur mycket varje domän påverkar intentionen beror på vilket beteende och vilken population som undersöks. En generell regel är emellertid att ju mer gynnsam attityden och den subjektiva normen upplevs i förhållande till beteendet, samt att PBC är stark, desto större bör individens intention att utföra beteendet vara (Ajzen, 1988).

Attityd. Attityd definieras som en disposition att reagera positivt eller negativt till ett objekt, en person, institution eller händelse (Ajzen, 1991). Den antas bero på två komponenter: 1) föreställningen om att ett visst beteende leder till en viss konsekvens (behavior beliefs) och 2)

den positiva eller negativa värderingen av konsekvensen (outcome evaluation; Francis et al., 2004) (se figur 1).

Subjektiv norm. Subjektiv norm är individens upplevelse av det sociala trycket att utföra ett visst beteende. Den antas bero på två komponenter: 1) föreställningen om hur signifikanta andra tycker att individen ska bete sig (normative beliefs) och 2) den positiva eller negativa värderingen (outcome evaluation) om denna föreställning, hur viktigt eller oviktigt det är att ha andras medgivande (Francis et al., 2004).

Upplevd beteendekontroll. PBC syftar på vilken utsträckning individen upplever sig kompetent nog för att utföra ett beteende. Den antas bero på två komponenter: 1) hur mycket en person har kontroll över beteendet och 2) hur säker personen känner sig på att kunna utföra eller inte utföra beteendet. Dessa aspekter påverkas av både interna och externa faktorer som antingen skapar förutsättningar eller hinder för att utföra beteendet (Francis et al., 2004). Ajzen (1988) skriver att interna faktorer som påverkar är erhållen information, färdigheter och förmågor. En person kan ha intentionen att utföra ett visst beteende men behöva ytterligare information eller saknar vissa färdigheter för att göra det. Ett sådant hinder kan emellertid överkommas med hjälp av utbildning och träning. Externa faktorer är situations- och miljömässiga förhållanden som ligger utanför individen som påverkar en persons kontroll över ett visst beteende. Dessa faktorer avgör i vilken utsträckning omgivningen underlättar eller försvårar utförandet av beteendet. Intentionen kan existera men på grund av att tillfälle aldrig ges kan individen inte utföra beteendet (Ajzen, 1988). PBC kan på många sätt liknas med Banduras (1977) begrepp self-efficacy. En koppling som både Ajzen (1991) gör själv och som även tas upp i andra studier (Casper 2007; Godin & Kok, 1996; Sheeran & Taylor, 1999). Enligt modellen skiljer sig PBC från de två andra domänerna för att den för vissa beteenden har en direkt koppling till det faktiska utförandet oberoende av intentionen (se figur 1). Detta gäller för beteenden där den upplevda kontrollen att utföra beteendet i stort är samma som den faktiska kontroll personen har att utföra beteendet (Ajzen, 1991).

Stöd för Theory of Planned Behavior

Ajzen gjorde med TPB ett försök att förstå varför människor utför vissa beteenden, och utröna vilka processer som sker här och nu som predicerar framtida beteenden. I den tillämpade forskningen har den använts för att undersöka en mängd olika beteenden (Armitage & Conner, 2001; Godin & Kok 1996). Störst genomslag har den fått för att predicera och förstå hälsorelaterade beteenden, så som rökning, blodgivning, kondom- och bilbältesanvändning etcetera (Ajzen, 2007). Teorin har även använts i studier av implementering av evidensbaserad klinisk praxis (Bonetti et al., 2006; 2010). I deras studie från 2010 visar Bonetti et al. att attityd och vanor är de två individuellt viktigaste måtten för att förklara intention. Vanligt förekommande kritik mot TPB är att vanan att utföra ett beteende inte är med i ekvationen eftersom att denna variabel ofta predicerar framtida beteende (Ajzen, 2011; Sheeran, Orbell & Trafimow, 1999). Ajzen (2011) skriver att en möjlig förklaring till detta är att måttet på vana egentligen mäter andra variabler som TPB visserligen saknar men som man ännu inte förstår.

Intention som prediktor för beteende har fått stöd i flera studier (Cooke & French, 2008; Sheeran, 2002; Sheppard, Hartwick & Warshaw, 1988; Sutton, 1998). Det finns emellertid andra studier som visar på en sämre prediktionsförmåga av beteende (Holdershaw, Gendall & Wright, 2011; Kor & Mullan, 2011). Förhållandet mellan intention och beteende varierar beroende på vilken typ av beteende som ska utföras. Sheeran (2002) skriver att det generellt är ett starkare samband ifall beteendet är en enskild handling till skillnad från flera handlingar som resulterar i ett gemensamt mål. Att specificera när beteendet ska utföras har också visat sig öka styrkan på sambandet.

Attityd som prediktor för intention har visat sig vara relativt stark. Godin & Kok (1996) visar i deras metaanalys att attityd tillsammans med PBC oftast var de signifikanta variablerna som förklarade variationen hos intention. Attityd uppvisade där medelstarka till starka samband med intention ($r = 0,26$ till $r = 0,53$). Ytterligare stöd för attityd som prediktor ges av Sheppard et al. (1988) samt Armitage och Conner (2001) i deras metaanalyser av applicerandet av TRA respektive TPB. Det var just kopplingen mellan attityd och beteende som inledde Fishbeins (1967) arbete som senare utmynnade i Ajzens (1991) TPB.

Forskningsstödet huruvida subjektiv norm är en god prediktor för intention varierar. Generellt förefaller den ha den svagaste kopplingen till intention i metaanalyser av Armitage och

Conner (2001) och Godin och Kok (1996) med samband som varierade mellan svagt och medelstarkt ($r = 0,16$ till $r = 0,48$), medan ett något starkare samband uppgavs i Sheppard et al. (1988).

PBC har visat sig tillföra modellen större möjlighet att predicera beteende och är tillsammans med attityd den mest förekommande signifikanta förklaringen av variationen i intention att utföra ett beteende (Godin & Kok, 1996). I metaanalysen av Armitage och Conner (2001) förklarade PBC i genomsnitt 6% av variationen av intention oberoende av de andra faktorerna i modellen. Godin och Kok (1996) visar även att domänen bidrar till att förklara beteendet direkt, oberoende av intention i hälften av de studier som var med i deras analys. Vidare uppvisar PBC medelstarka till starka samband ($r = 0,32$ till $r = 0,67$) med intention i samma metaanalys.

Att definiera beteende

Principen om kompatibilitet (Ajzen & Fishbein, 1977) formulerades av Ajzen och Fishbein och ligger till grund för prediktion av beteende. Principen beskriver att för att en prediktion av ett beteende ska vara möjlig måste intention, och därmed domänerna attityd, subjektiv norm och PBC, vara definierat på samma specifika eller generella nivå som beteendet. Således är det inte möjligt att predicera beteendet att röka precis efter maten (specifik nivå) om man ställer frågor kring rökning i allmänhet (generell nivå).

För att definiera begreppen på samma nivå föreslår Ajzen (1988) en metod som han benämner TACT. Den går ut på att alla beteenden (behavioral dispositions) kan definieras i termer av fyra element: tiden då handlingarna utförs (time), den eller de handlingar som utförs (action), kontexten som handlingarna utförs i (context) och målet som beteendet utförs mot (target). För att exempelvis undersöka psykologers benägenhet att efter bedömningsamtal (time) ge beteendeaktivering (action) till deprimerade (context) patienter (target) måste man därför formulera frågor så att de innehåller alla specifika aspekter (TACT) av det beteendet.

Syfte och frågeställningar

Vi vill undersöka faktorer som påverkar hur många patienter som påbörjar internetbehandling, det vill säga patientflöde. Eftersom det är patienten som i slutändan väljer vilken behandling hon eller han ska påbörja vill vi undersöka det beteende hos behandlaren och remittenten som föregår patientens beslut. Syftet med studien är således att utifrån TPB undersöka faktorer som kan predicera huruvida behandlare eller remittenter föreslår internetbehandling till sina patienter (intention). Vi vill även undersöka om det är möjligt att predicera hur utförligt de gör det (metodföljsamhet). Vi bör därför undersöka hur stort förklaringsvärde domänerna attityd, subjektiv norm och PBC har för utfallsmåtten intention och metodföljsamhet. För att belysa utfallsmåtten externa validitet bör de jämföras med patientflöde, vilket bygger på faktiskt beteende. Slutligen bör principen om kompatibilitet testas genom att undersöka sambandet mellan generellt definierade och specifikt definierade variabler. Detta har vi konkretiserat i följande frågeställningar:

Frågeställning 1 – Kan intention och metodföljsamhet prediceras utifrån de tre domänerna attityd, subjektiv norm och PBC?

Hypotes 1: Domänerna predicerar intentionen att föreslå internetbehandling.

Hypotes 2: Domänerna predicerar metodföljsamhet.

Frågeställning 2 – Hur förhåller sig patientflöde till intention och metodföljsamhet?

Hypotes 3: Det finns ett positivt samband mellan intention och patientflöde.

Hypotes 4: Det finns ett positivt samband mellan metodföljsamhet och patientflöde.

Frågeställning 3 – Hur förhåller sig attityd till internetbehandling i stort till attityd att föreslå det som behandlingsmetod, samt till intention och metodföljsamhet?

Hypotes 5: Attityd till internetbehandling uppvisar samband med attityd till att föreslå internetbehandling som behandlingsalternativ, men inget samband med intention eller metodföljsamhet.

Metod

Design

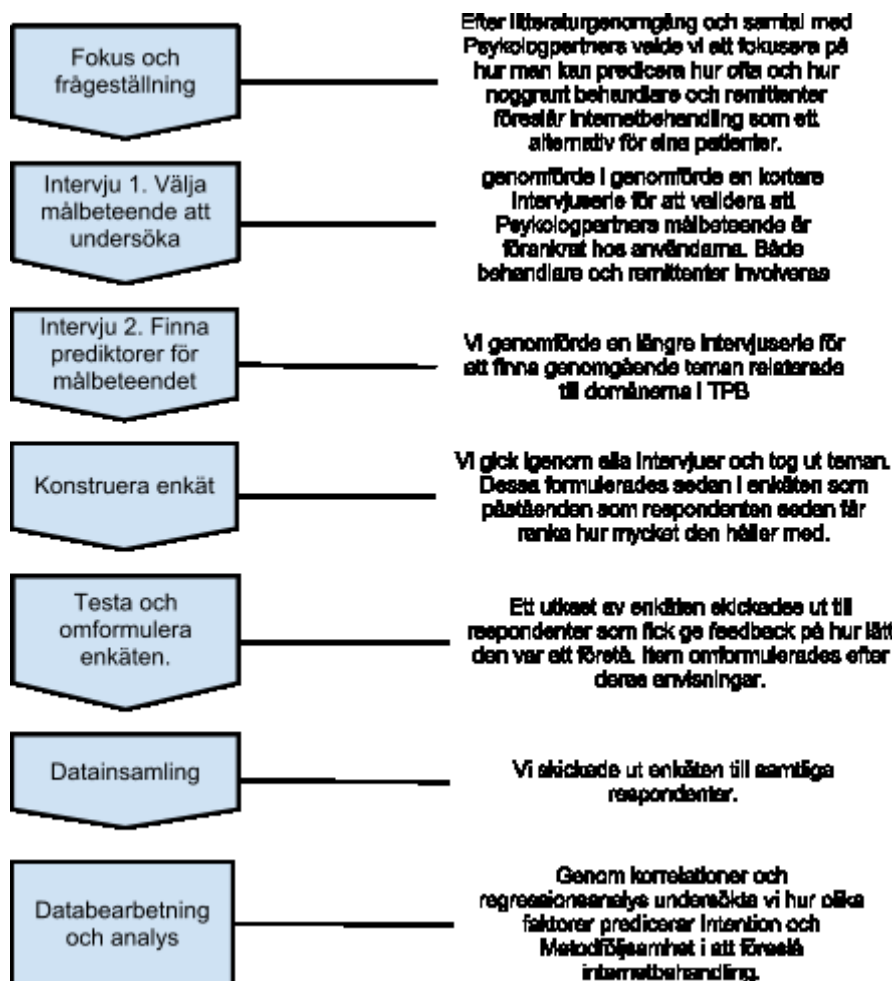
För studiens syfte valde vi att arbeta utifrån en korrelationsdesign utifrån enkätsvar. Eftersom det inte fanns några färdigt utformade formulär för att undersöka graden av implementering av internetbehandling valde vi att skapa en sådan enkät som ett första steg i studien. Vi utformade den med hjälp av en enkätmanual som skrivits av Francis et al. (2004).

För att validera intention och metodföljsamhet som externt valida variabler valde vi att korrelera dem mot patientflöde. Detta definierade vi som antal påbörjade behandlingar som varje behandlare startar upp under en månad. För att kunna jämföra olika verksamheter med varandra aggregerade vi intention och metodföljsamhet till medelvärden för varje verksamhet.

I och med att studien fokuserar på en avgränsad del av respondenternas dagliga arbetsuppgifter ser vi få skäl till att deltagande på något sätt skulle vara skadligt. Av den anledningen valde vi att inte genomföra någon etisk prövning. Vi var emellertid noga med att påpeka att deltagandet var frivilligt och att svaren skulle behandlas anonymt och på gruppnivå. Samtliga deltagare gav muntligt samtycke till att vara med i studien.

Procedur

Vi hade för avsikt att undersöka beteendet att på ett effektivt sätt föreslå internetbehandling till patienter. Psykologpartners hade utarbetade riktlinjer för hur man bör föreslå internetbehandling till patienter. Där listades olika delmoment som tillsammans utgör beteendet att föreslå internetbehandling. Genom en kort intervjuserie med vårdpersonal undersökte vi om de var förankrade hos användarna. Om riktlinjerna stämmer överrens med vårdpersonalens kliniska intryck bör det stärka riktlinjernas validitet. Därigenom skulle målbeteendets relevans styrkas. Utifrån detta genomförde vi en längre intervjuserie för att ta reda på vilka faktorer som kan påverka i hur stor utsträckning de riktlinjerna följs. Av svaren formulerade vi en enkät som vi först testade och omarbetade för att sedan skicka ut till våra respondenter. Slutligen bearbetade och analyserade vi resultaten (se figur 2).



Figur 2. Sammanfattning av procedur.

Intervju 1

Syftet med intervju 1 var att definiera det beteende som enkäten i slutändan ska predicera. Det första steget var att etablera kontakt med intervjupersoner i de organisationer som uppfyllde de kriterier som vi ställt upp. Inklusionskriterierna var att 1) verksamheten erbjuder internetbehandling till sina patienter. Behandlingsprogrammet skulle då 2) ha behandlarstöd, antingen via telefon eller e-post. För att remitterter skulle kunna vara med krävdes att 3) personalen hade möjlighet att remittera specifikt till internetbehandling, och inte bara till

psykologbehandling i allmänhet. Vi valde ett teoretiskt urval av tre behandlare från olika verksamheter med varierande patientflöde. På så sätt kunde vi undersöka om behandlare som arbetar i verksamheter med högt respektive lågt patientflöde hade samma förståelse för vad man bör göra som behandlare vid erbjudandet av internetbehandling. Kontaktuppgifterna hade vi fått av vår kontaktperson på Psykologpartners efter att denne skickat ett e-post som vi skrivit, med information om syftet för uppsatsen och att vi behövde kontakt med personer för en kortare telefonintervju utifrån TACT (se bilaga A). Vi ringde upp personerna och antingen bokade in en ny tid eller utförde intervjun direkt. Två personer fick vi inte tag på, dessa ersattes med andra respondenter från verksamheter med liknande patientflöde. Personerna blev informerade om syftet med studien, den stundande intervjun samt att de själva och organisationen inte skulle kunna identifieras i det färdiga arbetet. Vid slutet av intervjun frågade vi om de skulle vara intresserade av att delta i en längre intervju några veckor senare. Samtliga tackade ja.

Samtliga intervjupersoner beskrev beteendet att föreslå internetbehandling med samma eller liknande delmoment som i Psykologpartners riktlinjer. Utifrån riktlinjerna och intervjuresultaten utformade vi nästa intervjumall, i enlighet med Francis et al. (2004).

Intervju 2

Syftet med intervju 2 var att undersöka vilka förutsättningar som behövs för att personer ska utföra beteendet som definierades i intervju 1. I enlighet med Francis et al. (2004) utgick vi ifrån resultatet från intervju 1 och utformade en ny intervjuguide som berörde de tre domänerna attityd, subjektiv norm och upplevd beteendekontroll (PBC) (se bilaga A). För varje domän ställde vi tre öppna frågor för att finna teman som vi sedan använde som underlag för enkäten. Utöver de frågor som Francis et al. (2004) föreslår lade vi till två frågor om intervjupersonernas allmänna attityd till internetbehandling. De lades till med syftet att pröva principen om kompatibilitet. Frågorna var utformade för att tydliggöra skillnaden mellan tilltro till behandlingseffekterna av internetbehandling, och inställning till beteendet att föreslå internetbehandling. Personerna som intervjuades var dels de samma som hade deltagit i intervju 1 men även kollegor till dem, samt behandlare på andra mottagningar. Vi fick kontakt med dessa både genom vår kontaktperson på Psykologpartners men också genom personerna som varit med

i intervju 1. Några nya kontakter förmedlades också via en doktorand på institutionen för psykologi i Lund. Intervjun hölls över telefon. Totalt medverkade elva respondenter.

Konstruera enkät

Frågor om attityd, subjektiv norm och PBC går att dela upp i två typer. Den första typen, de så kallade direkta frågorna bygger direkt på Theory of Planned Behavior (TPB) och formuleringen fann vi i Francis et al. (2004). Dessa frågor riktar sig direkt till respondentens föreställningar, utan att gå in på specifika anledningar till dennes inställning. I enkäten är de formulerade i ett item vardera. Vi valde att inkludera fyra direkta item för attityd respektive PBC och tre för subjektiv norm. Vi valde multipla item per domän i och med att det i regel ger ett mer reliabelt mått (Nunnally, 1978), vilket i tidigare studier har gett starkare korrelationer mellan intention och metodföljsamhet (Armitage & Conner, 2001). Dessa översatte vi från de engelska formuleringarna i manualen och gav lämpliga svarsalternativ från ett till sju (Francis et al., 2004). Ett exempel på item för direktmått för attityd är “Att föreslå internetbehandling till patienter är på det hela taget: Värdelöst 1 2 3 4 5 6 7 Verksam” (se bilaga B för fullständig enkät).

Den andra typen av frågor som vi inkluderade i enkäten kallas för indirekta item. Dessa är mer konkreta och riktar sig till specifika ställningstaganden som respondenten gör. De frågorna är uppdelade i två item; det första item handlar om sannolikheten för att en viss konsekvens skall komma av att man föreslår internetbehandling, det andra item berör hur önskad eller oönskad en sådan konsekvens skulle vara. Vi skapade dessa item utifrån resultatet av intervju 2. Vi gick igenom alla intervjuer på varsitt håll och sammanställde teman utifrån de mest vanligt förekommande svaren i intervjuerna. Därefter jämförde vi de teman som vi hade funnit och utvecklade dem till item. Vi hade båda i stort funnit samma teman, men skilde oss åt något i hur stora respektive specifika de var. I enlighet med Francis et al. (2004) valde vi att använda oss av bipolära skalor när vi konstruerade de indirekta item. Ett annat alternativ hade varit att endast använda unipolära skalor som adderas med varandra. Francis et al. (2004) skriver att item-paren i de indirekta frågorna sitter starkt ihop, att både den upplevda sannolikheten för en konsekvens och hur denna konsekvens värderas påverkar den övergripande inställningen till en företeelse.

Eftersom en värdering kan vara antingen negativ eller positiv är det då bäst att formulera den i en bipolär skala. Denna syn delar även vi. Totalt inkluderades 26 indirekta item i enkäten.

Här följer exempel på item för indirekta item för attityd, både item om sannolikheten för en viss konsekvens och hur denna konsekvens värderas. "Om jag skulle utföra samtliga delmoment när jag föreslår internetbehandling för patienten skulle det öka chansen för att patienten säger ja till förslaget: Håller inte med alls 1 2 3 4 5 6 7 Håller helt med". "Att patienten säger ja till förslaget är: absolut inte önskvärt -3 -2 -1 0 1 2 3 Mycket önskvärt."

Vi valde att mäta intention på ett sätt som Francis et al. (2004) kallar Intention Performance. Den typen av item handlar om hur många gånger man tror att man skulle utföra målbeteendet utav tio möjligheter. Det valde vi eftersom det är det självskattningsmått som ligger närmast ett beteendemått, det skulle vara möjligt att direkt observera hur många gånger en person utför beteendet. Anledningen till att vi valde intention istället för faktiskt beteende är att vi ville kunna använda måttet på verksamheter som är i en uppstartfas. I och med att vi delat upp intention i två olika mått, som mäter frekvens och kvalitet på beteendet, utformade vi intentionsmättet på följande sätt. "Av tio patienter som uppfyller kriterierna, för hur många av dem föreslår du internetbehandling? *Ange med en siffra mellan 0 och 10 _____*"

För att mäta hur väl respondenterna föreslår internetbehandling (metodföljsamhet) förde vi in ett item som listade alla delmoment av beteendet som framkom i intervju 1. Respondenten kunde där ange vilka delmoment som hon eller han brukar använda sig av. Vi lade även till en textruta där respondenten kunde skriva in ifall hon eller han använde sig av delmoment som vi inte hade som förslag. Därefter räknade vi om angivna delmoment till siffror för att få ett numeriskt mått på metodföljsamhet. Ett antagande här är att varje delmoment har lika stort inflytande som de andra. Detta item var formulerat på följande sätt "När du föreslår internetbehandling för en patient, förklarar du utifrån följande delmoment. *Välj de delmoment som du brukar göra. Det går bra att välja flera alternativ.*" Därefter listades tio svarsalternativ. Både intention och metodföljsamhet är mått som enligt Fixen et al. (2005) klassas som följsamhet.

I Ajzens teori behandlas intention och metodföljsamhet som en och samma variabel (Ajzen, 1991), men vi har valt att dela upp den. Därför kommer vi att stödja oss på samma empiriska stöd för intention som för metodföljsamhet.

Utöver de item som berörde respondenternas attityd, subjektiv norm och PBC gav manualen förslag på demografiska item som kunde fånga in relevant information. Frånsett standardfrågor om exempelvis kön var det få av dessa som passade för vår studie. I samråd med handledaren tog vi fram ett par item som vi trodde skulle kunna ge värdefull information om respondenterna med fokus på yrkesmässig erfarenhet. Vi tog även med en beskrivning av kriterier som patienter ofta behöver uppfylla för att anses lämplig för internetbehandling. Syftet med informationen var både att kolla av om respondenten var insatt i inklusionskriterierna men det var också ett sätt att kommunicera kriterierna till respondenterna, eftersom den kunskapen var en förutsättning för att kunna besvara vissa item.

För att enkäten inte skulle bli enformig och repetitiv valde vi att följa Ajzens rekommendation i Francis et al. (2004) att blanda item i enkäten, så att alla item för samma domän inte kommer i en följd. Detta gjorde vi till stor del godtyckligt. Vi var emellertid noga med att följa manualens rekommendation att placera item om sannolikheten av en konsekvens för indirekta frågor före item om hur den konsekvensen värderas (Francis et al., 2004). Totalt innehöll enkäten 58 item.

Vi valde att administrera enkäten som en webenkät, trots att det generellt ger en lägre svarsfrekvens än pappersenkäter (Troost & Hultåker, 2007). Det valet gjorde vi eftersom webenkäter sparar tid både när enkäterna skickas ut och när data skall kodas in i SPSS.

Testa och omformulera enkäten

Det första utkastet av enkäten skickade vi ut till fem personer som var antingen behandlare eller remittenter, som sedan gav oss synpunkter och kommentarer på enkäten. För ytterligare feedback skickade vi enkäten även till vår handledare samt vår kontaktperson på Psykologpartners. Vi skickade e-post med länken till enkäten samt frågor som vägledde deras feedback på enkäten. Utifrån deras synpunkter förändrade vi item och disposition i den mån det var möjligt. Vanliga kommentarer var att enkäten var för lång och att vissa item liknade varandra för mycket. Detta var emellertid inte möjligt i det skedet eftersom itemanalys krävs innan enkäten kan reduceras utan att riskera att validitet eller reliabilitet minskar. För att göra en sådan analys krävs först ett

stort antal svar på enkäten (Field, 2005). Totalt omformulerade vi tio item. Korrigeringarna handlade då om att göra det mer tydligt vad som efterfrågades och förbättra språket.

Datainsamling

När vi anpassat enkäten efter de synpunkter vi fått skickade vi ut den till samtliga verksamheter som vi haft pågående kontakt med, totalt 14 verksamheter. Vi skickade ut länken i ett e-post tillsammans med en kort beskrivning av enkäten samt en bifogad beskrivning av hela studien (se bilaga C). Till vissa skickade vi e-post direkt, till andra skickade vi det via en kontaktperson på verksamheten. Vi beslutade att enkäten skulle gå att besvara i två och en halv vecka, och att vi skulle skicka ut en påminnelse varje vecka.

I och med att internetbehandling är en relativt ny företeelse är det få verksamheter som använder sig av det som behandlingsmetod. Den population som vi hade möjlighet att undersöka var därmed relativt begränsad. Till en början hade vi enbart kontakt med verksamheter som använde sig av Psykologpartners internetbehandlingsprogram. För att få ett större n-tal och därmed öka chansen för att få signifikanta resultat sökte vi under tiden vi sammanställde enkäten efter ytterligare organisationer som erbjöd internetbehandling till sina patienter. Utifrån sökning på internet fann vi kontaktuppgifter till personer som på något sätt var kopplade till olika internetbaserade behandlingar runt om i Sverige. Vi hörde av oss till dem med en kort beskrivning av vår studie samt en förfrågan om att skicka ut en enkät till deras behandlare och remittenter. I kontakten med några av dessa personer fick vi även kontaktuppgifter till personer vid andra organisationer som erbjöd internetbehandling.

För att öka sannolikheten att få en hög svarsfrekvens försökte vi sedan få hjälp av personer i de olika verksamheterna. Vi riktade in oss på personer som verkade ha ett intresse för internetbehandling, som brydde sig om implementeringen av detta samt hade nära kontakt med behandlare och remittenter. Personerna hade ofta någon form av chefsposition eller samordnande roll, alternativt ansvar för internetbehandling. Vår förhoppning var att dessa personer både kunde få ut enkäten till de personer som var berörda och även kunde uppmana dem att besvara den. Vi var medvetna om att exempelvis remittenter som i låg grad tenderar att remittera till internetbehandling skulle ha få incitament att besvara enkäten men att ett gott ord från en chef

eller kollega eventuellt kunde öka deras motivation. Vi fann 16 verksamheter som uppfyllde inklusionkriterierna, varav 14 hade möjlighet att delta. Enkäten skickades ut till sammanlagt 214 personer varav 42 personer svarade, vilket ger en svarsfrekvens på 20%.

Psykologpartners tillhandagav information om patientflöde för totalt nio verksamheter. Utav dessa hade vi fått svar på enkäten av vårdpersonal på fyra verksamheter. De utgjorde således underlaget för beräkningarna med patientflöde som variabel.

Vårt sampel ($n = 40$ efter exkludering, se nedan) hade en medelålder på 43,8 år ($SD = 10$), hade arbetat på den nuvarande arbetsplatsen i genomsnitt 6 år ($SD = 7,52$) samt har erfarenhet från hälso- och sjukvården i genomsnitt 13 år ($SD = 12,14$). Könsfördelningen hos respondenterna var 30 kvinnor (75%) och 10 män (25%), fördelningen mellan remittenter och behandlare var 25 (62,5%) respektive 15 (37,5%).

Databearbetning och analys

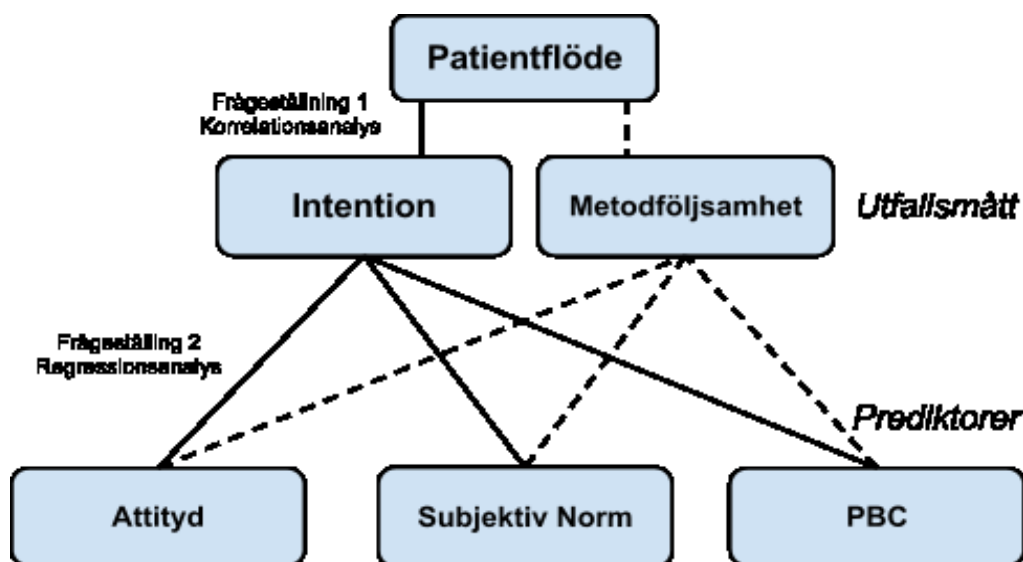
Vi sparade data från enkäterna i ett exceldokument där vi räknade fram medelvärden för domänerna. Två respondenter exkluderades på grund av att de meddelat att de av olika anledningar inte var lämpliga att besvara enkäten. Innan data överfördes till SPSS raderade vi överflödigt text som fanns registrerade på vissa item. Slutligen inverterade vi PBC-item "bortom min kontroll".

För att besvara frågeställning 1 började vi med att genomföra korrelationsanalyser mellan utfallsmåtten och prediktorerna. Detta låg sedan till grund för om vi skulle gå vidare med att göra regressionsanalyser eller ej. Vi genomförde sedan regressionsanalyser för att finna hur stort förklaringsvärde prediktorerna har för att förklara intention respektive metodföljksamhet (se figur 3).

För att besvara frågeställning 2 började vi med att aggregera respondenternas svar på intention respektive metodföljksamhet för att få ett värde för varje verksamhet. Därefter gjorde vi korrelationer mellan patientflöde och de aggregerade måtten för intention respektive metodföljksamhet (se figur 3).

För att besvara frågeställning 3 undersökte vi korrelationen mellan attityd till internetbehandling i stort, attityd till att föreslå internetbehandling, samt utfallsmåtten intention och metodföljksamhet.

I och med samplets stora antal kan det antas att det uppfyller normalfördelningskraven för parametrisk testning (Field, 2005). Utifrån Francis et al. (2004) behandlade vi enkätsvaren som kvot- och ordinalskalor, vilket gör de tillgängliga för parametrisk testning. Övriga krav för att använda parametriska test uppfylldes (Field, 2005). Vi använde oss därmed av produktmomentkorrelation (Pearson's r) och multipel regressionsanalys stegvis framlänges.



Figur 3. Sammanfattning av de samband som undersöks.

Resultat

Deskriptiv data

Tabell 1 visar deskriptiv statistik (medelvärde, standardavvikelse, pearson korrelation och cronbach's alpha) för fem av de variabler studien hade för avsikt att undersöka: attityd, subjektiv norm, PBC, intention och metodföljksamhet. Variabeln med högst reliabilitet var attityd ($\alpha = 0,81$). Subjektiv norm uppvisade en godkänd reliabilitet ($\alpha = 0,67$). För PBC erhöi vi $\alpha = 0,20$, vilket tyder på att de olika item som hade för avsikt att mäta PBC inte mäter samma sak.

Intention korrelerade endast med Attityd, $r = 0,35$, $p < 0,05$ vilket berör hypotes 1. Följaktligen samvarierar en positiv attityd till att föreslå internetbehandling ihop med en högre intention att göra det. Metodföljsamhet korrelerar med samtliga domäner; Attityd, $r = 0,58$, $p < 0,01$, subjektiv norm, $r = 0,36$, $p < 0,05$ och PBC, $r = 0,44$, $p < 0,05$ (se tabell 1), vilket berör hypotes 2. Resultaten visar att en positiv attityd till att föreslå internetbehandling hänger ihop med att man föreslår internetbehandling på ett mer utförligt sätt. Det samma gäller för tilltron till att andra ser positivt på beteendet och tilltron till den egna förmågan att utföra det. En respondent saknade data för intention och en annan saknade data för metodföljsamhet, vilket ger $n = 38$. De indirekta måtten för domänerna bearbetades inte, eftersom n-talet var för lågt för att genomföra en ordentlig itemanalys.

Tabell 1. *Deskriptiv data för fem av de variabler som studien har för avsikt att undersöka.*

	M	SD	α	$r_{\text{intention}}$	$r_{\text{metodföljsamhet}}$
Intention	4,68	3,5	-	1	0,03
Metodföljsamhet	4,87	1,76	-	0,03	1
Attityd	5,55	0,84	0,81	0,35*	0,58**
Subjektiv norm	3,45	1,49	0,67	0,07	0,36*
PBC	5,68	0,83	0,20	0,07	0,44*

Notera. * $P < 0,05$, ** $P < 0,01$

Analys

Frågeställning 1 – Kan intention och metodföljsamhet prediceras utifrån de tre domänerna attityd, subjektiv norm och PBC?

Hypotes 1: För att se om de olika domänerna attityd, subjektiv norm och PBC, predicerade intention genomförde vi en stegvis multipel regressionsanalys. Attityd förklarade 10 % av variationen hos intention och var den enda signifikanta prediktorn, $\beta = 0,35$, $p < 0,05$, adjusted $R^2 = 0,10$, $F(1,37) = 5,01$, $p < 0,05$ (se tabell 2). Attityd till att föreslå internetbehandling förklarade

således en signifikant del av vårdpersonalens intention att göra det till sina patienter. Ju mer positiv attityd, desto högre blir deras intention. Eftersom vi genomförde en stegvis uträkning exkluderas de variabler som inte påverkade intention signifikant.

Hypotes 2: För att se hur de olika domänerna predicerade metodföljsamhet utfördes även här en stegvis multipel regressionsanalys. Attityd var den enda signifikanta prediktorn och förklarade 32 % av variationen hos metodföljsamhet, $\beta = 0,58$, $p < 0,001$, adjusted $R^2 = 0,32$, $F(1, 37) = 18,57$, $p < 0,001$ (se tabell 2). Attityd till att föreslå internetbehandling förklarade således en betydande del av hur utförligt vårdpersonalen gör detta till sina patienter. Ju mer positiv attityd de hade, desto utförligare gjorde de det. De variabler som inte påverkade metodföljsamhet signifikant exkluderades.

Tabell 2. Sammanställning av stegvis multipel regressionsanalys för studiens två utfallsvariabler intention respektive metodföljsamhet och den signifikanta domänen: attityd.

	B	SE B	β	$R^2(\text{adj})$	df	F
Intention						
Konstant	-3,42	3,7				
Attityd	1,48	0,66	0,35*			
				0,10	1, 37	5,01*
Metodföljsamhet						
Konstant	-1,87	1,59				
Attityd	1,22	0,28	0,58**			
				0,32	1, 37	18,57**

Notera. * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

Frågeställning 2 – Hur förhåller sig patientflöde till intention och metodföljsamhet?

Hypotes 3: Vi korrelerade de aggregerade måtten av intention med patientflöde, $r = 0,83$, $p = 0,17$. Korrelationskoefficienten blev hög men inte signifikant. Risken för typ-II fel var emellertid

stor på grund av det låga n-talet. Resultaten tydde på att om intentionen att föreslå internetbehandling var hög hos vårdpersonalen hade verksamheten även ett högt patientflöde. Det var emellertid inte signifikant säkerhetsställt.

Hypotes 4: Vi korrelerade det aggregerade måttet för metodföljsamhet med patientflöde, $r = 0,63$, $p = 0,37$, $n = 4$. Detta uppvisade inte lika stark korrelation och inte heller lika nära ett godtagbart p-värde. Risken för typ-II fel finns men var inte lika överhängande som vid intention. Resultaten tydde på att om vårdpersonalen föreslog internetbehandling på ett mer utförligt sätt till sina patienter så hade verksamheten ett högre patientflöde. Det var emellertid inte signifikant säkerhetsställt.

Frågeställning 3 – Hur förhåller sig attityd till internetbehandling i stort till attityd att föreslå det som behandlingsmetod, samt intention och metodföljsamhet?

Hypotes 5: En korrelationsanalys utfördes med måttet $attityd_{internet}$, domänen attityd, intention och metodföljsamhet. Den enda signifikanta korrelationen som erhöles var mellan $attityd_{internet}$ och attityd, $r = 0,47$, $p = 0,002$. Resultaten visar att en positiv attityd till internetbehandling i stort hänger ihop med en positiv attityd till att föreslå det som ett behandlingsalternativ. Däremot förefaller attityden till internetbehandling i stort inte ha något samband med vårdpersonalens intention att föreslå det till sina patienter eller hur utförligt de gör det.

Diskussion

Resultatdiskussion

Frågeställning 1 – Kan intention och metodföljsamhet prediceras utifrån de tre domänerna attityd, subjektiv norm och PBC?

Utifrån tidigare forskning bör alla domänerna predicera intention. Vanligt är att attityd och PBC är de domäner som förklarar störst del av variationen hos intention (Armitage & Conner, 2001;

Godin & Kok 1996; Sheppard et al., 1988). Förklaringsvärdet för attityd gällande intention som uppvisas i denna studie ligger i nivå med andra studier (Godin & Kok, 1996). Det är däremot inte vanligt förekommande att det endast är attityd som har samband med intention (Armitage & Conner, 2001; Godin & Kok, 1996). Eftersom domänerna attityd och subjektiv norm uppvisade god reliabilitet tyder det på att dessa mått är av relativt god kvalitet. PBC uppvisade väldigt låg reliabilitet, något som gör det svårt att uttala sig om vad den uteblivna korrelationen med intention beror på. Det visar att de item vi använde för att mäta PBC inte mäter samma sak. Eftersom vi inte kunnat mäta reliabilitet för vare sig metodföljsamhet eller intention bör resultat som involverar dessa variabler tolkas med viss försiktighet. Vår hypotes var att samtliga domäner skulle vara signifikanta prediktorer till intention. Det var emellertid endast attityd som uppvisade ett sådant samband. Attityd förefaller kunna predicera vårdpersonals intention att föreslå internetbehandling till patienter. Subjektiv norm verkar inte kunna predicera intention och PBC kan vi inte uttala oss om.

Utifrån tidigare forskning bör alla domänerna predicera metodföljsamhet, vanligt är att attityd och PBC är de starkaste prediktorerna (Armitage & Conner, 2001; Godin & Kok, 1996). Metodföljsamhet uppvisade korrelationer med samtliga domäner. Trots det var det endast attityd som predicerade metodföljsamhet. Att attityd predicerade metodföljsamhet går i linje med teorin och tidigare forskning. Subjektiv norm var inte en signifikant prediktor och har i tidigare studier visat sig vara den generellt svagaste prediktorn, vilket går i linje med vårt resultat. Däremot är det vanligare att den uppvisar en signifikant påverkan på variationen hos intention och metodföljsamhet än att den inte gör det (Armitage & Conner, 2001; Godin & Kok 1996). PBC uppvisar ingen signifikans som prediktor men på grund av dess låga reliabilitet går det inte att dra några slutsatser utifrån resultaten. Vår hypotes var att samtliga domäner skulle predicera metodföljsamhet. Det var emellertid endast attityd som uppvisade ett sådant samband. Attityd förefaller kunna predicera vårdpersonals metodföljsamhet när de föreslår det för patienter. Subjektiv norm verkar inte kunna predicera metodföljsamhet och PBC kan vi inte uttala oss om.

Frågeställning 2 – Hur förhåller sig patientflöde till intention och metodföljsamhet?

Tidigare forskning tyder på att det bör finnas ett samband mellan intentionen att utföra ett beteende och att faktiskt utföra beteendet (Ajzen, 1991; Cooke & French, 2008; Sheeran et al., 1999; Sutton, 1998; Sheeran, 2002; Sheppard et al., 1988). Gällande vår studie bör således hög intention och metodföljsamhet i att föreslå internetbehandling avspeglas i ett högt patientflöde. Eftersom många andra faktorer påverkar patientflöde är det möjligt att tendenser är att förvänta snarare än tydliga korrelationer.

Korrelationen mellan intention och patientflöde visade sig vara mycket stark men inte signifikant. I och med att patientflöde mäts för hela verksamheter och att vi inte hade tillgång till flödesdata från alla verksamheter blev antalet mycket lågt. Samtidigt behövde vi kontrollera för confounding variabler vilket i slutändan ledde till mycket små siffror. I och med att Patientflöde inte är ett finkänsligt kan vi med denna studies resultat inte med säkerhet uttala oss om den typen av samband. Detta ger att patientflöde är en variabel som inbegriper stor sannolikhet för typ-II fel. Vår hypotes var att intention skulle uppvisa ett positivt samband med patientflöde. Sambandet som erhöles var starkt positivt men inte signifikant. I och med det låga antalet verksamheter är effektstorleken mer intressant än p-värdet. Det finns således mycket som tyder på att hypotesen stämmer men det kunde inte statistiskt säkerställas.

Utifrån tidigare forskning bör det finnas ett samband mellan patientflöde och metodföljsamhet (Ajzen, 1991; Cooke & French, 2008; Sheeran et al., 1999, Sutton, 1998; Sheeran, 2002; Sheppard et al., 1988). På samma sätt som med intention är det fler faktorer som påverkar sambandet mellan metodföljsamhet och patientflöde, och därför är tendenser att förvänta snarare än tydliga korrelationer.

Denna studie uppvisade en stark men icke signifikant korrelation mellan metodföljsamhet och patientflöde. I och med att patientflöde inte är ett så finkänsligt mått är risken för typ-II fel överhängande, därmed kan vi utifrån resultaten i denna studie inte styrka ett sådant samband. Vår hypotes var att metodföljsamhet skulle uppvisa ett positivt samband med patientflöde. Resultaten tyder på att ett sådant samband föreligger men det kunde inte statistiskt säkerställas.

Frågeställning 3 – Hur förhåller sig attityd till internetbehandling i stort till attityd att föreslå det som behandlingsmetod, samt intention och metodföljsamhet?

Utifrån principen om kompatibilitet (Ajzen & Fishbein, 1977) bör det inte finnas något samband mellan den generella attityden till internetbehandling ($attityd_{internet}$) och intention samt metodföljsamhet i att föreslå internetbehandling till patienter. Detta i och med att de är definierade på olika nivåer av specificitet. Vi tror emellertid att ett positivt samband kan uppvisas mellan attityden till behandlingsformen och attityden att föreslå det som alternativ. Trots att även dessa är definierade på olika nivåer tangerar begreppen varandra. En möjlig förklaring är att god attityd till internetbehandling som metod är en förutsättning för att ha god attityd till att föreslå det. Vår hypotes är därmed att det föreligger ett samband mellan $attityd_{internet}$ och attityd till att föreslå internetbehandling. Vi tror även att det inte kommer att föreligga något samband mellan $attityd_{internet}$ och utfallsmåtten intention och metodföljsamhet.

Studie fann inget signifikant samband mellan $attityd_{internet}$ och intention och metodföljsamhet. Däremot uppvisades ett starkt samband mellan $attityd_{internet}$ och attityd till att föreslå internetbehandling. Resultaten går helt i linje med vår hypotes.

Detta tyder på att insatser som syftar till att få vårdpersonal att föreslå internetbehandling oftare och mer noggrant inte uteslutande kan fokusera på att förbättra attityden till internetbehandling i stort. Insatserna bör följaktligen även fokusera direkt på själva beteendet att föreslå internetbehandling och dess möjliga konsekvenser.

Metoddiskussion

Genom att korrelera intention respektive metodföljsamhet med patientflöde kunde vi få en bild av kopplingen mellan dessa mått och beteende. Det finns dock ett inneboende problem med detta. För att intention eller metodföljsamhet ska predicera ett visst beteende bör mätningen ligga tidsmässigt nära i tid innan utförandet av beteendet. Vad vi gjort i denna studie var att undersöka intention att föreslå internetbehandling vid en viss tidpunkt och undersöka samband med patientflöde som var beräknat på lång tid innan enkäten. Anledningen till detta avsteg från teorin är att vi inte hade den tidsmässiga möjligheten att undersöka patientflödet efter att vi erhållit resultaten från enkäten. Detta försvagar studiens teoretiska förankring något.

Det finns även praktiska problem med variabeln patientflöde. Så som patientflöde är definierat kontrollerar variabeln för variation i hur länge verksamheterna har tillhandahållit internetbehandling och antalet behandlare i verksamheten. Andra faktorer som kan påverka är antalet behandlingsprogram som erbjuds samt hur stort antal nybesök verksamheten tar emot totalt per månad. Denna data hade vi dock inte tillgång till. Utöver detta finns det andra confounding variabler som påverkar patientflöde förutom intention och metodföljsamhet. Till att börja med föreligger det troligt en skillnad mellan vad remitterter anger som intention och vad de faktiskt gör, därefter kan patienterna av många olika anledningar vara olika benägna att anta erbjudandet, sedan ska behandlare och patient komma överens om att starta behandling och först då registreras patienten i behandlingssystemet. Med andra ord finns det mycket brus i variabeln, vilket ytterligare ökar risken för typ-II fel.

För att få en nyanserad bild av intentionen att föreslå internetbehandling utifrån alla delmoment delade vi upp Ajzens utfallsmått i två, för att få mått på frekvens (intention) respektive kvalitet (metodföljsamhet) på målbeteendet. Eftersom beteendet är relativt komplext ville vi bryta upp måttet och mäta olika aspekter av ansatsen att utföra beteendet. Detta fick som bieffekt att framför allt intention är operationaliserat på en något mer generell nivå än övriga variabler. Detta sänker begreppsvaliditeten något, och kan vara en delförklaring till det låga sambandet mellan intention och domänerna. Till skillnad från intention är måttet för metodföljsamhet definierat på samma specifika nivå som domänfrågorna i enkäten. Detta kan vara en anledning till att metodföljsamhet korrelerar mycket starkare med de olika domänerna. Det skulle i så fall styrka teorins antagande om att det är viktigt att måtten i så stor utsträckning som möjligt befinner sig på samma nivå (Ajzen, 1991).

En styrka i studien är att den fångar in stora delar av den totala populationen. Detta var möjligt i och med att populationen är relativt liten eftersom internetbehandling är en ny form av behandling. Vi frågade kontinuerligt våra kontaktpersoner efter nya verksamheter som använder internetbehandling och i slutändan återkom samma namn gång på gång. Utifrån detta uppskattar vi att merparten av alla verksamheter i Sverige som erbjuder internetbehandling kontaktades. Av de verksamheter som deltog finns det en stor spridning (0-9 år) i hur länge de har erbjudit internetbehandling som vårdalternativ. Dock var svarsfrekvensen för enkäten mycket låg. Detta är troligen en följd av att tiden för att besvara enkäten endast var två och en halv veckor. En

nackdel är att vi inte har någon möjlighet att undersöka om bortfallet är selektivt eller slumpartat, och därmed inte vet hur det bör påverka tolkningen av resultaten.

De indirekta måttens funktion är att bidra med en djupare förståelse av vad som påverkar domänerna, och i slutändan beteende. Dessa kunde dock inte analyseras på grund av för lågt deltagarantal.

Rekommendationer för fortsatt forskning

Denna studie har undersökt möjligheten att predicera intention och metodföljksamhet i att föreslå internetbehandling för patienter. Båda dessa mått är troligt nära förknippat med patientflöde. Theory of planned behavior har visat sig vara en fruktbar teori för att undersöka det området. Emellertid behövs mer forskning på implementering av internetbehandling utifrån TPB. Till att börja med behövs studier som använder andra mått på upplevd beteendekontroll (PBC), för att undersöka vilket förklaringsvärde som upplevd kontroll och kompetens har för intention och metodföljksamhet. Ett första steg bör vara att kontrollera översättningen av item från engelska till svenska, samt att i mer noggranna förtester undersöka hur stort tolkningsutrymme är för varje item. Vidare bör flera olika mått på intention och eventuellt metodföljksamhet inkluderas för att kunna undersöka reliabilitet genom cronbach's alpha. Åtminstone några av dessa mått bör vara definierade på samma nivå av specificitet som domänerna. För att ytterligare stärka begreppsvaliditeten kan det vara viktigt för respondenten att kontinuerligt bli påmind om att frågorna gäller det relativt komplexa beteendet att föreslå internetbehandling utifrån alla olika delmoment som presenteras i enkäten. På så sätt kommer domänerna och utfallsmåtten att vara definierade på samma nivå.

För att belägga enkätens reliabilitet över tid bör en test-retest-studie genomföras. Därefter är det möjligt att göra en experimentell design för att undersöka hur interventioner som är riktade mot någon av domänerna påverkar svaren och i slutändan påverkar patientflöde.

Under denna studie fann vi stor hjälp av kontaktpersonerna på respektive verksamhet. Att ta vara på den typen av hjälp i kommande studier är att rekommendera om internetenkäter används. Trots denna hjälp blev svarsfrekvensen i vår studie mycket låg, vilket visar att fler åtgärder behövs. Förslag på sådana är att ha längre tidsfönster för att besvara enkäten, sträva efter att hålla enkäten kort samt att införa någon form av incitament för att besvara den. Ett

alternativ är också att fokusera på ett fåtal verksamheter och komma ut och personligen informera om studien. På så sätt skulle troligen svarsfrekvensen på de verksamheterna öka.

För att kunna få en rättvisande bild av kopplingen mellan patientflöde och intention respektive metodföljsamhet bör extra insatser läggas för att få svar från de verksamheter som tillhandahåller information om patientflöde, och på så sätt höja n-talet i beräkningen.

Rekommendationer för praktiken

Denna studie tyder på att både måtten intention och metodföljsamhet har ett betydande samband med patientflöde. Det betyder att implementeringsinsatser som riktar sig till att uppmana behandlare och remitterer att i högre grad föreslå internetbehandling är fruktbara, så väl som insatser som riktar sig till att få det utförda beteendet att bli mer omfattande.

För att höja behandlare och remitterers intention och metodföljsamhet tyder denna studie på att insatser bör läggas på att stärka individens attityd och inställning till att föreslå internetbehandling. Insatser bör inte bara rikta sig mot att höja attityden till internetbehandling, utan också specifikt mot beteendet att föreslå internetbehandling som behandlingsalternativ och dess konsekvenser. Utifrån Subjektiv norms låga förklaringsvärde bör insatser inte rikta sig mot arbetsplatsens klimat eller gruppnormer. Även om beteendet att föreslå internetbehandling utifrån alla delmoment är ett så komplext beteende att PBC enligt teorin bör spela en betydande roll kan vi inte uttala oss om det utifrån denna studie. Måttet som vi använt uppvisade för dåliga psykometriska egenskaper för att kunna dra slutsatser utifrån. Hur viktigt upplevd kontroll och kompetens är återstår att se i kommande studier.

Avslutande reflexioner

Sammanfattning resultat

Våra resultat visar på att attityden som en person har till att föreslå internetbehandling förefaller att hänga ihop med hur ofta hon eller han avser att föreslå behandlingen. Likaså tycks attityd vara nära förknippat med hur utförlig personen är när den föreslår det till patienter. Sambandet mellan attityd och intention är relativt svagt men signifikant.

Subjektiv norm verkar inte vara lika viktigt som attityd för personers intentioner att föreslå behandlingen eller hur utförligt de gör det. Domänen korrelerar med metodföljsamhet men har inget signifikant prediktionsvärde. Den har dessutom inget samband med intention.

Vilken betydelse PBC har för utfallsmåtten är därför svårt att bedöma med utgångspunkt i våra resultat. På grund av det låga värdet på cronbach's alpha går det i denna studie inte att dra några slutsatser utifrån PBC. Det är uppenbart att de item vi utformade inte mäter samma sak.

Intention och metodföljsamhet har samband med patientflöde och därmed bör den externa validiteten vara god. På grund av att det är mycket få verksamheter där vi kunnat beräkna sambandet skall resultatet tolkas med försiktighet. Resultatet är endast en tendens, ej signifikant. Däremot är det starka korrelationer och på grund av det väldigt låga n-talet finns en klar risk för typ-II fel.

Slutsatser

Denna studie hade som ansats att förstå och predicera hur ofta och hur väl behandlare och remitterter avser att föreslå internetbehandling som behandlingsalternativ för patienter. Detta gjorde vi genom en enkätundersökning utifrån Theory of Planned Behavior. Studien visar att teorin, med attityd som enda signifikanta prediktor, predicerar intention väl ($\beta = 0,37$) och metodföljsamhet mycket väl ($\beta = 0,58$). Fortsatt forskning bör fokusera på att undersöka samstämmigheten mellan olika typer av mått på intention och metodföljsamhet samt PBC, samt att undersöka test-retest-reliabiliteten. Utifrån studiens resultat bör insatser som riktar sig mot att höja behandlares och remitterters inställning till internetbehandling ha effekt på hur ofta samt hur väl de föreslår det som behandlingsalternativ för patienter.

Referenser

- Acarturk, C., Smit, F., de Graaf, R., van Straten, A., Ten Have, M., & Cuijpers, P. (2009). Economic costs of social phobia: A population-based study. *Journal of Affective Disorders, 115*(3), 421-429. doi:10.1016/j.jad.2008.10.008
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Milton Keynes: Open University Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Ajzen, I. (2007). Theory of Planned Behavior. I R. Baumeister & K. Vohs (Eds.), *Encyclopedia of social psychology* (pp. 888-890). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology & Health, 26*(9), 1113.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin, 84*(5), 888-918. doi:10.1037/0033-2909.84.5.888
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- 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. doi:10.1371/journal.pone.0013196
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *The British Journal of Social Psychology / the British Psychological Society, 40*(4), 471-499.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191

- Bonetti, D., Johnston, M., Clarkson, J. E., Grimshaw, J., Pitts, N. B., Eccles, M., et al. (2010). Applying psychological theories to evidence-based clinical practice: Identifying factors predictive of placing preventive fissure sealants. *Implementation Science*, 5(1), 25-25. doi:10.1186/1748-5908-5-25
- Bonetti, D., Pitts, N., Eccles, M., Grimshaw, J., Johnston, M., Steen, N., et al. (2006). Applying psychological theory to evidence-based clinical practice: Identifying factors predictive of taking intra-oral radiographs. *Social Science & Medicine*, 63(7), 1889-1899. doi:10.1016/j.socscimed.2006.04.005
- Casper, E. S. (2007). The theory of planned behavior applied to continuing education for mental health professionals. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 58(10), 1324-1329. doi:10.1176/appi.ps.58.10.1324
- Cooke, R., & French, D. (2008). How well do the theory of reasoned action and theory of planned behaviour predict intentions and attendance at screening programmes? A meta-analysis. *Psychology & Health*, 23(7), 745-765. doi:10.1080/08870440701544437
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS: And sex, drugs and rock'n'roll*. London: SAGE.
- Fishbein, M. (1967). *Readings in attitude theory and measurement*. New York: Wiley.
- Fixen, D., Naoom, S., Blase, D., Friedman, R., Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
- Foy, R., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2001). Why does primary care need more implementation research? *Family Practice*, 18(4), 353-355. doi:10.1093/fampra/18.4.353
- Francis, J., Eccles, M., Johnston, M., Walker, A., Grimshaw, J., Foy, R., et al. (2004). *Constructing questionnaires based on the Theory of Planned Behavior: A manual for health service researchers*. Newcastle: University of Newcastle

- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion, 11*(2), 87-98.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions, 26*(1), 13-24. doi:10.1002/chp.47
- Hedman, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Andersson, G., Rück, C., Lindfors, N., et al., Linköpings universitet. (2011). Cost-effectiveness of internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 49*(11), 729-736. doi:10.1016/j.brat.2011.07.009
- Holdershaw, J., Gendall, P. & Wright, M. (2011). Predicting blood donation behaviour: Further application of the theory of planned behaviour. *Journal of Social Marketing, 1*(2), 120-132. doi:10.1108/20426761111141878
- Kesebir, S., Joy-Gaba, J., Graham, J., Schmidt, K., Hahn, C., Tenney, E. R., et al. (2010). Cumulative and career-stage citation impact of social-personality psychology programs and their members. *Personality and Social Psychology Bulletin, 36*(10), 1283-1300. doi:10.1177/0146167210378111
- Kor, K., & Mullan, B. A. (2011). Sleep hygiene behaviours: An application of the theory of planned behaviour and the investigation of perceived autonomy support, past behaviour and response inhibition. *Psychology & Health, 26*(9).
- McGlynn, E. A., Asch, S. M., Adams, J., Keeseey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A., & Kerr, E. A. (2003). The quality of health care delivered to adults in the united states. *The New England Journal of Medicine, 348*(26), 2635-2645. doi:10.1056/NEJMsa022615
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

- Paxling, B. (2011). *Internet-delivered treatments for generalized anxiety disorder: Effectiveness, cost-effectiveness and therapist factors*. Faculty of pedagogy and psychology, Vrije University.
- Rivis, A., Sheeran, P., & Armitage, C. (2009). Expanding the affective and normative components of the theory of planned behavior: A meta-analysis of anticipated affect and moral norms. *Journal of Applied Social Psychology, 39*(12), 2985-3019. doi:10.1111/j.1559-1816.2009.00558.x
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology, 91*(1), 93-114.
- Sheeran, P., Orbell, S. & Trafimow, D. (1999). Does the temporal stability of behavioral intentions moderate intention-behavior and past behavior-future behavior relations? *Personality and Social Psychology Bulletin, 25*(6), 721-730.
- Sheeran, P. (2002). Intention—Behavior relations: A conceptual and empirical review. *European Review of Social Psychology, 12*, 1-36. doi:10.1080/14792772143000003
- Sheeran, P., & Taylor, S. (1999). Predicting intentions to use condoms: A Meta-Analysis and comparison of the theories of reasoned action and planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology, 29*(8), 1624-1675. doi:10.1111/j.1559-1816.1999.tb02045.x
- Sheppard, B. H., Hartwick, J., & Warshaw, P. R. (1988). The theory of reasoned action: A meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *Journal of Consumer Research, 15*(3), 325-343. doi:10.1086/209170
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyser, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine, 37*(3), 319-328. doi:10.1017/S0033291706008944
- Sutton, S. (1998). Predicting and explaining intentions and behavior: How well are we doing? *Journal of Applied Social Psychology, 28*(15), 1317-1338.

Triandis, H. (1977). *Interpersonal Behaviour*. Monterey, CA: Brooks

Trost, J., & Hultåker, O. (2007). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga A – Intervjuguide 1 och 2

Intervjuguide 1

Organisation:

Namn:

Befattning:

Syftet – att få upp ett patientflöde. Att metoden används. God implementering = lätt att göra rätt. Vi undersöker sådant som underlättar, men först vill vi ta reda på vad som är ”rätt”.

Vi kommer att ställa ett antal frågor. Behöver inte vara några märkvärdiga svar. Det uppenbara kan vara nog.

Uppsats, Ej identifierbara i uppsatsen. Förstudie. Frivilligt.

- Vilka program har ni köpt in?
- Hur stor del av din tjänst skall ägnas åt internetbehandling?

Action – vad är ett bra sätt att remittera till KBT-online

- Vad kan du göra för att patienter/klienter ingå i behandling med kbt-online?
- De gånger som det gått bra, märker du att du gjort något annorlunda då jämfört med när det gått mindre bra?
- Hur gör du? Något som fungerar bättre eller sämre?

Target

- Vilken är er målgrupp med KBT-online?

Context

- Vilken typ av patienter/klienter erbjuder ni kbt-online?
- Speciell problembild?
- Andra kriterier som måste uppfyllas?
- Något som inte får uppfyllas?

Time

- När erbjuder ni KBT-online?
- När i remisgången? – Patientens resa genom verksamheten

Andra personer

- Finns det några andra personer i din verksamhet som påverkar patienternas remittering till KBT-online?

- Kan de vara intresserade av att svara på frågor?

- kontaktuppgift

- Vill du vara med i en senare intervju. Ca 45 minuter. + enkät

- Tid för oss att besvara frågor

Intervjuguide 2

-Frågorna utgör underlaget för ett formulär som vi kommer att ta fram

-Vi är intresserade av förutsättningar för att erbjuda internetbehandling

-tid 45 min

-avidentifierat

-vi ej är psykologpartners, studenter som skriver uppsats

Vad tycker du är fördelarna med internet-behandling?

Vad tycker du är nackdelarna med internet-behandling?

När du samtalar om behandlingsalternativ med patienter som uppfyller kriterierna i bedömningsmanualen:

När vi frågar om att erbjuda internet-terapi menar vi att lyfta fram det som ett lämplig och fullgott alternativ för patienten.

Betona att det är behandlarens beteende som vi frågar om, inte internet-behandling i stort.

Vad tycker du är fördelarna med att erbjuda internet-behandling?

- Kan det leda till något bra?

- Vad är skillnaden om du erbjuder internet-behandling jämfört med om du inte gör det?

Vad tycker du är nackdelarna med att erbjuda internet-behandling?

Finns det något som du vill tillägga angående din attityd till att erbjuda internet-behandling?

- Förvem? – Pat, behandlare, verksamheten

OBS! Skilj på att erbjuda och själva internet-behandlingen i sig

Finns det några personer eller grupper som skulle uppskatta om du erbjöd dina patienter internet-behandling?

- Vad tror du att de tycker?
- Ledning, kollegor, patienter, andra

Finns det några personer eller grupper som skulle vara negativt inställda till att du erbjuder dina patienter internet-behandling?

- Vad tror du att de tycker?
- Ledning, kollegor, patienter, andra
-

Finns det något mer som du tänker på angående andra personers inställning till att erbjuda internet-behandling?

Vilka förutsättningar behövs för att du ska kunna erbjuda internet-behandling?

Vilka hinder skulle göra det svårt eller omöjligt för dig att erbjuda internet-behandling?

Finns det något annat som du tänker på gällande att erbjuda internet-behandling?

Har du några frågor till oss eller om vårt projekt?

Bilaga B - Enkäten

Psykologisk internetbehandling

Denna enkät handlar om att föreslå internetbehandling som ett alternativ för patienter. Det är viktigt att det är just din upplevelse som du anger i svaren. Välj därför det svar som känns naturligt för dig och lägg inte allt för mycket tid på att fundera över varje fråga. Tid att svara på enkäten: 10-15 minuter Alla svar i denna enkät kommer att vara anonyma. Tack för din medverkan!

* Required

Kön *

- Man
 Kvinna
 Annat

Ålder* Ange i siffror hur gammal du är

Arbetsplats* Arbetsplatsens namn kommer att avidentifieras i uppsatsen.

Om du remitterar patienter till internetbehandling vid en annan organisation, i så fall vart? Organisationens namn kommer att avidentifieras i uppsatsen.

Hur många år har du arbetat på din aktuella arbetsplats?* Avrunda till hela år.

Hur många år har du arbetat inom hälso- & sjukvården? Avrunda till hela år.

Vad är din roll i internetbehandling?*

- Jag remitterar till andra som utför behandlingen
 Jag utför behandlingen

För vilka åkommor har ni internetbehandling på er verksamhet? *Det går bra att välja flera alternativ.

- Ångest
 Oro
 Depression
 Sömnproblematik
 Tinitus
 Annan

Om annan, vilken eller vilka åkommor?

Vanliga kriterier som patienten måste uppfylla för att vara lämplig för internetbehandling.

Kriterierna kan skilja sig åt något mellan olika verksamheter. Uppfyller DSM-IV eller ICD-10 kriterierna för den problematik som är aktuell. Somatiska orsaker är utredda. Inga uppenbara tecken på neuropsykologisk problematik eller personlighetsstörning. Ingen annan parallell behandling som kan "störa" internetbehandlingen (tex. benzodiazepiner) Ingen akut suicidbenägenhet. Inget pågående missbruk av alkohol eller narkotika. Patienten kan avsätta den tid som behövs för behandlingen. Patienten har tillräcklig förståelse för svensk text och tal för att kunna ta till sig behandlingsprogrammets innehåll. Patienten har tillräcklig koncentrationsförmåga för att kunna ta sig igenom ett avsnitt på 30 till 60 minuter via datorn. Patienten har tillgång till dator med fast internetuppkoppling. Motivation finns/skapas av behandlaren/bedömare.

Känner du till de kriterier som patienten måste uppfylla för vara lämplig för internetbehandling på din verksamhet?*

- Ja
- Ja, i stora drag
- Nej

Hur många patienter i månaden tror du att du träffar som uppfyller de kriterier för internetbehandling som gäller på er verksamhet? *Ange antal med en siffra.

Av tio patienter som uppfyller kriterierna, för hur många av dem föreslår du internetbehandling? *Ange med en siffra mellan 0 och 10.

Hur många av dessa patienter tror du tackar ja? *Ange med en siffra mellan 0 och 10.

För de patienter som uppfyller kriterierna är internetbehandling ett: *

- 3 väldigt dåligt behandlingsalternativ
- 2
- 1
- 0
- +1
- +2
- +3 väldigt bra behandlingsalternativ

När du föreslår internetbehandling för en patient, förklarar du utifrån följande delmoment: *Välj de delmoment som du brukar göra. Det går bra att välja flera alternativ.

- att patienten kan välja själva när och var hen ska arbeta.
- att behandlingen är ett fullgott alternativ.
- att effekten av behandlingen har stöd i forskning.
- att programmet är framtaget av psykologer.
- att man får behandlarstöd under behandlingens gång.
- genom att visa hur programmet ser ut på datorn.

- att patienten får välja behandling
- samt har behandlingsmaterial nära till hands.
- inget av ovanstående
- annat

Om annat, i så fall vad?

Att föreslå internetbehandling för patienter.

I den här enkätdelen handlar frågorna om att föreslå internetbehandling till patienter. Vi syftar då på patienter som uppfyller kriterierna för internetbehandling. Vi undrar vad som händer i mötet med patienten om du genomför alla, eller de flesta av de delmoment som listas ovanför. Om du endast brukar genomföra ett fåtal av delmomenten, svara då på frågorna hur du TROR att det skulle vara att genomföra alla eller de flesta av dem.

Om jag skulle utföra samtliga delmoment när jag föreslår internetbehandling för patienten skulle det öka chansen för att patienten säger ja till förslaget.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Håller inte med alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller med helt

Att jag föreslår internetbehandling är för patienten:*

	1	2	3	4	5	6	7	
skadligt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	fördelaktigt

Patienter som genomgår internetbehandling avbryter behandlingen i förtid i större utsträckning än i annan psykologisk behandling.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Håller inte med alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller med helt

Om jag föreslår internetbehandling genom att utföra samtliga delmoment (se ovan) för patienten gör det honom mer motiverad för behandlingen.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Håller inte med alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller med helt

Att föreslå internetbehandling till patienter är på det hela taget:*

	1	2	3	4	5	6	7	
värdelöst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	verksamt

Att jag föreslår internetbehandling för patienten skapar trygghet för honom.*

	1	2	3	4	5	6	7	
--	---	---	---	---	---	---	---	--

Håller inte med alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller med helt
----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------

När jag föreslår internetbehandling för patienten tror hen att jag erbjuder en sämre behandling för att spara pengar för verksamheten.*

1 2 3 4 5 6 7

Håller inte med alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller med helt
----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------

Viktiga personer i min tillvaro tycker att jag borde föreslå internetbehandling till mina patienter.*

1 2 3 4 5 6 7

Håller inte med alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller med helt
----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------

Om jag föreslår internetbehandling för patienten gör det honom negativt inställd till behandlingen på grund av mindre behandlarkontakt.*

1 2 3 4 5 6 7

Håller inte med alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller med helt
----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------

När jag föreslår internetbehandling för mina patienter uppskattar de det:*

- 3 absolut inte
- 2
- 1
- 0
- +1
- +2
- +3 väldigt mycket

Det förväntas av mig att jag ska föreslå internetbehandling till mina patienter.*

1 2 3 4 5 6 7

Håller inte med alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller med helt
----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------

När det kommer till att föreslå internetbehandling för mina patienter tycker ledningen av min organisation att jag:*

- 3 absolut inte bör göra det.
- 2
- 1
- 0
- +1

- +2
- +3 absolut bör göra det

Att föreslå internetbehandling till patienter är på det hela taget:*

	1	2	3	4	5	6	7	
dåligt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	bra

Mina kollegor föreslår internetbehandling till sina patienter:*

- 3 extremt sällan
- 2
- 1
- 0
- +1
- +2
- +3 väldigt ofta

Om jag föreslår internetbehandling för mina patienter kommer min kollega som utför behandlingen att: Om du utför behandlingen, svara ej.

- 3 ogilla det
- 2
- 1
- 0
- +1
- +2
- +3 uppskatta det

Att öka chansen till att patienten tackar ja till behandlingen är:*

- 3 absolut inte önskvärt
- 2
- 1
- 0
- +1
- +2
- +3 mycket önskvärt

Jag känner ett socialt tryck att föreslå internetbehandling till mina patienter.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Håller inte med alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller med helt

Jag är säker på att jag skulle kunna föreslå internetbehandling till mina patienter om jag ville.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Håller inte med alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller med helt

Att skapa trygghet för patienten är:*

- 3 absolut inte önskvärt
- 2
- 1
- 0
- +1
- +2
- +3 mycket önskvärt

Jag är insatt i programmet för internetbehandling.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Håller inte med alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller med helt

Att göra patienten motiverad för behandlingen är:*

- 3 absolut inte önskvärt
- 2
- 1
- 0
- +1
- +2
- +3 mycket önskvärt

Om jag föreslår internetbehandling till en patient eller ej är helt upp till mig.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Håller inte med alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller med helt

Att patienten tror att jag erbjuder en sämre behandling för att kunna spara pengar för verksamheten är:*

- 3 absolut inte önskvärt

- 2
- 1
- 0
- +1
- +2
- +3 mycket önskvärt

Jag har stöd av någon som kan mer om behandlingsprogrammet och kan få svar på mina frågor.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Håller inte med alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller med helt

Att göra patienten negativt inställd till behandlingen är:*

- 3 absolut inte önskvärt
- 2
- 1
- 0
- +1
- +2
- +3 mycket önskvärt

Att patienten avslutar behandlingen i förtid är:*

- 3 absolut inte önskvärt
- 2
- 1
- 0
- +1
- +2
- +3 mycket önskvärt

Beslutet att föreslå internetbehandling är bortom min kontroll.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Håller inte med alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller med helt

Jag har tid för att kunna föreslå internetbehandling till mina patienter.*

1	2	3	4	5	6	7
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Håller inte med alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller med helt
----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------

Att föreslå internetbehandling till patienter är för mig.*

	1	2	3	4	5	6	7	
tråkigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	roligt

Jag påverkas av vad mina patienter tycker.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Håller inte med alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller med helt

Att göra som mina kollegor är viktigt för mig.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Håller inte med alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller med helt

Att jag är insatt i behandlingsprogrammet gör det lättare att föreslå behandlingen för patienten.*

- 3 Håller inte med alls
- 2
- 1
- 0
- +1
- +2
- +3 Håller med helt

Att föreslå internetbehandling är för mig.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Svårt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lätt

Vad min kollega som utför internetbehandlingen tycker har betydelse för mig. Om du utför behandlingen, svara ej.

	1	2	3	4	5	6	7	
Håller inte med alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller med helt

Vad ledningen tycker är viktigt för mig.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Håller inte med alls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Håller med helt

Att få stöd och svar på frågor om behandlingsprogrammet gör det mer troligt att jag föreslår behandlingen för patienterna.*

- 3 Håller inte med alls
- 2
- 1
- 0
- +1
- +2
- +3 Håller med helt

De typer av stöd och hjälp som är viktiga för mig är: *Det går bra att välja flera alternativ

- Tekniskt stöd
- Handledning
- Stöd från chefer
- Stöd från kollegor
- Kunna hänvisa patienten till teknisk support
- Inget av ovanstående
- Annat

Om annat, i så fall vad?

Att ha tid för att föreslå internetbehandling ökar sannolikheten att jag gör det.*

- 3 Håller inte alls med
- 2
- 1
- 0
- +1
- +2
- +3 Håller med helt

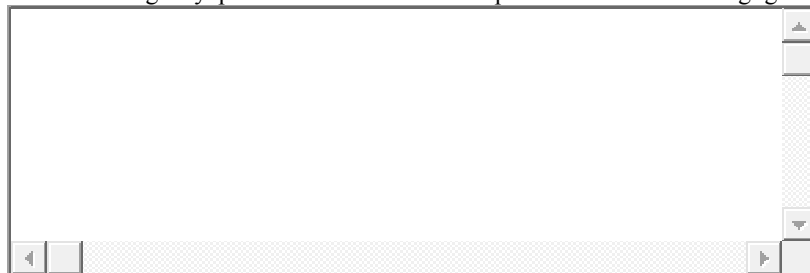
Att ha den tid jag behöver för att föreslå internetbehandling är viktigt för: *Det går bra att välja flera alternativ

- att hinna med alla delmoment när jag förklarar för patienten
- den tid det tar att förbereda mig innan jag träffar patienten
- den tid som en internetbehandling tar av mig som behandlare
- inget av ovanstående

annat

Om annat, i så fall vad?

Om du har några synpunkter eller kommentarer på enkäten vore vi väldigt glada om du ville skriva dem till oss.



Tack för din medverkan!

Om du har några frågor om denna enkät är du välkommen att kontakta Elias Dorve (eliasdorve@gmail.com) eller Gustav Nilsson (nilssonsgustav@gmail.com).

Bilaga C – Information om studien

Hej!

Vi är två psykologstudenter som behöver din hjälp för att undersöka vad som är viktigt när en ny metod introduceras i en verksamhet. Under våren kommer vi att skriva vår examensuppsats på psykologprogrammet i Lund. Vi samarbetar med Psykologpartners och kommer att undersöka implementeringsprocessen för internetterapi hos de verksamheter som använder den typen av tjänster.

Våra mål med undersökningen är att både skaffa mer kunskap om vad som ligger till grund för en god implementering samt att formulera verktyg för att underlätta en sådan process i framtiden. Det är här vi behöver din hjälp. Du som användare, eller kollega till någon som använder internetterapi, har många viktiga erfarenheter som vi skulle vilja ta del av.

Det är mycket som påverkar en patient att inleda en psykologisk behandling. Men att det är patientens egna val att göra det är en grundförutsättning. Det första steget i vår studie blev således att utreda vilket beteende som behandlare eller remittent utför som föregår patientens beslut. Vårt fokus blev helt enkelt att föreslå internetbehandling för patienten. Vi utförde intervjuer både med personer som utför och de som remitterar till internetbehandlingen och utifrån dessa skapade vi en enkät. Enkäten undersöker attityder och upplevd social norm kring internetbehandling samt förutsättningar som krävs för att kunna föreslå det för patienter.

Vår förhoppning är att enkäten ska förbättra organisationers arbete gällande internetbehandling samt underlätta när det introduceras i en ny verksamhet.

Hälsningar

Elias och Gustav