



LUND
UNIVERSITY

Institutionen för psykologi

Kandidatuppsats

KBT online - kontra - KBT fysisk
CBT online - versus - CBT in-person

Emil Trygged & Arsenie Florentina

Kandidatuppsats VT 22

Handledare: Joana Duarte

Examinator: Roger Johansson

Abstract

This essay was based on digital care and focuses on online care in psychological treatments. This work was limited to cognitive behavioral therapy (CBT) and focused mainly on the therapists competence, perceived difficulties, and feelings during ongoing conversation, but also investigated preferences for common ailments in therapy. These concepts were compared between physical therapy sessions and online sessions into the research question. Data were collected by searching for those active in CBT treatment and resulted in 46 responses. These answers were then analyzed by Jamovi, and a Paired Sample T-test was used in order to interpret the data. The results show for instance that there is a significant difference when it comes to therapeutic alliance and therapeutic authenticity when the therapist perceives their competence, in favor of therapy in person. The same phenomenon is consistent with detecting emotional reactions as well as effectiveness in helping clients/patients. When it comes to perceived difficulties with therapy, the differences were small between in person and online. When it comes to in session feeling the therapist considered that online sessions have poorer conversation flow compared to in person. This paper recommends more training for online therapy and an improved attitude towards this form. further research should be done in order to see if improved therapeutic alliance (in online format) can decrease dropout from treatment.

Keyword

CBT, CBT online, therapy, therapeutic alliance, mental illness, competence.

Abstrakt

Den här uppsatsen baseras på digital vård som utgångspunkt och fokuserar på online-vård inom psykologisk behandling. Arbetet begränsades till kognitiv beteendeterapi (KBT) och fokuserade främst på terapeuternas kompetens, upplevda svårigheter och känslor under pågående samtal, men undersökte även behandling preferenser för vanliga besvär inom terapi. Dessa koncept jämfördes mellan fysiska sessioner och online-sessioner i forskningsfrågan. Data samlades in genom att söka efter yrkesaktiva inom KBT-behandling och resulterade i 46 svar. Dessa svar analyserades sedan genom Jamovi, och Paired Sample T-test användes för att tolka data. Resultaten visar bland annat att det finns en signifikant skillnad när det gäller terapeutisk allians och terapeutisk autenticitet när terapeuten uppfattar sin kompetens, till förmån för terapi personligen. Samma fenomen är förenligt med att upptäcka känslomässiga reaktioner såväl som effektivitet i att hjälpa klient/patient. När det gäller upplevda svårigheter med terapi var skillnaderna små mellan terapi fysiskt på plats och online. När det kommer till känsla under pågående terapi-sessions ansåg terapeuterna att online-sessioner har sämre samtalsflöde jämfört med fysisk träff. Denna artikel rekommenderar mer utbildning för onlineterapi och en förbättrad attityd till denna form. Ytterligare forskning bör göras för att se om förbättrad terapeutisk allians (i online-format) kan minska avhopp från behandling.

Nyckelord

KBT, KBT online, terapi, terapeutisk allians, psykisk ohälsa, kompetens.

Bakgrund KBT

Kognitiv beteende terapi (KBT) är den interventionsmodell som oftast erbjuds till klienter inom sjuk och hälsovården i Nordamerika, Europa samt andra delar av världen. Terapiformen har sitt ursprung från behaviorismen, framförallt från psykologiprofessorn J. B. Watsons publikation *Psychology from the Standpoint of a Behaviourist*, som utkom år 1919 (McLeod, 2019).

På 1960 - talet utvecklades den kognitiva terapin av Aaron Beck, som betraktas som grundaren till kognitiv beteendeterapi, en behandlingsform som lär klienter att bryta oönskade tankemönster om sig själva, omgivningen eller sin framtid. Genom bland annat uppsatta mål, övningar, hemuppgifter med mera, kan negativa tankar behandlas. Även andra psykiska besvär såsom social fobi, depression, panikattacker, ångest, bulimi, tvångssyndrom etcetera är vanligt vid behandling med KBT (Beck, 2021).

Kognitiv beteendeterapi betraktas som en samling av metoder som hjälper klienten att få svar på betydande frågor, dämpa oro, skapa en betydelsefull tillvaro och ge stöd till ett hälsosamt liv. KBT bygger på en pedagogisk samt jämlik, ödmjuk och affirmativ människosyn. Klienten får tydliga beskrivningar av behandlingsmodellen som passar just honom/henne och tillvägagångssätt. Nutidens komplikationer som klienten vill ha hjälp med är av hög prioritet och grundlig utvärdering från barndomen inkluderas oftast. Tidsbegränsningar sätts för att effektivisera behandlingen och målsättningar är viktiga (Kåver, 2016).

KBT med fysiska behandlingsmöten

KBT forskningen har i nuläget många etablerade kognitiva behandlingsmetoder och visat ett överlägset behandlingsresultat. Kognitiva moment som innebär beteendeanalys och beteendeterapi tillkommer alltmer som en logisk följd i KBT terapin som en del av kognitions forskningen. Detta gäller även begreppet Metakognition som handlar om två grundläggande tankeprocesser som förekommer samtidigt och består av inläring och åtgärd. Något som basalt används till emotionella störningar (Öst, 2013).

Den kontinuerliga förändringen är intressant för forskare som observerar hur behandlingsmetoderna kombineras alltmer. Den snabba utvecklingen av KBT som behandlingsmetod riskerar dock att behandlingen inte längre är professionell. Vilket vidare leder till hur KBT behandling ska läras ut och vilka ska handhålla utbildningen. Metoder som avser beteendeterapin i framtiden tros föreligga starkast inom människors lidande och KBT kan troligtvis ingå generellt i framtida professionella vårdutbildningar (Öst, 2013).

Ett exempel på en studie som beskriver att KBT kan fungera som behandlingsmetod är en studie av Parky et al (2022) med 70 deltagare som undersökte KBT i relation till sömnsvårigheter. Studien kom fram till att personer som fick KBT behandling mot sömnsvårigheter även påvisade lägre grad av depression, vilket ligger i linje med tidigare forskning på området. Deltagare som genomgick KBT i relation till sömnsvårigheter och minskade sina upprepade tankar kring trötthetssymptom upplevde positiva förbättringar i relation till humöret. Personer med lägre grad av depression vid baslinjen samt lägre ålder för deltagarna upplevde högst fördelar av detta i relation till humöret.

KBT med behandlingsmöten online

Strid (2017) undersökte tre behandlingsmetoder för medelsvåra sjukdomar såsom stress, depression och sömnproblem. Behandlingsmetod nr 1: internetbaserad KBT, nr 2: fysisk träning och nr 3: traditionell behandling som oftast innebär läkemedel.

Resultaten klargör att internetbaserad KBT är lika effektiv som fysisk träning och att primärvården bör ha ett brett utbud av behandlingsmetoder. En annan viktig punkt är vikten av att primärvården ska kunna skatta vilken behandlingsform är bäst lämpad för patienten (Strid, 2017). En forskningsstudie som även nämns av Strid (2017) är forskningsstudien Regassa, som är ett samarbete mellan hälso och sjukvårdshuvudmän tillsammans med universitet. Studien kom fram till att internetbaserad KBT samt fysisk träning hade större positiv påverkan mot mild och måttlig depression, stressrelaterad psykisk ohälsa och ångest, jämfört med den behandling som normalt sätt ges inom primärvården. Även om internetbaserad KBT samt fysisk träning hade positiva effekter påverkades inte graden av sjukskrivningar (Regassa, 2016).

En annan studie avseende KBT online är Lalouni et al (2019) som undersökte internetbaserad KBT som intervention för barn med magsmärtor. Barn som genomgick KBT behandling online påvisade lägre grad av smärta jämfört med personer som fått traditionell behandling fysiskt på plats. Med KBT-behandlingen ökade barnens livskvalite, ångest i relation till magsmärtan minskade, samt undvikande beteende. De barn som fick sin behandling online nyttjade sjukvården mindre vid uppföljning vilket leder till stora kostnadsbesparingar.

En studie av Rathenau, Sousa, Vaz & Geller (2021) med 445 terapeuter som deltagare beskriver hur terapeutens attityder gentemot online-terapi samt upplevda svårigheter vid

onlineterapi påverkar terapeutens närvaro. En stark närvaro är viktigt för att nå en bättre terapeutisk relation samt för att nå en positivare terapeutisk allians. En signifikant positiv korrelation fanns mellan terapeutens ålder och närvaro om än svag. Upplevda svårigheter korrelerade negativt med terapeutens närvaro vilket även gäller för terapeutens attityd. En terapeut med positiv attityd till online-terapi kommer därför ha en starkare närvaro än en person med negativ attityd.

KBT online vs KBT fysiska möten

I en studie från Axelsson et al (2020), undersöktes om behandling mot ångest är lika effektivt online som vid fysiskt möte. Studien utfördes på 204 deltagare och kom fram till att det inte fanns någon signifikant skillnad i behandlingsutfall av personer som genomgått internetbaserad KBT mot ångest, jämfört med personer som träffats fysiskt för sin behandling. En fördel med online-behandling i den här studien som lyftes fram var lägre samhällskostnader. Terapeuter spenderade i snitt 45,6 minuter vid fysiskt möte och 10 minuter vid online-möte. Det var dock fler personer som valde att hoppa av behandlingen från online-KBT jämfört med fysisk KBT. Den terapeutiska alliansen var skattad signifikant lägre men påverkade inte utfallet av behandling.

Enligt en studie av Békés & Aafjes-van Doorn (2020) med 145 deltagare har personer med mer erfarenhet av onlineterapi positivare attityd, jämfört med personer som har mindre erfarenhet av online-terapi. Denna studie gjordes i relation till Covid 19 pandemin, där transformationen från fysisk terapi till onlineterapi och hur terapeuters attityd påverkas av denna transformation. Terapeuter med KBT-bakgrund har mer positiva erfarenheter av online-terapi jämfört med terapeuter som utgår från ett psykodynamiskt perspektiv. Terapeuter var mer negativt inställda till online-terapi om den fick de att känna sig tröttare, mindre självsäkra, mindre kompetenta, mindre anslutna samt att den terapeutiska relationen upplevs som mindre autentisk eller genuin. Terapeuter utvecklade positivare attityder till onlineterapi i takt med ökad erfarenhet.

En metastudie av Tao, Heckman & Anderson (2021) granskar 20 artiklar som undersökte behandlingsutfall av fysisk terapi jämfört med video eller telefonsamtal, och kommer fram till att det inte råder någon signifikant skillnad i utfall när det kommer till efterbehandling. Denna meta-studie har sedan uppmärksammats av Aafjes-van Doorn (2022) som lyfter fram komplexiteten inom denna typ av forskning. Vidare beskriver Aafjes-van

Doorn (2022) det vanligaste problemen som terapeuter upplevt online är teknikstrul, patienters möjligheter att finna lämplig plats, och risker för patienten eller terapeuten. Andra faktorer som påverkar är att bli distraherad under sessionen samt mindre förbunden med patienten, samt svårigheter att läsa av patientens emotioner.

En studie av Khatib, Gelkopf, Kapolnik, & Hassan-Abbas (2021) undersöker omställningen från fysisk terapi till onlineterapi under covid 19 pandemin. 192 terapeuter fick svara på frågor i relation till online-terapiens effektivitet, förberedelse för onlineterapi, samt attityder till telemedicin inom psykiatri och psykoterapi. En svårighet med onlineterapi är den icke-verbala kommunikationen, vilket i sin tur kan medföra svårigheter i att uttrycka empati och därigenom kan den terapeutiska miljön bli avhumaniserad. Terapeuter som hade en positiv attityd till onlineterapi upplevde sig själva som mer effektiva i sina interventioner och upplevde även en starkare terapeutisk allians. Terapeuter med mer förberedelse uppfattade sig själva som mer effektiva, vilket bland annat inkluderar vägledningen för att bättre anpassa sina terapeutiska tekniker till ett online-medium.

En studie av Lin, Stone, Heckman & Anderson (2021) undersökte 440 terapeuters uppfattning om skillnaderna i att driva terapi fysiskt på plats med att ha motsvarande i online-format. Tre områden inom terapi - terapeutiska färdigheter, extra terapeutiska färdigheter, samt upplevt resultat blev alla bedömda som sämre online jämfört med fysisk terapi session. Artikelns författare poängterar att det är terapeuternas uppfattning, och därför inte behöver överensstämma med hur utfallet faktiskt ser ut när online-terapi jämförs med fysisk modalitet. Exempel på faktorer som uppfattas som problematiskt med online-terapi är exempelvis medveten tystnad som en icke verbal intervention blir hämmad. Detta eftersom klienten kan uppfatta det som att internet tappat kontakten om terapeuten inte svarar omedelbart. Detta kan i sin tur uppfattas som att terapeuten inte är närvarande under samtalet. Faktorer som terapeuter upplever som sämre med onlineterapi jämfört med personlig terapi är exempelvis minskad värme, sämre förmåga att tillhandahålla resurser, lägre upplevt resultat vid symptom-minskning.

En pilotstudie av Messina & Löffler-Stastka (2021) undersökte 29 stycken terapeuters erfarenheter av fysisk terapi jämfört med onlineterapi. Detta gjordes utifrån parametrarna kliniska färdigheter, svårigheter vid kliniskt utövande, samt hur terapisaftal flyter på under sessionen utifrån parametrarna: hur samtal flyter på, om terapeuten blir uttråkad samt

terapeutens ångestnivå. Vid kliniskt utövande skattade sig terapeuterna högre vid fysiskt möte jämför med online-format. Exempel på detta är hur bra terapeuterna engagerar klienten/patienten i den terapeutiska alliansen, terapeutens känsla av att vara naturlig, vilket ansågs vara högre vid fysiskt möte jämfört med online.

Uppsatsens ansats

Bakgrunden till denna studie är den pågående digitalisering som sker i samhället och hur detta påverkar hur vård bedrivs. Regeringen gav år 2018 Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram riktlinjer för vilken typ av vård och behandling som lämpar sig, samt inte lämpar sig för digital vård till patienter. Motivet till ökad digitalisering inom vården beskrivs av Socialstyrelsen (2018) som följande: *“Digitaliseringen bär med sig stora möjligheter för hälso- och sjukvården, såsom möjlighet till ökad självständighet, delaktighet och inflytande för den enskilde patienten.”* Vidare menar Socialstyrelsen (2018) att digital vård karaktäriseras som en *“en heterogen grupp av tjänster som ofta kombineras”* eftersom det finns flera alternativ. Enligt Waara (2022) har coronapandemin ökat efterfrågan på digital vård då social distansering varit ett verktyg för att minska smittspridning. Den digitala vården kan ske både i realtid samt med fördröjning och utifrån olika kanaler såsom video, chatt, e-post etc. Gemensamt för de olika formerna är att patienter är åtskilda från hälso och sjukvårdspersonal (Socialstyrelsen, 2018).

Digital vård omfattar många olika typer av vårdformer, varvid avgränsningar måste göras. Då detta arbete utformas inom ramen för den psykologiska institutionen vid Lunds Universitet är det intressant att undersöka psykologisk behandling som del av digitaliserad vård, med fokus på KBT baserad onlineterapi. I en artikel i psykologtidningen författad av Skeppstedt Lindqvist (2019) återfinns följande formulering *“Kanske är övergången till onlineterapi det största paradigmskifte som ägt rum inom psykoterapi.”* Att utvecklingen går mot ett mer digitaliserat samhälle gör det viktigt att öka förståelsen för detta fenomen. Den genererade resultatet för detta arbete avser kunna ge svar på om KBT terapi kan utföras lika bra online (eller bättre) som vid personligt terapisamtal på plats utifrån terapeutens synvinkel. Detta genom att undersöka terapeutens uppfattning om kompetens, upplevda svårigheter samt känsla under pågående samtal vid både fysisk och onlineterapi. Kunskapsgenereringen avser kunna användas för att bättre förstå vilka delar av terapi som påverkas av att terapin sker online jämfört med fysiskt på plats. Med detta som avstamp kommer detta arbete ha följande syfte och frågeställningar:

Syfte

Syftet med detta arbete är att undersöka KBT- terapeuters uppfattning om bland annat *kompetens, upplevda svårigheter, känsla under pågående samtal*, när terapi vid fysiskt möte jämförs med online-terapi. Terapeuters behandlingspreferens rörande några vanligt förekommande åkommor kommer även att avhandlas, där terapi vid fysiskt möte jämförs med online-terapi.

Frågeställningar

- Hur uppfattar KBT- terapeuter sin kompetens vid fysisk och online-terapi?
- Vilka terapeutiska svårigheter upplever KBT-terapeuter skiljer sig vid möten fysiskt och online?
- Hur skiljer sig KBT terapeuters pågående känsla vid fysiskt möte jämfört med online-möte?

Deltagare

Deltagare i studien är yrkesverksamma terapeuter, legitimerade psykologer, samtals terapeuter, socionomer, där samtliga har sin terapeutiska bakgrund utifrån KBT. Deltagarna har bedrivit terapi både i fysisk form samt i online-format. Deltagarantalet uppgick till 46 personer fördelat på 29 kvinnor, 16 män samt en person som valde att svara annat.

Material

Universitetsbibliotekets resurser har använts för hitta artiklar inom ämnesområdet genom att använda tillgängliga databaser. Som utgångspunkt för uppsatsens frågor har Messina och Loffler-Stastka's pilotstudie "Psychotherapists' perception of their clinical skills and in-session feelings in live therapy versus online therapy during the COVID-19 pandemic: a pilot study" från år 2021 använts. Valet att använda denna pilotstudie som utgångspunkt är att den fångar flera aspekter av terapi samtidigt eftersom den utgår från parametrar som kliniska färdigheter, terapeutiska svårigheter, känsla under pågående samtal. Samtliga aspekter jämför fysisk terapi med online-terapi i de olika parametrarna vilket kan bidra med diversifierad kunskap. Messina & Loffler-Stastka (2021) använder sig av tio frågor för att undersöka terapeuters uppfattning om klinisk kompetens. Detta arbetet har replikerat sex stycken av dessa frågor och översatt dessa till svenska. Anledningen till att vissa frågor valdes bort gjordes med hänsyn till omfattning samt att vissa av frågorna bedömdes som svåra att svara på vilket ökar risken för att respondenter väljer att inte fullfölja enkäten. När det kommer till terapeutiska svårigheter har Messina & Loffler-Stastka (2021) tolv frågor för att besvara detta fenomen. Fyra av dessa frågor har replikerats och översatts till svenska. Även detta val baseras på omfattning och svårighetsgrad på frågorna. När det kommer till pågående känsla under terapisaamtal har Messina & Loffler-Stastka (2021) tre frågor. Dessa tre frågor har använts, men formulerats om för att bli tydligare. Två frågor har även adderats rörande förtroendebrist mot klient/patient samt terapeuters upplevda stress för att ge en utökad dimension till detta arbete.

Design

Material till detta arbete har samlats in genom mail-undersökning i enkätform. Enligt Smith & Davis (2013) finns flera fördelar med mail-undersökning eftersom den som undersöker inte behöver vara närvarande under tiden när undersökningen besvaras, och undersökningen kan skickas ut till ett stort antal respondenter jämfört med om varje

undersökning måste ske via personlig kontakt. Problem med detta tillvägagångssätt kommer avhandlas under avsnittet för reliabilitet och validitet.

Procedur

Uppsatsens arbete började med en litteraturgenomgång för att få en ingående förståelse för området. Detta gjordes genom att använda universitetsbibliotekets resurser i form av LUBsearch och databaserna PsycINFO och PsycARTICLES. Sökord som användes är bl.a. "Therapy Online", "CBT online". Fokus har legat på att hitta artiklar som publicerats under de senaste åren. Med hjälp av tidigare forskning har frågor utvecklats för att bäst besvara forskningsfrågan i denna uppsats. Google formulär har sedan använts som plattform för att samla in respondenternas svar. För att hitta deltagare till studien, dvs yrkesverksamma KBT utövare har google använts som sökmotor. Sökord som används är sedan "KBT Psykolog" eller "KBT terapeut" följt av en stad t ex Stockholm, Göteborg, Malmö. Detta resulterade i 193 antal mailadresser som hittades via hemsidor, och dessa mailadresser samlades sedan i ett dokument. Enkäterna skickades sedan ut till respondenterna där 46 antal personer valde att svara under perioden 2022-04-27 - 2022-05-07 innan enkäten låstes. Ett antal respondenter skickade vidare enkäten internt till sina kontakter för att på så vis nå fler deltagare.

Analyser

Enkätfrågorna har ställts med samma fråga två gånger med skillnaden att första frågan är applicerad på fysiskt terapimöte och den andra frågan applicerad på terapimöte online. Paired sample T-test har sedan använts för att analysera om svaren skiljer sig åt i de olika modaliteterna. En uppdelning har gjorts utifrån tre olika element vilka är följande: uppfattning om kompetens, upplevda svårigheter, samt känsla under pågående samtal. Signifikansnivån är $p < .001$ men $p < .005$ kommer även nämnas i vissa fall. Enligt Navarro & Foxcroft (2022) används effektstorlek (eng. Effect Size) som mått för att avgöra eventuella skillnader mellan medelvärden och antal standardavvikelser som separerar dessa medelvärden. Detta kan mätas utifrån Cohen's d, där värden runt 0,2 betraktas som liten effektstorlek, värden runt 0,5 som en måttlig effektstorlek, och värden runt 0,8 betraktas som stor effektstorlek. Navarro & Foxcroft (2022) poängterar att dessa värden inte ska följas blint eftersom en liten effektstorlek kan ha betydelse och en stor effektstorlek inte behöver det. Detta arbetet presenterar effektstorlek för att läsaren på ett överskådligt sätt ska kunna se

skillnader mellan fysisk terapi och online-terapi. För att analysera data har Jamovi version 2.0.0.0 använts.

Urval av deltagare (Sampling)

Detta arbete avsåg att utgå från ett sannolikhetsurval (Probability sampling) utifrån ett enkelt slumpmässigt urval (simple random sampling) vilket innebär att varje element (exempelvis en person på en lista) har en liknande chans att bli inkluderade i urvalet (Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2015). Vidare menar Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister (2015) kan en låg svarsfrekvens innebära att det råder bias i svaren. Enkäten skickades ut till 193 mailadresser, samt respondenter som valde att skicka enkäten vidare. Då några av mailadresserna antas vara obsoleta kan det antas att antalet personer som fått tillgång till enkäten uppskattas till omkring 200 antal personer. Med 46 stycken svar ges en svarsfrekvens mellan 20-25% vilket är att betrakta som lågt. Den låga svarsfrekvensen gör att urvalet bättre kan beskrivas av Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister (2015) som ett icke-sannolikhetsurval (Non Probability Sampling) vilket är att betrakta som ett bekvämlighetsurval.

Reliabilitet

Enligt Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister (2015) är det bästa sättet att avgöra om forskningsresultaten är tillförlitliga att replikera experimentet och se om utfallet blir detsamma. En vanlig metod för att stärka reliabiliteten är att använda sig av ett test-omtest (test-retest reliability). Detta innebär att en enkät skickas ut till två stora urval vid två olika tillfällen. För att avgöra om enkäten är reliabel behöver inte svaren överensstämma identiskt mellan de olika tillfällena, men däremot ska en individs fördelningen i distributionen vara liknande vid de båda tillfällena. Enligt Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister (2015) kan reliabiliteten bli starkare genom att inkludera många liknande frågor vid mätning och ett diversifierat urval av deltagare samt enhetliga test-förfaranden. Det är dock viktigt att inte ha för många frågor eftersom det riskerar att trötta ut respondenter och bidra till slarviga svar på frågorna. Vidare menar Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister (2015) att reliabiliteten blir högre om den som utför testet inte blir störd samt att tydliga instruktioner utformats.

Då denna studie använde några frågor från Messina & Loffler-Stastka (2021) till enkäten är frågorna redan testade i en liknande kontext. Även om denna studie inte avser att

vara någon replikering, ger dessa frågor en bra mall för utformandet av enkät samt hur tidigare respondenter svarat, vilket stärker reliabiliteten för denna studie. Reliabiliteten för denna studie hade kunnat stärkts mer om ett test-återtest använts för att se om resultatet hade varit likvärdigt. Det finns dock problem med detta förfarande, dels genom tidsaspekten, men även anonymiteten. Då samtliga deltagare är anonyma hade det försvårat processen om varje deltagare skulle svara på enkäten vid två olika tillfällen. En fördel med denna studie är att den fångar olika aspekter av terapi, eftersom faktorer som upplevd kompetens, upplevda svårigheter samt känsla under pågående samtal inkluderas i frågorna. Det innebär att flera synvinklar inkluderas i svaren, vilket inte hade funnits om frågor rörande enbart exempelvis upplevd kompetens hade inkluderats. För att få så tillförlitliga svar som möjligt kunde respondenterna svara på enkäten vid valfritt tillfälle, för att undvika stressiga miljöer etc. Frågorna begränsades även till antalet för att inte riskera att trötta ut respondenterna. Instruktionerna för enkäten var även tydligt utformade vilket även det stärker reliabiliteten.

Validitet

Enligt Smith & Davis (2013) handlar intern validitet om att utvärdera experiment från insidan. Smith & Davis (2013) avhandlar många begrepp där två av dessa är begreppen historia och mognad. Enligt Smith & Davis (2013) handlar historia om att någon stor händelse eller event har inträffat mellan två mätperioder vilket gör att utfallet skiljer sig. Begreppet mognad kan innefatta både längre eller kortare tidpunkter men handlar om tidsrelaterade förändringar. Enligt Smith & Davis (2013) handlar extern validitet om att generalisera experimentet och gå från den specifika till det generella, dvs kan resultatet från experimentet appliceras till en annan situation eller sammanhang. Enligt Smith & Davis (2013) finns de tre olika typer av generaliseringar att fokusera på vilka är population, miljö samt tid. Populations-generalisering handlar om att resultatet går att generalisera till en större population än enbart personerna som deltar i studien. Miljö-generalisering handlar om resultatet kan appliceras på andra miljöer än för de som gäller för experimentet. Tids-generalisering handlar om studiens fynd kan appliceras över tid eller enbart till en specifik tidsperiod.

För denna studie finns vissa aspekter som kan påverka dess trovärdighet. När det gäller intern validitet kan historia vara en påverkande faktor. Ett exempel skulle kunna vara om det uppstår en framtida pandemin (med ökat fokus på social distansering) vilket sannolikt skulle leda till ökad användning av online-terapi. Detta skulle kunna innebära att exempelvis

attityder eller uppfattning till denna terapiform kan ändras, vilket isåfall skulle kunna påverka resultatet om denna studie upprepas efter ett sådant typ av event. Detta kan även appliceras till begreppet mognads-effekter. Om terapeuter med tiden exponeras för mer online-terapi kan detta påverka deras uppfattning om denna terapiform, vilket skulle kunna innebära att ett annat resultat skulle uppnås om denna studie replikerades i framtiden.

När det gäller extern validitet kan ett problem med populationen vara att respondenter väljs ut utifrån tillgänglighet samt vilka som är beredda att svara. Detta skulle kunna innebära att det råder bias i denna undersökning och således ett hot mot validiteten eftersom det inte går att veta hur personer som valde att inte svara på enkäten hade svarat. Detta innebär att urvalet kanske inte representerar populationen som helhet vilket är en svaghet med denna studie eftersom det blir svårare att generalisera resultatet på en större population. Ett annat problem som kan kopplas ihop med populationen är de nackdelar som finns med mail-undersökning. Enligt Smith & Davids (2013) är en nackdel med mail-undersökning att undersökaren inte kan vara helt säker på vem som faktiskt svarar på undersökningen. Detta skulle i sin tur kunna innebära ett hot mot validiteten om det innebär att personer utanför den sfär som eftersöks svarar på enkäten. För att minimera risken med att icke önskvärda personer svarade på enkäten har den enbart skickats ut till verksamma psykologer och terapeuter som har en hemsida med kontaktuppgifter. Enkäten har aldrig legat ute på något öppet forum, utan tillgång har bara kunnat ske genom direktlänk. Detta har därför minimerat risken att det är fel personer som svarat. När det kommer till miljö-generalisering är det troligt att resultatet skulle bli det samma om undersökningen replikerades i Sverige, eftersom enkäten skickats ut över hela landet och inte till några specifika geografiska områden. Däremot är det möjligt att undersökningen skulle få ett annat utfall om den skulle appliceras i en annan kultur eller i ett land med exempelvis lägre grad av digitalisering. När det kommer till tidsaspekten är det svårt att bedöma hur uppfattning angående de olika parametrarna kommer att påverkas (eller inte påverkas) av tiden. Det kan dock antas att terapi kommer att fortsättas att bedrivas i både fysisk samt online-form och resultatet borde därför rimligen kunna anses generella. Denna aspekt skulle även kunna kopplas samman med mognadseffekt som nämndes ovan. Om terapeuter (i takt med ökad digitalisering) exponeras för mer online-terapi kan detta påverka deras uppfattning om denna terapiform, vilket skulle kunna innebära att ett annat resultat i en framtida studie.

Forskningsetiska principer

Vetenskapsrådet, 2017 påpekar att kraven på vetenskaplig kvalitet är tvetydiga. Orsaken till det är att forskningen i alla former och grader har möjlighet att uppfylla dessa krav. Kraven består bland annat av: representativitet, stringens, reproducerbarhet, överbarhet, transparens, generaliserbarhet. Dessa krav tolkas och tillämpas sedan på olika sätt inom skilda forskningsområden som till exempel medicinska, samhällsvetenskapliga, historiska och tekniska vetenskaper (Vetenskapsrådet, 2017).

Sekretess, tystnadsplikt, anonymitet och integritet är en del av de forskningsetiska principer som tillämpats i denna studie.

Sekretess innebär att alla handlingar som är offentliga kan hemligstämplas om dessa faller under en så kallad bestämd paragraf i offentlighets- och sekretesslagen. Denna lag innehåller ett stycke gällande sekretess för den enskilde inom forskning. Tystnadsplikt följer med sekretess kraven som syftar till att om en uppgift är sekretessbelagt så medföljer tystnadsplikten också. Det vill säga att uppgiften blir automatisk belagda med tystnadsplikt.

Anonymitet innebär att individer som deltar i denna studie ska förbli anonyma. Deltagarna i studien ska inte kunna identifieras. Det förekommer inga namn, personnummer eller annat på enkätsvaren som kan härleda till deltagarna. Integritet innebär att forskaren ska ta hänsyn och skydda deltagarnas personliga integritet, heder samt rätt till skydd mot insyn i deras privata liv.

Detta framgår även i Helsingforsdeklarationen, 2013 *“Every precaution must be taken to protect the privacy of the research subjects and the confidentiality of their personal information and to minimize the impact of the study on their physical, mental and social integrity.”* (Vetenskapsrådet, 2017).

I enlighet med de forskningsetiska principer i Vetenskapsrådet 2017, tar studien hänsyn till dessa krav. Deltagarna som medverkar i denna studie har rätt att själva bestämma hur länge de vill delta i studiens enkätundersökning. Det är frivilligt att delta och deltagarna ska kunna avbryta sin medverkan när de vill. Forskaren har rätt att därefter motivera de medverkande att kvarstå i forskningsprojektet med förutsättning av att inte påverka deltagarna eller utsätta de för otillbörlig påtryck. Inga beroendeställning ska förekomma som påverkar undersökningens syfte (Vetenskapsrådet, 2017).

Resultat

Enkäten genererade N=46 antal svar där N=29 (63%) kvinnor svarade, N=16 (34,8%) män samt N=1 (2,2%) svarade annat. När det kommer till deltagarnas ålder var N=11 (26-35 år), N=25 (36-55 år), N=6 (46-55 år), N=4 (65 år eller äldre). En respondent uppgav två olika åldrar, och en annan respondent uppgav tre stycken olika åldrar. Dessa tre felaktiga svar har justerats och ett svar från vardera åldersgrupp har subtraheras i samtliga åldersgrupper förutom i kategorin 65 år eller äldre. När det kommer till klinisk miljö var det N=38 (82,6%) som uppgav privat, N=7 (15,2%) uppgav offentlig, samt N=1 (2,2%) uppgav annat. När det gäller utbildningsbakgrund svarade N=36 legitimerad psykolog, N=1 samtalsterapeut, N=4 KBT terapeut, N=6 socionom, N=4 annat. Värt att notera är att respondenter kan befinna sig i mer än en utbildningsbakgrund. Verksamma år som praktiserande terapeut (inklusive praktik) N=9 (0-5 år), N=19 (6-15 år), N=12 (16-35 år), N=6 (31 år eller mer).

Resultat redovisas utifrån tre parametrar och är indelade i följande grupper:

- Uppfattning om kompetens vid personligt möte (fysiskt) och online-möte (distans)
- Upplevda svårigheter vid personligt möte (fysiskt) och online-möte (distans)
- Känsla under pågående samtal vid personligt möte (fysiskt) och online-möte (distans)

Även några vanligt förekommande psykologiska åkommor presenteras, där terapeuters uppfattning om behandling för dessa sker bäst fysiskt, online, likvärdigt eller vet ej.

Uppfattning om kompetens

	N	Mean	Median	SD	SE
Terapeutisk allians (fysiskt)	46	5.98	6.00	0.577	0.0851
Terapeutisk allians (online)	46	5.30	5.00	0.963	0.1420
Autenticitet i terapeutisk roll fysiskt möte	46	6.57	7.00	0.544	0.0802
Autenticitet i terapeutisk roll online-möte	46	5.87	6.00	1.046	0.1542
Sakkunskap, tekniker och strategier för terapi (Fysiskt möte)	46	6.07	6.00	0.772	0.1138
Sakkunskap, tekniker och strategier för terapi (online-möte)	46	5.59	6.00	1.257	0.1854
kommunicera förståelse samt angelägenhet för klient (fysiskt)	46	6.22	6.00	0.696	0.1027
kommunicera förståelse samt angelägenhet för klient (Online)	46	5.65	6.00	0.900	0.1327
Upptäcka samt hantera emotionella reaktioner (fysiskt)	46	6.02	6.00	0.882	0.1300
Upptäcka samt hantera emotionella reaktioner (online)	46	4.83	5.00	1.102	0.1624
Effektivitet att hjälpa patienten/klienten (fysiskt)	46	5.83	6.00	0.797	0.1176
Effektivitet att hjälpa patienten/klienten (online)	46	5.26	5.00	0.929	0.1370

	N	Mean	Median	SD	SE
Terapeutisk allians (fysiskt)	46	5.98	6.00	0.577	0.0851
Terapeutisk allians (online)	46	5.30	5.00	0.963	0.1420
Autenticitet i terapeutisk roll fysiskt möte	46	6.57	7.00	0.544	0.0802

Tabell ovan beskriver värden utifrån en Likert-skala som går från 1-7. En etta betyder lågt uppskattad kompetens och en sjuva betyder högt uppskattad kompetens. Samtliga parametrar skattades högre vid fysiskt terapimöte jämfört med online-möte, vilket innebär att terapeuterna uppfattar sig som mer kompetenta när terapi sker fysiskt på plats.

Paired Samples T-Test		statistic	df	p	Mean difference	SE difference	Effect Size
Terapeutisk allians (fysiskt)	Terapeutisk allians (online)	Student's t	45.0	< .001	0.674	0.143	Cohen's d 0.697
Autenticitet i terapeutisk roll fysiskt möte	Autenticitet i terapeutisk roll online-möte	Student's t	45.0	< .001	0.696	0.142	Cohen's d 0.722
Sakkunskap, tekniker och strategier för terapi (Fysiskt möte)	Sakkunskap, tekniker och strategier för terapi (online-möte)	Student's t	45.0	0.002	0.478	0.148	Cohen's d 0.476
kommunicera förståelse samt angelägenhet för klient (fysiskt)	kommunicera förståelse samt angelägenhet för klient (Online)	Student's t	45.0	< .001	0.565	0.111	Cohen's d 0.754
Upptäcka samt hantera emotionella reaktioner (fysiskt)	Upptäcka samt hantera emotionella reaktioner (online)	Student's t	45.0	< .001	1.196	0.141	Cohen's d 1.249
Effektivitet att hjälpa patienten/klienten (fysiskt)	Effektivitet att hjälpa patienten/klienten (online)	Student's t	45.0	< .001	0.565	0.141	Cohen's d 0.590

Uppfattning om kompetens har mätts utifrån parametrarna terapeutisk allians; autenticitet i rollen som terapeut; sakkunskap, tekniker och strategier för terapi; förståelse samt angelägenhet för klient; upptäcka samt hantera emotionella reaktioner; effektivitet att hjälpa klient/patient. Givet alpha nivå < .001 återfanns signifikans på samtliga parametrar förutom när det gäller sakkunskap, tekniker och strategier för terapi. Dock var denna parameter signifikant på alpha nivå $p < .005$

Terapeuterna uppskattade sin kompetens högre vid fysiskt möte jämfört med online-möte. Störst skillnad återfanns när det kommer till att upptäcka samt hantera emotionella reaktioner,

vilket har en effektstorlek som kan betraktas som stor. Övriga parametrar fanns inom ramen för måttlig effektstorlek där Sakkunskap, tekniker och strategier för terapi ligger lägst.

Upplevda svårigheter

Descriptives

	N	Mean	Median	SD	SE
Avsaknad av självförtroende - hjälpa klient (fysiskt)	46	2.76	2.00	1.77	0.260
Avsaknad av självförtroende - hjälpa klient (online)	46	2.96	2.50	1.73	0.254
upplevd osäkerhet - bäst ska bemöta en patient/klient (fysiskt)	46	2.24	2.00	1.40	0.207
upplevd osäkerhet - bäst ska bemöta en patient/klient (online)	46	2.57	2.00	1.46	0.215
Risken att förlora kontrollen till patienten/klienten (fysiskt)	45	1.93	1	1.37	0.204
Risken att förlora kontrollen till patienten/klienten (online)	45	2.27	2	1.53	0.228
Upplevda svårigheter att känna empati (Fysiskt)	46	2.04	2.00	1.33	0.196
Upplevda svårigheter att känna empati (online)	46	2.30	2.00	1.31	0.194
Tillgodose patientens/klientens behov (fysiskt)	46	5.57	6.00	1.17	0.172
Tillgodose patientens/klientens behov (online)	46	5.11	5.00	1.27	0.187
svårighet - patientens/klientens uppgifter (fysiskt)	46	2.20	2.00	1.41	0.208
svårighet - patientens/klientens uppgifter (online)	46	3.13	3.00	1.48	0.219

Tabell ovan beskriver värden utifrån en Likert-skala som går från 1-7. En etta betyder att terapeuterna inte instämmer med påståendet och en sju innebär att terapeuterna instämmer helt med påståendet.

Paired Samples T-Test

			statistic	df	p	Mean difference	SE difference	Effect Size	
Avsaknad av självförtroende - hjälpa klient (fysiskt)	Avsaknad av självförtroende - hjälpa klient (online)	Student's t	-1.77	45.0	0.083	-0.196	0.110	Cohen's d	-0.261
upplevd osäkerhet - bäst ska bemöta en patient/klient (fysiskt)	upplevd osäkerhet - bäst ska bemöta en patient/klient (online)	Student's t	-2.70	45.0	0.010	-0.326	0.121	Cohen's d	-0.399
Risken att förlora kontrollen till patienten/klienten (fysiskt)	Risken att förlora kontrollen till patienten/klienten (online)	Student's t	-2.24	44.0	0.030	-0.333	0.149	Cohen's d	-0.333
Upplevda svårigheter att känna empati (Fysiskt)	Upplevda svårigheter att känna empati (online)	Student's t	-2.60	45.0	0.013	-0.261	0.100	Cohen's d	-0.383
Tillgodose patientens/klientens behov (fysiskt)	Tillgodose patientens/klientens behov (online)	Student's t	3.71	45.0	<.001	0.457	0.123	Cohen's d	0.546

svårighet - patientens/klientens uppgifter (fysiskt)	svårighet - patientens/klientens uppgifter (online)	Student's t	-4.28	45.0	< .001	-0.935	0.218	Cohen's d	-0.631
--	---	-------------	-------	------	--------	--------	-------	--------------	--------

Upplevda svårigheter vid terapi har mätts utifrån parametrarna; Avsaknad av självförtroende; Upplevd osäkerhet; Risken att förlora kontrollen till patient; Upplevda svårigheter att känna empati; Tillgodose patientens/klientens behov; Svårighet med patienten/klientens uppgifter. Av dessa parametrar påvisade två signifikanta skillnader mellan fysisk och online-terapi på alpha nivå $p < .001$

Terapeuterna ansåg att de bättre kunde tillgodose patienten/klientens behov vid fysiskt möte jämfört med online-möte och här fanns en måttlig effektstorlek. När det kommer till parametern svårighet att ta del av patienten/klientens uppgifter anser terapeuterna att detta är svårare vid online-möte jämfört med fysiskt möte. Även denna parameter kan betraktas som inom ramen för måttlig effektstorlek. Skillnaden mellan dessa två modaliteter innebär dock inte att terapeuterna har svårigheter att ta del av patienten/klientens uppgifter vid online-terapi, utan bara att det är svårare än vid fysiskt möte. Svårigheten är fortfarande att betrakta som låg i båda fallen. Det övriga parametrarna visar ingen signifikant skillnad mellan fysisk terapi och online-terapi, även om samtliga faller inom ramen för liten effektstorlek.

Känsla under pågående samtal vid personligt möte (fysiskt) och online-möte (distans)

Descriptives

	N	Mean	Median	SD	SE
Jag känner att samtal flyter på under sessionen (Fysiskt möte)	46	6.33	6.00	0.990	0.146
Jag känner att samtal flyter på under sessionen (online)	46	5.54	6.00	1.378	0.203
Jag känner mig ibland uttråkad under session (Fysiskt möte)	46	2.54	2.00	1.361	0.201
Jag känner mig ibland uttråkad under session (online)	46	2.74	2.00	1.421	0.210
känsla av ångest under sessionen (Fysiskt)	46	2.11	1.00	1.676	0.247
känsla av ångest under sessionen (online)	46	2.11	2.00	1.567	0.231
förtroendebrist från patienten/klienten (Fysiskt)	46	2.11	2.00	1.386	0.204
förtroendebrist från patienten/klienten (online)	46	2.13	2.00	1.327	0.196
Upplevd stress under session (Fysiskt)	46	2.61	2.00	1.598	0.236
Upplevd stress under session (online)	46	2.70	2.00	1.474	0.217

Tabell ovan beskriver värden utifrån en Likert-skala som går från 1-7. En etta betyder att terapeuterna inte instämmer, och en sju innebär att terapeuterna instämmer med påståendet.

Paired Samples T-Test

			statistic	df	p	Mean difference	SE difference		Effect Size
Jag känner att samtal flyter på under sessionen (Fysiskt möte)	Jag känner att samtal flyter på under sessionen (online)	Student's t	4.682	45.0	<.001	0.7826	0.1671	Cohen's d	0.6904
Jag känner mig ibland uttråkad under session (Fysiskt möte)	Jag känner mig ibland uttråkad under session (online)	Student's t	-1.269	45.0	0.211	-0.1957	0.1542	Cohen's d	-0.1870
känsla av ångest under sessionen (Fysiskt)	känsla av ångest under sessionen (online)	Student's t	0.000	45.0	1.000	0.0000	0.0822	Cohen's d	0.0000
förtroendebrist från patienten/klienten (Fysiskt)	förtroendebrist från patienten/klienten (online)	Student's t	-0.374	45.0	0.710	-0.0217	0.0581	Cohen's d	-0.0552
Upplevd stress under session (Fysiskt)	Upplevd stress under session (online)	Student's t	-0.645	45.0	0.522	-0.0870	0.1349	Cohen's d	-0.0951

Känsla under pågående samtal samtal har mätts utifrån parametrarna; Jag känner att samtal flyter på under terapisesession; Jag känner mig ibland uttråkad under terapisesession; Känsla av ångest under terapisesession; Förtroendebrist från patient/klient; Upplevd stress under terapisesession. Inga statistiska skillnader kunde urskiljas mellan fysisk session och online-session på samtliga parametrar förutom en. Den enda parametern som påvisade signifikans var hur samtal flyter på under terapisesession. Här anser terapeuterna att samtal flyter på bättre vid fysiskt möte jämfört med onlinemöte. Effektstorleken är att betrakta inom ramen för måttlig och alpha nivån är $p < .001$

Vanligt förekommande besvär hos patienter/klienter

Terapeuterna fick även värdera några vanligt förekommande besvär hos klienter/patienter och svara på om fysiskt möte är bättre, om online-möte är bättre, om fysiskt och online-möte är likvärdiga, eller vet ej.

När det gäller behandling mot ångest ansåg 23 stycken (50%) terapeuter att fysiskt möte var bäst. En (2,2%) terapeut ansåg att online var bäst. 21 stycken (45,6%) terapeuter ansåg att fysiskt och online-möte var likvärdigt. En (2,2%) terapeut svarade vet ej. Två personer hade hade fyllt i mer än ett alternativ, vilket har justerats.

När det gäller behandling mot depression svarade 27 stycken (60%) terapeuter att fysiskt möte är bäst. Två terapeuter (4,3%) ansåg att online-möte är bäst. 15 stycken (33,4%) terapeuter ansåg att fysiskt och online-möte är likvärdiga. Två stycken (4,3%) terapeuter svarade vet ej. Ett svar har subtraheras från alternativet fysiskt och online-möte likvärdigt på grund av dubbelsvar.

När det gäller behandling mot fobier svarade 32 stycken (69,6%) terapeuter att fysiskt möte är bäst. Noll antal (0%) terapeuter ansåg att online är bäst. Tio stycken (21,7%) av terapeuterna svarade att fysiskt möte och online-möte är likvärdiga. fyra stycken (8,7%) svarade vet ej.

När det kommer till beroende och missbruk ansåg 14 stycken (30,5%) att fysisk möte är bäst. En terapeut (2,2%) svarade att online-möte är bäst. Sex stycken (13%) svarade att fysiskt möte samt online-möte är likvärdiga. Antal terapeuter som svarade vet ej uppgick till 25 stycken (54,3%)

Sammanfattningsvis påvisar resultatet störst skillnader mellan fysisk terapi och online-terapi när det kommer till uppfattning om kompetens. Terapeuterna upplevde sig själva som mer kompetenta när terapin sker fysiskt på plats jämfört med online, och samtliga parametrar visade signifikanta skillnader. När det kommer till upplevda svårigheter vid bedrivandet av terapi ansåg terapeuterna att de bättre kunde tillgodose patienten/klientens behov samt ta del av dennes uppgifter fysiskt på plats jämfört med online. Dessa parametrar påvisade signifikanta skillnader. Övriga parametrar hade ingen signifikant skillnad. När det kommer till känsla under pågående samtal var det enbart parametern hur samtal flyter på under terapisession som påvisade signifikant skillnad, där terapeuterna ansåg att detta fungerade bättre vid fysiskt terapimöte. När det kommer till vanliga förekommande besvär hos klienter/patienter ansåg terapeuterna generellt att fysiskt möte är bättre än online.

Diskussion

Uppfattning om kompetens

Den terapeutiska alliansen var skattad signifikant lägre vid online-möte jämfört med fysiskt möte. Detta resultat ligger i linje med Axelsson et al (2020) som fick motsvarande resultat (dock i fallet med ångest) dvs en svagare terapeutisk allians vid online-möte jämfört med fysiskt möte. Detta speglar även Messina & Löffler-Stastka (2021) där den terapeutiska alliansen skattades som lägre vid online-möte jämfört med fysiskt möte. Enligt Khatib et al (2021) upplever terapeuter med positiv attityd till onlineterapi sig själva som mer effektiva i sina interventioner och kan därmed skapa en starkare terapeutisk allians. Terapeuterna i denna studie uppfattade sig mer autentiska (naturliga) i sin roll som terapeut vid fysiska möten jämfört med online. Detta är i linje med Messina & Löffler-Stastka (2021) där terapeuterna vid kliniskt utövande skattade sig högre vid fysiskt möte jämför med online-möte. När det kommer till att kommunicera förståelse samt angelägenhet för klienten/patienten fanns en signifikant skillnad, där fysiskt möte ansågs bättre. Enligt Lin et al (2021) kan medveten tystnad som en icke verbal intervention bli hämmad, eftersom klienten kan uppfatta detta som att internet tappat kontakten. Detta är eventuellt något som kan påverka förståelse samt angelägenhet för klienten. När det kommer till att för terapeuten upptäcka samt hantera emotionella reaktioner hos klient/patient gjordes detta i högre grad vid fysiskt möte jämfört med online-möte, där det fanns en signifikant skillnad. Detta ligger i linje med Aafjes-van Doorn (2022) som beskriver detta som ett vanligt problem som terapeuter upplever vid online-terapi. Khatib et al (2021) beskriver den icke-verbala kommunikationen som en svårighet vid online-terapi, vilket i sin tur kan medföra svårigheter i att uttrycka empati. Detta i sin tur kan bidra till att den terapeutiska miljön blir avhumaniserad. Terapeuternas effektivitet i att hjälpa klienten/patienten uppskattades vid fysiskt möte vara signifikant bättre jämfört med online-möte. En fråga att ställa sig är om detta går att påverka genom förändrad attityd. Enligt Khatib et al. (2021) upplevde terapeuter som hade en positiv attityd till onlineterapi sig själva som mer effektiva i sina interventioner.

Upplevda svårigheter

När det kommer till upplevda svårigheter vid fysisk samt onlineterapi var skillnaderna små. Terapeuterna upplevde ingen signifikant skillnad när det gäller självförtroende till att hjälpa patient/klient. Terapeuterna skattade sig lågt när det kommer till osäkerhet i hur bäst

bemöta klient/patient, vilket gällde för både fysisk och online-terapi. Risken att förlora kontrollen till patient/klient bedömdes även den som låg. Dessa svårigheter som kan uppstå vid terapi ligger i linje med vad Messina & Löffler-Stastka (2021) där inga signifikanta skillnader fanns mellan fysisk och online-terapi. Terapeuterna i denna studie upplevde inga svårigheter med att känna empati för klient/patient vid varken fysiskt eller online-möte, vilket även överensstämmer med Messina & Löffler-Stastka (2021). När det kommer till Terapeuternas förmåga att tillgodose klienten/patientens behov uppskattades detta som något högre vid fysiskt möte jämfört med online och påvisade statistisk signifikans. Terapeuterna upplevde det inte svårt att ta del av patienten/klientens verkställda uppgifter/övningar även om det fanns en signifikant skillnad där online-format ansågs svårare. Det är dock svårt att svara på varför denna skillnad finns i att ta del av verkställda uppgifter/övningar och hur viktigt det är för klienten/patienten.

Känsla under pågående samtal

Hur samtal flyter under terapi-sessioner bedömdes högt i båda modaliteter, dock ansåg terapeuterna att samtal flyter på bättre vid fysiskt möte jämfört med online-möte, och denna skillnad var signifikant, vilket är i linje med Messina & Löffler-Stastka (2021). Terapeuternas känsla av att ibland bli uttråkade under terapisesioner skattades lågt och påvisade ingen signifikant skillnad. Detta står i motsats till Messina & Löffler-Stastka (2021) som kom fram till att terapeuterna blev uttråkade i högre grad vid online-möte jämfört med fysiskt möte. Det är dock oklart varför denna studie skiljer sig mot Messina & Löffler-Stastka (2021) när det kommer till att bli uttråkad under terapisaamtal.

Terapeuterna skattade lågt när det kommer till upplevd känsla av att ibland ha ångest under terapisesion, där fysisk terapi samt online-terapi påvisade samma låga grad av ångest. När det kommer till att ibland känna förtroendebrist från patienten/klienten skattades även detta lågt, dvs terapeuten kände låg grad av förtroendebrist för patienten vilket gäller för både fysisk träff samt online-möte. Terapeuternas känsla av att ibland känna sig stressade skattades lågt och påvisade ingen signifikant skillnad mellan fysisk och online-terapi.

Behandling mot vanligt förekommande åkommor

Majoriteten av terapeuterna som deltog i denna studie ansåg att fysiskt terapimöte är bättre vid behandling mot ångest, även om en stor andel av terapeuterna ansåg att fysiskt möte och online-möte var likvärdiga. Det samma gäller för behandling mot depression samt fobier vilket påvisade liknande utfall. När det kommer till behandling mot missbruk svarade

en stor andel terapeuter vet ej, så detta resultat har lägre grad av generaliserbarhet jämfört med övriga åkommor. Dock ansåg fler terapeuter att fysiskt möte var bättre än online-möte.

Diskussion metodval

En eventuell svaghet med vald metod för denna studie är vilka individer som faktisk svarat på enkäten. Även om åtgärder har vidtagits för att minimera obehöriga svar (personer som inte är verksamma inom terapi) går det inte att säga med säkerhet att det enbart är efterfrågade personer som svarat på enkäten. Samtidig kan förfarandet med att använda enkät anses vara en styrka eftersom det är troligt att respondenterna svarar mer sanningsenligt när de vet att de är anonyma. Ett annan eventuell svaghet är att de olika parametrarna: uppfattning om kompetens, upplevda svårigheter, samt känsla under pågående samtal, är självskattade. För individer att bedöma dessa parametrar är inte helt lätt, och respondenten kanske förväntas svara att det ska vara en skillnad mellan de olika modaliteterna om denne tror att det förväntas. En annan svaghet med studien är att antal deltagare enbart uppgår till 46 personer. För att bättre styrka resultatet hade det varit lämpligt med flera deltagare. Fler deltagare hade även kunnat bidra till att dela upp deltagarna i åldersgrupp, kön, utbildning samt antal yrkesverksamma år. Dessa data blev inte någon del av analysen då urvalet hade blivit för litet. En annan viktig fråga är vilket mått som använts för att få en uppfattning om hur stor skillnaden är mellan fysisk terapi och online-terapi. I det här fallet valdes effektstorlek som mått. Enligt Navarro & Foxcroft (2022) ska dessa värden inte ska följas blint eftersom en liten effektstorlek kan ha betydelse och en stor effektstorlek inte behöver det. Detta innebär att skillnader mellan fysisk terapi och online-terapi kan vara större eller mindre i verkligheten, vilket är viktigt att ta i beaktande. Det finns därför risk att en faktor som exempelvis bedöms som måttlig effektstorlek kanske har stor betydelse i verkligheten för patient/klient och viktigare än en faktor som faller inom ramen för stor effektstorlek.

Uppfattning om kompetens

Terapeuters egen uppfattning om kompetens ansågs vara lägre när terapin bedrivs online jämfört med fysiskt möte, vilket gäller för samtliga parametrar. Detta ligger i linje med det frågor som utgått från Messina & Löffler-Stastka (2021) och uppnådde liknande resultat. Även om terapeuternas uppfattning om kompetens ansågs lägre online säger det inget om hur bra terapin bedrivs. Resultatet visar att det finns en skillnad mellan de två modaliteterna men har exempelvis ingen kritisk gräns för när eventuellt skillnaden blir för stor. Resultatet är baserat på uppfattning, vilken kan förändras över tid. Om terapeuter med tiden får mer klinisk

erfarenhet (eller träning redan i sin utbildning) är det möjligt att skillnaderna suddas ut. I studiens inledningsskede fanns en föraning om att exempelvis autenticitet i rollen som terapeut samt terapeutisk allians var de parametrar som skulle påverkas mest. Dessa två faktorer hamnade dock inom ramen för måttlig effektstorlek. Istället var det att upptäcka samt hantera emotionella reaktioner som skiljde sig mest, och uppnådde en stor effektstorlek. Att denna faktor skulle vara så pass mycket svårare online jämfört med fysiskt var inte något som anteciperas, varvid utökad förståelse för detta fenomen bör utforskas.

Upplevda svårigheter

Terapeuters upplevda svårigheter mellan fysisk och online terapi hade vissa skillnader i jämförelse med Messina & Löffler-Stastka (2021) som nästan inte hade några skillnader alls. Värt att poängtera är att Messina & Löffler-Stastka (2021) använde sig av 12 frågor för att svara på dessa parametrar och att detta arbete har replikerat fyra av dessa. I detta arbete ansåg terapeuterna att det är svårare att ta del av patienten/klientens övningar vid online-möte jämfört med fysiskt möte, och effektstorleken faller inom ramen för måttlig. Det är dock inte specificerat vilken typ av uppgifter/övningar som avses, utan frågan är mer generell. Terapeuterna ansåg att de bättre kunde tillgodose patienten/klientens behov vid fysiskt möte jämfört med online och här fanns en måttlig effektstorlek. Detta är en viktig aspekt eftersom patienten/klientens behov bör ses som centralt för att bedriva terapi. Då vården går mot mer digitalisering skulle detta kunna innebära en risk för patienten/klienten om förmågan att tillgodose behov är lägre. Värt att nämna är dock att detta är terapeuternas uppfattning och därmed inte behöver spegla det faktiska utfallet av klientens/patientens terapi när det gäller behandlingsutfall.

Känsla under pågående samtal

Skillnader mellan fysisk terapi och online-terapi var som minst när det kommer till känsla under pågående samtal. Likt Messina & Löffler-Stastka (2021) upplevde terapeuterna att samtal flyter på bättre när dessa sker fysiskt jämfört med online. Till skillnad mot Messina & Löffler-Stastka (2021) upplevde terapeuterna som deltog i denna studie inte någon skillnad i att bli uttråkad under terapi-session. En fråga att ställa sig är varför detta skiljer sig? Vilket i det här fallet är svårt att svara på. Terapeuterna hade låg grad av förtroendebrist för klient, låg grad av stress, samt låg grad av ångest under pågående terapi-session vid både fysisk och online-terapi vilket är positivt.

Avslutande diskussion

Detta arbete har undersökt KBT terapeuters uppfattning om *kompetens*, *upplevda svårigheter*, *känsla under pågående samtal*, när terapi vid fysiskt möte jämförs med online-terapi. Arbetet har även undersökt terapeuters behandlingspreferens rörande några vanligt förekommande åkommor där terapi vid fysiskt möte jämförs med online-terapi. Störst skillnad mellan fysisk terapi och online-terapi fanns under rubriken uppfattning om kompetens, där signifikanta skillnader påvisades vid samtliga påståenden, dvs terapeuter uppfattade sig själva som mer kompetenta när terapin bedrivs i samma rum som klienten. Upplevda svårigheter samt känsla under pågående samtal hade även påståenden som var signifikanta, om än färre. När det kommer till vanligt förekommande åkommor ansåg terapeuterna generellt att fysiskt terapimöte är bättre än online-möte.

Eftersom utvecklingen av att bedriva vård online med stor sannolikhet kommer öka innebär det i det här fallet att störst utvecklingspotential skulle falla inom uppfattning om kompetens när det gäller KBT online. Det är möjligt att terapeuter som förbättrar exempelvis sin terapeutiska allians vid online-möte skulle bidra till ökad preferens för detta format hos klienter/patienter. Detta är något som i slutändan skulle kunna bidra till att effektivisera resurser, något som lyfts fram av Axelsson et al (2020) som en positiv fördel med online-terapi. Enligt Axelsson et al (2020) var det dock fler personer som valde att hoppa av behandlingen i online format jämfört med fysiskt format. En framtida forskningsfråga skulle därför kunna vara om avhopp från online-behandling kan minskas med exempelvis en stärkt terapeutisk allians vid online-terapi. Litteraturen på området föreslår förändring av attityden. Enligt Békés & Aafjes-van Doorn (2020) utvecklades positivare attityder till onlineterapi i takt med ökad erfarenhet. Ett fokus på att utveckla en mer positiv attityd till online-terapi kan därför vara något att eftersträva. Detta kan ske genom att terapeuter redan i sin utbildning får mer erfarenhet av online-terapi. Detta skulle även gå i linje med Khatib et al (2021) som menar att terapeuter med förberedelse för online-terapi uppfattade sig själva som mer effektiva, och därför har bättre kunskap om att anpassa sina terapeutiska tekniker till ett online-format.

En fråga att ställa sig är dock hur viktiga dessa parametrar är för klienten. I slutändan är det klienten/patientens mentala hälsa som ligger i fokus. Ett patient/klient-fokuserat fokus där socialstyrelsens (2018) mål om ökad självständighet, delaktighet och inflytande för den

enskilde patienten, borde därför vara en lämplig väg framåt. Likvärdighet oavsett fysisk terapi eller terapi online bör eftersträvas.

Referenser

Aafjes-van Doorn, L. (2022). *The complexity of teletherapy: Not better or worse, but different*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Mar 21, 2022.

Anwar, K., Gelkopf, M., Kapolnik, E., Hassan-Abbas, N. (2021). *The Assessment of Effectiveness by Therapists of Online Therapy During the COVID-19 Pandemic Era in Israel*. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol 32(1), Mar, 2022. Special Issue: Pandemic Impacts. pp. 83-94.

Axelsson, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Björkander, D., Hedman-Lagerlöf, M., Hedman-Lagerlöf, E. (2020). *Effect of internet vs Face-to-Face Cognitive Behavior Therapy for Health Anxiety*. *JAMA psychiatry*. 77(9):915-924

Beck, J. S., & Fleming, S. (2021). Die Geschichte des Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy. *Verhaltenstherapie Und Psychosoziale Praxis*, 53(3), 469–479.
https://beckinstitute-org.translate.google/blog/history-of-beck-institute-part-one/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=sv&_x_tr_hl=sv&_x_tr_pto=op,sc

Békés, V., Aafjes-van Doorn, K. (2020). *Attitudes Toward Online Therapy During the COVID-19 Pandemic*. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol 30(2), Jun, 2020. Special Issue: Telepsychotherapy in the Age of COVID-19. pp. 238-247.

Kåver A. (2016). *KBT i utveckling. 2:a upplagan*. Natur & Kultur.

Lalouni, M., Ljótsson, B., Bonnert, M., Ssegonja, R., Benninga, M., Bjureberg., Högström, J., Sahlin, H., Simrén, M., Feldman, I., Hedman-Lagerlöf, E., Serlachius, E., Olén, O. (2019). *Clinical and Cost Effectiveness of Online Cognitive Behavioral Therapy in Children With Functional Abdominal Pain Disorders*. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2019

Lin, T., Anderson, T., Heckman, T.G. (2021) *The efficacy of synchronous teletherapy versus in-person therapy: A meta-analysis of randomized clinical trials*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Dec 30, 2021.

Lin, T., Stone, S.J., Heckman, T.G., Anderson, T. (2021). *Zoom-In to Zone-Out: Therapists Report Less Therapeutic Skill in Telepsychology Versus Face-to-Face Therapy During the COVID-19 Pandemic*. *Psychotherapy*, Vol 58(4), Dec, 2021. pp. 449-459

Linton S. J.; Bergbom S; Landström F. (2020). *Beteendeanalys steg för steg. 1:a upplagan*. Natur & Kultur.

McLeod, J., (2019). *An Introduction to Counselling and Psychotherapy*. Sixth Edition. Open University Press.

Messina, I., Löffler-Stastka, H. (2021). *Psychotherapists' perception of their clinical skills and in-session feelings in live therapy versus online therapy during the COVID-19 pandemic: a pilot study*. *Research in Psychotherapy*, Vol 24, Iss 1 (2021)

Navarro, D.J., Foxcroft, D.R. (2022). *learning statistics with jamovi: a tutorial for psychology students and other beginners*. (Version 0.75). DOI: 10.24384/hgc3-7p15
[Available from url: <http://learnstatswithjamovi.com>]

Parky, H. Lau, A. E., Carney, O. S., Marway, N. E., Carmona, M.A., Colleen, E., Carney. (2022) *Investigating the antidepressant effects of CBT-I in those with major depressive and insomnia disorders*. *Journal of Affective Disorders Reports* Volume 9, July 2022, 100366

Rathenau, S., Sousa, D., (2021). *The effect of attitudes toward online therapy and the difficulties perceived in online therapeutic presence*. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol 32(1), Mar, 2022. Special Issue: Pandemic Impacts. pp. 19-33.

Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister (2015). *Research Methods in Psychology*. McGraw-Hill Education, 2015.

Smith, R.A., Davis S.F.. (2013). *The Psychologist as Detective*. 6:e upplagan. Pearson

Socialstyrelsen. (2018). *Digitala Vårdtjänster: Övergripande principer för vård och behandling*.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-11-2.pdf>).

Skeppstedt Lindqvist, B., (2019). *Psykologtidningen*. Publicerad 2019-06-28.
<http://psykologtidningen.se/2019/06/28/onlineterapi-maste-granskas/> (Åtkomst 2022-05-20)

Vetenskapsrådet. (2017). *Forskningsetiska principer*. (VR1708)
<https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html>

Vårdgivare Skåne. (2014). *Forskningsstudie REGASSA - psykisk ohälsa*.
<https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/projekt-och-utveckling/sjukskrivning-och-rehabiliteringsgaranti/regassa-slutrapport-och-projektplan-170216.pdf>

Waara J. (2022). Webinaret: *Digital KBT-behandling - så funkar de*.
Sverigehälsan online seminarium 2022-03-22

Öst Lars-Göran. (2013). *KBT inom psykiatrin*. 2:a upplagan. E-boksproduktion:Elilib AB

komplexa behandlingsmetoder som finns inom KBT används med fingertoppskänsla och kompetens (Kåver, 2016).

Hantera klienten/patientens emotionella reaktioner

KBT analyserar klienten som behöver hjälp med sin ilska och starka känslor för att sedan kartlägga en beteendeanalys. Vid paniksymptom är det svårt att ta in eller uppfatta logiskt. Genom att öka kunskapen och bli mer medvetna om sina känslor kan vi agera klokt. Medvetenhet och acceptans av känslor hjälper en att hantera sin sinnesstämning (Kåver, 2016).

Effektiv kommunikation

För att samtalsterapin ska vara effektiv är det en fördel om klienten är medveten om sin situation och är villig till en förändring. Att vara engagerad och målmedveten hjälper klienten likaväl som terapeuten. En effektiv kommunikation baseras på motiverande samtal som hjälper klienten att upptäcka sina beslutssvårigheter, motstridiga känslor för att sedan tillsammans med terapeuten komma fram till alternativa vägar och beslut för att genomföra den önskade beteendeförändringen (Linton et al., 2020).

Komplex reflektion/förlora kontrollen till patienten/klienten

För att terapeuten inte ska förlora kontrollen för klienten är det viktigt att reflektera tillbaka till klienten. Terapeuten reflekterar genom att bekräfta till klienten vad han/hon har uppfattat i samtalet. Reflektion med klienten upprepas, för att hjälpa klienten till att sammanfatta. En tillbakablick markerar viktiga komponenter i diskussionen samt bevarar fokus i samtalet. Engagemang i samtalet resulterar i en mer grundlig behandling (Linton et al., 2020).

Hur effektivt hjälpa klienten patienten

KBT innebär inte att utföra en perfekt beteendeanalys eller behandling, utan snarare genom att möta sin klient med ett öppet sinne och ha förståelse. Klientens berättelse respekteras och värderas. Terapeuten ska se klienten som en aktiv kunskapssökare och skapa en känsla av hopp och engagemang. Terapeuten tillsammans med klienten försöker förstå ett samband för att sedan besluta om en lämplig behandling (Linton et al., 2020).

Hur bäst bemöta klient/patient

Patienten ska inte behandlas som skör och mindre vetande utan terapeuten ska vara genuin. Terapeuten ska se klienten på ett professionellt sätt, som en medmänniska och inte en distanserad person. Terapeuten ska behandla klienten jämlikt, med respekt och vara en bra lyssnare på det sättet lär sig även klienten om hur man blir bemött och kan bemöta andra (Kåver, 2016).

Empati för klienten/patienten

Terapeuten ska se klienten så som denne ser sig själv, genom att utgå från klientens värderingar och inte från terapeutens åsikt, dvs se saken från klientens synvinkel. Kåver (2016) beskriver empatin som att "kliva in i den andres skor", trots att empati oftast relateras som en hållning eller sinnesstämning hos terapeuten (Kåver, 2016).

Samtals-flow under terapisession

Handlar om att hålla en struktur och vara flexibel. Varje session med klienten har en funktion. Effekten av samtalen är bland annat att sessionen har en förbindelse mellan den förra sessionen och nästa session. För att klienten ska uppleva en kontinuitet, en röd tråd mellan mötena måste terapeuten ha målet i sikte och varje session är ett delmål. Struktur och närvaro är viktig. Vad har hänt, händer eller ska hända är viktigt att ha med i agendan (Kåver, 2016).

Bli uttråkad under terapisamtal

Bra kommunikation handlar om att vara en bra lyssnare. Att engagera klienten genom uppgifter och utvärdera dessa tillsammans är ett grundläggande redskap i KBT. Övningar och generalisering skapar även bestående förändringar i beteendet. De uppsatta målen baseras utifrån klientens värderingar om hur denne vill ha sin tillvaro. Att ta med klientens värderingar i kommunikationen och knyta dessa till terapimålen ökar engagemanget i behandlingen (Linton et al., 2020).

Terapeutens ångest under terapisession

Ångest kan hanteras med hjälp av övningar som berör acceptans och närvaro. Att observera tankar, känslor och händelser för att sedan kunna beskriva det med hjälp av hörsel, smak och beröring. Uttrycket medveten närvaro kommer från engelska mindfulness. Med hjälp av mindfulness övningar kan klienten styra och leda sitt inre (Kåver, 2016).

Terapeutens självförtroende

För att terapeuten ska ha ett bra självförtroende i terapisessionerna bör denne utvärdera vilka framsteg som sker genom återkommande utvärdering. Dessa utvärderingar ger terapeuten en återkoppling, som sedan kan användas för att justera behandlingen om det behövs. Att göra mätningar och utvärdera dessa ingår i terapin samt en del hemuppgifter. Dessa hemuppgifter ger värdefull information om sessioner fortskrider eller inte.

En terapeut bör hålla sig uppdaterad med aktuell forskning och rapportera hur terapin fortskrider fortsättningsvis till andra terapeut kollegor. Det är viktigt med återkoppling för att förbättras och utvecklas (Linton et al., 2020).

Förtroende från klienten/patientens synvinkel

Terapin har som regel att uppnå ett arbetsklimat som genomsyrar god vilja, samarbete och respekt. Om alliansen är god finns det en bra anda, även vid utmaningar och tuffa motgångar. Terapeutens roll för att skapa ett förtroende med klienten ska innehålla värme, flexibilitet, icke värderande, humor, äkthet, förmåga att lösa konflikter och vara lyhörd (Kåver, 2016).

Terapeutens stressnivå

Terapeuten tar också del av klientens övningar och håller sig uppdaterad. Egenvård är viktigt och övningar som bland annat medveten närvaro hjälper till och ger en ökad livskänsla. Stress finns med både i vardagen men även på arbetsplatsen. Att alltid ställa upp utan att vara medveten om konsekvenserna håller inte i längden. Viktigt att balansera med ja och nej sägandet och vara uppmärksam när ansträngningen är för omfattande. En terapeut kan förse sig med en kollega som övervakar när inte den inser själva att det är dags att ta det lugnt när belastningen blir för stor (Kåver, 2016).

Studiens enkät

Vi är två studenter som studerar psykologi på Lunds Universitet och håller på att skriva vår C - uppsats. Vi undersöker KBT i fysisk form versus KBT i online-form utifrån behandlarens synvinkel. Dina svar är helt anonyma och kommer endast att användas för studiens ändamål och kommer därefter raderas. Endast vi som skriver uppsatsen samt handledare kommer ha tillgång till enkätsvaren. Enkäten är frivillig och du som deltagare får avbryta när som helst. Du skattar olika påståenden utifrån en Likertskala 1 - 7 samt några övriga frågor. Enkäten tar ca 5 min att besvara. Försök att svara så korrekt som möjligt.

Tack för din medverkan!

Kontakt: Emil Trygged

Emil.Trygged@gmail.com

Florentina Arsenie

Arsenieflorentina1@gmail.com

Jag definierar mig som

Kvinna

Man

Annat

Ålder

18-25

26-35

36-55 (OBS, här försvann en ålderskategori 46-55)

56-65

65+

Klinisk miljö

Offentlig

Privat

Annat

Utbildningsbakgrund

Leg. Psykolog

Samtalsterapeut

KBT-terapeut

Socionom

Sjuksköterska

Läkare

Annat

År som praktiserande (inklusive praktik)

0-5 år

6-15 år

16-30 år

31 år eller mer

Uppfattning om kompetens vid personligt möte (fysiskt) och online-möte (distans)

1. Hur effektiv är du att engagera patienten/klienten i en fungerande allians? (Fysiskt möte)

Mindre effektiv

Väldigt effektiv

1. Hur effektiv är du att engagera patienten/klienten i en fungerande allians? (Online-möte)

Mindre effektiv

Väldigt effektiv

2. Hur äkta/autentisk känner du dig i din terapeutiska roll? (Fysiskt möte)

Låg grad

Hög grad

2. Hur äkta/autentisk känner du dig i din terapeutiska roll? (Online-möte)

Låg grad

Hög grad

3. Hur mycket sakkunskap har du över olika tekniker och strategier som involveras i att utöva terapi? (Fysiskt möte)

Låg sakkunskap

Hög sakkunskap

3. Hur mycket sakkunskap har du över olika tekniker och strategier som involveras i att utöva terapi? (Online-möte)

Låg sakkunskap

Hög sakkunskap

4. Hur effektivt kommunicerar du din förståelse samt angelägenhet för patienten/klienten? (Fysiskt möte)

Låg grad

Hög grad

4. Hur effektivt kommunicerar du din förståelse samt angelägenhet för patienten/klienten?

(Online-möte)

Låg grad

Hög grad

5. Hur bra är du på att upptäcka samt hantera emotionella reaktioner som patienten/klienten har mot dig? (Fysiskt möte)

Låg grad

Hög grad

5. Hur bra är du på att upptäcka samt hantera emotionella reaktioner som patienten/klienten har mot dig? (Online-möte)

Låg grad

Hög grad

6. Hur effektiv är du på att hjälpa patienten/klienten? (Fysiskt möte)

Mindre effektiv

Väldigt effektiv

6. Hur effektiv är du på att hjälpa patienten/klienten? (Online- möte)

Mindre effektiv

Väldigt effektiv

Upplevda svårigheter vid fysisk och onlineterapi

1. Jag upplever ibland avsaknad av självförtroende när det kommer till att kunna hjälpa patienten/klienten. (Fysiskt möte)

Instämmer inte

Instämmer helt

1. Jag upplever ibland avsaknad av självförtroende när det kommer till att kunna hjälpa patienten/klienten

Instämmer inte

Instämmer helt

2. Jag upplever osäkerhet hur jag bäst ska bemöta en patient/klient. (Fysiskt möte)

Instämmer inte

Instämmer helt

2. Jag upplever osäkerhet hur jag bäst ska bemöta en patient/klient. (Online-möte)

Instämmer inte

Instämmer helt

3. Jag upplever ibland risken att förlora kontrollen till patienten/klienten under pågående session. (Fysiskt möte)

Instämmer inte

Instämmer helt

3. Jag upplever ibland risken att förlora kontrollen till patienten/klienten under pågående session. (Online-möte)

Instämmer inte

Instämmer helt

4. Jag upplever ibland svårigheter att känna empati. (Fysiskt möte)

Instämmer inte

Instämmer helt

4. Jag upplever ibland svårigheter att känna empati. (Online-möte)

Instämmer inte

Instämmer helt

5. Jag upplever att jag kan tillgodose patientens/klientens behov. (Fysiskt möte)

Instämmer inte

Instämmer helt

5. Jag upplever att jag kan tillgodose patientens/klientens behov. (Online-möte)

Instämmer inte

Instämmer helt

6. Jag upplever det svårt att ta del av patientens/klientens verkställda uppgifter/övningar?

(Fysiskt möte)

Instämmer inte

Instämmer helt

6. Jag upplever det svårt att ta del av patientens/klientens verkställda uppgifter/övningar?

(Online-möte)

Instämmer inte

Instämmer helt

Känsla under pågående samtal

1. Jag känner att samtal flyter på under sessionen. (Fysiskt möte)

Instämmer inte

Instämmer helt

1. Jag känner att samtal flyter på under sessionen. (Online-möte)

Instämmer inte

Instämmer helt

2. Jag känner mig ibland uttråkad under session. (Fysiskt möte)

Instämmer inte

Instämmer helt

2. Jag känner mig ibland uttråkad under session. (Online-möte)

Instämmer inte

Instämmer helt

3. Jag upplever ibland en känsla av ångest under sessionen. (Fysiskt möte)

Instämmer inte

Instämmer helt

3. Jag upplever ibland en känsla av ångest under sessionen. (Online-möte)

Instämmer inte

Instämmer helt

4. Jag upplever ibland förtroendebrist från patienten/klienten. (Fysiskt möte)

Instämmer inte

Instämmer helt

4. Jag upplever ibland förtroendebrist från patienten/klienten. (Online-möte)

Instämmer inte

Instämmer helt

5. Jag känner mig ibland stressad under session. (Fysiskt möte)

Instämmer inte

Instämmer helt

5. Jag känner mig ibland stressad under session. (Online-möte)

Instämmer inte

Instämmer helt

Värdering av behandling av vanligt förekommande besvär hos patient/klient (baserat på erfarenhet)

Behandling mot ångest:

Fysiskt möte bättre

Online-möte bättre

Fysiskt och online-möte likvärdigt

Vet ej

Behandling mot depression:

Fysiskt möte bättre

Online-möte bättre

Fysiskt och online-möte likvärdigt

Vet ej

Behandling mot fobier:

Fysiskt möte bättre

Online-möte bättre

Fysiskt och online-möte likvärdigt

Vet ej

Behandling mot beroende och missbruk:

Fysiskt möte bättre

Online-möte bättre

Fysiskt och online-möte likvärdigt

Vet ej