

Digital psykisk helse

Finnes det en sammenheng mellom behandlers intensjon til og faktiske bruk av digital behandling i psykisk helse og avhengighetsbehandling?

NICOLAI MODALSLI

VEILEDER

John-Kåre Vederhus

Universitetet i Agder, 2023

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse

"The ubiquitous intrusion of technology into everyday life is a blessing as well as a bane. It can make life easier and work more productive, but it also requires adoption of new skills in a rapidly changing environment, it is often accompanied by unwelcome invasion of privacy, and it can enable identity theft and other scams. Understanding people's responses to emerging technologies is a prerequisite for implementing effective interventions designed to facilitate behavioral changes that are needed to meet the demands of a high-tech society" (Ajzen, 2020, p. 314)

Oppsummering

Etterspørselen fra pasienter med behov for psykisk helse og avhengighetsbehandling øker. Digital behandling fremheves av helsemyndigheter som en moderne og innovativ måte å møte dette behovet på. Imidlertid er det mer uklart hvordan klinikere i poliklinikker oppfatter bruken av digital behandling.

Hensikten med studien har vært å identifisere hvor det er muligheter for intervensjon til å kunne påvirke bruken av digital behandling. Studien har undersøkt om det er sammenheng mellom behandleres intensjon til, og faktisk bruk av digital behandling. Studien har undersøkt hvilke bakgrunnsvariabler som påvirker bruken av digital behandling, og om det er en sammenheng mellom digital helsekompetanse og bruken av digital behandling.

Studien har en kvantitativ metode, med Theory of planned behavior (TPB) som teoretisk rammeverk. Behandlerne ($n=31$) ved poliklinikker inne psykisk helse og avhengighetsbehandling på Sørlandet Sykehus har besvart et spørreskjema, og informasjon om bruk av digital behandling ble hentet fra DIPS. Sti-analyse, multippel lineær regresjonsanalyse og Goodman and Kruskal's gamma ble benyttet for å analysere data.

Det er funnet en signifikant sammenheng mellom holdninger og intensjon til å benytte digital behandling, men det er ikke funnet en sammenheng mellom behandleres intensjon til og faktisk bruk av digital behandling. Studien viser at høyere alder øker sannsynligheten for å benytte digital behandling, og at digital behandling brukes mest i fagområdet psykisk helse for voksne.

Videre studier trengs for å undersøke om bruken av digital behandling endrer seg, dersom mulighetene for intervensjon påvirkes.

Nøkkkelord

Digital helsekompetanse, psykisk helse, avhengighet, digital behandling, Theory of planned behavior (TPB), Sørlandet Sykehus, behandler

Abstract

The demand from patients in need of mental health and addiction treatment is increasing. Health authorities highlight digital treatment as a modern and innovative way to meet this need. However, the perceptions of clinicians in outpatient clinics regarding the use of digital treatment remain unclear.

The purpose of the study has been to identify opportunities for intervention to influence the use of digital treatment. The study has investigated whether there is a relationship between clinicians' intention to use digital treatment and their actual use of it. The study has examined which background variables affect the use of digital treatment, and whether there is a relationship between digital health literacy and the use of digital treatment.

The study uses quantitative method, with the Theory of Planned Behavior (TPB) as a theoretical framework. Data have been gathered using questionnaires, from therapists ($n=31$) at outpatient clinics for mental health and addiction treatment at Sørlandet Hospital. Information about digital treatment is collected from DIPS. Path analysis, multiple linear regression analysis, and Goodman and Kruskal's gamma were used to analyze the data.

A significant correlation has been found between attitudes and intention to use digital treatment, but there is no correlation between clinicians' intention and their actual use of digital treatment. The study shows that higher age increases the likelihood of using digital treatment and that digital treatment is most used in the field of mental health for adults.

Further studies are needed to investigate whether the use of digital treatment changes if opportunities for intervention are influenced.

Keywords

E-health Literacy, Mental Health, Addiction, Digital Therapeutics, Theory of planned behavior (TPB), Sørlandet Sykehus, Therapist

Forord

Som en del av master i psykososial helse var jeg spent på om temaet jeg ønsket å utforske var innenfor studiets rammer. Heldigvis ble det ansett som både relevant og interessant av mine veiledere. Det har derfor vært herlig å få lov til å fordype seg i, og lære om, et tema jeg har interessert meg i over tid. Det å skrive denne masteroppgaven har gitt meg ny kunnskap og økt innsikt, i det jeg anser som mitt fagområde.

Først må jeg takke Frode Dunsæd, Avdelingssjef ved Avdeling for rus og Avhengighetsbehandling (ARA), for at jeg fikk muligheten, og Grete Dagsvik, Seksjonsleder ved KOM-programmet, for tilrettelegging i en ellers hektisk hverdag. Jeg håper at kunnskapen jeg har tilegnet meg kan komme min arbeidsgiver til nytte, og at jeg kan gi tilbake av det har lært.

Takk til John-Kåre Vederhus, Seniorforsker ved ARA og Professor II ved UiA, for all hjelp og veiledning. De beste rådene jeg har fått har vært å avgrense omfanget for studien, være realistisk for hva jeg har tid til å gjennomføre, og sørge for at studien min har en retning som gir mening. John-Kåre har bidratt til at jeg har overholdt nødvendig fremdrift i dette prosjektet, og kommet frem til noe som kan være interessant for andre enn meg selv.

Jeg vil også takke alle som har deltatt i studien, og alle som har bidratt til å rekruttere deltakere. Det hadde ikke vært mulig å gjennomføre studien uten hjelp fra ledere og ansatte ved Sørlandet Sykehus. Jeg vil også benytte anledning til å takke mine kollegaer ved KOM-programmet som har støttet meg og vært interessert i min studie.

Men det aller viktigste for meg er å si takk til Miriam, for at hun har gitt meg anledningen til å drive med selvrealisering gjennom studier og egentid. Takk for at du støtter og oppmuntrer meg.

- Du er *min* helt.

Innhold

Innledning.....	7
Oppgavens hensikt og problemstilling	8
Oppgavens oppbygning	9
Teori.....	10
Vitenskapsteoretisk utgangspunkt.....	10
Kritisk realisme	10
eHelse.....	11
Helsekompetanse.....	12
Digital helsekompetanse	12
Digital behandling.....	14
Theory of planned behavior (TPB).....	17
Kritikk av TPB.....	22
Metode.....	24
Godkjenninger.....	24
Samtykke	24
Utvikling av spørreskjema	25
Datainnsamling.....	27
Etske hensyn.....	27
Populasjon	28
Utvalg	29
Rekrutteringsprosess.....	29
Statistisk analyse	31
Resultater	33
Deskriptiv statistikk	33
Statistiske analyser	37
Diskusjon	41
Generell diskusjon	41
Metodisk diskusjon.....	49
Konklusjon	53
Litteraturliste.....	54
Vedlegg.....	61

Innledning

I oppdragsdokumentene fra helsedirektoratet til Helse-Sør-Øst i 2018 og 2019, var det et økt fokus på bruken av digital behandling innen psykisk helsevern (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, 2019a). Likevel var fokus på å øke bruken av digital behandling kun gjennom mindre konkrete formuleringer i førende dokumenter, slik som fra oppdrag og bestillingsdokument fra Helse Sør-Øst Regional helseforetak (RHF) til Sørlandet sykehus helseforetak (HF) i 2019: «Det er et politisk mål å legge til rette for gode digitale helseløsninger slik at pasienter kan behandles og følges opp hjemme» (Helse Sør-Øst, 2019).

Samfunnets nedstengingen av smittevern hensyn gjorde at helsevesenet måtte omstille seg til en digital hverdag for å kunne følge opp sine forpliktelser og tilby nødvendig behandling til pasientene. Covid-19 pandemien fungerte således som en katalysator for digitale pasientforløp. En litteraturgjennomgang av Car et al. (2020) på studier av effekten knyttet til videokonsultasjoner under pandemien, fant høy tilfredshet blant pasienter og personellet knyttet til bruken av videokonsultasjoner.

Dette ble en brå omstilling for både pasienter behandlere, men også for helseforetakene. «Barrierene for digitalisering i helse- og omsorgssektoren først og fremst har vært institusjonelle og organisatoriske», ifølge Helsepersonellkommisjonens rapport «Tid for handling» (NOU, 2023:4, p. 264). Følgelig har dette ført til en dreining mot en mer tydelig føring og konkretisering av mål for digital behandling. I oppdragsdokumentene fra helsedirektoratet til Helse-Sør-Øst i 2021, 2022 og 2023 er ordlyden endret til at målet for polikliniske konsultasjoner som tilbys over video og telefon nå skal være over 15 % (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021b, 2022, 2023). Dette viser til at på få år har digital behandling gått fra å være en ønsket utvikling til å være en etablert del av behandlingstilbudet som tilbys. Hensikten er en mer effektiv ressursutnyttelse av helsevesenet, og et helsevesen tilpasset en mer moderne digital hverdag.

Når helsevesenet skal se fremover, og planlegge hvordan behandling skal gis til pasienter i fremtiden, har digital behandling fått en enda mer sentral rolle. I Ny modell for framskriving av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling legges det opp til at inntil 20% av polikliniske konsultasjoner frem mot 2040 skal være digitale (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021a).

Politikere og helseforetak ser altså på digital behandling som en del av løsningen på et økende behov for tjenester. Det som er mer usikkert er hvordan behandlere innenfor psykisk helse og avhengighetsbehandling vurderer det å gi behandling gjennom digitale verktøy. Mange ser nok digitale behandling som en mulighet til å tilpasse behandlingstilbudet til en mer moderne digital hverdag, mens andre gir uttrykk for bekymring knyttet til at digital behandling har begrensninger der

hvor det foreligger større utfordringer som for eksempel alvorlige psykiske lidelser (Bucci et al., 2018). Også psykologforeningen viser til måtehold, og har utviklet et policydokument for bruk av digitale verktøy i psykologisk behandling. Her fremgår blant annet at:

«Pasienter skal ikke presses til å ta imot behandling på digitale plattformer på grunn av ressurspørsmål eller ventetid til annen behandling». Og «Bruk av digitale verktøy skal kun benyttes når det er ønskelig og nyttig for pasientene» (Norsk Psykolog Forening, 2022, p. 2).

Oppgavens hensikt og problemstilling

Min egen erfaring fra ulike kliniske roller ved Sørlandet Sykehus har gitt meg innsikt i hvilke muligheter og begrensninger digital behandling gir, men også hvordan klinikere vurderer nytten av digital behandling ulikt. Det har vekket en interesse for å forstå hva som ligger til grunn for at behandlere tar i bruk nye metoder i behandlingen av pasienter, eller ikke.

Denne oppgaven søker å utforske behandleres holdninger knyttet til digitale verktøy, hvilke forventninger de har til å benytte digital behandling, og hvordan de vurderer egen digital helsekompetanse knyttet til digital behandling. Hensikten med oppgaven er å identifisere hvor det er muligheter for intervensjon til å kunne påvirke bruken av digital behandling. Oppgaven har derfor følgende problemstilling:

- Finnes det en sammenheng mellom behandleres intensjon til og faktiske bruk av digital behandling i psykisk helse og avhengighetsbehandling?

Videre er det flere andre aspekter som jeg tenker det også er relevant å undersøke. Oppgaven søker også å finne svar på følgende spørsmål:

- Er det en sammenheng mellom behandleres digitale helsekompetanse og intensjon til bruk av digitale verktøy i behandling?
- Er det det bakgrunnsfaktorer hos behandler som påvirker bruk av digital behandling?
- Er det forskjell i bruk av digital behandling mellom fagområdet avhengighetsbehandling og psykiatri, og hvor stor andel av behandlingen gis digitalt?

Formålet med studien er å kunne bidra til at ledere og beslutningstakere får økt kunnskap om hva behandlere i poliklinikkene tenker om digital behandling, og hvordan dette kan benyttes på en mest mulig hensiktsmessig måte for pasientene. Studien kan anses som en kvalitetsundersøkelse ved klinikk for psykisk helse ved Sørlandet Sykehus, og kan bidra til økt kunnskap om hvordan det er mulig å tilrettelegge for fremtidige digitale tilbud til pasienter innen psykisk helse og avhengighetsbehandling.

Begrepsavklaring

Behandler – Helsepersonell som behandler pasienter innen fagområdene Psykisk helse for voksne og Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser ved Sørlandet Sykehus. Eksempelvis: Vernepleiere, Sosionomer, Sykepleiere, Leger og Psykologer.

Intensjon - `Intensjon til` forstås her som en Intensjon i lys av Icek Ajzen`s Theory of Planned Behavior (TPB).

Digital behandling – Både telefon- og video konsultasjoner, iht. ISF-regelverk (Helsedirektoratet 2023).

Bruk av - `Bruken av` refererer her til faktisk atferd målt ved antall digitale konsultasjoner utført av behandlere i utvalget.

Oppgavens oppbygning

Denne innledningen gir en oversikt over oppgavens fokus. Videre vil jeg presentere de ulike delene oppgaven består av.

Jeg vil først presentere en teoridel som inneholder valg av teoretisk utgangspunkt for denne oppgaven samt søk fra tidligere forskning på temaene i oppgaven.

Jeg vil videre redegjøre for perspektiver som eHelse, helsekompetanse, digital behandling, og digital helsekompetanse, før jeg vil presentere Icek Ajzen`s Theory of Planned Behavior.

I metodedelen vil jeg beskrive og redegjøre for valget av kvantitativ metode for å besvare oppgaven problemstilling. Jeg vil i denne delen beskrive utviklingen av spørreskjema, utvalget, rekrutteringsprosessen og datainnsamling, analyseprosess og etiske overveielser.

I resultatkapitlet vil jeg presentere resultatene av analysen, før jeg i diskusjonsdelen drøfter funnene opp mot teori og tidligere forskning.

Jeg vil til slutt konkludere oppgavens problemstilling.

Teori

For å finne fram til relevant teori har jeg benyttet nettbaserte søkemotorer, blant annet Pubmed, BMJ, Google Scholar og Oria. Hovedtemaene jeg har benyttet i søket var `eHealth`, `eHealth Literacy`, `telemedicine`, `digital helsekompetanse`, `Digital behandling` `Theory of Planned Behavior`, `eHLQ`, og kombinasjoner av disse. Jeg har også benyttet litteraturlisten i relevante artikler til å finne ytterligere kilder. Jeg vil i denne delen av oppgaven først redegjøre for et vitenskapsteoretisk utgangspunkt for studien, og sentrale begreper for å kunne besvare problemstillingen. Videre vil jeg i denne delen redegjøre for Icek Ajzen`s Theory of Planned Behavior, og hvordan denne teorien har blitt utviklet og brukt i andre studier.

Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Vitenskapsteori er metateorier om hvordan vi forstår vår verden og vår kunnskap om den (Jenssen et al., 2020). Ontologi er læren om det som *er* (fra gresk «on», som betyr væren), og epistemologi er læren om hva som er *kunnskap* og hvordan kunnskap *oppstår* (fra gresk «episteme», som betyr viten, kunnskap) (Aadland, 2011). Jeg vil her kort redegjøre for hvilken vitenskapsteoretisk retning denne studien står i.

Biesta (2015) oppfordrer til en pragmatisk tilnærming til teorier om vitenskap. Fremfor å tilkjenne seg et standpunkt ut fra en enkelt vitenskapsteoretisk tradisjon, bør fokuset heller være på hva en søker å finne svar på og hvilken teoretisk retning som best egner seg for å finne svar på en konkret problemstilling.

Denne studien har som mål å undersøke om det finnes en *sammenheng* mellom behandleres *innstilling til og bruken av* digital behandling i psykisk helse og avhengighetsbehandling.

For å finne sammenhenger mellom psykologiske fenomener og den enkeltes atferd, har jeg tatt utgangspunkt i **kritisk realisme** som vitenskapsteori for denne studien.

Kritisk realisme

Kritisk realisme presenterer en ontologi som skal hjelpe oss med å se sammenhenger, og kan derfor være en hensiktsmessig måte å forstå helse- og sosialfagenes teori, praksis og forskning (Jenssen et al., 2020). Kritisk realisme legger vekt på virkelighetens kompleksitet som både skal forstås og forklares, og ble introdusert av Roy Bhaskar i 1978. I boken *A Realist theory of science* kritiserte Bashkar empirisme, positivisme og konstruktivismen, og teorien er således å forstå som en kritikk av den logiske positivismens dominans innen natur- og samfunnsvitenskapene (Jenssen et al., 2020). Kritisk realisme tar ikke avstand fra verken årsaksforklaringer, tolkningslære eller fenomenologi. Kritisk realisme ser dog på vitenskap med en generaliserende ambisjon, men skiller seg fra postpositivistisk teori ved å ikke søke etter *empiriske lovmessigheter*. Kritisk realisme anser at den

sosiale verden er kompleks og uklar, men at det likevel er et ideal å søke etter rimelige årsakssammenhenger og forklaringer på problemer (Ibid).

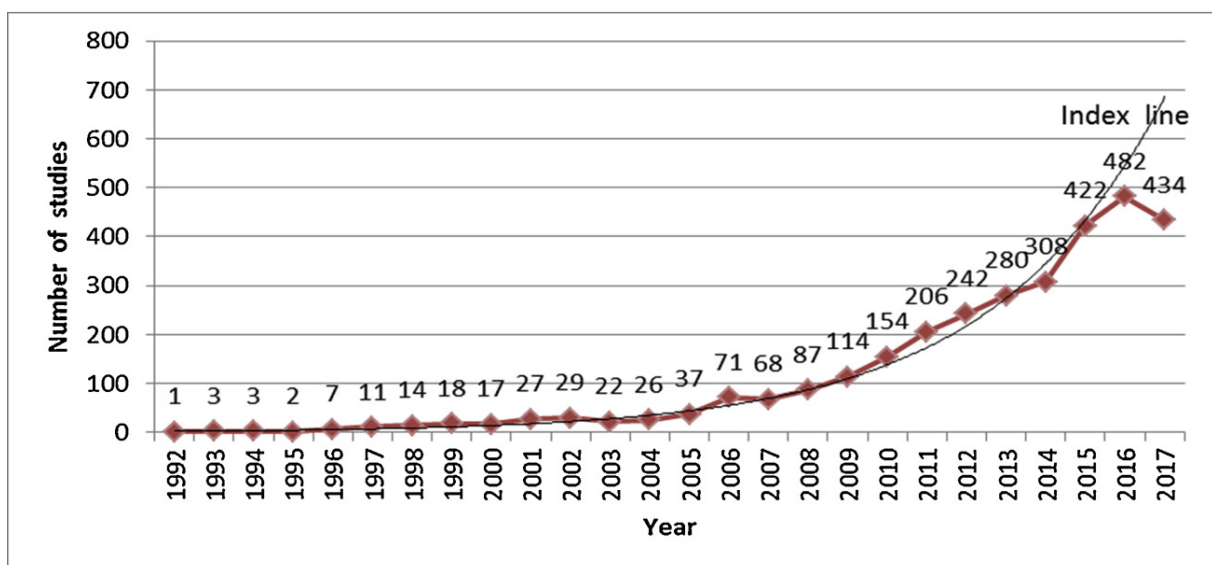
eHelse

Helsetjenestene har endret seg som følge av at samfunnet i stadig økende grad blir mer og mer digital. Dette fører til at også helsetjenestene i økende grad benytter digitale kanaler til å gi informasjon, men flere tilbyr også tjenester digitalt (Levin-Zamir & Bertschi, 2018).

eHelse, eller elektronisk helse, er et paraplybegrep. Begreper beskriver både hvordan dagens helsetjenester i mange tilfeller er digitale eller benytter digitale teknologier for å kommunisere med mottakere av helsetjenester, og hvordan dette endrer tankemåter og holdninger til bruken av digitale tjenester. Eysenbach beskriver her hvordan begrepet favner mer enn kun tjenester levert på en digitale flate:

“e-health is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve health care locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology” (Eysenbach, 2001).

Utviklingen av nye digitale behandling- og samhandlingsmetoder i helse utviklet seg i takt med teknologiutviklingen. Dongxiao Gu (2019) viser til en eksplosiv utvikling av artikler om eHelse i perioden 1993-2017, som vist i Figur 1. Dongxiao viser her at eHelse har blitt et stort og stadig voksende fagfelt, som nå har omfattende publikasjoner i medisinske journaler.



FIGUR 1 - ÅRLIG ANTALL PUBLISERTE ARTIKLER 1992-2017.

Helsekompetanse

Befolkningens kompetanse om helse er ujevnt fordelt. Et individs unike helse, og kunnskap om egen helse, kan påvirkes av om en har kompetanse til å håndtere sin uhelse. Det å ha et språk for helse og uhelse, og kunne formidle det på en konstruktiv måte og i riktig kontekst, er noe som krever kunnskap og erfaring. *Helsekompetanse* er et begrep som favner det komplekse omfanget av hva det vil si å kunne forebygge og få hjelp til egen uhelse. Helsedirektoratet definerer helsekompetanse som «*personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse*». Helsekompetanse er også relatert til beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og ikke minst en persons kunnskap om å bruke helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2021).

Sørensen et al. (2012) identifiserte totalt 12 dimensjoner for helsekompetanse, som gir grunnlag for å forbedre menneskers mulighet for egenomsorg, sykdomsforebygging og helsefremmende evner. Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b) viser til helse- og omsorgstjenester skal ha som mål å tilby likeverdige tjenester til befolkningen, og at dette gjøres ved å blant annet ta høyde for at det forekommer ulik grad av helsekompetanse i befolkningen. Det vises videre til at det er viktig at helsetjenestene jobber for å: «*bevisstgjøre helse- og omsorgspersonell på pasienters og brukeres helsekompetanse, sin rolle i å øke pasientens helsekompetanse og tilpasse kommunikasjonen til mottakers evne til å håndtere og bruke informasjonen*» (p. 6).

Digital helsekompetanse

I tillegg til at behandlere er bevisst pasienters helsekompetanse er det i økende grad behov for å vurdere hvorvidt pasienter har *digital helsekompetanse*. Ifølge Norman and Skinner (2006b, p. 1) kan digital helsekompetanse defineres som evnen til å søke, finne, forstå og nyttiggjøre seg av helseinformasjon fra elektroniske kilder, og ta i bruk denne kunnskapen for å håndtere et helseproblem. Digital helsekompetanse er også ujevnt fordelt hos befolkningen, sannsynligvis i enda større grad en generell helsekompetanse. Levin-Zamir og Bertschi beskriver godt hvordan digital helsekompetanse (eHealth Literacy) har økende betydning:

“As society and the social environment on the global level increasingly move towards use of digital and media tools for delivering health messages, offering health information, navigating health services, while also increasing the use of the Internet for commercial advertising, then eHealth literacy and Media Health Literacy skills will likewise play an increasingly essential role” (Levin-Zamir & Bertschi, 2018)

Nasjonal strategi for økt digital deltakelse og kompetanse i befolkningen - «Digital hele livet» - viser at digital utenforskap er et økende problem (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2021). Ifølge strategien kan digital utenforskap føre til at personer går glipp av likeverdige tjenester og

tilbud, som igjen kan forsterke det digitale klaseskillet. Det vises her til at seniorer og ikke-sysselsatte har svakere digital kompetanse en den øvrige befolkningen (Ibid). Erfaringer fra det digitale behandlingstilbudet eMeistring i Helse Bergen viser også til at personer med høyere utdanning tar direkte kontakt for å få behandling, mens personer med lavere utdanning blir henvist til behandling fra fastlegen (Nasjonalt senter for e-helseforskning, 2022).

Helsedirektoratets rapport *Befolkningens helsekompetanse del 1*, viser til at «*Digital helsekompetanse uttrykt ved kompetanse i å søke etter digital helseinformasjon, besitte generelle digitale ferdigheter og beredskap til å ta i bruk digitale helsetjenester, varierer dermed med kjønn, alder, utdanningsnivå og langvarig sykdom*» (Le, 2021). Lars Kayser ved Universitetet i kjøbenhavn forsket på digital helsekompetanse, og beskriver her hvor viktig det er at dette hensyntas av behandlere i møte med pasienter:

“For people to be able to access, understand, and benefit from the increasing digitalization of health services, it is critical that services are provided in a way that meets the user’s needs, resources, and competence” (Kayser et al., 2018).

I Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b) fremgår det at det må legges til rette for at den digitale utviklingen ikke forsterker digitalt utenforskap. Det å kartlegge forutsetningene hos pasienter for å kunne tilby korrekt behandling er viktig når det vurderes bruk av digital behandling, og spesielt der det er snakk om behandling av pasienter med risiko for digitalt utenforskap. Mål om økt digital helsekompetanse i hele befolkningen gjenfinnes også i «*Digital hele livet*» - Nasjonal strategi for økt digital deltakelse og kompetanse i befolkningen (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2021).

Som følge av besvistgjøringen av at det i befolkningen er ulike forutsetning for kunne ta i bruk og nyttegjøre seg av digitale helsetjenester, har det blitt utviklet ulike kartleggingsverktøy for å kunne undersøke og identifisere faktorer som påvirker digital helsekompetanse. Norman and Skinner (2006a) utviklet *eHealth literacy scale* (eHEALS), som er et kartleggingsverktøy for å vurdere digital helsekompetanse ut ifra en 8-punkts skala. eHEALS har senere blitt revidert (Norman, 2011), og har blitt brukt blant annet i Nederland (van der Vaart et al., 2011). *eHealth Literacy Questionnaire* (eHLQ) er et annet kartleggingverktøy utviklet av Kayser et al. (2018), som baserer seg på 7 domener. Kayser oppsummerer domenen i tre kategorier: En persons egenskaper (informasjon og kunnskap om egen helse), krysningspunktet mellom brukeren og teknologien (opplevelse av trygghet og kontroll), brukerens opplevelse av systemet (systemet fungerer og er tilgjengelig) (ibid). eHLQ har også dannet grunnlaget for det mer omfattende kartleggingsverktøyet `READHY` (Kayser et al., 2019).

Behandleres kjennskap til digital helsekompetanse hos pasienter er viktig. Men det er også viktig å ha kunnskap om digital helsekompetanse blant ansatte. Behandlere ansatt i ved Sørlandet sykehus er

høyt utdannet helsepersonell, og det antas derfor at helsekompetansen blant disse er høy. Men har de også høy grad av digital helsekompetanse? Kayser et al. (2022) har videreutviklet eHLQ til eHLQ-staff, som er et kartleggingsverktøy beregnet på helsepersonell. Hensikten med kartleggingsverktøyene er å kunne tilpasse hvordan en legger til rette for digitalisering av tjenester i større grad, etter å ha identifisert hvilke forutsetningen den enkelte ansatte har for å ta i bruk digitale tjenester. Kayser har gjennom sine studier vist at det er variasjon i digital helsekompetanse blant helsepersonell, og at det er noe det i ulikt grad fokuseres på (ibid). Digital helsekompetanse blant helsepersonell kan anses som en forutsetning for å kunne tilby digital behandling, og er derfor interessant å undersøke nærmere.

Digital behandling

Telemedisin, videokonsultasjon, telefonkonsultasjon og internett-assistert behandling er eksempler på ulike former for digital behandling. Digital behandling kan være både heldigital, eller behandling som tar i bruk digitale verktøy som en del av et behandlingsforløp. Digital behandling benyttes i mange ulike situasjoner, og ovenfor mange ulike pasientgrupper. Eksempelvis tilbys digital hjemmeoppfølging for personer med HIV ved Sørlandet Sykehus (Sørlandet Sykehus HF, 2023b), og AMK-sentralene har tilgang til å etablere videosamtale med innringer i nødsamtaler, der det anses hensiktsmessig (Vestre Viken HF, 2019). Innen psykisk helse har en litteraturgjennomgang av Karyotaki et al. (2018) vist at digital behandling gir effekt på depresjon. Det finnes også digital helseteknologi for pasienter med alvorlige psykiske lidelser som kan egne seg, selv om langtidseffektene her er usikre (Batra et al., 2017). En meta-analytisk litteraturstudie viste til resultater som indikerer at nettbasert kognitiv atferdsterapi gir like resultater som ansikt-til-ansikt behandling (Andersson et al., 2014). En annen litteraturstudie av Kruse et al. (2017) viser at digital behandling gir effekt, er kostnadseffektivt, redusere reisetid, og at pasientene er fornøyd med digital behandling.

Ny modell for framskriving av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling viser til eMeistring som eksempel på digital behandling som har vist effekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021a). eMeistring er en digital behandlingsmodell basert på kognitiv atferdsterapi som har blitt utviklet ved Helse Bergen, og har vist effekt på panikk lidelse, depresjon og sosial angst (Tine Nordgreen et al. (2018); T. Nordgreen et al. (2018); Nordgreen et al. (2019)). Behandlingsformen er godkjent av Beslutningsforum, med følgende anbefaling: «*Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser kan tas i bruk når det er hensiktsmessig*» (Elvsaa, 2018). I årlig melding 2021 for Helse Sør-Øst RHF til Helse- og omsorgsdepartementet vises det til at i overkant av hundre terapeuter og superbrukere har tatt i bruk veiledet eMeistring (Helse Sør-Øst, 2022). Flere andre studier har også vist at digital behandling innen psykisk helse har effekt (Cuijpers

et al., 2010), (Rashid L. Bashshur, 2016), og (Christensen et al., 2020). Samtidig konkluderes det i gjennomgangen av eMeistring med at *«Det synes å mangle systematiske oversikter som sammenligner terapeutveiledet internettbehandling med ikke-terapeutveiledet internettbehandling for voksne med depresjon, søvnforstyrrelser eller alkoholavhengighet, og for psykiske lidelser hos barn og unge»* (Elvsaa, 2018, p. 10).

En single-blind RCT hvor de undersøkte effekten av internett-basert terapi for personer med førstegangpsykose, fant ingen signifikant effekt på sosial fungering sammenlignet med ordinær behandling (Alvarez-Jimenez et al., 2021). En litteraturstudie fant noen fordeler med bruk av internett-basert kognitiv terapibehandling for PTSD, men konkluderte med at evidensen var veldig lav som følge av for få studier. Studien viste til at det foreligger planer om flere pågående studier (Simon et al., 2021).

Digital behandling er et fagområde i rask utvikling. Selv om eMeistring er vurdert sikkert og effektivt nok til at det kan tilbys i spesialisthelsetjenesten, kan litteraturen tyde på at det er for tidlig å sikkert slå fast at terapeutveiledet internettbehandling er like god eller bedre en konvensjonell ansikt-til-ansikt behandling for alle typer psykiske- og ruslidelser. Fremtiden kan med all sannsynlighet gi ytterligere evidens for hvordan digital behandling best kan tilbys, og ovenfor hvilke pasientgrupper, da forskningen på dette feltet øker i omfang.

Behandlere som benytter eMeistring vil ha mye erfaring med å behandle pasienter digitalt. Men mange helsepersonell har mindre erfaring med å tilby behandling digitalt.

Helsepersonellundersøkelsen om e-helse i 2022 (Direktoratet for e-helse, 2023) viser til at kun 28 % (n=4937) av helsepersonell i undersøkelsen har gjennomført konsultasjoner med pasienter over video. Undersøkelsen viste også at: *«Helsepersonell innen psykisk helse har hyppigere bruk av telefon, skriftlig digital kontakt og videosamtaler for kommunikasjon med annet helsepersonell knyttet til behandling av pasient, og oftere erfaring med konsultasjon eller oppfølging av pasient over video sammenlignet med helsepersonell innen somatikk»* (s. 54). 26% (n=4976) var helt eller ganske enig i påstanden «Digitale helsetjenester gjør det lettere for meg å komme i kontakt med pasientene», mens 17 % var ganske eller helt uenig i påstanden (ibid).

Det er som tidligere nevnt et mål om at andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 %. I årlig melding 2022 fra Helse Sør-Øst RHF til Helse- og omsorgsdepartementet (Helse Sør-Øst, 2023b) vises det til at *«Andelen polikliniske konsultasjoner som er gjennomført over video og telefon var per desember 11,3 prosent samlet for både psykisk helsevern og somatikk. De somatiske helsetjenestene utnytter ikke denne muligheten i samme grad*

som innen psykisk helsevern» (s. 33). Dette tyder på at andelen video- og telefonkonsultasjoner i psykisk helsevern er nærmere målet, sammenlignet med somatiske helsetjenester.

Årlig melding 2022 fra Sørlandet Sykehus til Helse-Sørøst viser til at det på foretaksnivå var 13,3 % video- og telefonkonsultasjoner i 2022. Det er også en økende trend innen somatikken fra 5,9% i 2021 til 7,5% i 2022. Totalt 24,5 % av polikliniske konsultasjoner ved Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling (KPH) ble gjennomført over video- og telefon, hvorav videokonsultasjoner utgjorde 4,4% (Sørlandet Sykehus HF, 2022).

Theory of planned behavior (TPB)

For å besvare oppgavens problemstilling, om det er en sammenheng mellom intensjon til og bruken av digital behandling, er det behov for å ha en teoretisk tilnærming til hva som påvirker atferd.

Oppgavens hensikt er å finne frem til områder med potensiale for intervensjoner, for å påvirke bruken av digital behandling blant ansatte. Theory of planned behavior (TPB) er et teoretisk rammeverk som tidligere har fungert for å kunne finne frem til hva som påvirker atferd (Armitage & Conner, 2001), og for å identifisere områder hvor en kan påvirke til endring (Latifi et al., 2021).

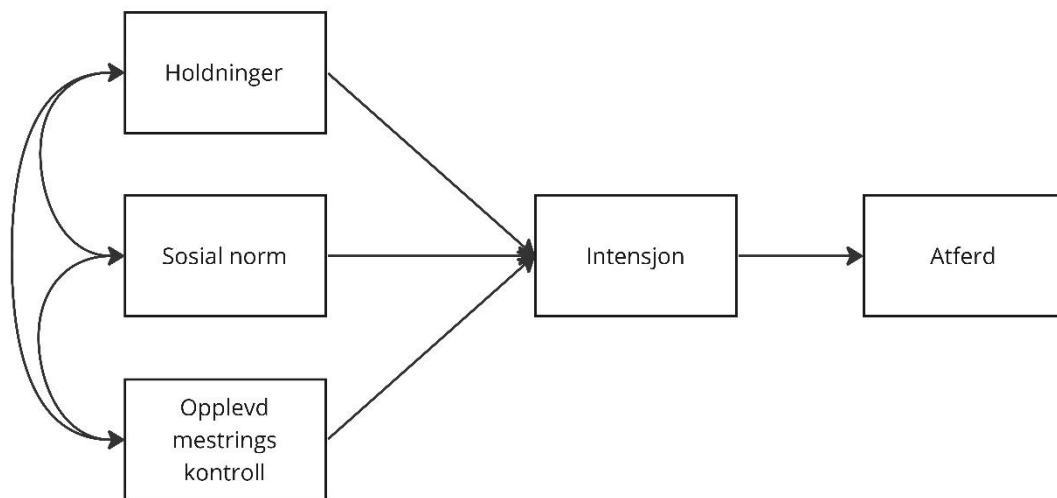
TPB er en sosialpsykologisk teori utviklet av Icek Azjen. Azjen (født 1942) er en sosialpsykolog og professor ved Universitetet i Massachusetts Amherst (Ajzen, 2020). TPB er en videreutvikling av Theory of reasoned action (TRA), som ble publisert av Icek Ajzen og Martin Fishbein i 1969 (Ajzen & Fishbein 1969), og er en teori som forsøker å forklare faktorer som predikerer atferd. Ifølge psykologen Gordon Allport (1897-1967) var studien av holdninger kjerneområdet i sosialpsykologien «*probably the most distinctive and indispensable concept in contemporary American social psychology*» (Allport, 1935, p. 798, i Armitage & Christian, 2004, p. 1). Historisk sett har det blitt antatt at holdninger kan predikere atferd (Armitage & Christian, 2004, p. 1). Dette ble utfordret Ajzen og Fishbein's TRA, ved å introdusere begrepet *Behavioral Intentions*:

«Behavioral intentions are regarded as a summary of the motivation required to perform a particular behavior, reflecting an individual's decision to follow a course of action, as well as an index of how hard people are willing to try and perform the behavior» (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980, i Armitage & Christian, 2004, p. 4).

Introduksjonen om at intensjon er bindeleddet mellom holdninger og atferd, representerte en betydelig endring i oppfatning av holdninger som en predikator for atferd. Istedenfor at holdninger er direkte koblet til atferd, er holdninger kun en av to faktorer som predikerer atferd. Den andre faktoren som påvirker intensjon er *subjektiv norm* som det heter i TRA, eller opplevd sosialt påtrykk fra nære relasjoner (Armitage & Christian, 2004, pp. 4-5).

Videre ble TRA videreutviklet av Icek Ajzen ved også å ta inn *Perceived behavioral control* (PBC) som en faktor. PBC er Ajzen's videreutvikling av begrepet *Selv Efficacy*. Selv Efficacy er et begrep først introdusert av Albert Bandura (1925-2021), som var en amerikansk psykolog og professor. Begrepet self-efficacy, eller mestringstro på norsk, defineres av Bandura på følgende måte "*people's judgements of their capabilities to organize and execute courses of action required to attain designated types of performances*" (Bandura, 1986, p. 94). Bandura var en inspirasjon for Ajzen i videreutviklingen av TRA, til å bli TPB (Fishbein & Ajzen, 2010). Ajzen brukte begrepet PBC som en forklaring på en viktig komponent på hva som påvirker vår intensjon mot en bestemt handling. Ajzen legger vekt på at PBC ikke skiller seg fra self efficacy som konsept, men at de ulike begrepene vurderes på litt ulike måter i de respektive teoriene (Ajzen, 2020).

En persons «Attitude», «Social Norm» og «Perceived Behavior Control», og samspillet mellom disse faktorene, er det som ifølge TPB påvirker vår intensjoner til en bestemt atferd (Fishbein & Ajzen, 2010). I denne oppgaven vil jeg videre bruke begrepene *holdninger* (Attitude), *sosial norm* (Social Norm) og *mestringskontroll* (Perceived Behavioral Control) (Fritt oversatt til Norsk). Teorien tilsier derfor at gjennom å studere hvilken intensjon en person har til å utføre en handling, er det mulig å predikere atferd, som vist i Figur 2.



FIGUR 2 - TPB-MODELLEN

Holdninger, sosiale normer og mestringskontroll er ikke mulig å observere direkte. Det er i midlertid atferd. Men for å kunne predikere menneskelig atferd er det nødvendig konkretiserer og definere atferden. Atferden må observeres i en bestemt kontekst og på et bestemt tidspunkt, og er vanligvis rettet mot et bestemt mål. Atferd i tråd med TPB er derfor definert at fire elementer: Handling, mål, kontekst og tid. Disse fire elementene er med på å definere atferden som det fokuseres på (Ajzen, 2020). Eksempelvis er denne studien (handlingen) gjennomført som en del av en mastergrad i psykososial helse (mål), på Universitetet i Agder (kontekst) i perioden 2021-2023 (tid). Om du endrer på målet ved at studien ikke inngår som en del av en mastergrad men som en doktoravhandling, endrer dette premissene for handlingen og tid. Likeså om det ble gjort uten å ha konteksten av Universitetet i Agder vil det endre premisset for både handlingen og målet. Videre ville endringer i tid til 6 mnd endret premisset for både handlingen og gjennomføringsevnen for å nå målet. Kun ved at disse fire elementene er stabile vil en kunne vurdere akkurat den handlingen en ønsker å studere. Jeg vil videre forklare teoriens oppbygning og betydningen av de ulike faktorene i modellen.

Intensjon

Intensjon er moderatoren som er bindeleddet mellom holdninger og atferd «*Behavioral intentions are indications of a person's readiness to perform a behavior*» (Fishbein & Ajzen, 2010, p. 39). TPB viser til at det er en sterk sammenheng mellom intensjon og atferd. Jo sterkere intensjon, jo mer sannsynlig er det at dette fører til en bestemt atferd *“The immediate antecedent of behavior in the TPB is the intention to perform the behavior in question; the stronger the intention, the more likely it is that the behavior will follow”* (Ajzen, 2020, p. 315). Intensjon påvirkes igjen av tre andre faktorer i TPB-modellen, og det er ved å utforske de ulike faktorene i modellen at den kan gi mening for å finne ut hva som til slutt kan predikere atferd.

Holdninger

Holdning kan ifølge Fishbein and Ajzen (2010) defineres som «*a latent disposition or tendency to respond with some degree of favorableness an unfavorableness to a psychological object*» (p. 76). I TPB er holdninger bestemt. Fishbein and Ajzen (2010) viser til at i TPB ser en på holdninger mot en bestemt atferd, og ikke holdninger på et generelt grunnlag. Om en atferd vurderes å gi flere fordeler enn ulemper, påvirker dette aktørens holdninger til atferden i en positiv retning, omtalt som *Behavior beliefs* i TPB (ibid). Dette er igjen med på å påvirke vår intensjon til å gjøre en handling, slik som Fishbein and Ajzen (2010) beskriver det *“In general, to the extent that their performing the behavior is perceived to result in more positive than negative outcomes, the attitude toward the behavior will be favorable.”* (p. 20).

Så hvordan oppstår holdninger? I TPB forstås opprinnelsen til holdninger som et direkte resultat av den enkeltes oppfatning av et objekt – Hvilke karakteristikk, kvaliteter og særtrekk objektet det har. Vår oppfatning av objekter handlinger og hendelser formes i løpet av livet. Noen oppfatninger oppstår som følge av direkte observasjoner, noen oppfatninger oppstår som følge av informasjon vi tilegner oss, mens andre oppfatninger blir utformet som et resultat av egne erfaringer med et spesifikt objekt (Fishbein & Ajzen, 2010, p. 96).

Sosial norm

Videre er sosial norm en av tre faktorene som påvirker intensjoner i TPB. En persons intensjon påvirkes også av de som er betyr noe for personen, våre nære sosiale relasjoner. En bestemt atferd som den enkelte har en opplevelse av at viktige individer eller grupper i livet til vedkommende vil anerkjenne, påvirker vår intensjon til å gjøre eller la være å gjøre en bestemt atferd (Fishbein & Ajzen, 2010). I TPB skiller mellom påbudte normer og deskriptive normer. Påbudte normer refererer til om en oppfatning om en bør eller ikke bør utføre en handling, mens hvor deskriptive normer referer til oppfatningen om andre utfører en handling eller ikke. Dette er det som til slutt er med på å utgjør opplevd sosial norm hos et individ *“In their totality, these injunctive and descriptive normative*

beliefs produce a perceived norm, that is, perceived social pressure to engage or not engage in the behavior” (Fishbein & Ajzen, 2010, p. 20). I en studie ble det påvist en signifikant sammenheng mellom sosiale normer knyttet til hvorvidt en gruppe identifiserte seg med festdriking (høyt alkoholinntak), og intensjoner om fremtidig alkoholinntak. Intensjonene predikerte også faktisk alkoholinntak (Willis et al., 2020). Individens opplevelse av sosiale normer kan altså ifølge TPB predikere intensjoner.

Mestringskontroll

Det å måle eller vurdere faktisk kontroll over atferd er utfordrende. Det har vist seg at å måle opplevd mestringskontroll kan fungere som en erstatning for å måle faktisk kontroll, og kan brukes til å forbedre prediksjon av atferd. *“We define perceived behavioral control as people’s perceptions of the degree to which they are capable of, or have control over, performing a given behavior”* (Fishbein & Ajzen, 2010, p. 64). Kontrollfaktorer som det vises til her inkluderer blant annet evner og ferdigheter hos en person, tilgjengeligheten av tid, tilgang på penger (eller andre ressurser), og muligheten for samarbeid med andre (Ajzen, 2020).

Bandura var en inspirasjon for Ajzen i videreutviklingen av TRA til TPB (Fishbein & Ajzen, 2010). Ajzen brukte begrepet *Perceived behavioral control* som en forklaring på en viktig komponent på hva som påvirker vår intensjon mot en bestemt handling, og redegjør her for hvordan dette forstås i TPB:

“Finally, people also form beliefs about personal and environmental factors that can help or impede their attempts to carry out the behavior. In their aggregate, these control beliefs result in a sense of high or low self-efficacy (Bandura, 1986, 1997) or perceived behavioral control with regard to the behavior.” (Fishbein & Ajzen, 2010, p. 21).

Mestringskontroll tar ifølge TPB høyde for informasjon, evner, muligheter og andre ressurser som kreves for å utføre en bestemt atferd, men også eventuelle barrierer som kan hindre en å gjennomføre atferden. Sammen med holdninger og sosial norm forklarer altså mestringskontroll intensjoner (Fishbein & Ajzen, 2010).

TPB publikasjoner

Icek Ajzen har vært forfatter og medforfatter av en rekke antall bøker og artikler, og viser en stor bredde i anvendelsen av TPB-modellen (CV - Ajzen). Søk på «Ajzen, I» som forfatter gir et resultat på 21 artikler i Pubmed, og 114 artikler i Oria. Eksempelvis *“Predicting Substance Abuse Treatment Completion using a New Scale Based on the Theory of Planned Behavior”* (Zemore & Ajzen, 2014), *“Application of the Theory of Planned Behavior to Adolescents’ Condom Use: A Panel Study1”* (Reinecke et al., 1996), og *“How Effective are Behavior Change Interventions Based on the Theory of Planned Behavior?: A Three-Level Meta-Analysis”* (Steinmetz et al., 2016).

I tillegg har TPB blitt anvendt av mange som et teoretisk rammeverk for å predikere atferd, eller undersøke og forstå hva som påvirker atferd, innen forskjellige fagområder og målgrupper. Ved å søke på tittel med «Theory of Planned Behavior» på Pubmed gir dette hele 979 resultater. Eksempler på studier med TPB-rammeverk er:

- En litteraturstudie av Latifi et al. (2021) viser til at TPB-baserte intervensjon kan øke organdonasjon.
- TPB har blitt brukt som rammeverk for å kunne predikere intensjoner om å motta COVID-19 vaksine (Limbu et al., 2022).
- TPB har blitt brukt for å predikere deltakelse i 12-steps støttegrupper, for pasienter i etterkant av avrusning (Vederhus et al., 2015).
- Morris et al. (2005) benyttet TPB-modellen til å finne frem til at kjønnsforskjellene blant ansatte i bruk av teknologi var betydelige blant eldre arbeidstakere, men at kjønnsforskjellene blant yngre ansatte ikke var betydelige.

Det har også blitt publisert flere litteraturstudier:

En meta-analytisk litteraturstudie av Armitage and Conner (2001) konkluderer med at TPB kan forklare 27% av variasjonen av atferd, og 39% av variasjonen av intensjon, i de inkluderte studier. Studiene benyttet TPB til å predikere atferd knyttet til et bredt spekter av atferd. Eksempelvis fysisk aktivitet, røykeslutt, resirkulering, bruk av offentlig transport, kondombruk, og organdonasjon (ibid).

En meta-analytisk litteraturstudie av McEachan et al. (2011) fant at TPB-faktorer kunne predikere atferd i ulik grad ut fra fokusområde: Artikler med fokus på fysisk aktivitet og kosthold kunne predikere mellom 21,2% og 23,9% av atferd, mens artikler som fokuserte på blant annet sikker sex og edruelighet kun kunne predikere mellom 13,8% og 15,3 %.

En annen meta-analytisk litteraturstudie så på hvor godt TPB-faktorene kunne predikere alkoholinntak. Studiet fant signifikante funn for alle TPB-faktorer, og anbefaler blant annet å fokusere på holdninger og intensjoner i intervensjoner for å redusere alkoholinntak (Cooke et al., 2016).

En litteraturstudie fokuserte på studier som har sett på TPB for å forstå hjelpe-søkingsprosessen for voksne med psykisk helseutfordringer. Studien viser til at holdninger og opplevd mestringskontroll i flere studier var signifikant for å predikere hjelpe-søkings intensjoner. Men studien viste også at flere studier ikke er entydige for denne målgruppen, og at det er behov for ytterligere forskning her (Adams et al., 2022).

I tråd med fokus på denne studien har jeg funnet få artikler med lignende problemstilling. Unntaket er Khatib et al. (2022) som studerte behandleres intensjon til å bruke og bruken av digital

intervensjon for psykisk helse i Israel ved å benytte TPB-modellen. Det ble det i denne studien funnet at holdninger, sosial norm og mestringskontroll blant 229 helsepersonell inne psykisk helse kunne predikerer intensjon til og faktisk bruk av digitale verktøy i behandling. Studien viser til at å styrke sosiale påtrykk, øke opplæring og ferdighetstrening, og legge til rette for tilstrekkelig støtte og veiledning kan bidra til å øke bruken av digital behandling. Det bemerkes her at studien er gjennomført i Israel, og at selv om funnene i studien er interessante, er det noe ulike forhold i Israel og Norge. Dette kan gjøre at funnene er mindre overførbare til en norsk kontekst.

Kritikk av TPB

TPB har blitt justert og endret på siden den ble publisert som sitt utgangspunkt, TRA, for over 50 år siden (Fishbein & Ajzen, 2010). Modellen har likevel noen begrensninger, og TPB-modellen har blitt kritisert av flere. Ajzen (2020) beskriver at de vanligste forslagene til hva som bør tilføres til modellen er faktorer på tidligere atferd, forventet effekt, og om en person identifiserer seg med atferden.

Det har vært diskusjon om TPB er å anse som en generell modell som kan benyttes ovenfor et bredt spekter, eller om TPB er å anse som et verktøy for å utvikle effektive strategier for atferdsendring innen spesifikke målgrupper (Armitage & Christian, 2004, pp. 8-9).

Sussman and Gifford (2019) har vist til at det faktorene som påvirker intensjon i TPB, også blir påvirket av intensjon igjen, og at dette taler for å moderere teorien til å inkludere at faktorene har gjensidig effekt på hverandre.

Modellen har vært kritisert for å være utilstrekkelig, og at det er behov for å inkludere flere faktorer eller moderatorer for å kunne forklare atferd (Fishbein & Ajzen, 2010, p. 282). For eksempel har en litteraturstudie av Hohmann and Garza (2022) vist at det er noen mangler i litteraturen for å kunne konstantere at TPB forklarer alle deler av intensjon ovenfor atferd, for helsereelatert atferd. Det er indikasjoner på at impulsivitet, mestringstro og planlegging, i tillegg til intensjon, også påvirker helsereelatert atferd.

Taylor et al. (2005) viser til at modellen burde erstattes av nyere modeller som i større grad tar høyde for emosjoner for å predikere atferd. Fishbein og Ajzen anerkjenner at modellen har begrensninger på dette området:

«We recognize that there are important differences between the (hypothetical) context in which the theory's constructs are typically assessed and the (real) context in which behavior occurs. The effects of strong emotions, addictions, or sexual arousal in a real context is often not anticipated when people express their beliefs attitudes and intentions on a questionnaire. It follows that, under these circumstances, the predictive validity of intentions may be reduced» (Fishbein & Ajzen, 2010, p. 318)

Andre vil helle forsøke å endre og videreutvikle TPB (Esposito et al., 2016). Ajzen vurderer selv TPB-modellen som komplett med de eksisterende faktorene, men utelukker ikke muligheten for å tilføye nye predikatorer så lenge de er kompatible mer modellen (Ajzen, 2020).

Tross toriens begrensninger og kritikk, anerkjenens teorien som den mest dominante modellen for å forklare menneskelig atferd, som vist til av Armitage and Christian (2004), og Sussman and Gifford (2019), og Sur et al. (2022), blant mange andre. Studiens hensikt er å identifisere hvor det er muligheter for intervensjon til å kunne påvirke bruken av digital behandling. Jeg har derfor valgt å benytte TPB-modellen som et rammeverk for denne oppgaven.

Metode

Jeg vil i denne delen redegjøre for alle de metodiske valgene gjort i denne studien, før jeg avslutter med en gjennomgang av de statistiske analysene.

Godkjenninger

Studien er godkjent av SIKT (tidligere NSD - Norsk senter for forskningsdata AS), jf. Vedlegg 3.

Studien er videre godkjent av FEK (Etisk godkjenning for Fakultet for helse- og idrettsvitenskap), jf.

Vedlegg 4. Studien er også godkjent av Forskningsenheten ved Sørlandet Sykehus, jf. Vedlegg 5. Som følge av utvidelse av studiens omfang, ble det søkt om endringsmelding til SIKT (tidl. NSD), jf.

Vedlegg 6. Endringen ble også godkjent av FEK og Forskningsenheten ved Sørlandet Sykehus, jf.

Vedlegg 7. Som følge av at studien undersøker behandlere ansatt ved Sykehuset, og ikke pasienter, ble det ikke vurdert behov for å søke REK om godkjenning.

Samtykke

Det er innhentet samtykke fra deltaker i studien, ved å benytte samtykkeskjema (Vedlegg 1).

Skjemaet er utformet etter mal for samtykkeskjema (SIKT, 2023). Selv om arbeidsgiver i teorien kan pålegge ansatte å delta i en intern kvalitetsundersøkelsen, var det viktig å gjøre deltakelse i denne studien frivillig. Ringdal (2018) viser til at hovedregelen for deltakelse i forskning baserer seg på det frie og informerte samtykke. Fritt samtykke medfører både frivillighet, men også fravær av negative sanksjoner om en ønsker å avstå fra å delta. Informert samtykke referer til at en bør få informasjon om prosjektets formål, hva slags informasjon som samles inn, hvem som får tilgang til informasjonen, hvordan resultatet er tenkt benyttet, og følgene av å delta i forskningsprosjektet (ibid).

Masterhåndboken fra UiA beskriver at det skal redegjøres for prosedyrer for innhenting av *informert kvalifisert samtykke* (Universitetet i Agder (UiA), 2021). Informert kvalifisert samtykke tolkes her til at et samtykke skal gis basert på tilstrekkelig informasjon, og at vedkommende som samtykker er kvalifisert til å gi sitt samtykke. For å sikre tilstrekkelig informasjon til deltakere presenterte jeg også studien min ved de ulike poliklinikkene som deltok, for å bidra med ytterligere informasjon til potensielle deltakere. Dette i tillegg til informasjonen gitt i samtykkeskjemaet, ble det vurdert som tilstrekkelig informasjon for at deltakerne kunne gi et informert samtykke. Vedrørende kvalifikasjonene til deltakere i studien er utvalget rekruttert fra ansatte som behandler pasienter innen fagområde psykisk helse og avhengighetsbehandling ved Sørlandet sykehus. Følgelig er det ikke vurdert at deltakere er å anse som sårbare grupper, eller at de mangler samtykkekompetanse. Deltakere er å anse som kvalifiserte, og at de har anledning til å gi sitt samtykke til å delta.

Utvikling av spørreskjema

Helsinkideklarasjonen gir føringer for klinisk forskning. Selv om denne studien fokuserer på ansatte ved sykehuset, er det relevant å se til helsinkideklarasjonen da de ansatte som rekrutteres til studien jobber i klinisk praksis og behandler pasienter på et sykehus. Tid behandlere bruker på andre ting enn direkte pasientbehandling bør være hensiktsmessig. Tid som brukes på andre oppgaver må vurderes opp mot nytteverdi for de ansatte, organisasjonen, og for pasientene vi skal behandle, som her omtalt av *World Medical Association*:

“All medical research involving human subjects must be preceded by careful assessment of predictable risks and burdens to the individuals and groups involved in the research in comparison with foreseeable benefits to them and to other individuals or groups affected by the condition under investigation”
(*World Medical Association, 2022*).

Spørreskjema er en systematisk metode for å samle inn data fra et utvalg, og gir en statistisk beskrivelse av den populasjonen utvalget er trukket fra (Ringdal, 2018). Det ble vurdert flere aktuelle tidligere utviklede spørreskjemaer: eHLQ Staff – har totalt 7 faktorer og 35 spørsmål (Kayser et al., 2022), Readiness and Enablement Index for Health Technology (READHY) har totalt 13 faktorer og 65 spørsmål (Kayser et al., 2019), og Electronic Health Literacy Scale (eHEALS) med 3 faktorer og 8 spørsmål (Brørs et al., 2020) ble også vurdert.

Da det ble konkludert med at ingen av disse spørreskjemaene fullt ut ville finne frem til de forskningsspørsmålene denne studien ønsket å finne svar på, ble ingen av de nevnte valgt. Enten som følge av at de i hovedsak fokuserer på pasienter, eller de vurderes å være for omfattende. Eksempelvis ville det ha blitt totalt 49 spørsmål, dersom jeg hadde valgt å benytte eHLQ Staff, da de 35 spørsmålene fra dette skjemaet ville ha kommet i tillegg til 14 spørsmål for å få danne grunnlag for TBP. Av hensyn til omfanget av studien veid opp mot nytteverdien ble totalt 49 spørsmål vurdert å være for tidkrevende for deltakerne til studien.

Spørreskjemaet som er benyttet i studien (Vedlegg 2) er utformet i et samarbeid mellom veileder og meg. Når en utvikler egne spørreskjemaer kan det ifølge Ringdal (2018, p. 202) øke kvaliteten å se til spørsmål eller spørsmålsbatteri som tidligere er brukt av andre. Formuleringen i en spørreundersøkelsen bør utformes slik at deltakeren i studien faktisk svarer på det en søker å få svar på. I utarbeidelsen av spørsmål om holdninger, som er en indirekte målbar psykologisk tilstand, er det forsøkt å utarbeide spørsmål som måler styrke (Likert skala -3 til +3). Det er også benyttet flere spørsmål om holdninger med ulik formulering for å få tak i et fenomenets kompleksitet. Spørsmål om atferd er forsøkt utarbeidet med en presisering av hva spørreundersøkelsen søker å finne svar på, og er avgrenset i tid for å konkretisere hva det skal svares på (Ringdal, 2018, pp. 202-207). Spørsmålene i spørreskjemaet undersøker derfor forhold knyttet til de neste seks måneder. Videre er det i

spørreskjema gjennomgående blitt benyttet 15% som målsetning for digitale pasientkonsultasjoner, ihht. mål fra Helsedirektoratet (Helse Sør-øst, 2023a). Vanlige spørsmål om bakgrunn i spørreundersøkelser er kjønn, alder, utdanning og bosted (Johannessen et al., 2021, p. 293). I spørreskjemaet undersøkes bakgrunnsvariablene alder, fagområde, og kjønn. Bakgrunnsvariabler i spørreskjemaet er med da de antas å kunne forklare variasjoner i utvalget, og følgelig er relevant for å finne svar på problemstillingen.

Spørreskjemaet består av to ulike deler. Den første delen handler om de ulike TPB-faktorene. Spørsmål om TPB-faktorene er inspirert av tidligere forskning ved bruk av TPB-modellen av veileder (Vederhus et al., 2015). Det er også sett til prinsippene for å utvikle TPB-spørreskjema av Fishbein and Ajzen (2010, p. 449). I denne delen er det to spørsmål om Intensjon. Spørsmål om Intensjon spør om deltakerne har til hensikt å gjennomføre, og om de kommer til å gjennomføre, minst 15% av pasientkonsultasjoner over video/telefon i løpet av det neste halvår. For å svare på disse spørsmålene benyttes det en 7-punkts ordinalskala fra 1-7, hvor 1 er *svært usannsynlig* og 7 er *svært sannsynlig*. Videre er det fem spørsmål om Holdninger om hvordan deltakerne vurderer det å benytte digital behandling i minst 15% av pasientkonsultasjoner i løpet av det neste halvåret. Svar her består av en 7-punkts ordinalskala fra -3 til +3, hvor eksempelvis -3 er *unyttig* eller *uønsket* og +3 er *nyttig* eller *ønsket*. Videre undersøker spørreskjemaet spørsmål knyttet til Sosialt norm, med spørsmål som «*Ledelsen på min avdeling har gitt en tydelig oppfordring til at jeg skal benytte digital behandling i minst 15 % av mine pasientkonsultasjoner*». Det benyttes her en 7-punkts ordinalskala fra -3 til +3 som svar, hvor -3 er *helt uenig* og +3 er *helt enig*. Slutten i den første delen består av spørsmål knyttet til Mestringskontroll. Eksempelvis: «*For meg vil det å gjennomføre minst 15 % av mine pasientkonsultasjoner over video og/eller telefon i løpet av det neste halvåret være:*». For å svare på disse spørsmålene benyttes det en 7-punkts ordinalskala fra 1-7, og i det nevnte eksempelet over er 1 *vanskelig* og 7 *lett*.

I den andre delen av spørreskjemaet undersøkes det domener knyttet til digital helsekompetanse. Spørreskjemaet ble utformet etter inspirasjon fra domene i eHLQ og eHLQ-staff (Kayser et al., 2018) (Kayser et al., 2022), og består av totalt 10 spørsmål. Alle spørsmål i denne delen ble besvart på en 5-punkts ordinalskala, som går fra *veldig uenig* til *veldig enig*. Det første domenet er *Behandleres tidligere opplevelser med video- og telefonsamtaler*. Eksempelvis spørres det her om «*Jeg var fornøyd med samtalen(e) jeg hadde med pasienten ved videokonsultasjon*». Det andre domenet er *Behandleres oppfatning av å bruke digital verktøy i behandling*. Et eksempel på spørsmål fra dette domenet er «*Tekniske forhold gjorde det vanskelig for meg å forstå hva som ble sagt, f.eks. dårlig lyd / bilde*».

Datainnsamling

Bruken av spørreskjema gir et tverrsnitt av utvalget. For å få data av deltakernes atferd, ble det innhentet data ved hjelp fra Enhet for virksomhetsdata (EVD), ved Sørlandet Sykehus. EVD har ansvaret for rapportering og statistikk ved Sørlandet Sykehus, og har bidratt med fangst og formidling av data til denne studien. Dataene er hentet fra journalsystemet *DIPS* (Distribuert Informasjons og Pasientdatasystem i Sykehus), og baserer seg på innrapporterte data for utførte konsultasjoner i januar 2023. Basert på samtykke fra deltakere ble det innhentet informasjon om:

- Konsultasjoner med fysisk oppmøte
- Telefonkonsultasjoner
- Videokonsultasjoner
- Totalt antall konsultasjoner

Alle data om deltakernes bruk av digital behandling er fra perioden 01. januar 2023 til 31. januar 2023. Innrapporterte data er blitt hentet ut 24.02.23. Den enkelte behandler rapporterer konsultasjoner med pasienter, aktuell(e) diagnose, prosedyrer benyttet, og hvilken kommunikasjonskanal som ble brukt i konsultasjonen. Behandlere rapporterer dette til merkantil personell, som innrapporterer data i *DIPS*. Da merkantilt personell ved Sørlandet Sykehus har anledning til å rapportere data inn konsultasjoner i etterkant, var det hensiktsmessig å avvente uttrekket av data til slutten av februar for å få med flest mulig. Det er en mulighet for at det kan ha blitt rapportert om enkelte konsultasjoner etter at datauttrekket ble utført, noe som kunne ha påvirket dataene noe. EVD påpeker at dette ikke er vanlig, men at det kan forekomme. Dataene ble levert i en kryptert fil på et sikkert filområde på sykehuset datasystem. Dataene er videre blitt anonymisert ved bruk av en kryptert koblingsnøkkel, før de er blitt benyttet i statistiske programvarer. Koblingsnøkkelen vil slettes etter prosjektperioden, for å ivareta sikkerheten til personopplysningene gitt i forbindelse med studien.

Etiske hensyn

En etisk overveielse er at ansatte kan oppleve at de blir «sett i kortene» ved å utforske om enkelte behandlere har gjort slik som de har sagt og slik deres overordnede har mål om, jf. mål om 15% polikliniske konsultasjoner skal være over video og telefon (Helse Sør-øst, 2023a). Enkelte kan oppleve dette som belastende, og dersom de opplever dette for pressende kan det føre til at de ikke ønsker å delta i studien.

Et annet etisk dilemma er at studien kan bidra til å påføre behandlere som skal tilby pasientbehandling sosialt påtrykk, som igjen bidrar til å presse dem til å ta i bruk digital behandling også der de vanligvis ikke hadde tilbudt pasienten dette. Det vil derfor være viktig å tydeliggjøre at det er ønskelig å utforske tematikken, for å identifisere både positive og negative sider ved digital

behandling. Dette med tanke på å bedre å forstå hvordan en skal tilrettelegg for digital behandling der det er hensiktsmessig. Dette gjøres ved å være tydelig på hva informasjon studien gir skal brukes til, og ivareta anonymitet hos deltakere. Informasjon om ble gitt både i samtykkeskjema og i presentasjonen gitt ved de enkelte poliklinikkene.

Som følge av at studien baserer seg på frivillig deltakelse og ikke fokuserer på spesielt sårbare grupper, for eksempel pasienter eller barn, vurderes det ikke at studien har store negative innvirkninger på deltakerne.

Resultatene i studien vil kunne benyttes til å gi beslutningstakere kunnskap om ansattes vurdering av digital behandling. Dette kan bidra til bedre grunnlagt for å planlegge bruken av digital behandling, og bevisstgjøring rundt digital helsekompetanse som en forutsetning både hos behandlere og pasienter. Et annet bidrag er at studien kan bidra til bevisstgjøring av når behandlere vurderer at det egner seg, og når det ikke egner seg, å benytte digitale verktøy i møte med pasienter innen psykisk helse- og avhengighetsbehandling.

Populasjon

Populasjonen jeg ønsket å studere er behandlere ansatt i poliklinikker med ansvar for pasienter, innen fagområdet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) eller voksenpsykiatri (VOP).

Fagområdene er adskilte fagområder, med ulike spesialiseringen og lover spesifikke for fagfeltene.

Det vises her til *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* (2011) og *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)* (2001) som er aktuelle i de ulike fagområdene. Ulike fagspesialiseringer er blant annet Rus- og avhengighetsmedisin for Leger (Den Norske Legeforening), videreutdanning i psykisk helse for ansatte med helse- og sosialfaglig bakgrunn (Universitetet i Agder (UiA)), og spesialisering i voksenpsykologi for psykologer (Norsk psykologforening, 2015).

Ifølge Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012) har fagområdene pasienter som kun har behov for behandling innen et fagområde, men også pasienter med *komorbide lidelser*.

Pasienter med komorbide lidelser har samtidig ruslidelse og psykiske lidelser. Ifølge Folkehelseinstituttet (FHI) (2018) er de vanligste psykiske lidelsene i Norge angst- og depresjonslidelser. Den vanligste ruslidelsen er alkoholbrukslidelser (Folkehelseinstituttet (FHI), 2022).

Poliklinikker på sykehus tilbyr behandling til pasienter som har fått rett til behandling i spesialisthelsetjenesten iht. kriterier i prioriteringsveilederne for de ulike fagområdene. Poliklinikker tilbyr utredning og behandling av pasienter, iht. de nasjonale pasientforløpene (Helsedirektoratet).

Ved Sørlandet Sykehus (SSHF) er det klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling (KPH) som har ansvaret for behandling av pasienter med ruslidelser og/eller psykiatriske lidelser (Sørlandet Sykehus HF, 2023a). Poliklinikker for voksenpsykiatri er organisert i fire ulike distriktpspsykiatriske sentre (DPS). DPS Lister med opptaksområde vest i Agder, DPS Strømme med opptaksområde Lindesnes kommune og Kristiansand Øst, DPS Solvang med opptaksområde Kristiansand Vest og Vennessla kommune, og DPS Østre Agder med opptaksområde øst i Agder. Poliklinikker for behandling av tverrfaglig spesialisert rusbehandling er organisert i avdeling for rus og avhengighet (ARA), og har poliklinikker i Flekkefjord, Farsund, Kristiansand og Arendal.

Utvalg

Utvalget i studien består av behandlere som er ansatte i poliklinikk ved ARA, DPS Østre Agder, og DPS Lister. Behandlere ansatt i poliklinikkene ved SSHF består av mange ulike faggrupper som Vernepleiere, Sosionomer, Sykepleiere, Leger og Psykologer, og mange av de ansatte i poliklinikkene er spesialister og/eller har videreutdannelse i tillegg.

Rekrutteringsprosess

Da jeg selv er ansatt ved avdeling for rus og avhengighet, ønsket jeg i første omgang å rekruttere behandlere fra fagområdet tverrfaglig spesialisert rusbehandling. For å kunne øke deltakelsen i studien, ble det etter innspill fra veileder vurdert hensiktsmessig å også inkludere behandlere ansatt i voksenpsykiatrisk poliklinikk. Dette ga også anledning til å legge til et ytterligere forskningsspørsmål, hvor det undersøkes om det er forskjeller mellom de ulike fagområdene. Følgelig ble utvalget utvidet til å omhandle deltakere ved DPS Østre Agder, da jeg tidligere hadde vært i dialog med avdelingssjef der.

For å rekruttere deltakere var jeg i dialog med avdelingssjefer, enhetsledere og teamledere. Disse var utelukkende positive til å gjennomføre studien ved deres poliklinikker. Jeg presenterte studien for ansatte i poliklinikkene på personalmøter, da de ansatte da allerede var samlet. Dette gav meg også en anledning til å svare på eventuelle oppfølgingsspørsmål, til forskjell fra å bare sende ut informasjon via ledere.

I prosessen med å rekruttere deltakere ble det tidlig klart at det viste seg å være mer utfordrende enn først antatt. Deltakelse i studien er frivillig, og flere uttrykket at de ikke ønsket å delta. Tilbakemeldingen fra enhetsledere var at det for flere bare ikke ble prioritert, da ansatte i poliklinikker allerede har mange oppgaver knyttet til dokumentasjon og rapportering.

For å kunne gjøre de analysene som var planlagt, var det behov for tilstrekkelig med deltakere for å gi styrke til analysen. I dialog med veileder ble det derfor vurdert behov for å utvide studien. Jeg tok kontakt med avdelingssjef ved DPS Lister og fikk anledning til å rekruttere deltakere til studien også i

disse poliklinikkene. Jeg sendte inn endringsmelding til NSD med informasjon om utvidelse til å utvide utvalget til å omhandle «deltakende DPS-er ved SSHF». Endringsmeldingen fra NSD ble godkjent (Vedlegg 6), hvorpå FEK og forskningsenheten ved SSHF gav sin tilslutning til å utvide studien basert på ny godkjenning fra NSD (Vedlegg 7).

Statistisk analyse

SPSS versjon 28 ble brukt til statistiske analyser. Figurer ble utformet i SPSS versjon 28 og i Excel 2016. Mplus versjon 8.6 ble benyttet for å utforme sti-analysen. Tabeller ble utformet i Word 2016.

Bowers (2020) viser til p -verdi $<0,05$ i statistiske analyser er å anse som sterk nok evidens for å si at noe er statistisk signifikant. For alle statistiske analyser ble derfor funn med $p = <0,05$ anset som statistisk signifikant.

Deskriptive statistikk benyttes for å beskrive kjønnsfordeling, alder og andeler i hver fagområde. Disse dataene presenteres som gjennomsnitt og standardavvik for normalfordelte data, og i prosentvis fordeling for øvrige data. Hensikten med deskriptiv statistikk er å få frem hovedtrekkene ved dataene, undersøke om data har forutsetningene for statistiske analyser, og for å adressere konkrete forskningsspørsmål (Pallant, 2020).

Innen TPB er det vanlig å benytte *Sti-analyse*, da TPB er å anse som en kausal modell. Sti-analyse er en multippel regresjon som kan ha flere avhengige variabler (Streiner, 2005). Sti-analyse ble brukt for å undersøke om variablene Holdninger, Sosial norm og Mestringskontroll i TPB-modellen forklarer variabelen Intensjon, og om Intensjon kan predikere Atferd. I denne sammenhengen er Intensjon og Atferd som er de avhengige variablene. Resultatet oppgis som ustandardisert beta-koeffisient.

I tolkningen av resultatet av regresjonsanalyser benyttes R^2 . R^2 benyttes for å forteller hvor mye av variasjonen i den/de avhengige variabelen(e) som forklares av modellen (Pallant, 2020), og det vises til eksempel hvor $R^2 = 0,468$ blir ansett som sterkt. Andre viser til at R^2 vanligvis er høyere når en måler objektive enheter, som en virksomhet, sammenlignet med når en måler menneskelige variasjoner, som holdninger (Ringdal, 2018). Eksempelvis vurderes gjennomsnittlig $R^2 = 0.31$ som relativt høyt, på TPB-modellens forklaring på variasjonen i selvrapportert atferd (Armitage & Conner, 2001). Ut fra dette vurderes $R^2 <0,3$ som svak, $R^2 0,3-0,6$ som moderat, og $R^2 >0,6$ som sterk forklaring på variasjon av den avhengige variabelen.

For å undersøke om det er en sammenheng mellom Intensjon i TPB-modellen, behandleres tidligere opplevelser med video- og telefonsamtaler, og behandleres oppfatning av å bruke digital verktøy i behandling, ble det benyttet Goodman and Kruskal's gamma. Gamma benyttes for å angi sammenhenger mellom ordinale variabler, og resultatet oppgis i verdi mellom -1 til +1 (Ringdal, 2018).

Lineær regresjon ble brukt for å teste om alder, fagfelt og kjønn signifikant predikerte bruken av digitale verktøy i behandling. Forutsetninger for å gjøre en lineær regresjonsanalyse ble kontrollert, blant annet ved å undersøke normalfordeling av residualene (Pallant, 2020). Altman (1991) viser til at

det ikke er en fasit på antall deltakere i en studie, men en tommelfingerregel er 10 deltakere pr variabel (s. 349). Som anbefalt av Pallant (2020, p. 172) oppgis resultater i av regresjonsanalyser i ustandardisert beta-koeffisient med 95% konfidensintervall.

For å teste om reliabiliteten til spørsmålene knyttet til TPB-faktorer i spørreskjemaet, ble det gjennomført en Cronbach`s alpha skala-analyse. Dette gjøres for å måle intern konsistens mellom indikatorene som skal inngå i et spørreskjema. Skalaen går fra 0 til 1, og har en tilfredsstillende reliabilitet hvis alfa har en høy verdi (>0.7) (Ringdal, 2018).

Resultater

Jeg vil i denne delen av oppgaven først presentere deskriptive data, før resultatene blir presentert under hvert forskningsspørsmål.

Deskriptiv statistikk

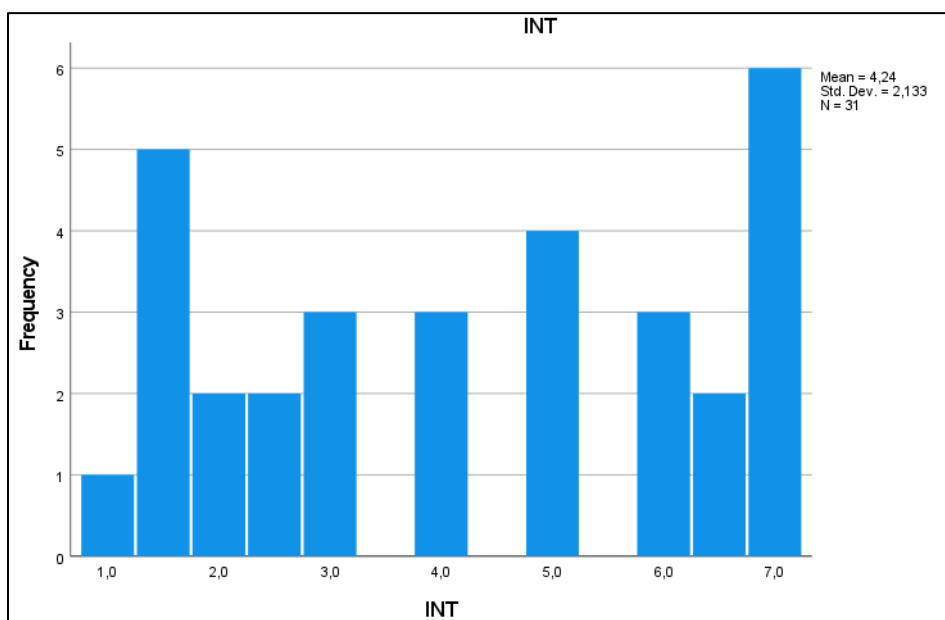
TABELL 1 - KARAKTERISTIKA AV DELTAKERE (N=31)

Karakteristika	N (%) eller gj.snitt (SD ^a)
Alder (N=27)	46,5 (± 12)
Lav alder (<46,5)	12 (39)
Høy alder (>46,5)	15 (48)
Fagområde (N = 31)	
Voksenpsykiatri (VOP)	19 (61)
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	12 (39)
Kjønn (N = 31)	
Kvinne	24 (77)
Mann	7 (23)

SD = Standard Deviasjon (Standardavvik)

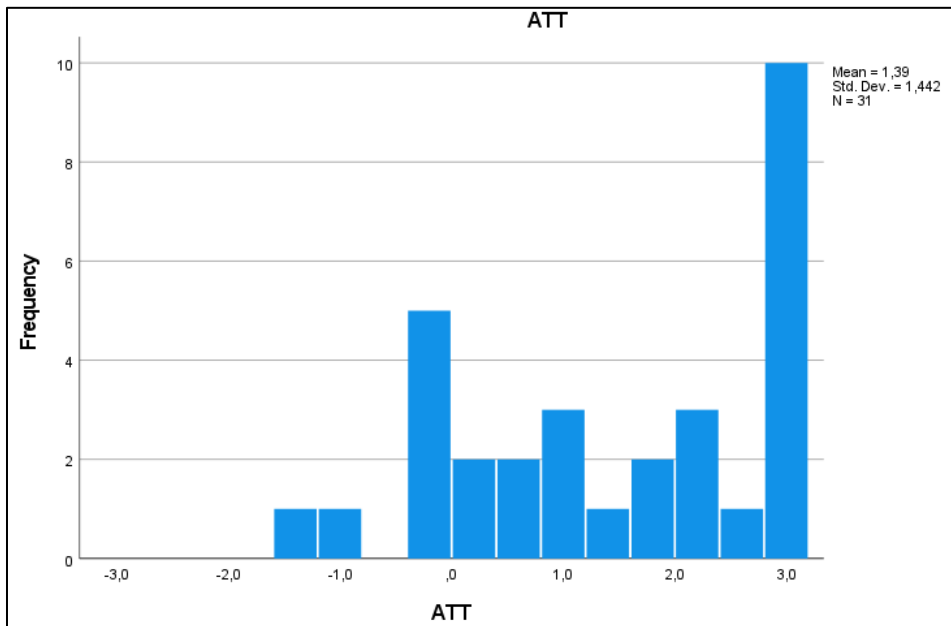
Utvalget i studien har en normalfordeling i alder. Det er noe overvekt av deltakere som har VOP som fagområde, og majoriteten av deltakerne er kvinner.

Variablene som benyttes i analysen ble generert ved å gruppere og regne ut gjennomsnitt av spørsmålene i spørreundersøkelsen, basert på faktorene i TPB-modellen. Her vises spredningen/fordelingen av de forskjellige svarene:



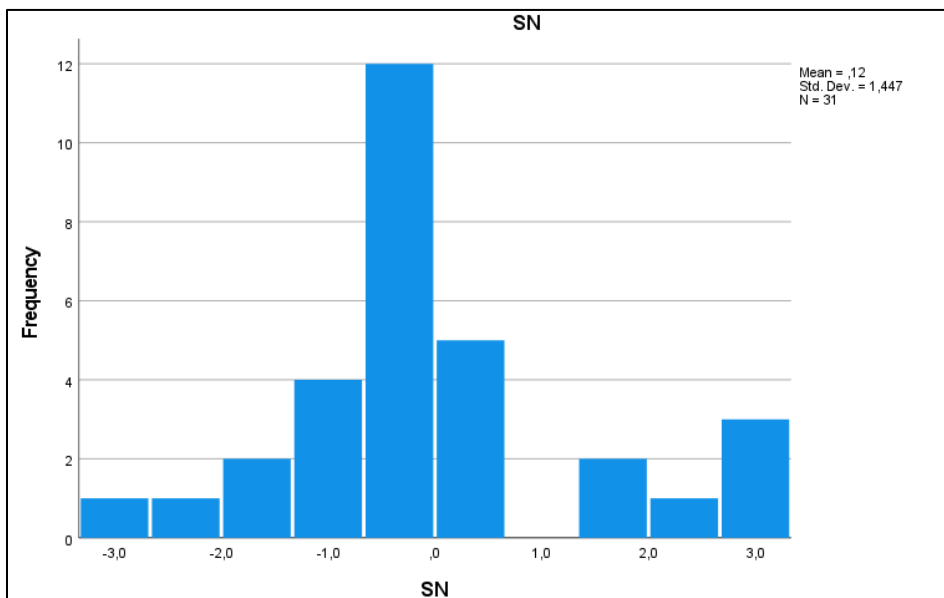
FIGUR 3 - HISTOGRAM OVER DEN AVHENGIGE VARIABLEN INTENSJON (INT), LIKERT SKALA 0-7.

Variabelen Intensjon (INT) er generert ved å lage et gjennomsnitt svarene i spørsmål 1 og 2 i spørreundersøkelsen (Vedlegg 2). Variabelen Intensjon vurderes å være normalfordelt.



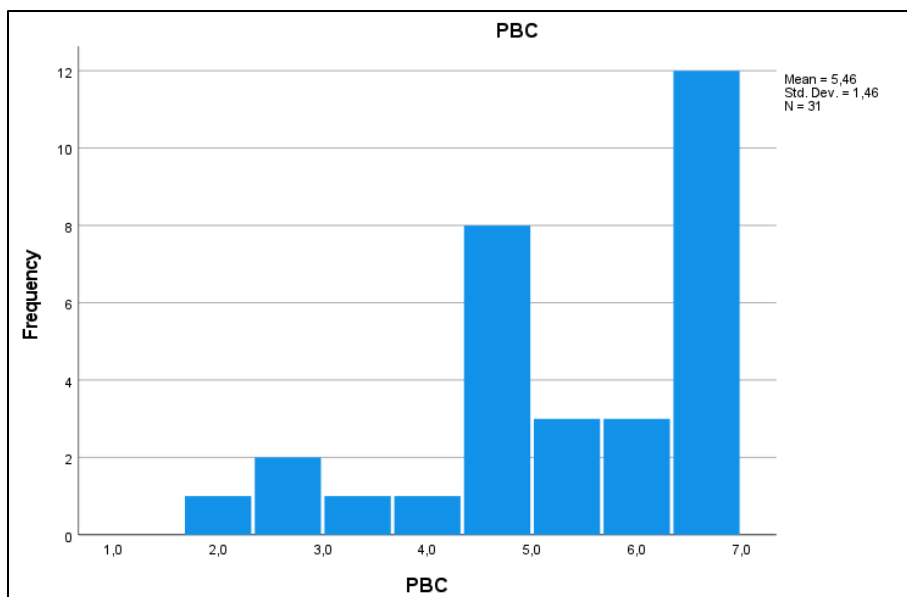
FIGUR 4 - HISTOGRAM OVER DEN UAVHENGIGE VARIABLEN HOLDNINGER (ATT), LIKERT SKALA -3-3.

Variabelen Holdninger (ATT) er generert ved å lage et gjennomsnitt svarene i spørsmål 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 og 3,5 i spørreundersøkelsen (Vedlegg 2). Figur 4 viser en skjevhet i dataene, hvor hoveddelen av deltakerne har en positiv holdning ovenfor digitale verktøy.



FIGUR 5 - HISTOGRAM OVER DEN UAVHENGIGE VARIABLEN SOSIAL NORM (SN), LIKERT SKALA -3-3.

Variabelen Sosial norm (SN) er generert ved å lage et gjennomsnitt svarene i spørsmål 4, 5 og 6 i spørreundersøkelsen (Vedlegg 2). Variabelen anses å være normalfordelt.



FIGUR 6 - HISTOGRAM OVER DEN UAVHENGIGE VARIABLEN MESTRINGSKONTROLL (PBC), LIKERT SKALA 1-7.

Variabelen Mestringskontroll (PBC) er generert ved å lage et gjennomsnitt av svarene i spørsmål 7, 8 og 9 i spørreundersøkelsen (Vedlegg 2). Figur 6 viser en skjevhet i dataene, hvor hoveddelen av deltakerne har en opplevelse av mestringskontroll i bruken av digitale verktøy.

Skala-analysen gjennomført for å teste reliabiliteten til spørsmålene knyttet til TPB-faktorer (Intensjon, holdninger, sosial norm og mestringskontroll) i spørreskjemaet, viste at alle TPB-faktorene hadde Cronbach's alpha > 0,8. Resultatet viser til at de har høy intern konsistens, og måler det samme.

En utregning ble gjort for å finne hvor mange prosent av totalt antall konsultasjoner i januar 2023 behandlere brukte digitale konsultasjoner. Videre ble det skilt mellom behandlere som har hatt under eller over 15 % digitale konsultasjoner i januar 2023. Resultatet av dette utgjør den dikotome utfallsvariabelen for atferd.

TABELL 2 - KONSULTASJONER PR. BEHANDLER I JANUAR 2023

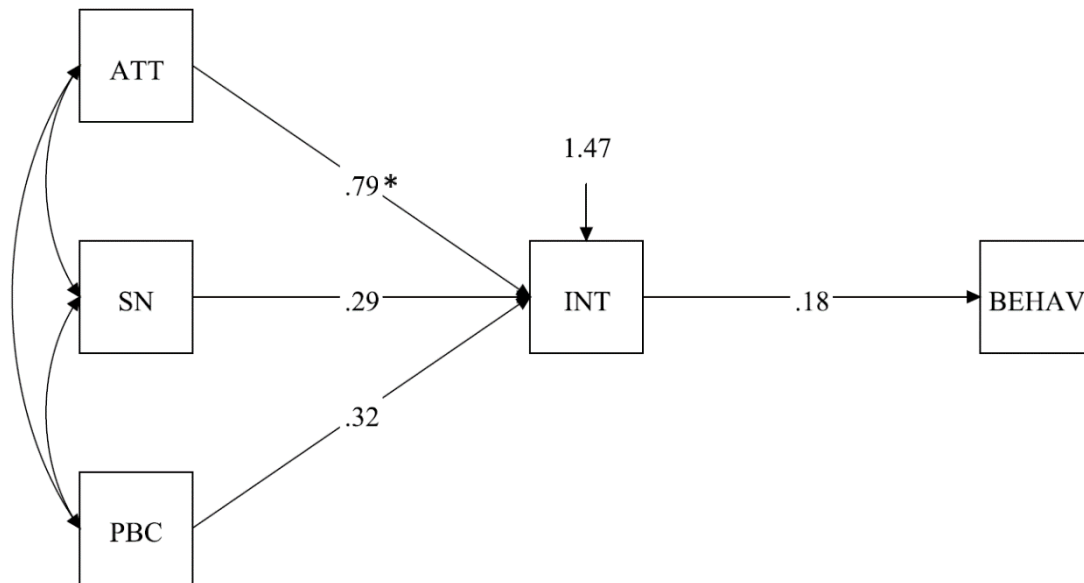
Konsultasjoner	Gj.snitt (min-maks)
Video	2,4 (0-45)
Telefon	10,2 (0-46)
Fysisk oppmøte	29 (10-62)
Totalt	41,8 (11-80)

Behandlere i utvalget hadde i gjennomsnitt 12,6 (30% av totalt antall konsultasjoner) digitale konsultasjoner i januar 2023. I henhold til mål om 15% digitale konsultasjoner i oppdragsdokument fra helsedirektoratet (Helse Sør-øst, 2023a), ble deltakernes bruk av digital behandling utregnet. Utregningen viste at 14 (45,2 %) av deltakerne hadde under 15% digitale konsultasjoner i januar

2023. 17 (54,8 %) av deltarne hadde 15% eller mer digitale konsultasjoner i januar 2023. 12 av 19 (63%) behandlere i VOP, og 5 av 12 (42%) behandlere i TSB, hadde over 15% digitale konsultasjoner i januar 2023. Gjennomsnitt digital behandling i januar 2023 var i VOP 16,4 konsultasjoner (33%), og TSB 6,7 konsultasjoner (15%).

Statistiske analyser

Figur 7 viser Sti-analysen som ble brukt for å teste sammenhengen mellom Holdninger (ATT), Sosial norm (SN) og Mestringskontroll (PBC) og Intensjon (INT), og om sammenhengen mellom Intensjon og Atferd (BEHAV). INT er i modellen satt til å være den avhengige variabelen.



FIGUR 7 – STI-ANALYSE VED BRUK AV TPB-MODELLEN (N=31), * P<0,001. TALL OPPGITT I FIGUREN ER USTANDARDISERT BETA-KOEFFISIENT.

Sti-analysen viser en signifikant sammenheng mellom ATT og INT, men ingen signifikant sammenheng mellom SN eller PBC og INT. Analysen finner ikke signifikant sammenheng mellom INT og BEHAV.

Sti-analysen viser at holdninger, sosial norm og mestringskontroll forklarer variasjonen til intensjon veldig sterkt ($r^2 = 0.69$), men at intensjonen fra utvalget er en svakt forklaring på variasjonen for atferd ($r^2 = 0.14$).

TABELL 3 - BEHANDLERS OPPFATNING AV FORDELER OG ULEMPER MED Å BENYTT DIGITALE VERKTØY I BEHANDLING, I RELASJON TIL DERES INTENSJON TIL Å BENYTT DIGITALE VERKTØY I VIDERE BEHANDLING.

Spørsmål	^b	LAV ^c N=10	MOD ^c N=6	HØY ^c N=15	Total N=31	Gamma ^d
Behandlers tidligere opplevelser med video- og telefonsamtaler						
Jeg var fornøyd med samtalen(e) jeg hadde med pasienten ved videokonsultasjon (N=30)	Uenig	2	2	0	4	0,62**
	N/N	5	2	2	9	
	Enig	3	2	12	17	
Jeg var fornøyd med samtalen(e) jeg hadde med pasienten ved telefonkonsultasjon (N=30)	Uenig	3	2	0	5	0,63**
	N/N	2	1	2	5	
	Enig	4	3	13	20	
Jeg ville vært mer fornøyd med å møtes, ansikt til ansikt (N=31)	Uenig	1	2	2	5	-0,44*
	N/N	1	1	7	9	
	Enig	8	3	6	17	
Jeg trivdes med å treffe pasienten over nett/telefon – like mye som å treffe pasienten ansikt til ansikt (N=30)	Uenig	8	3	7	18	0,43
	N/N	2	2	4	8	
	Enig	0	1	3	4	
Behandlers oppfatning av å bruke digital verktøy i behandling						
Jeg opplever bruken av digital behandling som godt og trygt (N=31)	Uenig	4	0	3	7	0,61**
	N/N	4	2	0	6	
	Enig	2	4	12	18	
Tekniske forhold gjorde det vanskelig for meg å forstå hva som ble sagt, f.eks. dårlig lyd / bilde (N=31)	Uenig	3	4	11	17	-0,56*
	N/N	3	2	3	8	
	Enig	4	1	1	6	
Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i bruk av video- og telefonkonsultasjoner i pasientbehandlingen (N=31)	Uenig	2	0	2	4	0,43
	N/N	2	1	0	3	
	Enig	6	5	13	24	
Digitale behandlingsverktøy er godt tilpasset mine ferdigheter (N=31)	Uenig	1	0	1	2	0,42
	N/N	2	2	2	6	
	Enig	7	4	12	23	
Det er godt tilrettelagt for bruk av video- og telefonkonsultasjoner i pasientbehandlingen (Gode tekniske løsninger, tilgang på utstyr) (N=31)	Uenig	0	0	3	3	0,42
	N/N	3	0	0	3	
	Enig	7	6	12	25	
Jeg ble mer effektiv (N=31)	Uenig	1	0	4	5	-0,03
	N/N	5	3	5	13	
	Enig	4	3	6	13	

* P<0,05

** P<0,001

^b For å kunne beskrive data har skalaen blitt kodet om ved å samle svarene veldig uenig eller enig, og svarene enig eller veldig enig. N/N=verken enig eller uenig.

^c LAV, Lav skår < 3, MOD, Moderat skår 3-5, HØY, Høy skår >5, på en 7-poengs Likert skala.

^d Gamma-verdier ble utregnet ved å analysere hele den ordinale skalaen for de uavhengige variablene.

Her er variabelen intensjon, jf. Figur 3, delt opp i lav, moderat og høy skår. Dette for å kunne se hvordan de deltakerne som har hatt en grad (lav/mod/høy) av intensjon til å benytte digitale verktøy har sagt seg uenig, verken uenig eller enig, eller enig i de ulike påstandene. Intensjon er her satt til å være den avhengige variabelen.

Tabell 3 viser at det er en signifikant sammenheng mellom behandleres intensjon om å bruke digitale verktøy i fremtiden, og om de var fornøyd eller ikke fornøyd med de siste konsultasjonene de hadde over video eller telefon med pasientene. Den viser også en signifikant sammenheng ved at det å ønske om å møte pasienten ansikt til ansikt slår negativt ut på intensjon om å bruke digital behandling. Tabellen viser at det er signifikant sammenheng mellom behandleres oppfatning av digital behandling som trygt, og deres intensjon om å bruke digitale verktøy i fremtiden. Det er signifikant sammenheng mellom intensjon om å bruke digitale verktøy i fremtiden og av opplevelsen av tekniske utfordringer.

Tabellen viser ingen signifikant sammenheng mellom øvrige påstander og behandleres intensjon om å bruke digitale verktøy i fremtiden.

Multipel lineær regresjon

I denne studien er det et mål å undersøke om det er bakgrunnsfaktorer hos behandlere som påvirker bruk av digital behandling, og om det er forskjeller i bruk av digital behandling mellom fagområdene. For å undersøke disse spørsmålene ble det benyttet multipel lineær regresjon for å teste om alder, kjønn, eller fagområde signifikant predikerte bruken av digitale verktøy i behandling. Totalt prosent digital behandlingskonsultasjoner (telefon og video) per behandler i januar 2023 ble satt som avhengig variabel.

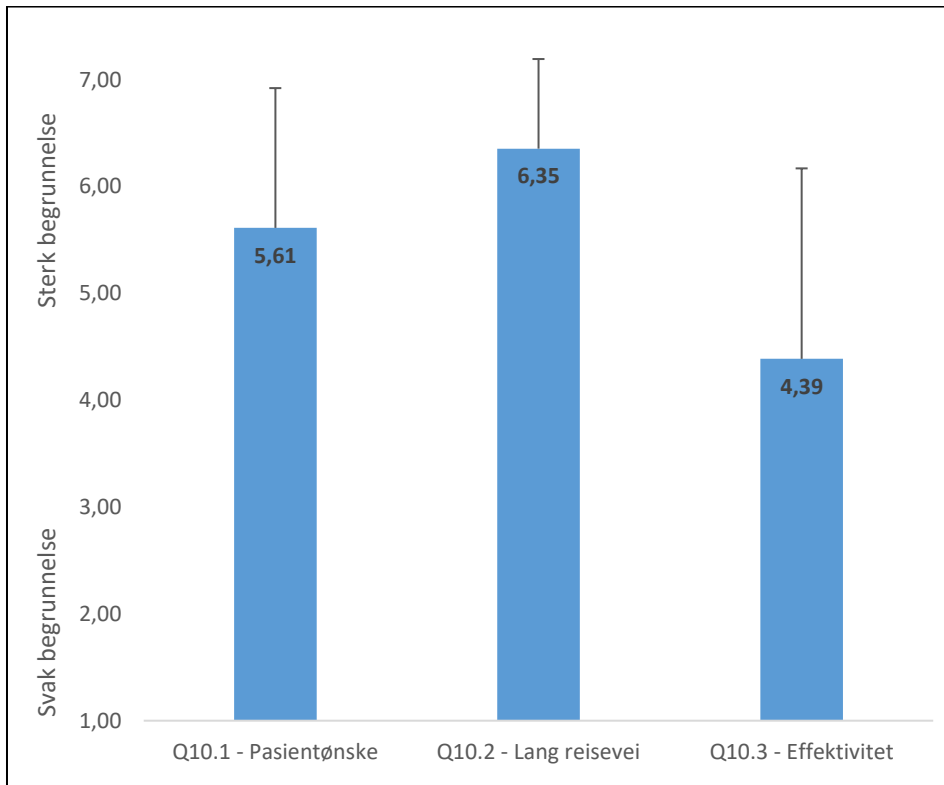
Analysen viser at variablene signifikant predikerte digital behandling ($F(3, 23) = 5,89, p = 0,004$), med moderat styrke ($R^2 = 0,43$). Analysen viser signifikante funn for alder ($\beta = 0,96, p = 0,004, KI\ 95\% = 0,34 - 1,59$), hvor positiv β betyr at deltakere med høyere alder har høyere andel digitale konsultasjoner. Videre viser analysen signifikant funn for forskjeller mellom fagområdene ($\beta = -15,95, p = 0,036, KI\ 95\% = -30,76 - -1,15$), hvor negativ β her betyr at TSB har lavere andel digital behandling (VOP var satt som referanse for fagområde). Det var ikke signifikante funn for bakgrunnsfaktoren kjønn. Forutsetningene for analysen ble vurdert, og konkludert med å være tilfredsstillende. Et stort konfidensintervall i variabelen fagområde indikerer dog et noe usikkert estimat.

Da et uventet funn i analysen viser at bruken av digital behandling øker med alder, ønsket jeg å undersøke dette nærmere. Aldersgruppen ble delt i to ut fra gjennomsnittet (46,6): lav alder (<46,5) og høy alder (>46,5). Resultatet av en krysstabell viste at 80 % av deltakere i den høyeste

aldersgruppen hadde over 15 % digital konsultasjoner i januar 2023, mot kun 25 % av deltakere i den laveste aldersgruppen.

Andre funn

Til sist vises her resultatet av spørsmål 10 i spørreskjemaet (Figur 8). Det er ikke gjennomført noen statistiske analyser på disse dataene. Data er å anse som eksplorative, på behandleres vurdering av spørsmål om gode begrunnelser for å bruke digitale verktøy:



FIGUR 8 - GJENNOMSNIITT AV SVAR PÅ SPØRSMÅL 10.1 "HVOR STERK BEGRUNNELSE SYNES DU DE FØLGENDE SITUASJONER/ARGUMENTER GIR FOR Å BENYTT DIGITAL BEHANDLING I PASIENTKONSULTASJONEN?", LIKERT SKALA 1-7

Diskusjon

Hensikten med denne studien er å identifisere hvor det er muligheter for intervensjon til å kunne påvirke bruken av digital behandling, ved å undersøke om det finnes en sammenheng mellom behandlerens intensjon til og faktiske bruk av digital behandling i psykisk helse og avhengighetsbehandling. Videre ønsker studien å belyse om det er en sammenheng mellom behandlerens digitale kompetanse og bruken av digitale verktøy i behandling. Det er også et ønske å undersøke om det er andre bakgrunnsfaktorer hos behandleren som påvirker bruk av digital behandling, og om det er en forskjell i bruk av digital behandling mellom fagområdet avhengighetsbehandling og psykiatri.

Jeg vil i denne delen av oppgaven først diskutere problemstillingen og forskningsspørsmålene, før jeg drøfter metoden som er benyttet i denne studien.

Generell diskusjon

Finnes det en sammenheng mellom behandlerens intensjon til og faktiske bruk av digital behandling i psykisk helse og avhengighetsbehandling?

Resultatene av sti-analysen viser en ikke signifikant sammenheng mellom intensjon til og bruk av digital behandling. Selv om intensjoner er en god prediktor for atferd, og at styrken på en intensjon øker sannsynligheten for at det etterfølges av atferd (Ajzen, 2020), er det ikke statistiske signifikant funn på dette i denne studien. Betyr da det at deltakerne i denne studien ikke har kontroll på egen atferd? Det er her interessant å diskutere hvorvidt intensjoner om å gjøre noe alltid fører til en bestemt handling. Begrepet *Intention-behavior gap* omhandler dette, og er diskutert av flere (Sheeran, 2002), (Rhodes & de Bruijn, 2013), og (Godin & Conner, 2008). Ifølge Conner and Norman (2022) forklarer ikke faktorene i TPB-modellen majoriteten av variasjon i atferd. Noen hevder TPB kan predikere mellom 27 og 39 % av variasjonen mellom intensjon og atferd (Armitage & Conner, 2001), mens andre mener at det for enkelte områder kun er mellom 13% og 24% som kan forklares av variasjonen mellom intensjon og atferd (McEachan et al., 2011). En forklaring på dette er at TPB handler om atferd som er viljestyrt. *Theory of Reasoned action* var utgangspunktet for TPB til Fishbein and Ajzen (2010), og er ikke nødvendigvis aktuell for atferd som faller utenfor dette. For å ha *faktisk kontroll* over sin atferd, må en person kunne forutsi alle mulige hendelser som kan oppstå (Ajzen, 2020).

Faktorer som påvirker kontroll kan deles i to, hvor evner og viljestyrke er å anse som interne i et individ, mens prioritering av oppgaver og andre personers atferd er eksterne faktorer (Fishbein & Ajzen, 2010). Begge deler kan påvirke i hvilken grad et individ har faktisk kontroll over sin atferd, og i hvilken grad intensjon kan predikere atferden. Denne studien er blitt utført i en kontekst hvor deltakere er ansatt i poliklinikken ved Sørlandet Sykehus, hvor de ansattes atferd kan påvirkes av

både interne og eksterne faktorer. En ekstern faktor kan forklares med tall fra Helse Sør-Øst, som viser til at det var 4,1 % av planlagte konsultasjoner for Sørlandet Sykehus i 2022 hvor pasienten ikke møtte (Helse Sør-Øst, 2023b). En annen faktor, som både kan være intern hos et individ eller ekstern ved andre personer, er at gjennomsnittlig sykefravær i 2022 var 8,5% for helse sør-øst (Ibid). Det er også interessant å se på gjennomsnittet av deltakeres svar på spørsmål knyttet til argumenter for bruk av digital behandling, jf. Figur 8. Svar her indikerer at `lang reisevei` og `pasientens ønske` var et viktig argument for å ta i bruk digital behandling, mens det er tydelig at `effektivitet` ikke ble ansett som et særlig godt argument. Det er kjent at det er et stort press på spesialisthelsetjenesten. Blant annet var det en 3% økning av pasienter som fikk helsehjelp innen VOP og TSB i 2022 (Helsedirektoratet, 2023). Dette kan også vises gjennom at den gjennomsnittlig ventetid for VOP ved Sørlandet Sykehus i 2022 var 48,3 dager, med mål om under 40 dager (Sørlandet Sykehus HF, 2022). Dette kan være både en intern faktor ved at det påvirker viljen til å gjøre som intendert, eller ekstern faktor ved at en må prioritere arbeidsoppgaver annerledes enn planlagt.

Intensjonen fra utvalget er altså en svak forklaring på variasjonen i atferd hos deltakerne ($r^2=0.14$). Modellen finner ikke signifikant sammenheng mellom intensjon og atferd, men *Sti-analysen viser likevel at holdninger, sosial norm og mestringskontroll samlet forklarer variasjonen til intensjon veldig sterkt ($r^2 = 0.69$)*. Samlet forklarer altså TPB-faktorene variasjonen i intensjon. Dette funnet er i samsvar med funn av Khatib et al. (2022), som viser til at faktorene i TPB kan predikere intensjon til å bruke digital behandling bland helsepersonell.

Hensikten med denne oppgaven er å identifisere hvor det er muligheter for intervensjon til å kunne påvirke bruken av digital behandling hos behandlere. Videre vil jeg derfor ta for meg de ulike faktorene og diskuterer funn knyttet til hver av disse opp mot intensjon.

Sti-analysen viser ikke en signifikant sammenheng mestringskontroll og intensjon. Mestringskontroll er ifølge Fishbein and Ajzen (2010) en moderator av de to andre faktorene som påvirker intensjon. Sammenhengen mellom hva en er i stand til å utføre og hva en faktisk velger å gjøre, trenger ikke å være relevant. Som vist i Tabell 3 er det 24 av 31 deltakere (77%) som har svar at de har fått tilstrekkelig opplæring i bruken av digitale verktøy, 23 av 31 deltakere (74%) svarer at digitale behandlingsverktøy er godt tilpasset deres ferdigheter, og 25 av 31 deltakere (80%) svarer at det er godt tilrettelagt for bruk av digital behandling i denne studien. Det er likevel ikke en signifikant sammenheng mellom disse funnene, og deltakernes intensjon om å bruke digital verktøy i pasientbehandlingen. Dette kan tyde på at det er en forskjeller mellom hva deltakerne har svart at de kan eller har kontroll over, og hvilken intensjon de har til å bruke de delene av sine evner i pasientbehandlingen. En forklaring på det kan være at under Covid-19 perioden fikk mange

behandlere erfaring med digital behandling. Studier har vist til at behandlere som under Covid-19 pandemien ble tvunget til å møte pasienter digitalt, opplevde angst og tvilte på sin egen profesjonsutøvelse, sammenlignet med når de kunne møte pasientene ansikt-til-ansikt (Aafjes-van Doorn et al., 2021). Selv om behandlere fikk erfaring med og ferdighetene til å bruke digital behandling i sin praksis under Covid-19, kan det ha ført til at behandlere ikke ser det som ønskelig å bruke disse ferdighetene som følge av at erfaringene var negative. Dette støttes også av tidligere forskning av Sucala et al. (2013), hvor klinikere rapporterte om lavere tro på egen evne til å etablere en behandlingsallianse ved bruk av digitale behandling sammenlignet med behandling ansikt-til-ansikt.

Sti-analysen viser ikke en signifikant mellom sosial norm og intensjon. Ved å undersøke histogrammet for sosial norm (Figur 5) ser en at gjennomsnittet ligger på 1,2 (7-punkts skala -3 til 3). Dette kan indikerer at deltakerne verken er uenig eller enig i påstandene som utgjør sosial norm, hvor det ble undersøkt om ledere eller kollegaer er tydelige på minimum 15% digital behandling de neste seks måneder. At det ikke er signifikant utslag her kan indikere at deltakerne ikke opplever en sosial norm verken den ene eller andre veien. Resultater viser at sammenlignet med hele Klinik for psykisk helse ved Sørlandet Sykehus, hvor det var 24,5% digitale konsultasjoner i 2022 (Sørlandet Sykehus HF, 2022), hadde behandlere i utvalget hadde i gjennomsnitt 30% digitale konsultasjoner i januar 2023. Dette kan være en forklaring på fravær av sosialt påtrykk for å bruke digitale verktøy i behandlingen, da KPH har ligger over måloppnåelsen på 15% (Helse Sør-øst, 2023a). Ledere eller kollegaer har således ikke grunnlag for å oppfordre til ytterligere bruk av digital behandling, ut over det den enkelte behandler vurderer hensiktsmessig. Dette argumentet kan støttes av Topooco et al. (2017) som viste til en høyere aksept for digital behandling blandet med fysiske møter, sammenlignet med rene digitale pasientforløp. Studien viste også at det var en høy grad av kunnskap om digital behandling blant interessentene i studien, som ble gjort i flere europeiske land. Dette kan tyde på at det blant behandlere er kjent hvilke muligheter som finnes, og at ledere og behandlere er klar over mulighetene dette gir og bruker det der det egner seg.

Sti-Analysen viser en signifikant sammenheng mellom holdning og intensjon. Her finner sti-analysen at deltaknes holdninger kan forklare variasjonen i intensjon. Dette kan tolkes til å bety at deltakere med negative holdninger til digital behandling har lav intensjon til å benytte digitale verktøy i pasientbehandlingen, mens deltakere med positive holdninger ovenfor digital behandling har høy intensjon til å benytte digitale verktøy i pasientbehandling. Våre holdninger oppstår som følge av våre oppfatninger knyttet til hvilke karakteristikk, kvaliteter og særtrekk et objektet har (Fishbein & Ajzen, 2010). De fleste deltakerne i studien har en positiv holdning til digital behandling, og følgelig har intensjon om å benytte dette i behandling av sine pasienter. I helsepersonellundersøkelsen 2021

fra Direktoratet for e-helse (2022), vises det til at 59% sier seg enig i at digitale helsetjenester gjør det enkelt å kommunisere direkte elektronisk med annet helsepersonell i 2021. Dette er en økning på 11% fra 2019. 47 % sier seg enige i at digitale helsetjenester gjør det lettere å komme i kontakt med pasienter. Det er en 3% økning fra 2019 til 2021. Undersøkelsen viser også at de som sier seg hyppigere enige i påstandene, er oftere tilfreds med de digitale helsetjenestene i Norge sammenlignet med gjennomsnittet. Undersøkelsen viser samtidig at de med negative holdninger til digitale helsetjenester også har et negativt syn på andre digitale tjenester:

«Helsepersonell som er misfornøyd med de digitale helsetjenestene har sjeldnere positive opplevelser av pasienters tilgang til helseopplysninger, er oftere misfornøyd med EPJ-systemet på arbeidsplassen og har hyppigere mindre positive/mer negative holdninger til digitale helsetjenester sammenlignet med gjennomsnittet» (Direktoratet for e-helse, 2022, p. 45).

Det er også en økning fra 2019 til 2021 i påstanden om at fysiske pasientkontakt ikke kunne vært erstattet av digital kontakt dersom det hadde vært tilgjengelig. Undersøkelsen konkluderer med at holdningene til digitale helsetjenester blant helsepersonell er stabile (Direktoratet for e-helse, 2022). Dette bekreftes også av samme undersøkelse gjennomført i 2022 (Direktoratet for e-helse, 2023).

Denne studien finner at holdningene til deltakere i utvalget kan si noe om de har en intensjon om å bruke digitale verktøy i pasientbehandlingen eller ikke. Samtidig finner ikke studien at det er en sammenheng mellom intensjon og atferd i dette utvalget. Betyr det da at på tross av holdninger ovenfor digital behandling, resulterer ikke dette i at en benytter digital behandling som intendert? Vil det da være slik at de som er negative til digital behandling, og ikke har en intensjon om å benytte det, gjør det på tross av det? Eller om det er slik at de som er positive til digital behandling, og har en intensjon om å benytte det, ikke gjør det likevel? Det er behov for ytterligere studier, for å kunne besvare disse spørsmålene.

[Er det en sammenheng mellom behandleres digital helsekompetanse og bruken av digitale verktøy i behandling?](#)

For å undersøke dette det blitt stilt ulike påstander i spørreskjemaet (spørsmål 13), som igjen har blitt sammenlignet med om deltakerne hadde lav, middels, eller høy intensjon til bruk av digital behandling, jf. Tabell 3.

Dette viser at det er en signifikant sammenheng mellom behandleres intensjon om å bruke digitale verktøy i fremtiden, og om de var fornøyd eller ikke fornøyd med de siste konsultasjonene de hadde over video eller telefon med pasientene. I henhold til TPB er erfaringene vi opplever en del av det som former våre holdninger. Holdninger oppstår som et resultat av våre oppfatninger, som igjen utformes av observasjoner, informasjon og egne erfaringer. «Some beliefs persist over time, some are forgotten, and new beliefs are formed» (Fishbein & Ajzen, 2010, p. 96). Digital helsekompetanse forutsetter at behandlere har både helsekompetanse og har tilegnet seg erfaringer med bruken av

digitale behandlingsverktøy. Erfaringene med de siste konsultasjonene behandlere har hatt med sine pasienter på video eller telefon er med på å utforme oppfatningen og holdningene knyttet til digital behandling. Det at det i denne studien er signifikant sammenheng mellom tidligere erfaringer og intensjon om bruk av digitale verktøy i fremtiden bekrefter dette. «*Helsepersonells tilfredshet med de digitale helsetjenestene i Norge gikk noe tilbake i 2022: I 2021 var 55 % fornøyde, mens denne andelen ble redusert til 52 % i 2022. Andelen misfornøyde økte fra 9 % i 2021 til 13 % i 2022. Ser vi på utviklingen fra 2019 (47 %) til 2022 (52 %), har tilfredsheten økt med 5 prosentpoeng*» (Direktoratet for e-helse, 2023).

Tabell 3 viser også en signifikant sammenheng ved at det å ønske om å møte pasienten ansikt til ansikt slår negativt ut på intensjon. Ellers sagt på en annen måte: Hovedvekten av deltakere som er mest enig i påstanden om at de ville vært mer fornøyd med å møtes ansikt til ansikt, har lav intensjon om å benytte digital behandling i fremtiden. Denne trenden sammenfaller med funn i helsepersonellundersøkelsen om eHelse: «*Sammenlignet med den parallelt gjennomførte Innbyggerundersøkelsen om e-helse 2022, finner vi at flesteparten av innbyggerne foretrekker å møte helsepersonell ansikt til ansikt og majoriteten av helsepersonell foretrekker fysisk konsultasjon som pasientkontaktsform*» (Direktoratet for e-helse, 2023).

Tabell 3 viser at det er signifikant sammenheng mellom behandleres oppfatning av digital behandling som trygt, og deres intensjon om å bruke digitale verktøy i fremtiden. Dette kan tyde på at deltakere som oppfatter digital behandling som trygt har en høy grad av intensjon om å bruke digitale verktøy i fremtiden, mens deltakere som oppfatter digital behandling som utrygt har en lav grad av intensjon om å bruke digital behandling i fremtiden. Dette bekreftes av tidligere nevnte studier som fant at behandlere opplevde angst og manglende tro på egen profesjon ved å benytte digitale behandlingsverktøy (Aafjes-van Doorn et al., 2021) og (Sucala et al., 2013). «*Det er stor tillit blant helsepersonell til at sikkerheten rundt pasientenes helseopplysninger er god*» (Direktoratet for e-helse, 2023). Samtidig viser innføringen av nye digitale verktøy som Helseplattformen i Helse-midt at dette kan utfordres, som ved at 16 000 pasientbrev ikke ble sendt som følge av tekniske problemer (Helseplattformen, 2022). Dette påvirker helsepersonells tillit til sikkerheten, og tro på digitale verktøy for å løse utfordringer (Skurtveit, 2023). Funnet i denne undersøkelsen (Tabell 3) kan tyde på at det er viktig at helsepersonell opplever høy tillit til at digitale verktøy er sikkert, om de skal ha en videre intensjon om å benytte dette i pasientbehandlingen.

Det er signifikant sammenheng mellom intensjon om å bruke digitale verktøy i fremtiden og av opplevelsen av tekniske utfordringer. Resultatet av denne undersøkelsen er tydelig på at opplevelsen av tekniske utfordringer påvirker intensjon til bruken av digital behandling i fremtiden.

Helsepersonellundersøkelsen om ehelse har lignende funn: «3 av 10 helsepersonell opplever hindringer mot å benytte digital kommunikasjon eller digitale helsetjenester i 2022. Dette handler oftest om dårlig teknologi / tekniske løsninger / manglende funksjonalitet eller behov for / ønske om personlig kontakt / undersøkelse og at man opplever digital kontakt som upersonlig» (Direktoratet for e-helse, 2023). Khatib et al. (2022) viser til at det er behov for å støtte og veiledning av behandlere, for å kunne øke bruken av digital behandling. Dette kan tyde på at tekniske utfordringer er en barriere for å øke bruken av digital behandling.

Tabell 3 viser ingen signifikant sammenheng mellom øvrige påstander og behandleres intensjon om å bruke digitale verktøy i fremtiden. Påstander som omhandler trivsel med bruk av digital behandling, tilstrekkelig opplæring, ferdighetstilpassede verktøy, tilrettelegging på arbeidsplassen, og opplevelsen av effektivitet forklarer ikke variasjonen dette har på intensjon hos deltakne. Manglende signifikante funn i denne studien mellom disse påstandene og intensjoner indikerer at det ikke er en sammenheng her. Det er behov for ytterligere undersøkelser ut over hva denne studien har gjort, for å kunne få inngående kunnskap om hva som kan være mulige forklaringer på dette.

Er andre bakgrunnsfaktorer hos behandler som påvirker bruk av digital behandling?

Det er vist til at holdninger til teknologi blant yngre arbeidstakere predikerer intensjon til å benytte teknologi, mens det hos eldre arbeidstakere er sosiale normer og mestringskontroll som predikerer bruken av teknologi (MORRIS & VENKATESH, 2000). Funn i studien tyder på at yngre arbeidstakere har en mer positiv holdning til teknologi sammenlignet med eldre arbeidstakere (ibid). Dette kan tyde på at alder har noe å si for bruken av teknologi. Samtidig fant Khatib et al. (2022) ingen sammenheng mellom rapportert bruk av digital behandling og alder i sin studie. Regresjonsanalysen i denne studien viste at alder signifikant predikerte bruken av digitale verktøy i behandling. En krystabell viste til at 80 % av deltakere i den høyeste aldersgruppen hadde over 15 % digital konsultasjoner i januar 2023, mot kun 25 % av deltakere i den laveste aldersgruppen. I dette utvalget er det den eldste delen av deltakerne (>46,5 år) som benytter digital behandling i størst grad. Hva som er årsaken til funnet i dette funnet er uklart. Et aspekt som påpekes av helsepersonellkommisjonens rapport «Tid for handling» (NOU, 2023:4) er at det er en diskrepans mellom hva studenter lærer på utdanningen, og hva som møter en i praksisfeltet. Hverdagen på en poliklinikk har mange krav til effektivitet og produktivitet. En evaluering av pakkeforløpene i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Sintef, 2020) viser til at fagfolk opplevde at krav og tidspress går ut over kvaliteten på behandlingen og relasjonen til pasientene. Et aspekt her kan være at digital behandling for noen oppleves mer effektivt. Carrillo de Albornoz et al. (2022) viser til at digital behandling anses å være effektivt, og pasienter rapporterer om tilfredshet med digital behandling (Kruse et al., 2017). Det er mulig at de eldre arbeidstakere i utvalget benytter digital

behandling i større grad som følge av at de opplever det som god ressursutnyttelse, og har utviklet mer pragmatisk holdning til behandlingsform sammenlignet med den laveste aldersgruppen.

Det ble ikke funnet signifikante funn knyttet til bakgrunnsfaktoren kjønn og bruken av digital behandling. En studie av Morris et al. (2005) har vist til en tydelig kjønnsforskjellene i bruken av teknologi blant eldre arbeidstakere, mens det hos yngre arbeidstakere ikke er en tydelig kjønnsforskjell. Det ble antatt at dette handlet om at det hos eldre arbeidstakere var vanligere at menn hadde mer teknisk kompetanse, men at det hos yngre arbeidstakere ikke var en forskjell i teknisk kompetanse mellom kjønn. En av årsakene til at det i denne studien ikke er forskjeller mellom kjønnene i bruken av digital behandling, kan være at de kjønnsforskjellene i arbeidslivet som er knyttet til teknisk og digital kompetanse som tidligere kunne finnes ikke lenger eksisterer. Khatib et al. (2022) viser til at kjønn i noe grad kunne predikere intensjon til bruk av digital behandling, men at det ikke var signifikant i sti-analysen hvor andre TPB-faktorer ble tatt med. Kjønn er ofte en bakgrunnsvariabel i studier, men det er indikasjoner på at det er lite relevant for å forklare forskjeller i bruken av digital behandling.

[Er det forskjell i bruk av digital behandling mellom fagområdet avhengighetsbehandling og psykiatri, og hvor stor andel av behandlingen gis digitalt?](#)

Regresjonsanalysen viste også at fagområde signifikant predikerte bruken av digitale verktøy i behandling. Funntil i studien viser at behandlere i VOP oftere benytter digital behandling sammenlignet med behandlere i TSB. Dette indikerer at det er forskjeller i bruk av digital behandling mellom fagområdene. Gjennomsnittet av digitale konsultasjoner i januar 2023 var i VOP 33%, og i TSB var det 15%. De ulike fagområdene har ulike pasientgrupper, iht. prioriteringsveilederen (Helsedirektoratet). Ulikt behov hos pasientene kan være en forklaring på denne forskjellen. En annen forklaring kan være at det i større grad er utbredt å benytte digital behandling i VOP enn i TSB. Blant annet har forskning på eMeistring primært fokusert på lidelser som angst, depresjon og sosial fobi (Tine Nordgreen et al. (2018); T. Nordgreen et al. (2018); Nordgreen et al. (2019)). Det kan tenkes at ytterligere forskning av rene digitale behandlingsforløp, som eMeistring, som viser til effekt hos pasienter med avhengighetslidelser, ville økt bruken av digital behandling også for denne pasientgruppen. Tross forskjellen mellom fagområdene i denne studien, er digital behandling mye brukt i begge disse fagområdene. Helsepersonellundersøkelsen viser til at fagområde psykisk helse og avhengighet har hyppigere bruk av telefon, skriftlig digital kontakt, video sammenlignet med helsepersonell inne somatikk (Direktoratet for e-helse, 2023).

Fremtidig forskning

Det at sammenhengen mellom opplevelsen av tekniske utfordringer og intensjon er et signifikant funn i denne studien, indikerer at det kan være interessant å videre undersøke i hvilken grad reduksjon av tekniske utfordringer kan påvirke intensjon til bruk av digital behandling.

For å undersøke påstandene knyttet til digital helsekompetanse i denne undersøkelsen ytterligere, kunne det i videre studier eksempelvis gjennomføres intervjuer med enkelte av deltakerne i denne studien for å få inngående kunnskap om disse temaene. Deltakere med høy eller lav intensjon om å bruke digital behandling kunne hver for seg bidratt med nyttig informasjon om ytterpunkter i utvalget.

Resultatene av spørsmål 10 i spørreundersøkelsen (Figur 8) gir indikasjoner på når det vurderes riktig å benytte digital behandling og når det vurderes feil. Da det i denne studien ikke er undersøkt nærmere hvilke pasientfaktorer som bør føre til mer bruk av digital behandling, vil i videre studier vært interessant å undersøke dette nærmere gjennom dybdeintervjuer, eller spørreskjemaer med fokus på når det er indikasjon for digital behandling av pasienter, for å lære mer om når det er riktig å benytte digital behandling.

Studiens funn antyder at det er lite sosialt påtrykk fra ledere for å benytte digital behandling i poliklinikkene. Videre studier trengs for å undersøke om bruken av digital behandling endrer seg, dersom mulighetene for intervensjon påvirkes.

Metodisk diskusjon

Ifølge Ringdal (2018) er kvalitativ og kvantitativ metode å anse som komplementære metoder, og valget av metode bør være et pragmatisk valg for å besvare en gitt problemstilling. Ønsker en å forstå eller endre et fenomen, er kvalitativ metode hvor en benytter intervjuer og direkte observasjoner som informasjonsinnhenting egnet. Ønsker en å beskrive eller forklare et fenomen, er kvantitativ metode hvor en benytter spørreskjemaer eller eksisterende data som informasjonsgrunnlag god egnet (Johannessen et al., 2021). Hvilken metode en benytter bør henge sammen med hva som er studiets formål, jf. Biesta (2015) pragmatiske tilnærming. Denne studien har benyttet en kvantitativ metode for å finne svar på problemstillingen, da formålet har vært å beskrive og forklare bruken av digital behandling blant behandlere ved ulike poliklinikker på Sørlandet Sykehus.

I denne delen vil jeg diskutere hvorvidt metoden var egnet for å besvare oppgavens problemstillingen.

Datainnsamling og spørreskjema

TPB-modellen er en kausal modell som har som formål å vise til sammenhenger mellom intensjon som består av psykologiske faktorer, som holdninger og sosiale normer, og atferd. Sti-analyser har derfor et prospektivt design. Første del består av innsamling av data fra spørreskjema som måler nåtid, på lik linje med tverrsnittstudier, hvor det er spurt om faktorene i holdninger og kartlegging av digital helsekompetanse. Spørreundersøkelser ved bruk av spørreskjema er *prestrukturerte* (*pre* betyr «på forhånd»), og gir en høy grad av standardisering (Johannessen et al., 2021, p. 292). Videre er disse dataen sammenlignet med data om atferd, innhentet fra EVD ved Sørlandet Sykehus. Sammen utgjør dette et prospektivt design hvor en sammenligner data fra spørreskjemaet med data fra sykehusets systemer (Ringdal, 2018).

Det å finne ut hvor mange prosent digital behandling som tilbys ved Sørlandet Sykehus har vært relativt enkelt, da disse dataene allerede eksisterer i Sykehusets systemer. Det å få tilgang til disse dataene har i hovedsak handlet om å presisere ovenfor EVD hva jeg har ønsket av data. Men det å forklare hva som fører til bruken av digitale verktøy i pasientbehandlingen, altså forklare hva som påvirker individers atferd, har vært mer komplisert. For å finne frem til informasjon som kan belyse dette, har det blitt benyttet spørreskjema utviklet av meg i samråd med veileder for innhenting av data. Som følge av at det i studien ikke er benyttet et tidligere validert spørreskjema, eller gjennomført en pilot for å teste spørreskjemaet på et lite utvalg, er det en svakhet i denne oppgaven at spørsmål eller oppbygning av spørreskjemaets kan ha feil eller mangler. Dette kan forårsake feil i måleprosessen, og kan påvirke dataenes reliabilitet eller validitet (Ringdal, 2018, p. 192).

Reliabilitet kommer fra engelske «*reliability*» og betyr pålitelighet. Reliabilitet er et spørsmål om vi kan stole på dataene: Hvilke data brukes, hvordan er de samlet inn, og hvordan bearbeides dataene (Johannessen et al., 2021, p. 27). Hva forteller dataene generert fra spørreskjemaet egentlig og kan dataene benyttes til å besvare forskningsspørsmålene de var ment å belyse? Spørsmålene knyttet til TPB-faktorene i spørreundersøkelsen er utformet i samarbeid med veileder, som har inngående kjennskap til TPB-modellen. For å ytterligere teste reliabiliteten ble det gjennomført en skala-analyse av TPB-spørsmålene. Testen viste til at alle faktorene for TPB-faktorene hadde Cronbach's alpha over 0,8. Resultatet viser til at spørsmålene til hver av de ulike TPB-faktorene er høyt korrelert med hverandre, og følgelig måler det samme. Det ble ikke vurdert aktuelt å gjennomført reliabilitetstesting av eHLQ-skjema knyttet til digital helsekompetanse, da jeg kun benyttet dem som enkelt spørsmål og ikke som en skala.

Validitet fra engelske «*validity*» som betyr gyldighet. *Begrepsvaliditet* handler om det er samsvar mellom de teoretiske begrepene som benyttes, og operasjonelle definisjoner (Johannessen et al., 2021, pp. 43-44). Sagt på en annen måte: Er spørsmålene formulert slik at deltakerne forstår hva det stilles spørsmål om? Det har i denne studien blitt forsøkt å øke begrepsvaliditeten, ved å diskutere utformingen av spørsmål med veileder, og benytte etablerte og kjente begreper fra tidligere studier. Samtidig vil det alltid være et element av usikkerhet her, da de psykologiske faktorene i modellen er basert på subjektive vurderinger. Dette kan medfører usikkerhet i dataene. Det at en deltaker kan vurdere et spørsmål annerledes enn andre, og at noe av det en spør om kan være ønskelig eller uønskelig, kan gi ulike utslag som kan prege resultatene (Fishbein & Ajzen, 2010, p. 37).

Validitet handler også om studien er utformet og gjennomført på en slik måte at det gir resultater og funn som kan generaliseres. Kvantitative studier har statistiske metoder for å generalisere, for eksempel ved å benytte *p-verdi* og *konfidensintervall*, for å kunne si om funn i et utvalg er representativt for populasjonen. Samtidig er det også nødvendig å vurdere hvorvidt funn i en studie er mulig å generalisere på tvers av regioner, land, folkeslag og kulturer. Den beste måten å vite det på, er å gjennomføre samme undersøkelse på forskjellige kontekster og tidspunkt (Johannessen et al., 2021).

Utvalg

Feil i utvalgsprosessen omtales som representasjonsfeil (Ringdal, 2018), og kan påvirke dataene ved at deltakeren som dataene er generert fra ikke speiler populasjonen de representerer. Et lite utvalg øker sannsynligheten for type 2 feil. Dersom en begår en type 2 feil her, vil en konkludere med at det ikke er en sammenheng i utvalget selv om det i populasjonen egentlig er det. I denne studien vil det for eksempel si at en konkluderer med at det *ikke* er en sammenheng mellom intensjon og bruken av digital behandling i psykisk helse og avhengighetsbehandling, når det egentlig er det i populasjonen.

Et lite utvalg vil også kunne øke sannsynligheten for å finne signifikante funn i utvalget, uten at det egentlig er signifikante funn i populasjonen. Dette omtales som type 1 feil (ibid).

I denne studien ble det i utgangspunktet ikke vurdert behov for å rekruttere fra alle poliklinikkene ved SSHF. Dette gjorde prosessen mer omfattende og tidkrevende enn nødvendig, da det viste seg at det var behov for å rekruttere ytterligere deltakere til studien. Det er også en svakhet at det kun er rekruttert fra ett helseforetak, og at det er få deltakere i studien. Tiden tilgjengelig for et studie gjennomført på deltid, har satt enkelte begrensninger for rekrutteringen. En optimal studie her ville ha hatt mange deltakere rekruttert fra mange ulike poliklinikker, både store og små, med både rurale og urbant opptaksområde fra flere forskjellige helseforetak. Dette ville økt styrken på analysen, og kunne gitt et bedre bilde på hvordan ulike behandlere fra ulike deler av landet ser på problemstillingen. Studien har likevel en relevans da den har rekruttert deltakere fra forskjellige poliklinikker ved Sørlandet Sykehus. Poliklinikkene inkludert i denne studien antas å være sammenlignbare med lignende poliklinikker ved andre sykehus, noe som aktualiserer funn i denne studien. Studien har også tilstrebet å ha et tilstrekkelig antall deltakere, for å kunne gjøre gjennomføre regresjonsanalyser (Altman, 1991). Dette reduserer risikoen for type 2 feil. Da det er viktig at sikkerhet for signifikante funn er så høy som mulig, er p -verdien for signifikante funn satt til $<0,05$. Dette reduserer risikoen for type 1 feil.

For å få flere deltakere med i studien var det behov for å utvide studien til også å omhandle flere DPS-er ved Sørlandet sykehus, jf. endringsmelding NSD. Dette førte til at enkelte deltakere i studien kom til etter nyttår. Dette har ført til at det for enkelte deltakere i mindre grad er mulig å si om atferden ville endret seg som følge av at data for atferd er hentet fra januar 2023. Følgelig kan det tenkes at enkelte mulig ville endret sin atferd ytterligere, og at dette kunne ført til en større sammenheng mellom intensjon og atferd. Selv om dette kan påvirke oppgavens reliabilitet, er det lite sannsynlig at denne studien påvirker behandleres atferd ved at de ville øke eller redusere graden av digital behandling i så stor grad at det ville gitt utslag i dataene.

Sti-analyse og Multippel lineær regresjon

En regresjonsanalyse forutsetter en lineær sammenheng mellom x og y (Ringdal, 2018, p. 399). Sti-analyse er et sett av regresjonslikninger som benytter en teori til å si noe om årsaksrelasjonene mellom variablene. «En stimodell er en hierarkisk analysemodell der variabler kan ha både direkte og indirekte effekter» (Ringdal, 2018, p. 441). All data om TPB-faktorene holdninger, sosial norm og mestringskontroll og intensjon er hentet fra det samme spørreskjemaet. For å kunne gjøre en fullstendig sti-analyse iht. TPB-modellen, har det i etterkant blitt innhentet data som utgjør variabelen atferd i TPB-modellen. I TPB-modellen er det nødvendig å benytte en dikotom

utfallsvariabel, for å kunne måle atferd. For å tilfredsstille kriteriene i modellen ble `over eller under 15% total digitale konsultasjoner i januar 2023` benyttet som utfallsmål i denne studien.

For å undersøke bakgrunnsfaktorenes påvirkning ble det benyttet en ordinær lineær regresjon. Lineær regresjonsanalyse forutsetter at data tilfredsstiller et sett med kriterier. Det må blant annet være en kontinuerlig avhengig variabel. Det ble derfor benyttet `total prosentandel digital konsultasjon i januar 2023` som avhengig variabel. Fordelen med å benytte en kontinuerlig variabel her, er at analysen ivaretar spredningen i dataene.

For å kunne si noe om generaliserbarheten av analysen, er det ikke tilstrekkelig å finne signifikante funn. Det er også en forutsetning at det er nok deltakere i analysen. Studier med få antall medfører større usikkerhet knyttet til om tilsvarende undersøkelsen av et annet utvalg ville gitt de samme resultatene. Da det i denne studien er 31 deltakere, vurderes dette tilstrekkelig for å kunne gjøre analysene, jf. Altman (1991). Samtidig gjør antall deltakere at det er noe usikkerhet knyttet til om funnene er generaliserbare, eller ville gitt de samme resultatene om en hadde gjentatt studien på et annet utvalg ved et senere tidspunkt.

Goodman and Kruskal's gamma

Intensjon ble her benyttet som følge av at denne variabelen viser til hva som påvirker hvilke hensikt behandlere har til å benytte digital behandling. Det vises også til at TPB-faktorene forklarer variasjonen til intensjon veldig sterkt ($R^2=0,69$). Behandlers oppfatning av fordeler og ulemper med å benytte digitale verktøy i behandling er ordinale data. Det er også dataene for intensjon. Følgelig ble det benyttet Goodman and Kruskal's gamma for å analysere dataene (Ringdal, 2018). Fordelen med dette er å ytterligere kunne undersøke hva som påvirker intensjon, som en del av oppgavens hensikt med å finne frem til hvo det er potensiale til å påvirke behandleres bruk av digitale verktøy i behandlingen.

Konklusjon

Denne studien har hatt som hensikt å identifisere hvor det er muligheter for intervensjon til å kunne påvirke bruken av digital behandling. Studien finner ikke en signifikant sammenheng mellom intensjon til og bruk av digital behandling, og intensjonen i utvalget forklarer variasjonen i atferd hos deltakerne svakt.

Studien viser at faktorer i Theory of planned behavior (TPB) samlet forklarer variasjonen til intensjon veldig sterkt, men finner kun en signifikant sammenheng holdning og intensjon når en tar for seg hver av de tre TPB-faktorene.

Studien finner videre en signifikant sammenheng mellom deler av behandleres digital helsekompetanse og bruken av digitale verktøy i behandling. Det er en signifikant sammenheng mellom behandleres intensjon om å bruke digitale verktøy i fremtiden, og om de var fornøyd eller ikke fornøyd med de siste konsultasjonene de hadde over video eller telefon med pasientene. Det er signifikant sammenheng ved at det å ønske om å møte pasienten ansikt til ansikt slår negativt ut på intensjon. Det er signifikant sammenheng mellom behandleres oppfatning av digital behandling som trygt, og deres intensjon om å bruke digitale verktøy i fremtiden. Det er også en signifikant sammenheng mellom intensjon om å bruke digitale verktøy i fremtiden og av opplevelsen av tekniske utfordringer.

Studien viser at alder signifikant predikerte bruken av digitale verktøy i behandling, og at det en forskjell i bruk av digital behandling mellom fagområdet avhengighetsbehandling og psykiatri. Studien viser at gjennomsnittet av digitale konsultasjoner blant deltakerne i januar 2023 var i voksenpsykiatri (VOP) 33%, og i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) var det 15%.

Som følge av at studien består av et mindre utvalg, må det utvises noe forsiktighet med å generaliseres resultatene. Resultatet er likevel av interesse for ledere og ansatte ved sykehus, for å forstå hva som påvirker bruken av digital behandling ved poliklinikker. Videre studier trengs for å undersøke om bruken av digital behandling endrer seg, dersom mulighetene for intervensjon påvirkes.

Litteraturliste

- Adams, C., Gringart, E., & Strobel, N. (2022). Explaining adults' mental health help-seeking through the lens of the theory of planned behavior: a scoping review. *Syst Rev*, 11(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02034-y>
- Ajzen, I. *Curriculum Vitae*. Retrieved 08.03.23 from <https://people.umass.edu/ajzen/pdf/Ajzen%20CV%20online.pdf>
- Ajzen, I. (2020). The theory of planned behavior: Frequently asked questions. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2(4), 314-324. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/hbe2.195>
- Altman, D. G. (1991). *Practical statistics for medical research*. Chapman and Hall.
- Alvarez-Jimenez, M., Koval, P., Schmaal, L., Bendall, S., O'Sullivan, S., Cagliarini, D., D'Alfonso, S., Rice, S., Valentine, L., Penn, D. L., Miles, C., Russon, P., Phillips, J., McEnery, C., Lederman, R., Killackey, E., Mihalopoulos, C., Gonzalez-Blanch, C., Gilbertson, T., . . . Gleeson, J. F. M. (2021). The Horyzons project: a randomized controlled trial of a novel online social therapy to maintain treatment effects from specialist first-episode psychosis services. *World Psychiatry*, 20(2), 233-243. <https://doi.org/10.1002/wps.20858>
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(3), 288-295. <https://doi.org/10.1002/wps.20151>
- Armitage, C. J., & Christian, J. (2004). *Planned behavior : the relationship between human thought and action*. Transaction Publishers.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. *Br J Soc Psychol*, 40(Pt 4), 471-499. <https://doi.org/10.1348/014466601164939>
- Ajzen, I. (2020). The theory of planned behavior: Frequently asked questions. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2(4), 314-324. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/hbe2.153>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : a social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Batra, S., Baker, R. A., Wang, T., Forma, F., DiBiasi, F., & Peters-Strickland, T. (2017). Digital health technology for use in patients with serious mental illness: a systematic review of the literature. *Med Devices (Auckl)*, 10, 237-251. <https://doi.org/10.2147/mder.S144158>
- Biesta, G. J. J. (2015). No paradigms, no fashions, and no confessions: Why researchers need to be pragmatic. In A. B. Reinertsen & A. M. Otterstad (Eds.), *Metodefestival og Øyeblikksrealisme*. Fagbokforlaget.
- Bowers, D. (2020). *Medical statistics from scratch : an introduction for health professionals* (Fourth edition. ed.). Wiley Blackwell.
- Brørs, G., Wentzel-Larsen, T., Dalen, H., Hansen, T. B., Norman, C. D., Wahl, A., & Norekvål, T. M. (2020). Psychometric Properties of the Norwegian Version of the Electronic Health Literacy Scale (eHEALS) Among Patients After Percutaneous Coronary Intervention: Cross-Sectional Validation Study [Original Paper]. *J Med Internet Res*, 22(7), e17312. <https://doi.org/10.2196/17312>
- Bucci, S., Morris, R., Berry, K., Berry, N., Haddock, G., Barrowclough, C., Lewis, S., & Edge, D. (2018). Early Psychosis Service User Views on Digital Technology: Qualitative Analysis [Original Paper]. *JMIR Ment Health*, 5(4), e10091. <https://doi.org/10.2196/10091>
- Car, J., Koh, G. C.-H., Foong, P. S., & Wang, C. J. (2020). Video consultations in primary and specialist care during the covid-19 pandemic and beyond. *BMJ*, 371, m3945. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3945>
- Carrillo de Albornoz, S., Sia, K. L., & Harris, A. (2022). The effectiveness of teleconsultations in primary care: systematic review. *Fam Pract*, 39(1), 168-182. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab077>
- Christensen, L. F., Moller, A. M., Hansen, J. P., Nielsen, C. T., & Gildberg, F. A. (2020). Patients' and providers' experiences with video consultations used in the treatment of older patients with

- unipolar depression: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(3), 258-271. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jpm.12574>
- Conner, M., & Norman, P. (2022). Understanding the intention-behavior gap: The role of intention strength. *Front Psychol*, 13, 923464. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.923464>
- Cooke, R., Dahdah, M., Norman, P., & French, D. P. (2016). How well does the theory of planned behaviour predict alcohol consumption? A systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev*, 10(2), 148-167. <https://doi.org/10.1080/17437199.2014.947547>
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychol Med*, 40(12), 1943-1957. <https://doi.org/10.1017/s0033291710000772>
- Den Norske Legeforening. *SPESIALITET Rus- og avhengighetsmedisin*. Retrieved 08.03.23 from <https://www.legeforeningen.no/fag/spesialiteter/Rus--og-avhengighetsmedisin/>
- Direktoratet for e-helse. (2022). *Helsepersonellundersøkelsen om e-helse 2021*. [https://www.ehelse.no/publikasjoner/helsepersonellundersokelsen-om-e-helse/_attachment/download/1325ec8f-2853-4fcc-85a7-cd8f0fd811bf:d7ff66b2b3f8c7cb7ac0c8ad84c216feb5197c90/Rapport%20Helsepersonellunders%C3%B8kelsen%20om%20e-helse%202021_endelig_180322%20\(5\).pdf](https://www.ehelse.no/publikasjoner/helsepersonellundersokelsen-om-e-helse/_attachment/download/1325ec8f-2853-4fcc-85a7-cd8f0fd811bf:d7ff66b2b3f8c7cb7ac0c8ad84c216feb5197c90/Rapport%20Helsepersonellunders%C3%B8kelsen%20om%20e-helse%202021_endelig_180322%20(5).pdf)
- Direktoratet for e-helse. (2023). *Helsepersonellundersøkelsen om ehelse 2022*. https://www.ehelse.no/publikasjoner/helsepersonellundersokelsen-om-e-helse/_attachment/download/96019357-05e8-47cd-9f60-160583ffdbc:dacf4a5d6cf42a8bb2c839979cfd258b96fdada2/Rapport_helsepersonellunders%C3%B8kelsen%20om%20e-helse.pdf
- Dongxiao Gu, T. L., Xiaoyu Wang, Xuejie Yang, Zhangrui Yu. (2019). Visualizing the intellectual structure and evolution of electronic health and telemedicine research. *Int J Med Inform*, 130, 103947. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.08.007>
- Elvsaa, I., Stoinska-Schneider, A., Smedslund, G. (2018). *Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser – en fullstendig metodevurdering*. F. (FHI). <https://nyemetoder.no/Documents/Rapporter/Terapeutveiledet%20internettbehandling%20Oved%20psykiske%20lidelser%20Rapport%202018.pdf>
- Esposito, G., van Bavel, R., Baranowski, T., & Duch-Brown, N. (2016). Applying the Model of Goal-Directed Behavior, Including Descriptive Norms, to Physical Activity Intentions: A Contribution to Improving the Theory of Planned Behavior. *Psychological Reports*, 119(1), 5-26. <https://doi.org/10.1177/0033294116649576>
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *J Med Internet Res*, 3(2), E20. <https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e20>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior : the reasoned action approach*. Psychology Press.
- Folkehelseinstituttet (FHI). (2018). *Psykisk helse i Norge*. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Folkehelseinstituttet (FHI). (2022). *Rusmiddellidelser i Norge*. Retrieved 08.03.23 from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelser/>
- Godin, G., & Conner, M. (2008). Intention-Behavior Relationship Based on Epidemiologic Indices: An Application to Physical Activity. *American Journal of Health Promotion*, 22(3), 180-182. <https://doi.org/10.4278/ajhp.22.3.180>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Oppdragsdokument 2018 Helse Sør-Øst RHF*. https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdrag_sdokument-2018-helse-sor-ost-rhf.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019a). *Oppdragsdokument 2019 Helse Sør-Øst RHF*. https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdrag_sdokument-2019-hso.pdf

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019b). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021a). *Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/18f93a5faa81417b8ac28f74a02cc0ee/arlignmelding-2021-fra-helse-sor-ost-rhf.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021b). *Oppdragsdokument 2021 Helse Sør-Øst RHF*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2021-hso.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Oppdragsdokument 2022 Helse Sør-Øst RHF*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2022-hso-endelig-10jan.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Oppdragsdokument 2023 Helse Sør-Øst RHF*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2023-helse-sor-ost-rhf.pdf>
- Helse Sør-Øst. (2019). *Oppdrag og bestilling 2019 for Sørlandet Sykehus HF*. <https://helse-sorost.no/Documents/Oppdragsdokument%20til%20HF/2019/Oppdrag%20og%20bestilling%202019%20-%20S%C3%B8rlandet%20sykehus%20HF.pdf>
- Helse Sør-Øst. (2022). *Årlig melding 2021 for Helse Sør-Øst RHF til Helse- og omsorgsdepartementet*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/18f93a5faa81417b8ac28f74a02cc0ee/arlignmelding-2021-fra-helse-sor-ost-rhf.pdf>
- Helse Sør-Øst. (2023a). *Oppdrag og bestilling 2023 for Sørlandet Sykehus HF*. Retrieved from <https://helse-sorost.no/Documents/Oppdragsdokument%20til%20HF/2023/Oppdrag%20og%20bestilling%202023%20-%20S%C3%B8rlandet%20sykehus%20HF.pdf>
- Helse Sør-Øst. (2023b). *Årlig melding 2022 for Helse Sør-Øst RHF til Helse- og omsorgsdepartementet*. Retrieved from <https://helse-sorost.no/Documents/%C3%85rlig%20melding/2022%20-%20S%C3%B8rlandet%20sykehus%20HF.pdf>
- Helsedirektoratet. *Nasjonale anbefalinger, råd, pakkeforløp og pasientforløp*. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/produkter?tema=prioriteringsveileder>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling* (Nasjonal faglig retningslinje, Issue).
[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf) / [/attachement/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:286222117d81c9f269cddbee85a495a47bf9df29/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/attachement/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:286222117d81c9f269cddbee85a495a47bf9df29/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)
- Helsedirektoratet. (2021). *Helsekompetanse – kunnskap og tiltak*. Retrieved 02.04.23 from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>
- Helsedirektoratet. (2023). *Ventetider og aktivitet i spesialisthelsetenesta 2022*. Retrieved 20.04.23 from <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/ventetider-og-aktivitet-i-spesialisthelsetenesta-2022>
- Helseplattformen. (2022). *Statusrapport for Helseplattformen*. <https://ekstranett.helsemidt.no/1013/Saksliste%20og%20protokoll/Sak%2029.23.%20Vedlegg%201%20Statusrapport%20Helseplattformen%20februar%202023.pdf>

- Hohmann, L. A., & Garza, K. B. (2022). The Moderating Power of Impulsivity: A Systematic Literature Review Examining the Theory of Planned Behavior. *Pharmacy (Basel)*, 10(4).
<https://doi.org/10.3390/pharmacy10040085>
- Jenssen, D., Kjørstad, M., Seim, S., & Tufte, P. A. (2020). *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag* (1. utgave ed.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utgave ed.).
- Karyotaki, E., Ebert, D. D., Donkin, L., Riper, H., Twisk, J., Burger, S., Rozentel, A., Lange, A., Williams, A. D., Zarski, A. C., Geraedts, A., van Straten, A., Kleiboer, A., Meyer, B., Ünlü Ince, B. B., Buntrock, C., Lehr, D., Snoek, F. J., Andrews, G., . . . Cuijpers, P. (2018). Do guided internet-based interventions result in clinically relevant changes for patients with depression? An individual participant data meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 63, 80-92.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.007>
- Kayser, L., Karnoe, A., Duminski, E., Jakobsen, S., Terp, R., Dansholm, S., Roeder, M., & From, G. (2022). Health Professionals' eHealth Literacy and System Experience Before and 3 Months After the Implementation of an Electronic Health Record System: Longitudinal Study [Original Paper]. *JMIR Hum Factors*, 9(2), e29780. <https://doi.org/10.2196/29780>
- Kayser, L., Karnoe, A., Furstrand, D., Batterham, R., Christensen, K. B., Elsworth, G., & Osborne, R. H. (2018). A Multidimensional Tool Based on the eHealth Literacy Framework: Development and Initial Validity Testing of the eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ). *J Med Internet Res*, 20(2), e36. <https://doi.org/10.2196/jmir.8371>
- Kayser, L., Rossen, S., Karnoe, A., Elsworth, G., Vibe-Petersen, J., Christensen, J. F., Ried-Larsen, M., & Osborne, R. H. (2019). Development of the Multidimensional Readiness and Enablement Index for Health Technology (READHY) Tool to Measure Individuals' Health Technology Readiness: Initial Testing in a Cancer Rehabilitation Setting [Original Paper]. *J Med Internet Res*, 21(2), e10377. <https://doi.org/10.2196/10377>
- Khatib, A., Abo-Rass, F., & Gelkopf, M. (2022). Theory of Planned Behavior: Exploring the Use of Digital Mental Health Interventions in Israel. *J Nerv Ment Dis*, 210(7), 504-509.
<https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001459>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2021). *Digital hele livet - Nasjonal strategi for økt digital deltakelse og kompetanse i befolkningen*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/8f8751780e9749bfa8946526b51f10f4/digital-hele-livet.pdf>
- Kruse, C. S., Krowski, N., Rodriguez, B., Tran, L., Vela, J., & Brooks, M. (2017). Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. *BMJ Open*, 7(8), e016242.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016242>
- Latifi, M., Pauli, J., Dehghani, S., & Nejad, M. S. (2021). Application of theory of planned behavior on organ donation behavior: A systematic review. *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 32(5), 1201-1213.
<https://doi.org/10.4103/1319-2442.344739>
- Le, C. F., Hanne Sjøberg; Pettersen, Kjell Sverre; Joranger, Pål; Gutterrud, Øystein. (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del I. The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19) – et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHIL. Rapport IS-2959*. <https://hdl.handle.net/11250/2756050>
- Levin-Zamir, D., & Bertschi, I. (2018). Media Health Literacy, eHealth Literacy, and the Role of the Social Environment in Context. *Int J Environ Res Public Health*, 15(8).
<https://doi.org/10.3390/ijerph15081643>
- Limbu, Y. B., Gautam, R. K., & Zhou, W. (2022). Predicting Vaccination Intention against COVID-19 Using Theory of Planned Behavior: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Vaccines (Basel)*, 10(12). <https://doi.org/10.3390/vaccines10122026>
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)*. (2001). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. (2011). Lovdata.no Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- McEachan, R. R. C., Conner, M., Taylor, N. J., & Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the Theory of Planned Behaviour: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, 5(2), 97-144. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.521684>
- MORRIS, M. G., & VENKATESH, V. (2000). AGE DIFFERENCES IN TECHNOLOGY ADOPTION DECISIONS: IMPLICATIONS FOR A CHANGING WORK FORCE. *Personnel Psychology*, 53(2), 375-403. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2000.tb00206.x>
- Morris, M. G., Venkatesh, V., & Ackerman, P. L. (2005). Gender and age differences in employee decisions about new technology: an extension to the theory of planned behavior. *IEEE Transactions on Engineering Management*, 52(1), 69-84. <https://doi.org/10.1109/TEM.2004.839967>
- Nasjonalt senter for e-helseforskning. (2022). *Asynkron digital terapi gir effektiv hjelp*. Retrieved 03.04.23 from <https://ehealthresearch.no/nyheter/2022/asynkron-digital-terapi-gir-effektiv-hjelp>
- Nordgreen, T., Blom, K., Andersson, G., Carlbring, P., & Havik, O. E. (2019). Effectiveness of guided Internet-delivered treatment for major depression in routine mental healthcare - An open study. *Internet Interventions*, 18, 100274. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.invent.2019.100274>
- Nordgreen, T., Gjestad, R., Andersson, G., Carlbring, P., & Havik, O. E. (2018). The effectiveness of guided internet-based cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder in a routine care setting. *Internet Interventions*, 13, 24-29. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.05.003>
- Nordgreen, T., Gjestad, R., Andersson, G., Carlbring, P., & Havik, O. E. (2018). The implementation of guided Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in a routine-care setting: effectiveness and implementation efforts. *Cogn Behav Ther*, 47(1), 62-75. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1348389>
- Norman, C. (2011). eHealth literacy 2.0: problems and opportunities with an evolving concept. *J Med Internet Res*, 13(4), e125. <https://doi.org/10.2196/jmir.2035>
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006a). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *J Med Internet Res*, 8(4), e27. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006b). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *J Med Internet Res*, 8(2), e9. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>
- Norsk Psykolog Forening. (2022). *Bruk av digitale verktøy i psykologisk behandling - Policynotat*. <https://www.psykologforeningen.no/content/download/60234/937075/version/1/file/Bruk+av+digitale+verkt%C3%B8y+i+psykologisk+behandling.pdf>
- Norsk psykologforening. (2015). *Voksenpsykologi*. Retrieved 08.03.23 from <https://www.psykologforeningen.no/content/download/60234/937075/version/1/file/Bruk+av+digitale+verkt%C3%B8y+i+psykologisk+behandling.pdf>
- NOU. (2023:4). *Tid for Handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (7th edition ed.).
- Rashid L. Bashshur, G. W. S., Noura Bashshur, and Peter M. Yellowlees. (2016). The Empirical Evidence for Telemedicine Interventions in Mental Disorders. *Telemedicine and e-Health*, 22(2), 87-113. <https://doi.org/10.1089/tmj.2015.0206>
- Reinecke, J., Schmidt, P., & Ajzen, I. (1996). Application of the Theory of Planned Behavior to Adolescents' Condom Use: A Panel Study1. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 749-772. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1996.tb01128.x>

- Rhodes, R. E., & de Bruijn, G.-J. (2013). How big is the physical activity intention–behaviour gap? A meta-analysis using the action control framework. *British Journal of Health Psychology*, 18(2), 296-309. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/bjhp.12032>
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg. ed.). Fagbokforl.
- Sheeran, P. (2002). Intention—Behavior Relations: A Conceptual and Empirical Review. *European Review of Social Psychology*, 12(1), 1-36. <https://doi.org/10.1080/14792772143000003>
- SIKT. (2023). *Informasjon til deltakarane i forskingsprosjekt*. <https://sikt.no/informasjon-til-deltakarane-i-forskingsprosjekt>
- Simon, N., Robertson, L., Lewis, C., Roberts, N. P., Bethell, A., Dawson, S., & Bisson, J. I. (2021). Internet-based cognitive and behavioural therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 5(5), Cd011710. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011710.pub3>
- Sintef. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første året*. https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef-2020_00064-evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus.pdf
- Skurtveit, S., Pettersen, J., Hatland, L.E., Toftaker, J., Svendsen, M., Kleven, R., Ørnhaug, E.R. (2023). Starter eksternt evaluering av Helseplattformen. *NRK*. <https://www.nrk.no/trondelag/styreleder-i-helseplattformen-om-at-torbjorg-vanvik-gar-av-som-direktor--et-voldsomt-press-1.16328153>
- Steinmetz, H., Knapstein, M., Ajzen, I., Schmidt, P., & Kabst, R. (2016). How Effective are Behavior Change Interventions Based on the Theory of Planned Behavior?: A Three-Level Meta-Analysis. *Zeitschrift für Psychologie*, 224, 216-233. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000255>
- Streiner, D. L. (2005). Finding our way: an introduction to path analysis. *Can J Psychiatry*, 50(2), 115-122. <https://doi.org/10.1177/070674370505000207>
- Sucala, M., Schnur, J. B., Brackman, E. H., Constantino, M. J., & Montgomery, G. H. (2013). Clinicians' attitudes toward therapeutic alliance in E-therapy. *J Gen Psychol*, 140(4), 282-293. <https://doi.org/10.1080/00221309.2013.830590>
- Sur, M. H., Jung, J., & Shapiro, D. R. (2022). Theory of planned behavior to promote physical activity of adults with physical disabilities: Meta-analytic structural equation modeling. *Disabil Health J*, 15(1), 101199. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101199>
- Sussman, R., & Gifford, R. (2019). Causality in the Theory of Planned Behavior. *Pers Soc Psychol Bull*, 45(6), 920-933. <https://doi.org/10.1177/0146167218801363>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørlandet Sykehus HF. (2022). *Årlig melding 2022 fra Sørlandet Sykehus til Helse Sør-Øst RHF*. <https://sshf.no/Documents/%C3%85rlig%20melding%202022%20SSHF%20-%20etter%20styrem%C3%B8tet%2027%202022%202023%20til%20HS%C3%98%20RHF.pdf>
- Sørlandet Sykehus HF. (2023a). *Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling*. Retrieved 08.03.23 from <https://sshf.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helse#kontaktinformasjon-til-pakkeforlopskoordinatorer-innen-psykisk-helsevern--og-rus>
- Sørlandet Sykehus HF. (2023b). *Medisinsk poliklinikk - Hiv - digital oppfølging*. Retrieved 08.03.23 from <https://sshf.no/behandlinger/hiv-digital-hjemmeoppfolging?language=1044>
- Taylor, S. D., Bagozzi, R. P., & Gaither, C. A. (2005). Decision making and effort in the self-regulation of hypertension: Testing two competing theories. *British Journal of Health Psychology*, 10(4), 505-530. <https://doi.org/https://doi.org/10.1348/135910704X22376>
- Topooco, N., Riper, H., Araya, R., Berking, M., Brunn, M., Chevreur, K., Cieslak, R., Ebert, D. D., Etchmendy, E., Herrero, R., Kleiboer, A., Krieger, T., García-Palacios, A., Cerga-Pashoja, A., Smoktunowicz, E., Urech, A., Vis, C., & Andersson, G. (2017). Attitudes towards digital

- treatment for depression: A European stakeholder survey. *Internet Interventions*, 8, 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.01.001>
- Universitetet i Agder (UiA). *Studieplan for Psykisk helsearbeid, videreutdanning*. Retrieved 08.03.23 from <https://www.uia.no/studieplaner/programme/HELARB60D>
- Universitetet i Agder (UiA). (2021). *Masterhåndbok*. <https://www.uia.no/content/download/130473/2040447/file/100321Masterh%C3%A5ndbok%202021.pdf>
- van der Vaart, R., van Deursen, A. J., Drossaert, C. H., Taal, E., van Dijk, J. A., & van de Laar, M. A. (2011). Does the eHealth Literacy Scale (eHEALS) Measure What it Intends to Measure? Validation of a Dutch Version of the eHEALS in Two Adult Populations [Original Paper]. *J Med Internet Res*, 13(4), e86. <https://doi.org/10.2196/jmir.1840>
- Vederhus, J. K., Zemore, S. E., Rise, J., Clausen, T., & Høie, M. (2015). Predicting patient post-detoxification engagement in 12-step groups with an extended version of the theory of planned behavior. *Addict Sci Clin Pract*, 10, 15. <https://doi.org/10.1186/s13722-015-0036-3>
- Vestre Viken HF. (2019). *Videosamtale med AMK (113)*. Retrieved 08.03.23 from <https://vestreviken.no/fag-og-forskning/forskning-og-innovasjon/videosamtale-med-amk-113>
- Willis, L., Lee, E., Reynolds, K. J., & Klik, K. A. (2020). The Theory of Planned Behavior and the Social Identity Approach: A New Look at Group Processes and Social Norms in the Context of Student Binge Drinking. *Eur J Psychol*, 16(3), 357-383. <https://doi.org/10.5964/ejop.v16i3.1900>
- World Medical Association. (2022). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. Retrieved 10.03.23 from <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Zemore, S. E., & Ajzen, I. (2014). Predicting substance abuse treatment completion using a new scale based on the theory of planned behavior. *J Subst Abuse Treat*, 46(2), 174-182. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.06.011>
- Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg- : vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3. utg. ed.). Universitetsforl.
- Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., & Prout, T. A. (2021). Grappling with our therapeutic relationship and professional self-doubt during COVID-19: will we use video therapy again? *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 473-484. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1773404>

Vedlegg

Vedlegg 1

Samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjekt?

«Digital psykisk helse - Sammenhengen mellom behandleres innstilling til og bruken av digital behandling i psykisk helse og avhengighetsbehandling»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få en større forståelse av behandleres vurdering av og holdninger til bruken av digitale pasientforløp. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Mange ser nok digitale behandling som en mulighet til å tilpasse behandlingstilbudet til en mer moderne digital hverdag, mens andre gir uttrykk for bekymring knyttet til at en digital behandling har begrensninger der hvor det foreligger større utfordringer som for eksempel alvorlige psykiske lidelser.

Følgelig søker denne studien å finne svar på om det finnes en sammenheng mellom behandleres innstilling til digital behandling og bruken av digital behandling i psykisk helse og avhengighetsbehandling? Videre ønsker studien også å undersøke om det er en sammenheng mellom behandleres digital kompetanse og bruken av denne behandlingsformen? Om det er andre bakgrunnsfaktorer hos behandler som påvirker bruk av digital behandling? Og om det er forskjeller mellom rus- og psykiatrifeltet når det gjelder bruk av digitale verktøy?

Studien er også en del av en masteroppgave i psykososial helse ved Universitetet i Agder.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Avdeling for rus og avhengighetsbehandling og deltagende DPS ved Sørlandet Sykehus (SSHF), samt Universitetet i Agder.

Nicolai Modalsli gjennomfører studien, i samarbeid med forskningsleder ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) og førsteamanuensis ved UiA John-Kåre Vederhus.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Studien er en del av en kvalitetsundersøkelsen gitt i oppdrag av avdelingssjef ved avdeling for rus og avhengighetsbehandling avdelingssjefer ved deltagende DPS ved SSHF. Studiens utvalgt er ansatte i poliklinikker ved de nevnte avdelinger.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut et spørreskjema. Det vil ta deg ca. 10-15 minutter. Spørreskjemaet inneholder spørsmål om intensjon og holdninger til digital behandling, ledelsens og arbeidsplassens fokus på digital behandling samt din mestingsfølelse for bruk av digital behandling. Dine svar fra spørreskjemaet blir registrert elektronisk.

Det vil også hentes ut informasjon fra styringssystemer vedrørende bruken av digital behandling i pasientbehandlingen du tilbyr. Resultatet av dette vil analyser opp mot svar i spørreskjemaet for å finne frem til konklusjoner på forskningsspørsmålet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil ikke

påvirke forhold på arbeidsplassen din eller ditt forhold til arbeidsgiver, om du ønsker å avstå fra å delta eller trekker ditt samtykke på et senere tidspunkt.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Data skal håndteres, lagres og sikres i sykehusnettverk i henhold til gjeldende rutiner. Det skal brukes datahåndteringsverktøyet SPSS. I tillegg til vurdering i NSD, skal studien vurderes av etisk komité ved Fakultetet for helse- og idrettsvitenskap ved UiA (FEK). Det er kun medarbeidere utpekt av enhetsleder og forskningsleder ved ARA som skal ha tilgang til data. Det vil sørges for at deltakerne ikke vil kunne gjenkjennes i en evt. publikasjon

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil avsluttes når masterstudiet er fullført og godkjent. Datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres etter 3 år.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Sørlandet Sykehus og Universitetet i Agder har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Nicolai Modalsli, Rådgiver KOM-programmet.
 - Tlf: 41416605, mail: nicmod@sshf.no
- John-Kåre Vederhus, Forskningsleder ved ARA, førsteamanuensis UiA
 - Tlf: 91610859, mail: john-kare.vederhus@sshf.no
- Vårt personvernombud: Rune Nesdal Jonassen, personvemombud@sshf.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

John-Kåre Vederhus
(Forskningsleder/veileder)

Nicolai Modalsli
(Prosjektansvarlig/student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Digital psykisk helse - Sammenhengen mellom behandleres innstilling til og bruken av digital behandling i psykisk helse og avhengighetsbehandling*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å:

- å delta i spørreundersøkelsen
- at anonymisert data kan benyttes i offentlig publiserte artikler

Jeg samtykker til å delta og at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2

Spørreskjema

Brukernavn (SIKT/DIPS)		Dato utfyllt	
---------------------------	--	-----------------	--

Digital psykisk helse

Sammenhengen mellom behandleres innstilling til og bruken av digital behandling i psykisk helse- og avhengighetsbehandling

Det er et ønske fra politisk hold om økt bruk digitale pasientforløp innen psykiatri og avhengighetsbehandling i årene fremover. I oppdragsdokumentet fra helsedirektoratet til Helse Sør-Øst for 2022, er det et mål at polikliniske konsultasjoner som tilbys over video og telefon skal være over 15 %. I «*Ny modell for framskrivning av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*» forventer regjeringen at inntil 20% av polikliniske konsultasjoner frem mot 2040 skal være digitale. Det er derfor ønskelig å få en strukturert oversikt over ansattes vurdering og holdninger til bruken av digital behandling.

Enkelte av disse spørsmål kan virke like, men vær vennlig likevel å svare på ALLE. Det er din personlige oppfatning vi spør etter, det er derfor ingen "riktige" eller "gale" svar. Sett kun ett kryss pr linje. I spørsmålene angis «det neste halvåret» som tidsperspektiv, men tenk gjerne på det du ønsker skal være din standard praksis fra nå og fremover.

Telefon- og videokonsultasjon er her definert som:

For at en samtale skal kunne regnes som en telefon- eller videokonsultasjon må den:

- Kunne erstatte konsultasjon som ellers ville blitt gjennomført ved fysisk oppmøte (eller videokonsultasjon)
- Som hovedregel være planlagt, men kan også avtales på kort varsel hvis pasientens behov tilsier det
- Innebære reell helsehjelp og bære preg av en konsultasjon ved at den:
 - o Er mellom behandler og pasient
 - o Innebærer undersøkelse av/innhenting av opplysninger fra pasient for å vurdere helsetilstand eller behandling, eller veilede om videre oppfølging og behandling
 - o Resulterer i en vurdering av videre behandling som bidrar til fremgang i pasientforløpet
 - o Dokumenteres i pasientjournal på samme måte som når pasienten fysisk møter på poliklinikken

Digital behandling er her definert som en samlebetegnelse av videokonsultasjon, telefonkonsultasjon og heldigitale pasientforløp.

Fagfelt	
Voksenpsykiatri (VOP)	<input type="checkbox"/>
Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)	<input type="checkbox"/>
Hvor mange år har du jobbet i ditt fagfelt?	

Bakgrunnsinformasjon	
Alder	
Kjønn	Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/>

Brukernavn (SIKT/DIPS)		Dato utfyllt	
---------------------------	--	-----------------	--

Vennligst ta stilling til følgende påstand om dine tanker fremover:

1. Jeg har til hensikt å gjennomføre minst 15 % av mine pasientkonsultasjoner over video og/eller telefon i løpet av det neste halvåret

Svært usannsynlig 1 2 3 4 5 6 7 Svært sannsynlig

2. Jeg kommer til å gjennomføre minst 15 % av mine pasientkonsultasjoner over video og/eller telefon i løpet av det neste halvåret

Svært usannsynlig 1 2 3 4 5 6 7 Svært sannsynlig

Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn:

3. Å benytte digital behandling i minst 15 % av mine pasientkonsultasjoner i løpet av det neste halvåret vil for meg være:

Unyttig	<input type="checkbox"/> -3	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Nyttig
Uhensiktsmessig	<input type="checkbox"/> -3	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Hensiktsmessig
Uønsket	<input type="checkbox"/> -3	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Ønsket
Ubehagelig	<input type="checkbox"/> -3	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Behagelig
Negativt	<input type="checkbox"/> -3	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Positivt

4. Mine ledere synes at jeg bør benytte digital behandling i minst 15 % av mine pasientkonsultasjoner i løpet av det neste halvåret

Helt uenig -3 -2 -1 0 1 2 3 Helt enig

5. Mine kollegaer mener at jeg bør benytte digital behandling i minst 15 % av mine pasientkonsultasjoner i løpet av det neste halvåret

Helt uenig -3 -2 -1 0 1 2 3 Helt enig

6. Ledelsen på min avdeling har gitt en tydelig oppfordring til at jeg skal benytte digital behandling i minst 15 % av mine pasientkonsultasjoner

Helt uenig -3 -2 -1 0 1 2 3 Helt enig

Brukernavn (SIKT/DIPS)		Dato utfyllt	
---------------------------	--	-----------------	--

Ta stilling til følgende:

7. For meg vil det å gjennomføre minst 15 % av mine pasientkonsultasjoner over video og/eller telefon i løpet av det neste halvåret være:

Vanskelig 1 2 3 4 5 6 7 Lett

8. Gitt at du ønsket å gjennomføre minst 15 % av dine pasientkonsultasjoner over video og/eller telefon i løpet av det neste halvåret, hvor stor tiltro har du til din egen kompetanse når det gjelder å gjennomføre det:

Liten tiltro 1 2 3 4 5 6 7 Stor tiltro

9. Gitt at du ønsket å gjennomføre minst 15 % av dine pasientkonsultasjoner over video og/eller telefon i løpet av det neste halvåret, hvor stor tiltro har du til egen mestring når det gjelder å gjennomføre det:

Liten tiltro 1 2 3 4 5 6 7 Stor tiltro

10. Hvor sterk begrunnelse synes du de følgende situasjoner/argumenter gir for å benytte digital behandling i pasientkonsultasjonen?

Pasientønske:

Svak begrunnelse 1 2 3 4 5 6 7 Sterk begrunnelse

Geografiske hensyn (lang reisevei):

Svak begrunnelse 1 2 3 4 5 6 7 Sterk begrunnelse

Effektivitet:

Svak begrunnelse 1 2 3 4 5 6 7 Sterk begrunnelse

Diagnose som indikasjon (gi eksempel / utdyp):

Svak begrunnelse 1 2 3 4 5 6 7 Sterk begrunnelse

Annet (utdyp):

Svak begrunnelse 1 2 3 4 5 6 7 Sterk begrunnelse

Annet (utdyp):

Svak begrunnelse 1 2 3 4 5 6 7 Sterk begrunnelse

Annet (utdyp):

Svak begrunnelse 1 2 3 4 5 6 7 Sterk begrunnelse

Brukernavn (SIKT/DIPS)		Dato utfyllt	
---------------------------	--	-----------------	--

11. Omtrent hvor mange av dine pasienter får videokonsultasjon i behandlingen NÅ?

- 0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7% 8% 9% 10%
 Annet (%):

12. Omtrent hvor mange av dine pasienter får telefonkonsultasjon i behandlingen NÅ?

- 0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7% 8% 9% 10%
 Annet (%)

13. Svar på spørsmålene under med tanke på de siste video- og telefonkonsultasjonene du har hatt:		Veldig uenig	Uenig	Verken enig eller uenig	Enig	Veldig enig
	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt: Kryss av her hvis du ikke har gjennomført digital behandling og hopp til spørsmål 14					
1	Jeg var fornøyd med samtalen(e) jeg hadde med pasienten ved videokonsultasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Jeg var fornøyd med samtalen(e) jeg hadde med pasienten ved telefonkonsultasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Jeg ville vært mer fornøyd med å møtes, ansikt til ansikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Jeg ble mer effektiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Det er godt tilrettelagt for bruk av video- og telefonkonsultasjoner i pasientbehandlingen (Gode tekniske løsninger, tilgang på utstyr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i bruk av video- og telefonkonsultasjoner i pasientbehandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Digitale behandlingsverktøy er godt tilpasset mine ferdigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Jeg trivdes med å treffe pasienten over nett/telefon – like mye som å treffe pasienten ansikt til ansikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Tekniske forhold gjorde det vanskelig for meg å forstå hva som ble sagt, f.eks. dårlig lyd / bilde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Jeg opplever bruken av digital behandling som godt og trygt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Brukernavn (SIKT/DIPS)		Dato utfyllt	
---------------------------	--	-----------------	--

14. Utdyp gjerne dine erfaringer (positivt/negativt) med å benytte telefon- og video i behandling:

Vedlegg 3

Godkjenning NSD

[Meldeskjema](#) / [Digital psykisk helse - Sammenhengen mellom behandleres innstilling...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
379315

Vurderingstype
Standard

Dato
28.11.2022

Prosjekttittel

Digital psykisk helse - Sammenhengen mellom behandleres innstilling til og bruken av digital behandling i psykisk helse og avhengighetsbehandling

Behandlingsansvarlig institusjon

Sørlandet sykehus HF / Sørlandet sh, Kristiansand

Prosjektansvarlig

John-Kåre Vederhus

Student

Nicolai Modalsli

Prosjektperiode

01.08.2022 - 01.06.2025

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.06.2025.

[Meldeskjema](#) 

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringen registrert i meldeskjemaet.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson: Elizabeth Blomstervik

Lykke til videre med prosjektet!

Vedlegg 4
Godkjenning FEK



Nicolai Modalsli

Besøksadresse:
Universitetsveien 25
Kristiansand

Ref: [object Object]

Tidspunkt for godkjenning: : 20/09/2022

**Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Digital psykisk helse -
Sammenhengen mellom behandleres innstilling til og bruken av digital
behandling i psykisk helse og avhengighetsbehandling**

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

FEK godkjenner prosjektet under forutsetning av at prosjektet gjennomføres som beskrevet i søknaden.

Hilsen
Forskningsetisk komite
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER
POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND
TELEFON 38 14 10 00
ORG. NR 970 545 200 MVA - post@uia.no -
www.uia.no

FAKTURAADRESSE:
UNIVERSITETET I AGDER,
FAKTURAMOTTAK
POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO

Vedlegg 5

Godkjenning forskningssjef SSHF

Journalført i Public 360°



Vår dato	Vår referanse
20.10.2022	22/09107-6
Deres dato	Deres referanse

Nicolai Modalsli
Gamle Andøyvei 71
4623 KRISTIANSAND S

Godkjenning Forskningssjef

Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

Prosjekt med tittel «Søknad om innhenting av datainnsamling - KPH - Masterstudiet Nicolai Modalsli» er forskningsfaglig godkjent ved Sørlandet Sykehus.

PVO gir sin tilrådning.

Informasjonssikkerhetsansvarlig gir sin tilrådning under 2 forutsetninger:

1. Informasjonsskrivet: Epostadressen til PVO er ugyldig og må rettes
2. De kvalitative intervjuene og lagring av data ifm. dette må være i tråd med foretakets retningslinjer

Godkjenningen forutsetter at prosjektet gjennomføres som beskrevet i grunnlagsmaterialet og at alle kommentarer, noteringer, forutsetninger og vilkår fra tilrådene og godkjennende instanser leses, forstås og tas til følge

Med hilsen

Frode Gallefoss
Forskningsjef

Dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten signaturer.

Postadresse:
Sørlandet Sykehus HF
Postboks 416 Lundsliden
4604 Kristiansand

Besøksadresse:
Egsvelen 100

Telefon: +47 906 10 600
E-post: postmottak@sshf.no
Hjemmeside: www.sshf.no

Foretaksregisteret
NO 983 975 240 MVA
Bankkonto:
8601.72.47435

Meldeskjema

Referansenummer

379315

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Fødselsdato
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidentifikator
- Lydopptak av personer

Prosjektinformasjon

Prosjekttittel

Digital psykisk helse - Sammenhengen mellom behandleres innstilling til og bruken av digital behandling i psykisk helse og avhengighetsbehandling

Prosjektbeskrivelse

Formålet for prosjektet er å få en større forståelse av behandleres vurdering av og holdninger til bruken av digitale pasientforløp i spesialisthelsetjenesten. Digital behandling gir en mulighet til å tilpasse behandlingstilbudet til en moderne digital hverdag, men det knyttes også bekymringer til at begrensninger ved digital behandling for pasienter som har store utfordringer, som for eksempel ved alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer. Studien søker å finne svar på om det finnes en sammenheng mellom behandleres innstilling til digital behandling og bruken av digital behandling i psykisk helse og avhengighetsbehandling. Videre ønsker studien også å undersøke om det er en sammenheng mellom behandleres digital kompetanse og bruken av denne behandlingsformen og om det er andre bakgrunnsfaktorer hos behandleren som påvirker bruk av digital behandling. En ønsker også å undersøke om det er forskjeller mellom rus- og psykiatrifeltet når det gjelder bruk av digitale verktøy.

Dersom opplysningene skal behandles til andre formål enn behandlingen for dette prosjektet, beskriv hvilke

Ikke aktuelt

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Digital behandling av pasienter ble sterkt aktualisert på grunn av COVID-19 og en ønsker å utforske hva behandleres tanker og holdning til en slik behandlingsform og hvilke erfaringer de har. Studien gjennomføres som en kvalitetsundersøkelse.

Ekstern finansiering

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Nicolai Modalsli, Nicolai.Modalsli@sshf.no, tlf: 41416605

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Sørlandet sykehus HF / Sørlandet sh, Kristiansand

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

John-Kåre Vederhus, john-kare.vederhus@sshf.no, tlf: 38132635

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Behandlere ved poliklinikk i Avd for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) og behandlere ved deltagende DPS ved Sørlandet Sykehus.

Rekruttering eller trekking av utvalget

Alle behandlere i poliklinikkene inviteres til å være med i studien. Et utvalg som skårer relativt "lite" og "mye" på andel pasienter som gis videokonsultasjon vil bli forespurt om å delta i et utdypende intervju.

Alder

18 - 70

Personopplysninger for utvalg 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Fødselsdato
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidentifikator
- Lydopptak av personer

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?**Papirbasert spørreskjema****Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Personlig intervju

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

Ikke utfyllt

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Respondenter får beskjed om i info skriv at de når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det blir og presisert at det ikke vil ha noen negative konsekvenser for arbeidsforholdet hvis en ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?

Deltagerne kan få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv ved å ta kontakt med kontaktpersoner for studien som angitt i informasjonsskriv.

Totalt antall registrerte i prosjektet

100-999

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

Ikke utfyllt

Annen godkjenning

Etter NSD godkjenning vil vi sende studien til FEK (Fakultetets etiske komite) ved UiA for etisk vurdering. Siden det ikke inngår pasienter i studien, ansees det ikke aktuelt å sende til REK.

Behandling

Hvor behandles opplysningene?

Ikke utfyllt

Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

Ikke utfyllt

Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (koblingsnøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

Ikke utfyllt

Hvilke

Data lagres på "forskningsserver" ved SSHF som har ekstra sikkerhet i ft øvrige nettverk.

Varighet

Prosjektperiode

01.08.2022 - 01.06.2025

Hva skjer med dataene ved prosjektslutt?

Data anonymiseres (sletter/omskriver personopplysningene)

Hvilke anonymiseringstiltak vil bli foretatt?

Ikke utfyllt

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

Tilleggsopplysninger

Flere DPS ved samme sykehus deltar i studien.

Vedlegg 7

Godkjenning av endringsmelding fra FEK og Forskningsenheten SSHF

Nicolai Modalsli

Fra: Bente Birkeland <bente.birkeland@uia.no >
Sendt: tirsdag 29. november 2022 10:47
Til: Nicolai Modalsli
Kopi: Eli Margareth Andås
Emne: SV: Masterprosjekt i psykososial helse

Hei!

Endring/utvidelse av utvalg fra «behandlere» til «ansatte» i ARA og poliklinikken ved DPS Østre Agder, Sørlandet sykehus, kan godkjennes uten videre saksbehandling i FEK. Endringen arkiveres orienteringssak under ditt godkjenningsnummer.

Jeg anbefaler at du i selve masteroppgaven inkluderer beskrivelse av denne endringen, og dokumentasjon på godkjenning uten videre saksbehandling (for eksempel screenshot av vår korrespondanse om endringen). Dette fordi gjennomført datainnsamling (herunder også utvalg) må harmonere med hva du har fått endelig godkjenning for i både NSD og FEK.

Lykke til med prosjektet 😊

Vennlig hilsen Bente Birkeland
Leder FEK
Førstemanuensis
Telefon 3723 3281 / 4889 0662
Institutt for psykososial helse



Nicolai Modalsli

Fra: Vivi Haavik Tønnessen
Sendt: onsdag 9. november 2022 08:43
Til: Nicolai Modalsli
Emne: SV: 22/09107-1 - Søknad om innhenting av datainnsamling - KPH - Masterstudiet Nicolai Modalsli

Hei

Forskningssjefen har svart:

Ved slike utvidelser er det vanlig med endringsmelding til NSD, så jeg vil tro NSD ber om det.

Hvis NSD godkjenner endringsmelding eller ikke ber om det, så er det OK med inklusjon av DPS Lister i arbeidet.

Mvh Vivi