

Omsorg gjennom skjermen?

En kvalitativ casestudie om hvordan psykisk behandling endres ved digitalisering

Siri Bjåland Østerhus



Masteroppgave

TIK Senter for teknologi, innovasjon og kunnskap

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2022

Forsidebilde

© Shutterstock

Lisensiert av Shutterstock

Omsorg gjennom skjermen?

En kvalitativ casestudie om hvordan psykisk behandling endres ved digitalisering

Siri Bjåland Østerhus

© Siri Bjåland Østerhus

2022

Omsorg gjennom skjermen?

En kvalitativ casestudie om hvordan psykisk behandling endres ved digitalisering

Siri Bjåland Østerhus

<http://www.duo.uio.no/>

Ordtelling: 38 499

Antall sider: 100

Sammendrag

Å få psykiske vansker eller lidelser er noe flere av oss kommer til å oppleve i løpet av livet. Samtidig vil kun en fjerdedel av oss få den hjelpen vi trenger når de psykiske plagene rammer oss. Regjeringen ser på velferdsteknologi som noe som kan skape bedre og mer effektive behandlingstilbud i helsevesenet. Koronapandemien har økt forekomsten av psykiske plager og ført til at flere psykologer og pasienter har måttet ta i bruk digitale verktøy i psykisk behandling. Både pandemien og det politiske ønsket om en økning av teknologiske artefakter i helsevesenet er med på å øke bruken av teknologi i psykisk helsehjelp. Samtidig mangler det kunnskap om bruken av slik teknologi. Denne avhandlingen vil derfor utforske hvordan psykisk behandling endres når det blir digitalisert.

Avhandlingen ser på hvordan bruken av teknologien Braive endrer psykisk behandling ved Lovisenberg DPS. Mens andre aktører studerer og vurderer teknologi i psykisk helsehjelp med en teori av forbedring, vil denne avhandlingen vise hvordan behandlingens form, og hvordan roller, ansvar og oppgaver i den kliniske settingen endres og distribueres på nye måter, gjennom en teori av distribusjon. Ved bruk av litteratur fra omsorgsstudier, brukerstudier og aktør-nettverksteori (ANT), utforsker oppgaven hvordan teknologien er skriptet, utviklet, iverksatt, gjort og brukt i en kontekst av psykisk helsehjelp. Gjennom litteratur fra vitenskaps- og teknologistudier (STS) viser også avhandlingen hvordan omsorg er muliggjort også gjennom skjermen, men på nye og uventede måter.

Gjennom kvalitative dybdeintervju med pasienter, behandlere og utviklere viser avhandlingen at en forutsetning for en vellykket velferdsteknologi er gjennom et åpent samarbeid mellom bruker og utvikler hvor det er tilrettelagt for hyppige forhandlinger. Studien viser også at en anerkjennelse av brukeres handlingskraft er essensiell for at teknologien skal være tilpasset bruk i den kliniske praksisen. Teknologiens skript viser seg å bli formet gjennom relasjoner og forhandlinger mellom brukere, utviklere, politikere og forskning. Ved bruk av Braive ved Lovisenberg DPS endrer behandlingen form ved at terapien blir skriftlig og visuell, og det skapes rammer for behandling som både er åpne og lukkede. Pasientene får en mer aktiv rolle i å styre og gjennomføre behandlingen. Dette fører til at behandlerne blir satt mer til side og får en mer veiledende og motiverende rolle. Tryggheten pasienten får gjennom å ha behandleren i den andre enden av teknologien viser seg likevel å være like viktig for pasientene som det å være en selvstendig pasient. Dette er funn som oppdages ved å følge aktørene i omsorgskollektivet med en teori av distribusjon.

Forord

De siste to årene på TIK har gått over all forventning. Jeg har gått inn i et felt jeg ikke visste eksisterte og har begynt å analysere og se samfunnet på en helt ny måte. Vi begynte studiet midt i en pandemi, men har likevel dannet et studiemiljø jeg er stolt av å være en del av og som jeg kommer til å ta med meg videre nå når dette kapittelet i livet er over.

Først og fremst vil jeg takke min veileder, Susanne Bauer, som både har vært en utrolig faglig, men også moralsk støtte gjennom denne prosessen.

Jeg vil også gi en stor takk til alle informanter som har deltatt i denne studien. Tusen takk til pasientene ved Lovisenberg DPS og Braive som har tatt seg tid til å dele erfaringer om en sårbar og vanskelig prosess. Det settes stor respekt til at dere har villet bidra til dette. En stor takk rettes også til Kaja Betin som har jobbet på for å rekruttere pasienter og behandlere og har bidratt til stor innsikt i temaet. Tusen takk til behandlerne ved Lovisenberg DPS som har delt deres kloke refleksjoner og opplevelser av å drive deres praksis gjennom internett. Til slutt vil jeg også takke dere i Braive som har vært imøtekommende, stilt til intervju og også hjulpet med rekruttering av informanter. Uten alle dere ville ikke denne avhandlingen vært mulig å få til!

Til mine venner, medstudenter og familie, tusen takk for all støtte under arbeidet med denne avhandlingen.

Siri Bjåland Østerhus, Oslo, juni, 2022

Forkortelser

ANT	Aktør- nettverksteori
DPS	Distriktpsikiatrisk senter
FHI	Folkehelseinstituttet
iKAT	Internettbasert kognitiv atferdsterapi
KAT	Kognitiv atferdsterapi
LDS	Lovisenberg diakonale sykehus
STS	Vitenskaps- og teknologistudier
TSD	Tjenester for sensitive data
WHO	Verdens helseorganisasjon

Liste over figurer

Figur 1: Braive - forside og applikasjon.....	4
Figur 2: Braive - behandlingsprogram.....	4
Figur 3: Braive - ukentlig mental helsesjekk.....	4
Figur 4: Braive - eksempel på oppgave.....	4
Figur 5: "The dichotomy between Patient 1.0 and the vision of Patient 2.0" (Brodersen og Lindegaard, 2015, s. 77).	15
Figur 6: Grunnstrukturen i helsetjenestene (Regjeringen, 2014).	25
Figur 7: Braive - karakter eksempel 1	77
Figur 8: Braive - karakter eksempel 2	78
Figur 9: Braive - graf over behandlingsløp	80

Lister over tabeller

Tabell 1: Oversikt over webinarer om digital psykisk helsehjelp	39
Tabell 2: Oversikt over intervju.....	42
Tabell 3: Oversikt over dokumenter	44
Tabell 4: Eksklusjonskriterier for veiledet internettbehandling ved Lovisenberg DPS	64

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	1
1.1 Temaets relevans og formål	1
1.2 Presentasjon av avhandlingens case: bruken av Braive ved Lovisenberg DPS	3
1.3 Problemstilling	5
1.4 Avhandlingens struktur	6
2. Teoretisk rammeverk	7
2.1 Å studere teknologi gjennom STS	7
2.2 Omsorgsstudier	8
2.3 Brukerstudier og Pasient 2.0	10
2.3.1 Skript og Scenario	12
2.3.2 Pasient 2.0	14
2.3.3 Hva skjer i designprosessen?	16
2.4 Aktør-nettverksteori	18
2.5 Oppsummering av kapitlet	20
3. Braive i kontekst og tidligere forskning	21
3.1 Psykologiens historie i Norge	21
3.2 Psykisk helse i Norge i dag	23
3.2.1 Organisering av psykisk helsehjelp i Norge	25
3.2.2 Koronapandemi og psykisk helse	25
3.3 Velferdsteknologi i Norge	27
3.3.1 Digitale mentale verktøy	28
3.4 Tidligere forskning	30
3.4.1 Studier av forbedring	31
3.4.2 Kontekstuell og kvalitativ tilnærming	31
3.4.3 Studie av implementeringen av Braive ved Lovisenberg DPS	33
3.5 Oppsummering av kapitlet	34
4. Metode	35
4.1 Kvalitativ casestudie	35
4.1.1 Casestudie	36
4.1.2 Valg av tema og case	37
4.2 Strategi for datainnsamling	38
4.3 Intervju med menneskelige aktører	39
4.3.1 Valg av menneskelige informanter	39
4.3.2 Intervju	41
4.4 Studier av ikke-menneskelige aktører	43

4.4.1	Dokumenter	43
4.4.2	Teknologisk artefakt.....	45
4.5	Strategi for analyse.....	45
4.6	Etiske hensyn.....	46
4.6.1	Personvern og databehandling.....	47
4.7	Oppsummering av kapittelet.....	49
5.	Braive i bruk: empiriske funn og analyse	50
5.1	Braive sitt skript	50
5.1.1.	Politisk scenario	51
5.1.2.	Utviklere av Braive sitt skript.....	54
5.1.3	Oppsummering og diskusjon	59
5.2.	Iverksettelse av Braive ved Lovisenberg DPS	60
5.2.1	Samarbeid mellom Braive AS og Lovisenberg DPS.....	60
5.2.2.	Hvordan gjør behandlere Braive	68
5.2.3.	Hvordan gjør pasientene Braive?	70
5.2.4.	Oppsummering og diskusjon.....	75
5.3.	Omsorgskollektivet endres	76
5.3.1	Behandlingens form endres	77
5.3.2	Pasientrollen og behandlerrollen endres.....	86
5.3.3	Relasjoner endres.....	90
5.3.4.	Oppsummering og diskusjon.....	94
6.	Konklusjon.....	96
6.1	Samarbeid mellom næringslivet og offentlige helse- og omsorgstjenester	97
6.2	Flere og nye måter å gjøre omsorg på	98
6.3	Bidrag til omsorgsstudier av psykisk helse	99
7.	Litteraturliste.....	101
8.	Vedlegg	109
Vedlegg 1:	Intervjuguide med pasienter	109
Vedlegg 2:	Samtykkeskjema pasienter	110
Vedlegg 3:	Godkjenning fra NSD.....	111

«Gjennom Braive får jeg jo lære meg å hjelpe meg selv og bli bevisst på egne tanker. Samtidig så føler jeg jo også at jeg er avhengig av timene med min behandler for å få bekreftelse på det jeg tenker og føler på. Jeg sitter ikke bare alene med det digitale liksom, jeg har behandleren min i den andre enden» (Kari).

1. Introduksjon

Sitatet du nettopp leste reflekterer studiets formål; det å fange erfaringer med bruk av teknologi i en praksis som psykisk helsevern. Erfaringer fra en pasient som har brukt en teknologi for å bedre sin psykiske helse. Erfaringer som plukkes opp når man studerer teknologi i en praksis. Brukere av teknologi, som Kari, blir ofte sett på passive. Det har også pasienter blitt gjennom historien. Med litteraturen vitenskaps- og teknologistudier (STS) tilbyr, vil denne studien derimot vise hvordan både brukere og pasienter er aktive aktører og deres handlekraft¹ bør ikke bli ignorert. Det vil den ikke i denne avhandlingen. Moser (2019) beskriver velferdsteknologi som paradoksalt ettersom det knytter det man ser på som varm menneskelig omsorg sammen med kald og isolerende teknologi. Sitatet fra Kari viser en mer kompleks fremstilling av velferdsteknologi enn som så. Teknologien har hjulpet Kari med å bli bevisst på egne tankemønstre på egenhånd, samtidig som den har muliggjort støtte fra en behandler. I denne avhandlingen ønsker jeg å utforske kompleksiteten som eksisterer i bruken av teknologi i en omsorgspraksis, gjennom å følge aktører som bruker, utvikler, regulerer og godkjenner slik teknologi.

Når ny teknologi blir introdusert i en omsorgssetting stilles det ofte spørsmål knyttet til omsorgen den kan yte. Spørsmålet om hva som er «god» og «dårlig» omsorg har dog ikke noe rett fram svar. For myndighetene handler «god omsorg» om å løse utfordringene samfunnet står overfor. For pasienten du ble introdusert for handler det om å få en behandling som gjør det mulig å leve et liv med en sykdom. Dermed vurderes hva som er «god» eller «dårlig» omsorg på forskjellige måter. Når ny teknologi introduseres i en omsorgssetting endres også hvordan vi behandler omsorg på, på nye og kanskje uventede måter. Dette er noe som oppdages gjennom å studere omsorgen i praksis. Denne studien søker dermed ikke etter å få svaret på hvorvidt digital psykisk behandling er «god» eller «dårlig», «bedre» eller «verre». Den søker heller etter å forstå hvordan et objekt som psykisk behandling endres når det blir digitalisert, og hvordan omsorg vurderes på nye måter som resultat av denne endringen.

1.1 Temaets relevans og formål

«Teknologisk utvikling skjer aldri i et vakuum (Callon, 2009), men i kontinuerlig dialog og utveksling med samfunnets aktuelle spørsmål og utfordringer» (Moser, 2019, s. 17). Bruken

¹ Oversatt fra det engelske ordet «agency».

av velferdsteknologi i psykisk helsehjelp må sees i sammenheng med manglende kapasitet i psykisk helsevesen og en nasjonal satsning på velferdsteknologi. Ifølge Jakobsen (2020) får kun en fjerdedel av de med angst og depresjonslidelser den hjelpen de trenger. Dette begrunnes både med dårlig tilgangen på psykisk behandling, og at flere som har psykiske utfordringer ikke søker hjelp av ulike grunner. For fire av fem av de som søkte helsehjelp og ble henvist videre til spesialisthelsetjenestene i 2020, var den gjennomsnittlige ventetiden på opp til 77 dager (Riksrevisjonen, 2021). Regjeringen ser på det å digitalisere psykisk helsehjelp som en mulighet for å møte kapasitetsproblemet helsevesenet står overfor. I 2020 var daværende helseminister Bent Høie med på åpningen av ett nytt offentlig forskningssenter for digitale psykiske helsetjenester ved Haukeland universitetssykehus. I den årlige sykehustalen han holdt det samme året startet han talen med å fortelle om det han forklarer som et «kroneksempel på pasientenes helsetjeneste» (Høie, 2020). Kroneksempelen Høie refererte til var en veiledet internettbehandlingstjeneste som tilbys ved Helse Bergen. Tjenesten ble definert som en suksess grunnet dens mulighet til å behandle tre ganger så mange pasienter som ved tradisjonell behandling, og at 62 prosent av pasientene rapporterte betydelig bedring.

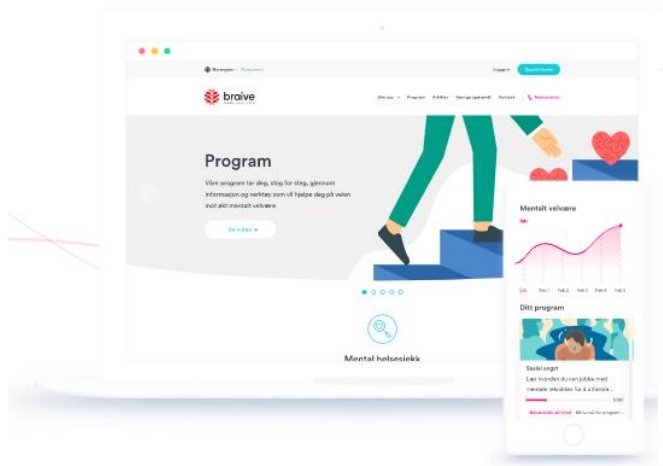
Denne studien skal undersøke teknologien veiledet internettbehandling i praksisen psykisk helsevern. Dette er en behandlingsmetode for psykiske lidelser hvor terapien foregår over internett i et system sammensatt av blant annet oppgaver, informasjonsvideoer, mestringsteknikker og videosamtaler. Forskning av internettbehandling er økende, men det kreves fortsatt mer kunnskap om slik teknologi, spesielt om bruken og implementeringen i en klinisk praksis (Melby mfl., 2019). Flere studier viser lovende resultater for bruk av veiledet internettbehandling. De viser blant annet at internettbehandling gir bedring i symptomene for angst og depresjon, og at det kan ha like god effekt som tradisjonell behandling (Andersson mfl., 2019; Andrews mfl., 2010; Sandoval mfl., 2017). Samtidig er det få studier som viser noe om hvordan veiledet internettbehandling fungerer og hvordan det å bruke en slik teknologi oppleves. Hvordan prosessen bak resultatene fungerer er det også få studier som avdekker (Melby mfl., 2019).

Både regjeringen og tidligere forskning av internettbehandling reflekterer det Vikkelsø (2005) forklarer som en teori av forbedring. Studier av internettbehandling og regjeringen har et fokus på hvorvidt velferdsteknologi kan gjøre psykisk behandling bedre og mer effektivt. Vikkelsø argumenterer derimot for at når man skal studere en teknologi, som internettbehandling, må man heller søke etter en teori av distribusjon. Med en teori av

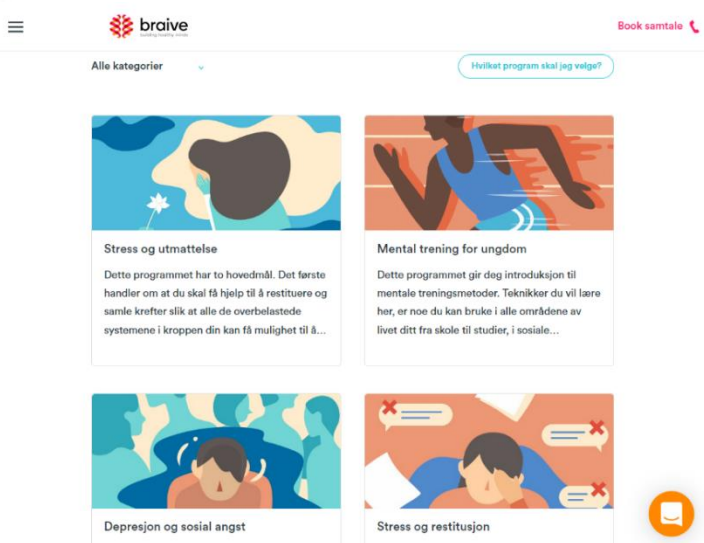
distribusjon ser man på hvordan blant annet ansvar, roller og oppgaver distribueres på nye måter ved endringer i en omsorgspraksis. På denne måten oppdager man effekter av ny teknologi mens man søker etter endringer som forekommer i omsorgspraksisen. Det er forventet at bruken av teknologi i omsorgstjenestene skal øke de neste årene. Det er også satt et mål om at bruken av digitale intervensjoner i psykisk helsehjelp skal øke med 20 prosent innen 2030 (Helse Bergen, 2020). Samtidig kreves det mer innsikt i hvordan internettbehandling fungerer og prosessene som ligger bak de lovende resultatene. I denne avhandlingen vil jeg føre studiet av internettbehandling med en teori av distribusjon. Formålet med avhandlingen er å bidra til å gi mer innsikt i forskningsgapet i studier av internettbehandling med en brukerfokuset tilnærming. Med dette ønsker jeg at avhandlingen kan bidra til å skape nye måter å tenke og vurdere velferdsteknologi på.

1.2 Presentasjon av avhandlingens case: bruken av Braive ved Lovisenberg DPS

I denne avhandling skal jeg studere bruken av det næringsutviklede systemet Braive ved den offentlige praksisen Lovisenberg distriktpsikiatriske senter (DPS). Braive er et nettbasert behandlingsprogram som hos Lovisenberg DPS kombinerer videosamtaler og skriftlig oppfølging fra psykolog med et program som er tilpasset brukernes utfordringer. Systemet er rettet mot personer med moderate angst og depresjonslidelser. Hos Lovisenberg DPS går Braive under kategorien veiledet internettbehandling som er rettet mot å behandle psykiske lidelser. Kontakten pasienten har med sin terapeut kan både foregå synkront via telefon, video eller ansikt til ansikt, eller asynkront via tilbakemelding på behandlingen i programmet. Brukere starter typisk med en «mental helsesjekk» og får deretter et program basert på svarene de har gitt. Programmet er ofte delt i 10-12 moduler som man går igjennom over 12 uker. I hver modul jobber man med ett tema av gangen, som for eksempel søvn. I modulene blir man presentert for informasjon om utfordringene man står overfor, og oppgaver man skal gjennomføre for å øve på å håndtere disse utfordringene. Når man bruker programmet i samarbeid med en psykolog, får psykologen tilgang til resultatene fra programmet og kan gi skriftlig eller muntlig tilbakemelding på dette.



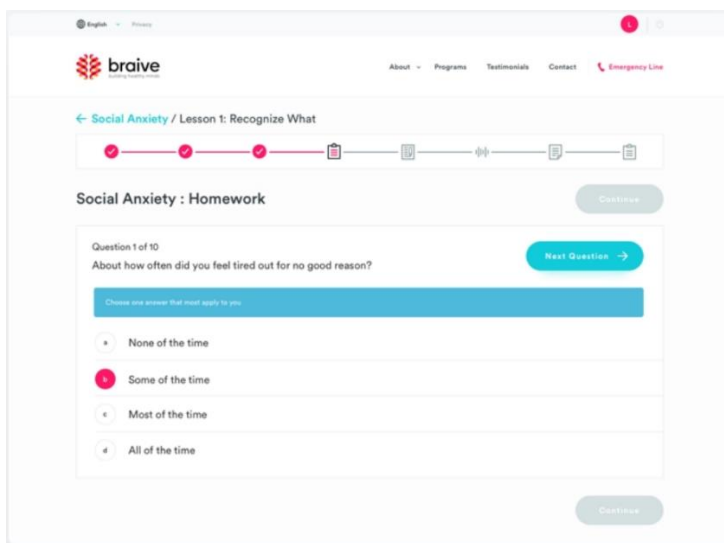
Figur 1: Braive - forside og applikasjon



Figur 2: Braive - behandlingsprogram

I 2018 startet prøveprosjektet på Lovisenberg DPS hvor Braive ble tatt i bruk med formål om å øke tilgang, kontinuitet og effekt av psykisk behandling (Braive, u.å.a). Henrik Haaland Jahren, grunnleggeren av Braive, uttaler på Braive sine nettsider at:

Jeg startet Braive med målet om at alle enkelt skal kunne få tilgang til den informasjonen og verktøy de behøver for å styrke sin mentale helse, både på kort og lang sikt. Din psykolog og hele resten av teamet i Braive vil være der og støtte deg på veien. Braive er din støttespiller i alt mentalt! (Jahren, sitert i Braive, u.å.a).



Figur 3: Braive - ukjentlig mental helsesjekk

Mine beste verktøy

Gjenoppsett Neste

Målet med denne oppgaven er at du skal få mulighet til å reflektere over utfordringene du møter og hvilke verktøy du har lært for å håndtere disse. Du vil komme tilbake til denne oppgaven gjennom resten av programmet for å kontinuerlig oppdatere verktøykassen med ny informasjon om dine utfordringer og teknikkene som fungerer godt for deg.

Slik gjør du:

1. I boksen under lynnedslaget skriver du en trigger - noe som kan påvirke ditt mentale velvære på en negativ måte.
2. På den andre siden, under verktøykassen, skriver du inn verktøy du tror kan være effektive for å håndtere denne spesifikke triggeren.

Dersom du er usikker på hvordan du best håndterer en spesifikk trigger kan du alltid spørre om råd i kommentarfeltet under. Kanskje noen andre som går gjennom dette programmet kan forsi et verktøy som fungerer bra for dem?



Figur 4: Braive - eksempel på oppgave

Braive baseres på kognitiv adferdsterapi (KAT) som er en målrettet behandlingsform som fokuserer på å erstatte uhjelpsomme tanke og-adferdsmønstre (Braive, u.å.a). I KAT er man særlig opptatt av måten man forstå og fortolker seg selv. Utgangspunktet i KAT er at visse mønstre vil bidra til å opprettholde psykiske plager (Dyregrov, 2019). Med Braive skal pasienten ta en aktiv rolle i å styre tankemønstre i en mindre destruktiv retning gjennom strategier og oppgaver som blir presentert i systemet. Måten pasienten selv skal kunne ta en aktiv rolle i behandlingen er gjennom økt psykoedukasjon som pasienten får gjennom programmet i hver modul. Psykoedukasjon handler om å få kunnskap om sin lidelse gjennom å bli observant på symptomer og behandlingsmetoder (Zhao mfl., 2015).

1.3 Problemstilling

Når en ny teknologi introduseres i en omsorgssetting, forekommer det noe Callon (1987) kaller for en *translasjonsprosess*. I en slik prosess endrer aktørene som er en del av nettverket sine karakteristikk og relasjonene de har til hverandre. Med bakgrunn i dette, og med en teori av distribusjon, vil denne avhandlingen ha som formål å svare på problemstillingen og underproblemstillingene:

F: *Hvordan endres psykisk behandling når det digitaliseres?*

F1: *Hvordan skriptes Braive?*

F2: *Hvordan blir Braive gjort og iverksatt² ved Lovisenberg DPS?*

F3: *Hvordan er behandlingen modifisert, og hvordan er roller, ansvar og oppgaver i omsorgskollektivet distribuert?*

Avhandlingen vil benytte seg hovedsakelig av innsikt fra omsorgsstudier, brukerstudier og aktør-nettverksteori. De tre underproblemstillingene er formet av disse teoriene. **F1** stiller spørsmål knyttet til Madeleine Akrichs (1992) skriptteori. Den søker etter å forstå hvordan ulike aktørers forventninger om bruk av en teknologi innlemmes i teknologien. **F2** stiller spørsmål knyttet til Annemarie Mols teori om objekter som blir gjort og iverksatt på flere måter av ulike aktører i ulike praksiser (2002). **F3** stiller spørsmål knyttet til tanken innenfor

² Oversatt fra Engelsk – «enacted», Mol (2003) beskriver hvordan sykdommer er «enacted» på flere måter i ulike praksiser. I denne avhandlingen vil det undersøkes hvordan Braive er *gjort* i ulike praksiser og *iverksatt* ved Lovisenberg DPS.

omsorgsstudier om at når en velferdsteknologi inkluderes i et omsorgskollektiv modifiseres og endres behandlingen. Dette resulterer i at roller, ansvar og oppgaver distribueres på nye måter (Moser og Thygesen, 2013, 2014).

1.4 Avhandlingens struktur

Kapittel 1 har introdusert for fokuset for, temaet og casen i, avhandlingen. *Kapittel 2* presenterer avhandlingens teoretiske rammeverk som er plassert innenfor feltet vitenskaps- og teknologistudier (STS). Det vil bli argumentert for valg av teori og beskrivelse for hvordan den skal brukes videre. *Kapittel 3* beskriver konteksten Braive har blitt utviklet innenfor, samt hvordan psykiske lidelser har blitt behandlet ulikt gjennom historien, og tidligere forskning av internettbehandling. *Kapittel 4* gjør rede for avhandlingens metodiske valg og beskriver hvordan avhandlingen formes for å for å få svar på problemstillingen. *Kapittel 5* presenterer og diskuterer avhandlingens funn sett i sammenheng med avhandlingens problemstilling. *Kapittel 6* oppsummerer avhandlingens hovedfunn og beskriver avhandlingens begrensinger og forslag til videre forskning.

2. Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil det teoretiske rammeverket bli presentert. Det teoretiske rammeverket består av teorier og innsikt fra feltet vitenskaps- og teknologistudier, som skal bidra til å forstå hvordan teknologi endrer psykisk behandling. Først vil en kort beskrivelse av STS-feltet bli presentert, ettersom dette skaper grunnlaget for avhandlingen og studiets forskningsspørsmål. Deretter vil sub-feltene teleomsorg og brukerstudier bli presentert, som er av stor relevans for perspektivet som vil drive studiet i sin helhet. Det teoretiske rammeverket vil spesielt vektlegge tekster fra Ingunn Moser, Hilde Thygesen, Jeanette Pols, Nelly Oudshoorn, Annemarie Mol og Madeleine Akrich. For å forstå mer av utviklingsprosessen til Braive vil grunnleggende teori fra interaksjonsdesign og brukerorientert design også bli presentert. Kapittelet vil til slutt presentere aktør- og nettverksteori (ANT), scenario og skript, som er de analytiske verktøyene som vil bli benyttet i avhandlingen. Valget av disse analytiske verktøyene er begrunnet i teleomsorg-feltets kall etter kontekstuell forståelse av velfersteknologi.

2.1 Å studere teknologi gjennom STS

Vitenskaps- og teknologistudier (STS) er et tverrfaglig felt som studerer vitenskap, teknologi og samfunn. Tidlige forskere innenfor STS, som Bruno Latour, hevder at det ikke er noen klare og bestemte grenser mellom vitenskap og teknologi, det sosiale og tekniske eller vitenskap og politikk. Derfor bør man ikke se på virkelighetene som delt inn i definerte og adskilte kategorier. I stedet foreslår noen STS-forskere at vi bør «(...) follow the actors and study how they create reality through the diversity of their practices and material resources» (Asdal mfl., 2007, s. 7). Innenfor vitenskaps- og teknologistudier hevdes det at den endimensjonale forståelsen av teknologi ikke gir en tilstrekkelig forståelse av den komplekse sosiale prosessen som teknologi er en del av. En sentral tanke i STS er at teknologi heller er en aktiv sosial prosess. Som Moser (2019) beskriver: «Teknologisk utvikling skjer aldri i et vakuum (Callon, 2009), men i kontinuerlig dialog og utveksling med samfunnets aktuelle spørsmål og utfordringer.» (s. 17).

Når denne avhandlingen skal studere teknologien Braive vil det ikke bare bli en studie av teknologien i seg selv, men også av de ulike relasjonene Braive inngår i. Ved å møte studiet av en teknologi som Braive med en STS-tilnærming, kreves det derfor at man tar med ulike elementer av samfunnet i analysen. Teknologi som utvikles for bruk i omsorgspraksiser skal

ofte brukes av en rekke aktører, sammen med andre systemer, i ulike kontekster og for ulike formål. For å forstå og analysere denne typen teknologi kreves det teori som dekker kompleksiteten som omfavner slik teknologi.

2.2 Omsorgsstudier

Moser (2019) beskriver framstillingen av velferdsteknologi som paradoksalt ettersom det knytter det man ser på som varm menneskelig omsorg sammen med kald teknologi. Moser argumenterer derimot at man ikke bør se på velferdsteknologi som «(...) noe gitt, men som noe som er formet av og i en spesifikk kontekst, som et svar på bestemte samfunnsmessige utfordringer» (s. 42). Moser hevder at bakgrunnen for teknologisk innovasjon i omsorgssektoren i dag er økt etterspørsel etter velferdstjenester som staten ikke er i stand til å møte. Tidligere forskning på velferdstjenester har fokusert på at teknologi utsetter institusjonalisering og reduserer antall innleggelser. Entydig fokus på effektivitet i forskning og i utvikling av teknologi skaper noe Moser kaller for dekontekstualiserte løsninger, som gir resultater som er uavhengig av kontekst. Argumentet til Moser er at en slik måte å analysere velferdsteknologi på ikke kan gi hele bildet av komplekse, dynamiske og sårbare situasjoner. «Velferdsteknologi er ikke først og fremst en ting, og kan ikke behandles og evalueres som en ting, men må forstås som forbindelser mellom mennesker og teknologier, som skapes og tilpasses» (Moser, 2019, s. 17).

Skal man studere velferdsteknologi gjennom Annemarie Mols perspektiv, ser man heller ikke på objekter, som velferdsteknologi, som en enkelt ting eller enhet (2003). Mol argumenterer for at vi må se bort fra å forstå objekter fra noe som er i fokus fra forskjellige menneskers perspektiver. Vi må heller forstå objekter som noe som blir manipulert i praksis. I boken *The Body Multiple* beskriver Mol (2003) hvordan sykdommen aterosklerose dukker opp i forskjellige former. Hos pasienten kommer det frem som smerte når man går, gjennom røntgenbilde tar det form som blokkerte blodårer og under operasjonen dukker det opp som noe som må skrapes ut av kirurgen. Her står praksis sentralt, for det er gjennom manipulasjonen som skjer i de ulike praksisene at objektet blir mangfoldig og flere enn én. Internettbehandling kan, som aterosklerose, bli sett på som et mangfoldig objekt. Det blir til flere gjennom relasjonen den har til pasienten, psykologene, utviklerne og regjeringen, og andre ikke-menneskelige aktører. I denne studien vil jeg forsøke å fremme praksisene hvor Braive blir brukt. Jeg vil gjøre dette gjennom å beskrive den praktiske bruken av systemet og

de materialene og hendelsene som inngår i denne bruken. På denne måten blir internettbehandling en del av det som er gjort i praksis (Mol, 2003, s. 12-13). Spesifikt handler dette om å lytte til brukere og fortelle om hvordan de bruker teknologien i sin hverdagslige og profesjonelle praksis. Gjennom forklaringen av disse hendelsene kan man forstå hvordan internettbehandling blir gjort i praksis.

Ved å forstå velferdsteknologi som flere, blir også omsorg flytende og mangfoldig, og endrer seg fra ulike praksiser. På denne måten argumenterer Mol for at omsorg ikke er ett ideal som kan få en generell definisjon. Hun forklarer at omsorg heller er «(...) something that people shape, invent and adapt, time and again, in everyday practices» (Mol, 2008, s. 4). Hva man for eksempel ser på som god omsorg for samfunnet vil derfor være forskjellig fra hva man ser på som god omsorg for individet. Dermed evaluerer kollektivet og individet omsorg på forskjellige måter. Når kollektivet vurderer hva som er «god omsorg» ser man ikke på spesifikke personer og deres situasjon (Mol, 2008, ss. 67-69). Individet derimot vurderer hva som er «god omsorg» ut ifra det å leve i egen praksis med sykdom.

Ny teknologi i omsorgspraksiser kan vekke en frykt hos flere om at teknologi skal erstatte menneskelig omsorg. Endringer i disse praksisene introduserer også bekymringer rundt hvordan teknologi kan yte «god omsorg». Pols og Moser (2009) argumenterer dog for at teleomsorgen ikke nødvendigvis bytter ut mennesker med teknologi. De hevder derimot at det å ha et slikt perspektiv på velferdsteknologi gjør at man overser muligheten for at mennesker faktisk kan utvikle et følelsesmessig forhold til teknologi. Teknologien kan også, ifølge forfatterne, til og med bidra til at pasienter utvikler sosiale bånd med andre. Verdiene som knyttes til teknologiene er ikke bare «kald omsorg», det er mangfoldig og kan både være varme og kalde, positive eller negative, motiverende eller ikke motiverende. De varierer også fra forskjellige teknologier og ulike praksiser de blir brukt i. I en av kontekstene forfatterne studerer ser de at også «varm omsorg» kan bli etablert som en verdi gjennom teknologien når det bidrar til at pasienter knytter bånd med sine behandlere (Pols og Moser, 2009, s. 170).

Introduksjonen av teknologi i helse- og omsorgssektoren utfordrer eksisterende verdier for omsorg. Som Moser og Thygesen (2013) beskriver, «omsorgen antar imidlertid nye former, involverer nye oppgaver og aktører, fordeler oppgaver og ansvar på nye måter og retter seg mot nye verdier og idealer» (s. 155). Forfatterne hevder også at innføringen av ny teknologi påvirker innholdet og forståelsen av omsorg, og skaper nye relasjoner. Moser og Thygesen (2013) forklarer at «omsorg er ikke lenger det samme som å bli tatt godt vare på (s. 156), ettersom også selve ideen om hva som er «god omsorg» endres. Introduksjon av ny teknologi

i omsorgspraksiser utfordrer også den tradisjonelle fordelingen og kontrollen over hvem som gir omsorg og hvor omsorg gis (Oudshoorn, 2011). Svaret på spørsmålet «hvem gir omsorg?» blir dermed mer komplisert. Velferdsteknologier endrer identiteten til både pasienter og ansatte i omsorgspraksisen. Det å gi omsorg er ikke lenger en handling begrenset til omsorgspersonalet, for andre aktører som pasientene selv, deres pårørende og teknologien kan også spille en aktiv rolle i dette. Ny teknologi åpner også opp for nye omgivelser for omsorg og konteksten er ikke lenger begrenset til omsorgsinstitusjoner, men til ulike steder hvor pasienter oppholder seg. Oudshoorn stiller i den forbindelse spørsmålet: «Who controls the clinical gaze when healthcare is distributed over different actors and locations?» (Oudshoorn, 2011, s. 10). Den nye omfordelingen av omsorg utfordrer dermed også forventningene knyttet til hvem som har kontroll over behandlingen.

Omsorgsstudier har ofte blitt brukt til å studere eldre mennesker med kroniske fysiske utfordringer. I denne avhandlingen vil dog teorien rettes mot å studere psykiske sykdommer for mennesker i alle aldersgrupper. Hvordan omsorg er i en praksis rettet mot å behandle fysiske sykdommer kan være annerledes enn praksiser for å behandle psykiske sykdommer. Likevel gir omsorgsstudienes åpne, kontekstualiserte og mangfoldige tilnærming muligheten til å også skape en forståelse av hvordan omsorg opptrer i en kontekst av behandling av psykiske sykdommer. Som det vil vises i avhandlingens neste kapittel så man gjerne tidligere på «god omsorg» i psykisk behandling som det å institusjonalisere psykiske pasienter, beskytte dem mot samfunnet og ta valg på vegne av pasientene selv. Nå ser man et skifte mot at omsorg handler om å gjøre pasientene i stand til å ta del i samfunnet gjennom å innlemme dem i samfunnet og la pasientene selv være deltakende i valg av behandling. Gjennom å studere bruken av Braive vil jeg observere hvilke verdier, oppgaver og roller som knyttes til omsorg i praksisen ved Lovisenberg DPS.

2.3 Brukerstudier og Pasient 2.0

I utvikling av velferdsteknologi har fokuset ofte vært rettet mot det teknologiske artefaktet, fremfor tjenesten den skal yte (Moser og Thygesen, 2014). Innenfor brukerstudier derimot ser man på inkludering av brukere i teknologisk utvikling som essensielt for at en innovasjon lykkes, og «særlig brukernes deltakelse blir forstått som avgjørende for gode resultater» (Moser, 2019, s. 17). Oudshoorn og Pinch (2003) argumenter for at man aldri skal ta bruk av teknologi for gitt og at det ikke finnes en ideell måte å bruke en teknologi på. Et sentralt spørsmål forfatterne tar opp i boken *How users matter. The Co-Construction of Users and*

Technology (2003) er hvordan brukere er definert og av hvem. Spørsmålet er basert på erfaring fra innovasjon av nye teknologier hvor det å finne ut hvordan brukere faktisk vil interagere med teknologien ofte er en utfordring.

Den lineære modellen for teknologiutvikling dominerte frem til rundt 80/90-tallet. Her ble ikke brukeres rolle i å konstruere teknologi anerkjent. Kjønn- og feministstudier har spilt en viktig rolle i overgangen fra å se på brukere som passive mottakere av teknologi til aktive deltakere i konstruksjonen av teknologi. Druglitrø (2012) hevder at studier innenfor feministisk teknovitenskap driver et frigjøringsprosjekt i studier av vitenskap og teknologi, og forklarer at «dette frigjøringsprosjektet har handlet om å bryte med etablerte maktstrukturer og inkludere 'svake stemmer' i studiet av vitenskap og teknologi.» (s. 41). Feltene har også rettet fokuset på forskjellene mellom brukere og ulike måter å bruke teknologi på. En av de første teoriene som anerkjente brukeres deltakelse i konstruksjonen av teknologi var *Social construction of technology (SCOT)*. Pinch og Bijker (1984) argumenterer for at det er et behov for et sosialt konstruktivistisk syn når man skal studere teknologi hvor brukere ses på som en sosial gruppe som spiller en rolle i denne konstruksjonen. Innenfor SCOT tilnærmingen hevdes det at teknologi har en fortolkende fleksibilitet som betyr at brukere som tilhører ulike sosiale grupper kan konstruere ulike betydninger av teknologien. SCOT tilnærmingen har dog blitt kritisert for å ikke tilstrekkelig anerkjenne brukeres betydning i konstruksjonen av teknologi, spesielt når det kommer til brukerens mulighet til å modifisere stabile teknologier.

Moser og Thygesen (2014) introduserer begrepet *Prosjekteriets dilemma*. Med prosjekteriets dilemma mener de at innenfor velferdsteknologi er det lite kollektivt samarbeid blant aktører. Konsekvensen av dette er at man ikke får bygget på læring og tidligere erfaring, noe som hemmer god innovasjon. Dette fører til at få prosjekter overlever og at man heller ser en trend av at prosjekter avløser hverandre. Forfatterne argumenterer for at fokuset i utvikling av velferdsteknologi er for snevert, og ofte på dokumentasjon av effekt som begrenser prosjektets evne til å være fleksibel. Moser og Thygesen (2014) studerer et prosjekt de definerer som et vellykket prosjekt ettersom det har overlevd i over tre år, har flere fornøyde brukere og er forsøkt innlemmet i ordinær drift ved et sykehus. Forfatterne forklarer at bakgrunnen for prosjektets suksess ligger i at de har tilpasset teknologien etter brukernes behov og omgivelsene rundt teknologien, og åpnet opp for endringer underveis. Moser og Thygesens (2014) teori om prosjekteriets dilemma vil bli brukt i denne avhandlingen for å se

om samarbeidet mellom Braive og Lovisenberg DPS kan bli definert som et vellykket prosjekt.

2.3.1 Skript og Scenario

For å kunne forstå velferdsteknologier, omsorg og brukernes rolle, trenger man analytiske verktøy. I dette delkapittelet vil begrepene skript og scenario bli forklart. Skript-begrepet er ofte brukt som et verktøy for å analysere objekter som inngår i omsorgsfeltet. Det belyser viktigheten av å anerkjenne brukere når man studerer og utvikler teknologi. Begrepet knyttes som oftest opp mot Madeleine Akrich, men kan også ses på som et konsept som har blitt gradvis utviklet. Michel Callon (1987) introduserte begrepet «scenario» som han knyttet til nye teknologier i form av at de kan ses på som formet som tenkte hypoteser basert på oppgaver teknologiene skal løse eller utfordringer som kan oppstå i teknologiens møte med omgivelsene de skal inngå i. Disse scenarioene kan gjerne inneholde en tanke om hvordan samfunnsmessige, økonomiske, politiske og moralske faktorer vil utvikle seg med introduksjonen av nye teknologier.

Moser og Thygesen (2013) hevder at det eksisterer et scenario i flere vestlige land hvor man ser på teknologi som noe som kan gi både billigere og bedre omsorg, og samtidig møte de demografiske og økonomiske utfordringene velferdssamfunnet står overfor. «God omsorg i dag ligner mer på idealet om å kunne ta vare på seg selv eller bli satt i stand til å ta vare på seg selv og opprettholde selvet.» (Moser og Thygesen, 2013, s. 156). Scenarioet reflekterer også en forutsetning for at de fleste pasienter ønsker å bo lengst mulig hjemme, istedenfor å bli institusjonalisert, og at de ønsker å ta ansvar for sin egen helse og behandling. «Å tenke ut nye teknologier og tjenesteformer innenfor helse- og sosialsektoren handler altså om å presentere antagelser og påstander om fremtiden og forslag om nye former for omsorg for disse scenariene» (Moser og Thygesen, 2014, s. 62).

Pols (2012) argumenterer for at den offentlige debatten rundt velferdsteknologi er preget av polariserende meninger fra ulike aktører. På den ene siden av saken presenteres drømmescenarioet om reduksjon av kostnader og aktive pasienter som vil ta vare på seg selv. På den andre siden finner man marerittscenarioet om isolerte mennesker som blir tatt vare på av kalde teknologier. Begge scenarioene bærer et deterministisk preg av uunngåelig framtid hvor teknologien bestemmer hva som vil skje med omsorgspraksisen. Pols hevder at det mangler kunnskap om hvordan teleomsorg faktisk fungerer i konteksten av omsorg, og at

scenarioene presentert av de offentlige aktørene dominerer fremfor kunnskap og forskning i debatten.

Steve Woolgar (1991) har med liknende semiotisk tilnærming som Callon, sett på hvordan teknologer innlemmer forutsetninger i teknologier om hvem og hvordan teknologier skal brukes, under utviklingsprosessen. Woolgar argumenterte for at det heller er designprosessen som former fleksibiliteten til teknologien, fremfor ulike sosiale grupper slik det ble sett på gjennom SCOT tilnærmingen. Woolgar har senere fått kritikk for å ikke inkludere andre aktører som en del av formingen av teknologien og dens fleksibilitet, som journalister, politikere og aktivister (Oudshoorn og Pinch, 2003). Madeleine Akrich har tatt Woolgar sine studier videre og introdusert begrepet «skript». Akrich forklarer hvordan artefakter inngår i, og er med på å bygge nettverk med aktører som mennesker, produkter, verktøy, penger osv. Ettersom teknologier befinner seg og blir utviklet innenfor disse nettverkene argumenterer Akrich for at relasjonene mellom disse heterogene elementene blir innlemmet i artefaktene. Disse elementene er av ulike karakteristikk og natur, både tekniske, sosiale eller økonomiske, og er både mennesker og ikke-mennesker. Akrich argumenterer for at det ikke er tilstrekkelig med en teknologisk deterministisk eller sosial konstruktivistisk tilnærming for å forklare rollen teknologi spiller. Teknologisk determinisme fokuserer ikke på hvordan nettverket rundt artefaktet påvirker teknologien. Wyatt (2008) forklarer at med en deterministisk tilnærming utelukker man også menneskelige valg som ignorerer makten både teknologer og brukere har. Sosial konstruktivisme på den andre siden anerkjenner ikke ikke-menneskelige objekter som aktører som har makt til å påvirke relasjonene i nettverket. For å kunne forklare rollen til de teknologiske objektene argumenter Akrich at man må se på hvordan artefaktene bygger, vedlikeholder og strukturerer relasjoner mellom både menneskelige og ikke-menneskelige aktører (1992, s. 206).

Med skript-begrepet hevder Akrich (1992) at man kan studere teknologi som et filmmanus, ettersom begge inneholder definerte roller og scenarioer. «Thus, like a film script, technical objects define a framework of action together with the actors and the space in which they are supposed to act» (Akrich, 1992, s. 208). I likhet med Woolgar ser Akrich på designprosessen som en viktig fase hvor teknologer skriver inn en visjon om verden hvor teknologien skal brukes. Akrich forklarer at, «designers thus define actors with specific tastes, competences, motives, aspirations, political prejudice, and the rest, and they assume that morality, technology, science and economy will evolve in particular ways.» (1992, s. 208). Moser og Thygesen (2014) påpeker samtidig at teknologene som utvikler teknologiene også selv blir

formet av samfunnet de eksisterer i og at teknologene derfor må forstås som formet av den konteksten de lever i.

I motsetning til teknologisk determinismens mangel på anerkjennelse av brukeres handlekraft, vil brukere ifølge skript-teorien selv ha makt til å bestemme om de skal ta på seg rollene som er skriptet til dem eller ikke, og om de spiller ut disse rollene slik de er forventet eller ikke. Ved skriptets møte med brukere i den ekte verden kan det skje noe Akrich (1992) kaller for en *deskripsjon*, hvor brukerne ikke tar på seg rollen slik den er beskrevet for dem, men heller skaper nye roller og former for bruk. Skriptet endres da gjennom forhandlinger mellom designere og brukere. Utviklingen av en teknologi er derfor drevet av en samkonstruksjon mellom designere og brukere. Det skjer gjennom et *symbiotisk* forhold mellom designere og brukere, mellom mennesker og fysiske artefakter. Moser og Thygesen (2014) hevder at for at et prosjekt skal kunne lykkes må prosjektets skript kunne endre seg, og aktører må kunne ta på seg andre roller enn de først har blitt tildelt. Skriptet er derfor ikke statisk, det er opp til brukerne om de vil ta på seg rollen som utviklerne har sett for seg. Akrich argumenterer for at det ikke er skriptet i seg selv som forteller noe om hvordan teknologien blir brukt. Man må heller følge forhandlingene mellom teknologer og brukere for å forstå hvordan skriptet blir brukt og hvordan disse forhandlingene påvirker teknologien. (1992, s. 208).

2.3.2 Pasient 2.0

Velferdsteknologi endrer identiteten til pasienter og hvilke forventninger man har til pasientrollen. Et begrep som beskriver den nye rollen pasienter er forventet å ta på seg i framtidens helsevesen er begrepet *Pasient 2.0*. Begrepet er inspirert av definisjonen «Web 2.0» som beskriver sosiale mediers avhengighet av aktive deltakere. Brodersen og Lindergaard (2015) beskriver hvordan rollen til pasienter skifter fra å være passive mottakere av behandling (Pasient 1), til å bli aktive pasienter som tar vare på seg selv og har ansvar over egen sykdom (Pasient 2.0), når velferdsteknologi introduseres i en omsorgssetting.

Patient 1.0		Patient 2.0	
A	Patient hospitalised		Out-patient or home-based care
B	Patients are supposed to be cured		Patients become chronically ill
C	A body to be treated at a hospital		Ambulatory, outpatient, the patient's own home
D	Rehabilitation/training guided by physiotherapists		Self-care guided by physiotherapists or technology
E	Human caregivers		Non-human care equipment and monitoring devices
F	Guidance and instructions provided through human interaction		Instructions provided through pamphlets, websites/chat rooms, eHealth, and patient schools
G	The patient is passive, disabled, 'resource-weak'		The patient is active, self-sufficient, able, empowered, strong, resourceful
H	The doctor as expert		The patient, relatives, pamphlets as experts
I	Nursed by professionals and healthcare assistants		Self-nursed or nursed by relatives
J	Monitored at hospitals by doctors/nurses		Self-monitored at home
K	Human interaction		Telecare
L	Cured		Chronically ill

Figur 5: "The dichotomy between Patient 1.0 and the vision of Patient 2.0" (Brodersen og Lindegaard, 2015, s. 77).

Figur 5 er ment som en refleksjon over hvilke forventinger som ligger til grunn når pasienter tar på seg rollen som Pasient 2.0. Som Pasient 1.0 er man passive pasienter som blir behandlet på sykehuset hvor helsepersonellet blir sett på som ekspertene. For å bli Pasient 2.0 må man ta ansvar for egen sykdom gjennom blant annet å lære mer om sykdommen sin. Dette fører til at pasienten blir myndiggjort gjennom økt kunnskap, og mer aktiv og selvstendig i behandling av egen sykdom. Brodersen og Lindegaard (2015) beskriver at skandinaviske politikere og teknologiutviklere hevder at velferdsteknologi skal spille en viktig rolle i overgangen til Pasient 2.0. Teknologien endrer interaksjonen som tar sted i omsorgspraksisen fra å foregå hovedsakelig som en pasient-helsepersonell interaksjon til en pasient-teknologi-helsepersonell interaksjon (Brodersen og Lindegaard, 2015, s. 74). Pasient 2.0 reflekterer hvordan helsevesenet generelt har snudd mot en mer brukerinvolvert behandlingskultur. Som det vil bli beskrevet i kapittel 2. *Kontekst og tidligere forskning*, har økt brukermedvirkning og større kontroll over behandling blitt viktige elementer også i psykisk behandling. Den historiske utviklingen av psykisk behandling viser at forventingen om flere pasienter skal ta på seg rollen som Pasient 2.0 har utviklet seg gradvis over tid.

Brodersen og Lindegaard (2015) beskriver at skandinaviske politikere forventer at når flere pasienter tar på seg rollen som Pasient 2.0 og tar mer ansvar for egen behandling vil det spare helsevesenet for kostnader og bidra til å øke kapasiteten. Brodersen og Lindegaard (2015) argumenter dog for at det heller skaper nye typer pasienter, fremfor at det nødvendigvis reduserer kostnader i helsevesenet. Når pasientrollen endres, påvirker dette også rollen og identiteten til helsepersonell. Brodersen og Lindegaard (2015) beskriver at når helsevesenet

endres i form av at pasientene og deres pårørende får mer ansvar, endres også helsepersonellens tradisjonelle rolle som «eksperter». Teknologien skaper også, ifølge forfatterne, en distanse mellom pasienten og behandlerne hvor helsepersonellet blir presentert for kvantitative representasjoner av pasienter gjennom data som blir ført inn i teknologien, framfor å observere pasienter på sykehuset.

Litteraturen innenfor omsorgsstudier viser ulike verdier og idealer knyttet til omsorg hos pasienter som bruker velferdsteknologi. I praksisen hvor det blir introdusert en GPS-teknologi for demensomsorg i Moser og Thygesen (2013) sin studie, blir idealer som selvstendighet og selvbestemmelse sett på som nye idealer og verdier i omsorg. I dette eksempelet knytter pasienten verdier som reflekteres i Pasient 2.0 til teknologien. Pols og Moser (2009) ser på ulike velferdspraksiser og argumenterer for at det er flere verdier som knyttes til teknologi innenfor ulike brukerpraksiser enn de som knyttes til Pasient 2.0. I eksempelet Pols og Moser (2009) presenterer av en velferdsteknologi, knytter brukerne verdier som sikkerhet og det å bli tatt vare på, fremfor selvstendighet og å få kunnskap om egen sykdom. I studiens empiriske og analytiske kapittel vil jeg undersøke hvilke verdier som introduseres gjennom bruken av Braive og se på hvordan opplevelsene pasientene som går i veiledet internettbehandling samsvarer med rollen beskrevet gjennom Pasient 2.0. Begrepet kan dermed bidra til å forstå hvordan roller distribueres på nye måter, og hvordan relasjonen mellom pasienter og helsepersonell endres, når den psykiske behandlingen endres. Samtidig vil jeg også se på om det er behov for en videreutvikling av konseptet Pasient 2.0 ut ifra redegjørelsen som kommer frem i avhandlingens empiriske og analytiske kapittel.

2.3.3 Hva skjer i designprosessen?

Som vi har sett, ser både Woolgar (1991) og Akrich (1992) på designprosessen som en fase hvor teknologiens skript blir skrevet inn i teknologien. Men hvordan foregår egentlig denne designprosessen? For å få svar på dette spørsmålet vil det nå bli gjort en kort presentasjon av fagfeltet interaksjonsdesign og sentrale prinsipper innenfor denne disiplinen. Dette er for å få en bedre forståelse av prosessen hvor utviklernes skript blir til.

Interaksjonsdesign handler om å utvikle systemer som er enkle, effektive og behagelige å bruke, fra brukerens perspektiv (Preece mfl., 2015). STS ser på samkonstruksjon mellom teknologer, teknologi og brukere som et viktig element for hvordan en teknologi blir formet. Innenfor interaksjonsdesign finner man sub-feltet brukerorientert design hvor nettopp denne

samkonstruksjonen med teknologer og brukere blir sett på som en essensiell del av innovasjon. Tankegangen innenfor interaksjonsdesign og brukerorientert design samsvarer med flere av ideene innenfor omsorgsstudier og brukerstudier, og kan i denne studien bidra til å bedre forstå hvordan Braive sitt skript er utviklet, og hvordan brukerne opplever systemet.

Det finnes tre hovedprinsipper innenfor brukerorientert design (Preece, mfl., 2015). Det første prinsippet handler om å ha fokus på brukere og deres dagligdagse oppgaver allerede før designprosessen starter. Dette innebærer å fange brukeres preferanser, prioriteter, karakteristikk og mål gjennom å observere dem i deres kontekst. Det andre prinsippet handler om å teste teknologien med brukere, som innebærer å observere brukere interagere med prototyper av teknologien for å fange opp deres reaksjoner av teknologien og hvordan deres adferd opptrer sammen med teknologien. Som Oudshoorn og Ponch (2003) beskriver, «(...) the testing phase of technology is portrayed as an important location in which to study the co-construction of technologies and users» (s. 8). I testfasen av designprosessen skjer en direkte forhandling mellom brukere og teknologer, og her både formes og endres teknologiens skript. Designere presenterer teknologien slik den er tenkt, brukere gir tilbakemelding på hvordan teknologien fungerer i deres praksis, og teknologien endres basert på brukeres tilbakemeldinger. Det tredje prinsippet innenfor brukerorientert design handler om å utvikle og teste teknologien med brukere iterativt gjennom en *smidig prosess* (Preece mfl., 2015). Når man utvikler teknologi gjennom en smidig prosess, skjer forhandlingen mellom teknologer og brukere gjennom flere runder. Preece (2015) forklarer at «iteration is inevitable because designers never get the solutions right at the first time» (s. 465, 2015).

I interaksjonsdesign brukes ulike designelement for å skape en bedre brukeropplevelse ved bruk av teknologi. For at pasienter og behandlere skal ville bruke og dra nytte av et digitalt verktøy i behandling er det essensielt at systemet er enkelt og lett å bruke (Preece, 2015). Å ha et system som er konsekvent i sitt design kan bidra til å skape et forutsigbart system som er trygt å komme tilbake til (Preece, 2015). Spillifisering er et annet designelement brukt i internettbehandling som har vist seg å øke motivasjonen for bruk av slik teknologi (Fleming mfl., 2016). Spillifisering handler om å inkludere morsomme elementer i et system for at brukeren skal ha lyst til å komme tilbake til systemet (Interaction Design Foundation, uå).

Å utvikle teknologi gjennom en smidig utviklingsmetode er en måte å gjøre teknologiens skript åpent og fleksibelt for endringer og forhandlinger mellom teknologer og brukere. Samtidig fortsetter også disse forhandlingene når teknologien tas i bruk av ekte brukere. Akrich (1992, s. 207) påpeker at den brukeren designere og utvikler forestiller seg og den

faktiske brukeren kan være forskjellige. Dette kan resultere i en uventet bruk av teknologien. I studiens empiriske og analytiske kapittel vil jeg se på hvordan disse forhandlingene foregår mellom brukere og teknologer, og hvordan de faktiske brukerne fortolker Braive sitt skript.

2.4 Aktør-nettverksteori

Gjennom presentasjonen av omsorgsstudier, brukerstudier og skript reflekteres det ideer om relasjonelle, heterogene og symmetriske forhold. Disse elementene eksisterer også i Aktør-nettverksteori (ANT). ANT er en tilnærming som først ble utviklet av Bruno Latour (1987), Michel Callon (1986) og John Law (1992). Law (2007) ser ikke på ANT som en teori og forklarer at «theories usually try to explain why something happens, but actor network theory is descriptive rather than foundational in explanatory terms (...) Instead it tells stories about ‘how’ relations assemble or don’t» (Law, 2007, s. 141). Tilnærmingen egner seg derfor til å forklare hvordan velferdsteknologi er med på å endre psykisk behandling, og hvordan psykisk behandling blir gjort og iverksatt gjennom samhandlingen mellom aktørene i ulike praksiser. Gjennom ANT vil jeg også se på hvordan ulike elementer og aktører som pasienter, psykologer og Braive blir satt sammen og stabilisert, eller ikke, i praksis. (Law og Singleton, 2012).

Som ved skript-teori og omsorgsstudier ser man på verden som viklet inn i flere nettverk gjennom ANT. Prinsippet om symmetri står svært sentralt i ANT og handler blant annet om at ikke-mennesker anerkjennes som aktører, på lik linje som mennesker (Law og Singleton, 2012). Med ANT ønsker man derfor at materielle aktørers handlinger skal stå like sentralt analytisk som menneskers handlinger. Symmetriprinsippet omfatter også tanken om at man ikke skiller mellom mikro eller makro, noen aktører har ikke iboende mer makt enn andre, de blir bare behandlet som at de har det. De blir dermed gjort maktfulle i praksisen de eksisterer i. Relasjonalt er et annet prinsipp som er sentralt i ANT. Gjennom ANT som tilnærming ser man på relasjoner som det som definerer aktørene og deres karakteristikk i nettverket. Dette skaper en usikkerhet og uforutsigbarhet i nettverket i form av at endring hos en aktør i nettverket vil føre til endringer hos de andre aktørene i nettverket (Law og Singleton, 2012).

ANT som tilnærming vil være gunstig å bruke for å omfavne den komplekse konteksten velferdsteknologi inngår i (Troshani og Wickramasignhe, 2014). Moser og Thygesen (2014) forklarer at «vi trer fram som individer og subjekter på bakgrunn av et kollektiv, og vi bæres opp av praksisene i kollektiver, som også inkluderer teknologier» (s. 148). Nettverkene rundt

velferdsteknologien blir av forfatterne beskrevet som et omsorgskollektiv. Ved å bruke ANT som tilnærming når man skal studere en praksis som Lovisenberg DPS vil man kunne få en bedre forståelse av disse omsorgskollektivene og relasjonene som inngår i dem.

Ideen om translasjon er sentral i dette studiet for å forstå hvordan ulike elementer i et nettverk utvikler og endrer seg. Michel Callon (1986) har presentert noe som kalles for en translasjonsprosess. Når et element legges til eller fjernes fra et nettverk vil det forekomme en translasjon av nettverket som handler om at karakteristikken til enhetene som er innlemmet i nettverket, og nettverket i seg selv, vil endres (Callon, 1986). Selv om en teknologi er skriptet til å gi en spesifikk effekt, er det nettverkets reaksjon til det nye elementet som bestemmer artefaktets handlingskraft. Dette viser tilbake til tanken om at nettverk er usikre og dets utfall ikke kan defineres på forhånd, men at man heller må følge aktøren gjennom relasjonene som dannes i nettverket (Vikkelsø, 2005). Den siste og endelige fasen i Callons (1986) translasjonsprosess er stabilisering av nettverket. Troshani og Wickramasinghe (2014) forklarer at i en omsorgspraksis handler stabilitet om at aktører som pasienter, helsepersonell, politikere og ikke-menneskelige aktører er samkjørte og nettverket er satt. Konsekvensen av denne stabiliseringen er at «(...) the emerging pervasive e-health applications that these actor networks are attempting to generate have become taken for granted or 'irreversible'» (s. 2997).

Ideen om translasjon kan også knyttes til Mols (2003) teorier om mangfoldige objekter. Gjennom Mols (2003) perspektiv skapes det flere nettverk rundt internettbehandling med flere virkeligheter. Disse ulike virkelighetene er også viklet inn i hverandre og forholder seg til hverandre. Mol (2003) ser derimot ikke på stabilitet som at ett enkelt samordnet nettverk skaper en felles virkelighet. En slik sammenhengende virkelighet kan oppstå, men den kan også raskt endres. Stabilitet handler derimot om at det finnes flere virkeligheter av en teknologi, og at disse fungerer sammen nettopp fordi ulike praksiser ikke er like. Når teknologiens skript er fleksibelt og åpnet og dermed kan tilpasses de ulike praksisene, kan nettverket oppnå en stabilitet (Law, 2007). Gjennom prosessen av translasjon kan man se hvordan de ulike måtene å gjøre internettbehandling på fungerer og stabiliseres sammen, eller ikke. Dette vil kunne oppdages gjennom å studere objektet i praksis.

Med inspirasjon fra STS og ANT argumenterer Vikkelsø (2005) for at når man skal studere velferdsteknologi må man søke etter en teori av distribusjon fremfor en teori av forbedring. Vikkelsø beskriver at mye av forskningen som blir gjort på medisinske praksiser reflekterer en teori av forbedring. Disse studiene søker ofte etter å måle effekten av en ny

velferdsteknologi i form av å se på om det skaper en mer effektiv helseomsorg som reduserer kostander, og hvorvidt det resulterer i en bedre eller dårligere helseomsorg. Utfordringen med teorien av forbedring er dog at det kreves at man pre-definerer noen elementer som viktige og andre som uviktige, i et nettverk som er uforutsigbart og komplekst. Denne usikkerheten og kompleksiteten gjør det vanskelig å oppsummere og måle om helseomsorg har blitt bedre eller dårligere, mer effektivt eller ikke. Det Vikkelsø (2005) derimot finner er at introduksjon av ny teknologi i omsorgspraksisen har skapt en annerledes praksis med ny distribusjon av blant annet arbeid, ansvar og evner. I denne studien vil jeg studere internettbehandling med en teori av distribusjon.

2.5 Oppsummering av kapitlet

I dette kapitlet har det blitt presentert tanker og ideer fra omsorgsstudier, brukerstudier, interaksjonsdesign og Aktør-nettverksteori. Teoriene presentert i dette kapitlet vil brukes for å forstå hvordan psykisk behandling endres når det gjøres gjennom systemet Braive ved Lovisenberg DPS. Det har blitt beskrevet hvordan velferdsteknologier ikke enten er «varme» eller «kalde», og hvordan omsorgen den yter ikke kan begrenses til «bra» eller «dårlig». Velferdsteknologier ikke er ett enkelt objekt, men mangfoldig og kompleks og må derfor ses i sammenheng med kontekst og praksis. I neste kapittel vil nettopp konteksten Braive har oppstått i bli beskrevet.

3. Braive i kontekst og tidligere forskning

I dette kapitlet vil det bli gjort rede for deler av konteksten Braive er utviklet i, og de ulike aktørene som eksisterer i denne konteksten. Dette vil gi en bedre forståelse av redegjørelsen som vil bli presentert i avhandlingens empiriske og analytiske kapittel. Først vil det forklares hvordan psykiske lidelser og psykisk behandling har blitt gjort gjennom historien. Dette er for å se hvordan psykiske lidelser ikke er ett enkelt og statisk objekt, men heller noe som blir gjort i ulike praksiser til ulike tider. Deretter vil det beskrives hvordan psykisk helse blir definert i Norge i dag og hvordan norsk psykisk helsevesen er bygget opp. Jeg vil så presentere hvordan digitale verktøy i psykisk helsehjelp kan ses på som en kontrovers, og hvordan denne kontroversen har kommet tydeligere fram under koronapandemien. Velferdsteknologi er noe det har blitt satset mer på i Norge de siste årene og videre i kapitlet vil denne satsningen bli forklart. Det vil også presenteres ulike digitale verktøy innenfor psykisk helsehjelp som brukes i Norge i dag. Til slutt vil det bli gjort rede for tidligere forskning som har studert internettbehandling.

3.1 Psykologiens historie i Norge

Hvordan man ser på psykiske lidelser og psykisk behandling har endret seg over tid. For å forstå et slik tema er det derfor viktig å anerkjenne at samfunnets behandling av psykiatrien og psykologien er historisk betinget. Den historiske konteksten og synet på psykisk sykdom påvirker også hvilken behandling som blir tilbudt, og hvem som blir tilbudt behandling. I *Galskap og sivilisasjon* beskriver Michel Foucault (1965) hvordan vestlige samfunn har konseptualisert psykiske lidelser gjennom historien. Foucault (1965) argumenterer her for at psykiske lidelser er konstruert av samfunnet og legevitenenskapen, og er konstruksjoner som endres over tid. I boken *The Body Multiple* argumenterer Mol (2003) for at objekter som psykiske lidelser er noe som blir «gjort» og «iverksatt», fremfor konstruert. Psykiske lidelser er da ikke en enkelt enhet som eksisterer i seg selv, men heller noe som blir til gjennom relasjonene i praksisen de eksisterer i. Selv om Mol sitt arbeid fokuserer på nåtid og praksiser vil dette underkapitlet med utgangspunkt i Mols teori om mangfoldige objekt, gjøre forsøk på å forklare hvordan psykiske lidelser og behandling har blitt gjort gjennom historien.

I vår tid forbinder mange psykologi og psykiatri med psykiske lidelser som viker fra en mer «normal» psykisk tilstand, men slik har det ikke alltid vært. Psykologien har fra 1700-tallet og minst 200 år fremover blitt definert som studiet av bevisstheten, men det er ikke før i moderne

tid at psykiske lidelser har gått under psykologiens domene (Teigen, 2015, s. 121). I middelalderen ble psykiske lidelser, eller «galskap» som man refererte til det som, plassert under kirkens domene hvor presten hadde ansvar for behandling av de «gale». Frem til slutten av 1700-tallet ble mennesker med en psyke som vakte fra det «normale» sett på som et samfunnsproblem på lik linje som kriminelle og fattige, og ble derfor også behandlet på samme måte som disse sosiale kategoriene. Ericsson (1975) hevder at historien om sinnssykepleien før 1850 er i hovedsak historien om fattigpleien hvor de fleste med psykiske lidelser ble fanget opp av fattigpleien (i Kringen, 2007). I overgangen mot 1800-tallet ble psykiske lidelser i økende grad en del av den medisinske sfæren og ideen om at psykiske lidelser var en sykdom vokste mer frem. Fokuset innenfor legevitenskapen var dog at avvikende psykisk adferd var noe som noe som måtte behandles fra et somatisk perspektiv gjennom en medisinsk modell (Teigen, 2015; Kringen, 2007).

Philippe Pinel er en sentral skikkelse i overgangen fra å se på psykisk syke som noen samfunnet burde beskyttes fra, til noen som kunne helbredes og bringes tilbake til samfunnet. Teigen (2015) beskriver hvordan han gjennomførte en revolusjon på hospitalene hvor han introduserte mer humane synspunkt i behandlingen, og mente at pasientene måtte møtes med vennlig holdning og med frihet og luft, fremfor kontroll og tvang. Foucault beskriver denne overgangen som at pasientenes ytre kontroll skulle erstattes med indre kontroll (Kringen, 2007).

I 1848 kom «sinnssykeloven» i Norge hvor staten fikk større ansvar for mennesker med psykiske lidelser, og fattigvesenets ansvar ble begrenset. I loven ble psykisk syke skilt ut som egne grupper som skulle plasseres i asyl (Kringen, 2007). Fra 1850 og frem til 1920 ble flere asyl bygget for pasienter med psykiske lidelser. Tanken bak institusjonaliseringen var at mennesker med psykiske lidelser burde tas ut av samfunnet for å få ro (Husøy, 2013). I denne perioden var det få med diagnosen angst og milde til moderate depresjoner som fikk psykiatrisk behandling. Disse måtte ofte henvende seg til distriktslegen eller den allmennpraktiserende legen. Fokuset i norsk psykiatri var da i hovedsak på hospitalpsykiatri og de mest alvorlige sinnslidelsene (Kringen, 2007).

Rundt 1960-tallet skjedde det en endring når det kommer til hvor man plasserte personer med psykiske lidelser i samfunnet. Mens man tidligere hadde tenkt at mennesker med psykiske plager burde institusjonaliseres og hadde behov for beskyttelse fra samfunnet, tenkte man nå at integrering og deltakelse i samfunnet var en viktig del av tilfriskning for mange. Dermed ble flere psykiatriske institusjoner bygget ned og psykiatriske poliklinikker bygget opp. Med

poliklinikkens oppbygning fikk flere pasienter med mindre alvorlige plager, som angst og lettere til moderate depresjoner, nå hjelp (Kringen, 2007, s. 411). I samme tidsperiode ble Sigmund Freuds psykoanalyse tatt mer og mer i bruk i Norge. Selv om ikke selve psykoanalysen slik den var tenkt ble direkte tatt i bruk, ga den grunnlag for mye av samtalerapien vi ser i dag. Med psykoanalysene kom tanken om at mentale lidelser ikke bare har en fysisk forklaring, men også en psykologisk forklaring (Teigen, 2015). Med denne forståelsen av psykiske lidelser fjernet psykiatrien seg på mange måter fra medisin mot slutten av 70-tallet og ble flyttet over til psykologifagfeltet (Kringen, 2007).

I 1997 la regjeringen fram en stortingsmelding som skulle legge grunnlag for en ny lov som ga flere rettigheter og mer autonomi til mennesker med psykiske lidelser. Historisk har man hatt utfordringer med å integrere mennesker med psykiske lidelser i samfunnet. Det er først de siste tiårene det har blitt lagt spesielt fokus på økt integrering, noe som var bakgrunnen for stortingsmeldingen St.meld. nr. 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Regjeringen hevdet i stortingsmeldingen at behandlingstilbudene tidligere hadde vært for standardiserte og lite tilpasset pasientens behov. «I psykisk helsevern har behandlere tradisjonelt hatt stor frihet til å velge behandlingsmetoder – uten at disse alltid er blitt fulgt systematisk opp for å sikre at de virker og er til gagn for pasientene.» (St.meld.nr. 25 (1996-1997), s. 18). Brukermedvirkning har i denne sammenheng kommet frem som et viktig begrep som handler om at pasienten selv er likeverdig i diskusjoner og beslutninger som angår deres problemer, og har rett på å få utformet behandling etter individuelle behov (Helsedirektoratet, 2017). Når behandlingssideologien ble endret mot en retning hvor pasienter skulle ta mer ansvar for eget liv var det også behov for regulering i lovverket. Rett til brukermedvirkning ble derfor lovfestet i 1999 i *Pasient-og brukerrettighetsloven*. Fokuset på brukermedvirkning kan også kanskje ses på som en slags motreaksjon mot den skjeve maktfordelingen som hadde eksistert mellom pasienter og aktørene i helsetjenestene.

3.2 Psykisk helse i Norge i dag

For å få en forståelse av konteksten digitale verktøy utvikles innenfor kan det også være nyttig å vite hva som defineres som psykisk helse og psykiske lidelser i Norge dag. Disse definisjonene er ikke ment til å presentere en sannhet om hva psykiske lidelser er, men ses heller på som noe som er blitt gjort gjennom relasjonene de eksisterer i. Psykiske lidelser har fått sine karakteristikk gjennom relasjonene de eksisterer i (Law og Singleton, 2012). Disse

relasjonen er også noe Braive og dens brukere er en del av. I Norge refereres det ofte til Verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon av psykisk helse. «Mental health is a state of mental well-being that enables people to cope with the stresses of life, realize their abilities, learn well and work well, and contribute to their community» (WHO, 2018a). Verdens helseorganisasjon understreker at mental helse handler om mer enn kun det å være foruten en sykdom eller funksjonsnedsettelse. Det handler også om det å håndtere normale utfordringer i hverdagen, jobbe produktivt og bidra i samfunnet samtidig som man mestrer det å anerkjenne egne ferdigheter og kvaliteter.

Psykiske lidelser blir i dag definert som en likeverdig del av folkehelsearbeidet som fysiske lidelser. Psykiske lidelser blir ikke lenger kun sett på som en utfordring som må behandles på individnivå, men som noe som også kan forebygges på samfunnsnivå. Man ser blant annet at risikoen for psykiske lidelser avhenger blant annet av sosioøkonomisk plassering i samfunnet (Helsedirektoratet, 2014). Helsedirektoratet (2014) hevder at i arbeidet med psykisk helse har det tidligere vært lagt for lite vekt på miljøfaktorer og forholdene som påvirker psykisk helse og trivsel i hele populasjonen. Det økende fokuset på psykiske lidelser som en del av folkehelsearbeidet gjenspeiler den historiske overgangen fra det å legge ansvaret på enkeltindivider og se på individer som en trussel mot samfunnet, til at det er strukturer i samfunnet som er med på å øke risikoen for å få en psykisk diagnose.

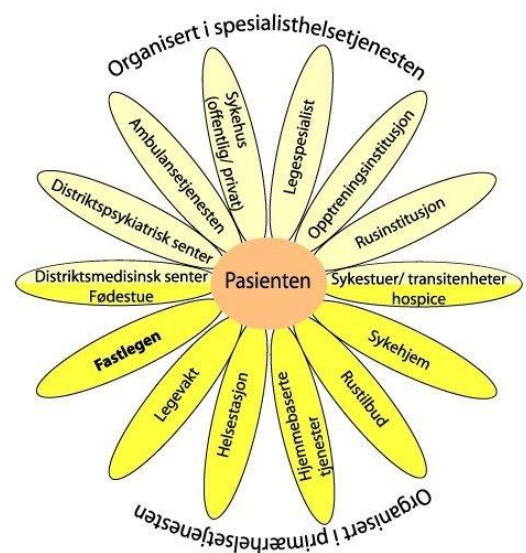
Folkehelseinstituttet definerer begrepet *psykisk helse* som noe som omfatter alt fra god psykisk helse til psykiske lidelser. Det omfatter også tiltak som forebygging og behandling (FHI, 2018a, s. 10). Det er vanlig i dag å skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser, som blant annet også Folkehelseinstituttet gjør i sin rapport om *Psykisk helse i Norge* (FHI, 2018a). Her defineres psykiske plager, som eksempelvis engstelse og nedstemthet, som er symptomer som ikke nødvendigvis oppfyller krav for en diagnose. Psykiske lidelser derimot dekker tilstander eller diagnoser som er klassifisert etter kriterier (FHI, 2018a, s. 10).

Klassifisering av psykiske lidelser er ikke gitt, men blir til gjennom ulike standardiserte kriterier. For å bli diagnostisert med en psykisk lidelse, som for eksempel angst og depresjon, brukes det ofte spørreskjema og strukturerte intervjuer med fastsatte spørsmål. Ifølge folkehelseinstituttet er slike instrumenter velegnet til å sette diagnoser på personer med de vanligste symptomene på angst og depresjon (FHI, 2015). I Norge brukes det internasjonale diagnosesystemet til Verdens helseorganisasjon ICD-10 som diagnosesystem, både for somatiske og psykiske lidelser. Folkehelseinstituttet hevder at klassifiseringsinstrumentene

som brukes i Norge blir regelmessig oppdatert etter vitenskapelig evidens. Pasientene som får tilbudet fra Braive ved Lovisenberg DPS har i hovedsak blitt diagnostisert med angst eller depresjonslidelser.

3.2.1 Organisering av psykisk helsehjelp i Norge

I Norge er hovedvekten av psykisk behandling dekket av det offentlige. Det er to begreper som kan knyttes til psykisk helsehjelp i Norge som skiller hvor behandlingen blir tilbudt; psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Psykisk helsevern benyttes om tjenester fra spesialisthelsetjenestene, mens psykisk helsearbeid knyttes ofte til mer lokale og kommunale tjenester i primærhelsetjenesten (Andersen og Braut, 2021). Helse- og omsorgsdepartementet eier de regionale helseforetakene i Norge som er: Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF, som igjen har ansvar for spesialhelsetjenestene. Primærhelsetjenestene går under kommunenes ansvar og blir dermed organisert og finansiert av kommunene selv (Ringard mfl., 2013).



Figur 6: Grunnstrukturen i helsetjenestene (Regjeringen, 2014).

Det første leddet man ofte må igjennom for å søke psykisk helsehjelp er fastlegen, som er en del av primærhelsetjenesten. Fastlegen kan videre henvise pasienter til en offentlig poliklinikk ved distriktspsykiatrisk senter, privatpraktiserende psykolog eller psykiater innenfor spesialhelsetjenester, eller til kommunalt tilsatte psykologer innenfor primærhelsetjenester (Helsenorge, 2019). Braive-tilbudet hos Lovisenberg DPS går under spesialhelsetjenestene ettersom det er under et distriktspsykiatrisk senter, og er noe pasienter får tilbud om etter de har søkt helsehjelp fra sin fastlege. Rask psykisk helsehjelp er et annet relativt nytt tilbud i kommuner som er rettet mot personer som har ulike typer angst og milde til moderate depresjonsplager. Dette tilbudet krever i motsetning til flere andre tilbud ingen henvisning fra fastlege (Helsenorge, 2019).

3.2.2 Koronapandemi og psykisk helse

Koronapandemien har økt forekomsten av det som defineres som psykiske plager og lidelser i befolkningen, noe som tyder på at behovet for behandling også har økt. Mye tyder på at det

blir økt psykisk stress og uro i en krisetid, noe pandemien har blitt sett på som (Jakobsen, 2020). En undersøkelse utført av Folkehelseinstituttet viser at flere slet med ensomhet og psykiske plager i 2020 enn før pandemien (Nes mfl., 2020). Dette samstemmer også med tall fra SSB som viser at befolkningen har blitt mindre tilfreds med livet under pandemien (Rønning, 2021). Områdene med størst psykisk belastning var Oslo og Bergen hvor smitteverntiltakene hadde vært mest omfattende. En undersøkelse gjort av forskere ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo viser også at forekomsten av psykiske lidelser, mer spesifikt klinisk signifikante symptomer på depresjon og angst, har vært to til tre ganger så høyt under koronapandemien sammenliknet med perioder før pandemien (Ebrahimi mfl., 2021).

Store deler av psykisk behandling gikk over til digitale løsninger under koronapandemien. Enkelte ser på koronapandemien som en framdriver for bruken av digitale tjenester i psykisk behandling. Trine Nordgreen er prosjektleder for forskningsrådets INTRMAT-prosjekt, et forskningsprosjekt ved Universitetet i Bergen som utvikler teknologibasert psykologisk behandling. Nordgreen (sitert i Jakobsen, 2020) hevder at da viruset kom til Norge lå samfunnet i «den digitale startgropa». En kort periode før pandemien startet ble internettbehandling godkjent av Beslutningsforum for nye metoder i spesialhelsetjenestene. Nordgreen hevder at «forskerne og forskningen hadde allerede overbevist politikerne» før pandemien førte til at mange måtte over på digitale løsninger (sitert i Jakobsen, 2020). Nordgreen hevder at flere psykologer var skeptiske til digitale løsninger før krisen kom. Hun beskriver at skepsisen lå i at teknologien kunne virke fremmedgjørende i møte med pasientene. Kaja Asbjørnsen Betin og Svein Øverland (2020) anerkjenner i et debattinnlegg i Aftenposten også denne skepsisen blant psykologer, men hevder at «vi tror at vi etter krisen vil oppdage at mange av de løsningene krisen har fått oss til å prøve ut, er like gode eller til og med bedre enn dem vi bruker før krisen». Nordgreen hevder også at flere har opplevd kontakten med pasientene i løpet av koronapandemien som like god som ved ansikt-til-ansikt behandling. (Jakobsen, 2020). Løkke mfl. (2020) uttrykker i et motsvar til Betin og Øverlands debattinnlegg at gjennom bruk av terapi over video under pandemien erfarte ikke de videoterapi som likestilt eller bedre enn tradisjonell terapi. De hevder derimot at det å drive terapi over video gjør det vanskeligere å gå i dybden av problemer og skaper en fysisk distanse som fører til at man mister kroppslige signaler. Kontroversen som blir presentert her reflekterer det Vikkelsø (2005) referer til som teori av forbedring. Spørsmålet knyttes til hvorvidt digital behandling er dårligere, bedre eller like bra som tradisjonell behandling.

Kontroversen viser også at det er ulike opplevelser og verdier knyttet til digital behandling. Det er også ulike måter å gjøre behandlingen på. Kontroversen og dens refleksjon av teori av forbedring er noe som vil bli videre utforsket i avhandlingens analytiske kapittel gjennom å empirisk undersøke pasienters og behandleres opplevelse av veiledet internettbehandling.

3.3 Velferdsteknologi i Norge

Internettbehandling går under kategorien *velferdsteknologi*, som Helse og omsorgsdepartementet definerer som «teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne.» (i Moser, 2019, s. 26). Definisjonen av velferdsteknologi er svært bred og grensen mellom hva som er velferdsteknologi og ikke er relativt uklar. Moser (2019) hevder at det er konteksten som avgjør hva som blir forstått som en velferdsteknologi eller ikke. Noe i konteksten kan dog hjelpe å avgrense teknologier som omfattes av begrepet, som at den inngår i en helse-, omsorgs- og velferdstjeneste, og at den yter tjenester fra denne sektoren på avstand. Målgruppen for teknologien bør også primært være tjenestemottakere som pasienter eller pårørende. Internettbehandling inngår i helse- og omsorgstjenesten og er rettet primært mot personer med psykiske lidelser og plager, som er grunnen til at det i denne avhandlingen vil defineres som en velferdsteknologi.

Flere deler av samfunnet i dag går igjennom prosesser av digitalisering, inkludert helsevesenet. Velferdsteknologi ble for alvor først satt på dagsorden i Norge i 2011 (Moser, 2019, s. 17). I følge Troshani og Wickramasinghe (2014) ligger investeringer i e-helse etter investeringer i andre industrier. Norge har dog, ifølge E-helse i Norge (EHIN), fått fart på digitaliseringen i helsesektoren (Schreurs, 2021). Norge lå bak flere land innen e-helse for kun ti år siden, men de siste årene har satsningen på digitalisering innenfor helsesektoren økt. Moser og Thygesen (2014) argumenterer for at det ikke har vært en tydelig politisk satsning på velferdsteknologi før de siste årene, fordi den offentlige og politiske sfæren tidligere har vært preget av en strid rundt personvern og overvåkning av sårbare grupper (s.58). I 2011 kom derimot en offentlig utredning som uttrykte et tydelig argument om at teknologi ville være viktig for at velferdsstaten skulle kunne møte demografiske utfordringer og en økning i kroniske sykdommer. Moser og Thygesen (2014) hevder at etter denne utredningen oppsto det

en politisk konsensus om at ny teknologi ville spille en viktig og større rolle i framtidens helse- og omsorgstjenester. (s. 59).

I stortingsmelding St.meld. nr. 18 (2018-2019) uttrykte regjeringen at de hadde et ønske om å etablere et mål om at Norge skal bli ledende i Europa når det kommer til e-helse innen 2025. Under samme periode ble Direktoratet for e-helse opprettet og var underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Formålet bak etableringen var å øke satsningen på digitalisering i helsetjenestene for å kunne øke kvalitet og effektivitet, samt å få bedre samarbeid mellom helseaktører og legge til rette for en mer aktiv pasientrolle (Direktoratet for e-helse, 2021). I dette formålet reflekteres en teori av forbedring i form av at det er tenkt at ved satsning på digitalisering av omsorg vil omsorgen forbedres og effektiviseres. Karakteristikk fra Pasient 2.0 om en aktiv pasient kommer også frem her. Samme år ble nasjonalt senter for e-helseforskning opprettet med formål om å øke kunnskapen om e-helse gjennom forskning og samarbeid (Nasjonalt senter for e-helseforskning, 2020). Oppretningen av forskningssenteret og direktoratet kan også ses på som en av måtene Norge samarbeider med WHO for å nå målet om økt bruk av teknologi innenfor helse. WHO (2018b) har gitt en oppfordring til alle medlemsland:

«...to assess their use of digital technologies for health, including in health information system at the national and subnational levels, in order to identify areas of improvement, and to prioritize, as appropriate, the development, evaluation, implementation, scale-up and greater utilization of digital technologies, as a means of promoting equitable, affordable and universal access to health for all» (s. 2).

Gjennom WHO's oppfordring til medlemslandene kan man se at det ikke bare er i Norge det reflekteres en teori av forbedring knyttet til formålet bak satsningen på digitaliseringen av helseomsorg, men at denne teorien også reflekteres globalt.

3.3.1 Digitale mentale verktøy

I desember 2020 ble et nytt forskningssenter åpnet for digitale psykiske helsetjenester hvor Helse- og omsorgsminister Bent Høie stod for åpningen. Gjennom å utvikle, videreutvikle og spre digitale helsetjenester er målet med senteret at bruken av digitale psykologhelsetjenester skal øke til 20 prosent innen 2030 (Helse Bergen, 2020). Åpningen av forskningssenteret ved Haukeland universitetssykehus viser at politikere og helsetjenestene ikke bare har troen på velferdsteknologien generelt, men også på teknologiske verktøy som kan hjelpe personer med

psykiske plager og lidelser. Det finnes en rekke etiske utfordringer knyttet til bruken av digitale mentale verktøy. Dataen som behandles er ofte svært sensitive noe som stiller høye krav til hvordan man sikrer personvern. Det at også flere som tilbyr slike tjenester er private aktører kan gjøre det vanskelig for brukere å orientere seg i landskapet av digitale mentale verktøy. I dag finnes det heller ingen nasjonal standard for kvalitetssikring av digitale mentale verktøy, men helsedirektoratet er i utarbeidelsen av et slikt rammeverk (Teknologirådet, 2021).

Det er flere tjenester som kan omfavnes av begrepet digitale mentale verktøy som brukes i Norge i dag. I en rapport fra Teknologirådet listes en rekke verktøy opp. Videokonsultasjoner er en tjeneste som doblet seg i Europa etter koronautbruddet, og har på kort tid fått pasienter og behandlere over hele Norge til å utforske behandling i en ny kontekst. Bruk av sensorer for å oppdage endringer i sinnstilstand er et annet verktøy som blir brukt i forskningsprosjektet INTROMAT ved Haukeland sykehus, hvor pasienter med bipolar lidelse får gjennom maskinlæring beskjed dersom de er på vei inn i en depresjon. Virtuelle veiledere eller chatboter blir også brukt i norsk kontekst hvor veilederne skal hjelpe brukere med å forstå og forbedre egen helsetilstand, som for eksempel den norske applikasjonen Co-mestring. I eksponeringsterapi har det blitt introdusert virtuell virkelighet hvor lyd og video skaper en stimulering av ulike situasjoner som pasienter av ulike grunner ønsker å unngå. (Teknologirådet, 2021)

Internettbehandling

Internettbehandling er en relativ ny form for behandling innenfor psykisk helsehjelp. Metoden har de siste årene blitt tatt i bruk av offentlige helsetjenester i Norge. Internettbehandling er en strukturert form for terapi som blir utført på en datamaskin eller smarttelefon. Man kan skille mellom internettbehandling som er rettet mot å behandle psykiske lidelser og internettbehandling som har som formål å forhindre at psykiske lidelser skal utvikles. (Andersson & Titov, 2014). Man skiller også mellom veiledet internettbehandling og ikke-veiledet internettbehandling, hvor den førstnevnte metoden utføres i samarbeid med terapeut. Veiledet internettbehandling kan videre deles inn i synkron behandling med kontakt via telefon, video eller meldinger, og asynkron behandling med kontakt via e-post eller tilbakemelding på behandling i programmet. Nordgreen mfl. (2020) hevder at:

«Ved bruk av veiledet internettbehandling kan man 1) tilby pasientene den samme forskningsbaserte behandlingen uavhengig av hvor de bor, 2) fremme en aktiv pasientrolle der pasientenes medvirkning og kontroll over egen helse står sentral, 3) øke tilgjengelighet og bedre ressursbruk» (s. 2).

Internettbehandling ble godkjent for bruk i helsetjenestene av Beslutningsforum i 2019. En slik vurdering har, ifølge Nyemetoder (2021), som formål å synliggjøre verdien av en metode sammenliknet med en annen metode. Godkjenningen kom som et resultat av en metodevurdering utført av Folkehelseinstituttet som konkluderte med at internettbehandling kan være like bra som ansikt til ansikt-behandling. Metodevurderingen viste også at kostnadene ikke var høyere for internettbehandling og at pasientene var i hovedsak fornøyd med behandlingen (FHI, 2018b). Folkehelseinstituttet og Beslutningsforum reflekterer en teori av forbedring i sin vurdering av internettbehandling. Også elementer av effektivitet som kostnader kommer frem som noe av grunnlaget for vurderingen. Beslutningsforum skriver i sin vurdering at «pasientens egne preferanser må være sentrale ved valg av behandlingsform. Pasienter kan foretrekke å kommunisere med terapeuten over internett i stedet for å være i samme rom.» (Nyemetoder, 2019) I beslutningsforums vurdering reflekteres Pasient 2.0 gjennom at det settes krav for at pasienten må være en aktiv del i valg av behandlingsform. Søknaden for godkjenning av veiledet internettbehandling som behandlingsmetode ble sendt inn av eMeistring ved Helse Bergen. I Norge er internettbehandlingen som har blitt brukt mest i det offentlige helsevesenet eMeistring. Systemet ble utviklet av Helse Bergen og lansert i 2013. Flere sykehus har tatt systemet i bruk, både i Helse Vest og Helse Sør-Øst. eMeistrings-teamet har som mål om at behandlingen skal være et landsdekkende tilbud i løpet av de neste årene.

3.4 Tidligere forskning

I denne delen av avhandlingen vil det bli presentert noen studier som har undersøkt bruken av internettbehandling i psykisk helsehjelp. Melby mfl. (2019) påpeker at digitalisering velferdstjenester er et relativt lite og nytt forskningsfelt. Det er generelt et behov for mer forskning på dette feltet, og mer spesialisert kunnskap om de ulike typene tjenestene (Sand mfl., 2020). Forskning spesifikt rettet mot digitale løsninger i psykisk helsehjelp er et enda snevrere felt som også krever mer forskning. Med dette studiet ønsker jeg å bidra til å studere et felt som er i behov for mer innsikt.

3.4.1 Studier av forbedring

Majoriteten av studiene som undersøker internettbehandling reflekterer en teori av forbedring (Vikkelsø, 2005). Flere studier viser blant annet at internettbehandling gir bedring i symptomene for angst og depresjon (Andersson mfl., 2019; Andrews mfl., 2010; Andersson og Titov, 2014). Noen studier trekker også frem at det er karakteristikk ved internettbehandling som kan bidra til å redusere terskelen for å søke om behandling av psykiske vansker (Andersson & Titov, 2014; Andrews mfl., 2010). Det finnes også forskning rettet spesifikt mot kognitiv atferdsterapi over internett, nærmere bestemt *iKAT*. Disse studiene viser at implementeringen av *iKAT* kan hjelpe psykologer å behandle flere pasienter enn ved tradisjonell behandling (Donker mfl., 2015; Richards mfl., 2018; Wright mfl., 2019). Teori av forbedring blir reflektert i flere studier som viser at *iKAT* har like god effekt som tradisjonell behandling (Sandoval mfl., 2017). Selv om majoriteten av studiene viser en forbedring av symptomer på psykiske lidelser, er det også noen studier som ikke finner signifikante forbedringer ved bruk av *iKAT* (Soucy mfl., 2019; Gilbody mfl., 2015). Når man sammenlikner veiledet og ikke-veiledet *iKAT* viser funn fra studier at det å gå igjennom *iKAT* i samarbeid med en behandler gir bedre behandlingsutfall (Sandoval mfl. 2017; Wilhelmsen mfl., 2013; Zhou mfl., 2016).

3.4.2 Kontekstuell og kvalitativ tilnærming

Selv om flere studier om internettbehandling viser lovende funn argumenterer Melby mfl. (2019) for at studiene ikke har funnet ut nok om hvordan og hvorfor internettbehandling fungerer. Det kreves også mer forskning på hvordan verktøyene skal designes slik at de treffer de enkelte brukergruppens behov (Melby mfl., 2019). De fleste studiene fokuserer for lite på prosessen og det som skjer underveis når pasienter går i internettbehandling, og for mye på resultat (Wildeboer mfl., 2016). Flere av studiene i feltet er rettet mot symptomlettelse og er ofte kvantitative. Melby mfl., (2019) argumenterer for at det kreves flere kvalitative studier som kan dekke mer av prosessen bak resultatene. Vikkelsø (2005) argumenterer for at studier som reflekterer teorien av forbedring ofte blir blinde for de viktigste endringene og effektene av implementeringen av ny teknologi. Ved å studere bruken av Braive hos Lovisenberg DPS med fokus på pasienters og behandleres opplevelse av systemet og digital behandling, ønsker jeg med denne avhandlingen å kunne bidra til innsikt i dette forskningsgapet. Med ANT som analytisk tilnærming predefinerer jeg heller ikke variabler og faktorer, men heller oppdager dem mens jeg følger aktørene.

I en kvalitativ studie rettet mot ungdommers opplevelse av veiledet iKAT for behandling av OCD viste resultatene at deltakerne opplevde en følelse av kontroll og selvstendighet, samtidig som de følte seg støttet av sin terapeut. (Lenhard, mfl., 2016). De følte kontroll i form av når og hvordan de skulle utføre behandling. Samtidig opplevdes det å vite at en psykolog fulgte med og kommenterte på oppgaver som ble utført i systemet som viktig for ungdommene (Lenhard mfl., 2016). I andre kvalitative studier har det blitt identifisert utfordringer knyttet til frafall i behandling når den gjøres digital (Wilhelmsen mfl., 2013). Wilhelmsen mfl. (2013) har undersøkt hva det er som motiverer pasienter til å fullføre iKAT programmer. Motivasjonsfaktorene som ble identifisert i denne studien var ønsket om å bli bedre og å få kontroll over livet sitt. Det å også få muligheten til å velge hvordan, når og hvor man skulle utføre iKAT modulene kom frem som en viktig faktor. Det å føle seg knyttet til psykologen sin viste seg også å være en viktig faktor for motivasjon. En til studie som undersøkte frafall i internettbehandling så ved et sykehus i Canada at frafallet fra behandlingen var på 90 prosent. Etter endring av systemet basert på økt brukerinvolvering og undersøkelse av pasienters opplevelse av systemet, ble frafallsraten redusert til 33 prosent (Gratzer mfl., 2018).

Selv om flere studier viser at internettbehandling er en effektiv metode for å behandle ulike psykiske lidelser har ikke all internettbehandling som en del av en klinisk kontekst vært vellykket (Gilbody mfl., 2015; Kenter mfl. 2015). Eells mfl. (2015) argumenterer for at dette handler om at det finnes for lite kunnskap om hvordan behandling som foregår digitalt kan integreres i klinisk praksis. Titov mfl. (2018) argumenterer for at effektstudiene av internettbehandling ofte ikke inkluderer kontekst av klinisk praksis som en del av vurderingen av behandlingen. Dette kan dog også skyldes at det er få løsninger som er integrert i en klinisk praksis i en større skala (Eells mfl., 2015; Aerts og Dam., 2018). Nordgreen mfl. (2018) har studert implementasjonen av eMeistring ved Haukeland sykehus. Studien fant at bruk av systemet ga bedringer i symptomer på angst, også i en klinisk setting. Det studiet dog ikke viser er hva det er som gjør at behandlingen fungerte i den kliniske settingen. Titov mfl., (2018) har studert internettbehandling ved klinikker i ulike land, som blant annet Norge og Sverige. Studien trekker frem at kriterier som har vært med på å skape vellykkede behandlingstilbud i de kliniske praksisene var blant annet en sterk klinisk- og IT organisasjonsstyring og tilrettelegging for tilbakemelding fra pasienter.

3.4.3 Studie av implementeringen av Braive ved Lovisenberg DPS

Yang (2020) studerte implementeringsprosessen av Braive ved Lovisenberg DPS i 2020. Her beskrives det at prosessen med å implementere digital terapi ved Lovisenberg DPS startet ved at Lovisenberg DPS ble invitert til å delta i det EU-finansierte ALEC-prosjektet. I prosjektet skulle Lovisenberg DPS brukes som en klinisk forskningspartner, eller som en av informantene i studiet beskrev det; «a laboratory for practically testing Braive's platform with real patients» (Yang, 2020, s. 57). Relasjonen mellom Braive AS og Lovisenberg DPS blir presentert som et samarbeid fremfor et forhold hvor Braive er leverandør og Lovisenberg DPS er kunde.

Yang (2020) understreker to faktorer som påvirket implementeringen av Braive ved sykehuset; den positive og proaktive holdningen til ledelsen ved Lovisenberg DPS, og endring i politiske forhold. Ledelsen ved Lovisenberg DPS så på ALEC-prosjektet som en god måte å møte utfordringene sykehuset og det norske helsevesenet generelt opplever knyttet til å gi tilstrekkelig psykisk helsehjelp. Ledelsen rekrutterte en ny ansatt til ledelsesgruppen som hadde god kunnskap og erfaring med digital behandling. Den ansatte fungerte som en super-bruker eller rollemodell for de andre psykologene som skulle ta i bruk digital behandling. Yang (2020) peker også på at politiske endringer som at behandlingsmetoden ble godkjent som en egnet metode av Beslutningsforum og offentlig økonomisk støtte hadde mye å si for implementasjonen av systemet. Korona ble også bragt fram som en faktor som hadde betydning for implementasjonen.

Yang (2020) forklarer at introduksjonen av Braive opplevdes som overveldende for psykologene som skulle bruke systemet i sin praksis. Behandlerne som nettopp hadde begynt å ta i bruk systemet opplevde at det å inkludere Braive i sin praksis førte til ekstra arbeid. Behandlerne som hadde brukt systemet en stund følte på den andre siden at systemet hadde blitt mer en del av sitt rutinearbeid. Selv om behandlerne ikke opplevde effektivisering av sitt arbeid, slik det var tenkt med ALEC-prosjektet, så de potensialet i å kunne behandle flere pasienter gjennom metoden.

For videre forskning peker Yang (2020) ut andre perspektiv som kan være nyttig å inkludere når man skal studere et tema som digitale tjenester i psykisk helsehjelp. Hun beskriver at «(..) it would have been valuable to include perspectives of representatives of the broader healthcare system such as political decision makers, GPs, and of course, patients» (2020, s. 87). I denne avhandlingen vil det videre bli undersøkt perspektiver til politiske aktører og pasienters opplevelse av å gå i veiledet internettbehandling. Jeg ønsker også å forstå

samarbeidet mellom Braive og Lovisenberg DPS bedre, og forhandlingen mellom utviklere og brukere som har oppstått gjennom dette samarbeidet. Med dette studiet vil jeg videre undersøke hva som skjer med behandling og roller når systemet trolig er mer etablert på sykehuset, med tanke på at har vært i prosjekt på sykehuset siden 2018 og blitt brukt i ordinær drift de to siste årene.

3.5 Oppsummering av kapitlet

I dette kapitlet har konteksten Braive har blitt utviklet i blitt presentert. Det har blitt vist hvordan psykiske lidelser har blitt behandlet ulikt gjennom historien. Det har også blitt vist hvordan offentlige aktører behandler psykiske lidelser i Norge i dag gjennom definisjoner og klassifiseringer. Oppbyggingen av det Norske helsevesenet har blitt forklart som viser at tilbudet om Braive ved Lovisenberg DPS kommer fra spesialisthelsetjenestene.

Koronapandemien har vist seg å øke bruken av teknologi i psykisk helsehjelp i Norge, og det har også blitt presentert en økning i satsningen på velferdsteknologi generelt i samfunnet. I gjennomgangen av tidligere forskning ser man et behov for mer kvalitativ forskning som studerer hvordan implementeringen av ny teknologi i en klinisk praksis fungerer. I det neste kapitlet vil det bli forklart hvordan studiet har blitt metodologisk formet for å kunne generere innsikt til dette kunnskapsgapet.

4. Metode

I den metodiske delen av avhandlingen vil jeg redegjøre for forskningsprosessen og de metodiske valgene som er tatt i studien. Først vil jeg beskrive hva en kvalitativ casestudie er, og hvorfor denne tilnærmingen er egnet for avhandlingens tema og problemstillingen. Deretter vil jeg redegjøre for metodene for datainnsamling som er brukt i denne studien og valget av disse metodene. Jeg vil også forklare valg av informanter brukt i denne studien. Videre vil jeg redegjøre for strategien som har blitt brukt for å analysere funnene fra datainnsamlingen. Jeg vil også redegjøre for de etiske aspektene ved studien som det har vært viktig å anerkjenne og ta hensyn til gjennom hele prosessen.

4.1 Kvalitativ casestudie

Studiens tema og problemstilling har hatt stor betydning for de metodiske valgene som har blitt tatt gjennom prosessen. Forskningsspørsmålet «*Hvordan endres psykisk behandling når det digitaliseres?*» krever en kvalitativ tilnærming. Dette er fordi kvalitative studier er egnet til å belyse individuelle erfaringer, sosiale prosesser og menneskelige miljø (Winchester og Rofe, 2016, s. 3). Teknologi må sees på en sosial aktiv prosess (Moser, 2019). For å forstå hvordan teknologi kan endre et objekt som psykisk behandling, er det derfor essensielt å forstå de individuelle erfaringene brukere har fått gjennom interaksjon med teknologien, samt det menneskelige miljøet teknologien brukes i. Også den sosiale prosessen som har formet teknologien har betydning for å forstå hvordan psykisk behandling blir endret. Med kvalitativ forskning kan man gå i dybden på disse sosiale elementene.

Pols (2012) argumenterer for at de fleste studier av teleomsorg ofte er formet som kvantitative evalueringstudier som måler hvor effektiv teknologien er. Dette ble også observert i litteraturgjennomgangen som ble presentert i delkapittel 3.4 *Tidligere forskning*. Gjennom kvantitative målinger ser man for eksempel på hvor mye ulike symptomer reduseres gjennom behandling med et digitalt verktøy. Problemet med disse studiene, ifølge Pols (2012), er at resultatene ofte forblir lokale og dermed også blir vanskelige å tolke og generalisere. I stedet for å anerkjenne og undersøke omsorgspraksisene som teknologien er en del av, ignorerer ofte kvantitative studier disse variablene. Innovative omsorgspraksiser er komplekse og aktive prosesser, og variablene er fortsatt på vei til å bli definert. Vikkelsø (2005) underbygger argumentet til Pols (2012) med å forklare at elementene som eksisterer i en sykehuspraksis ikke bør defineres *a priori*. Vikkelsø (2005) argumenterer for at man heller

bør empirisk følge relasjonen mellom disse enhetene og effektene av disse relasjonene i en praksis (s. 8). «This implies that rather than proving the *effectivity* of predefined variables, it would be wiser to first articulate the various possible *effects* of using the new technology» (Pols, 2012, s. 14). Denne studien vil derfor heller forsøke å undersøke hva som skjer med omsorgskollektivet og psykisk behandling når det brukes en ny teknologi.

Som nevnt i del 3.4. *Tidligere forskning*, er også en kvalitativ tilnærming til undersøkelse av spesifikt internettbehandling noe som er mangelfullt i forskningsfeltet. Melby mfl., (2019) hevder at kvalitative studier kan gi muligheten til å undersøke hvordan pasienter opplever psykologiske behandlingsformer, og fange deres behov og preferanser. «Kvalitative metoder kan brukes for å undersøke mer om hvordan intervensjonene virker, og hva det er som gjør at de virker, ut fra brukernes opplevelser» (Melby mfl., 2019, s. 26). Det kvalitative kunnskapsgapet i forskningen av teleomsorg, og mer spesifikt internettbehandling av psykiske lidelser, har også bidratt til å forsterke grunnlaget for å benytte seg av en kvalitativ tilnærming til temaet i denne avhandlingen.

4.1.1 Casestudie

Studiet er formet som en casestudie for å få en dybdeforståelse av bruken og utviklingen av internettbehandling. Gerring (2004) definerer casestudier som «an intensive study of a single unit for the purpose of understanding larger class of (similar) units» (i Baxter, 2016, s. 130). Ved å gå i dybden på utviklingen av Braive og bruken av dette systemet ved Lovisenberg DPS kan man få rik data med god forståelse av opplevelser og erfaringer med bruk av digitale tjenester i psykisk helsehjelp. Det er en rekke faktorer som inngår i teknologibruk og som må bli studert når man skal forsøke å forstå effekten av teknologi. Casestudier har den egenskapen at det kan håndtere ulike typer forskningsdata. Teknologi inngår i nettverk med ulike aktører og elementer som gjør at slike fenomen kan være svært komplekse. Case tilnærmingen gjør det mulig å etablere et bilde av slike komplekse prosesser (Baxter, 2016).

Formen på forskningsspørsmålene har også vært av stor betydning for valg av casestudier som tilnærming. Casestudier egner seg godt til studier som har forskningsspørsmål som er formet som «hvordan» og «hvorfor» spørsmål (Yin, 2018). Dette er fordi metoden lar en triangulere mellom ulike metoder som gir mulighet til å gå i dybden av temaet. Yin (2018) argumenterer for at case tilnærmingen også er godt egnet når man ønsker av å forstå konteksten studiet befinner seg i. Som nevnt i kapittel 2.2 *Omsorgsstudier*, er det å utforske de kontekstuelle

forholdene svært viktig når man skal studerer velferdsteknologi. Dette er dog noe som er mangelfullt innenfor studier av internettbehandling. Andersson mfl. (2019) hevder at «what is lacking, however, are detailed case descriptions and, to the best of our knowledge, there are very few case studies on Internet interventions» (s. 21). Denne studien ønsker å bidra til å få en grundigere og kontekstuell forståelse av en slik intervensjon.

«Good case studies inspire theory, shape ideas and shift conceptions» (Mol, 2008, s. 9). Mol (2008) argumenterer for at det å studere en praksis handler om å skape ny lærdom om et fenomen fremfor å skape universell validitet. Omsorgsforståelsen som genereres gjennom dette studiet vil kun passe til casen i denne studien. Funnene vil dermed ikke være direkte generaliserbare eller overførbare til andre omsorgspraksiser. Samtidig argumenterer Mol for at studien ikke kun er relevant for den ene praksisen som er studert. «It offers points of contrast, comparison or reference for other sites and situations» (Mol, 2008, s. 9). Derfor er målet med denne studien at funnene som blir presentert kan brukes til å sammenlikne med andre omsorgspraksiser hvor ny teknologi blir introdusert. Det er også et mål å lære mer om hvordan det er å bruke ny teknologi i psykiske omsorgspraksiser.

4.1.2 Valg av tema og case

Jeg har lenge vært opptatt av psykisk helse og de samfunnsmessige utfordringene knyttet til temaet. Jeg har kjent nært på det at spesialist -og primærhelsetjenestene ikke har hatt kapasitet til å hjelpe de som trenger psykisk helsehjelp. Dette har vært en frustrasjon som gjennom masteren på TIK har blitt snudd om til en motivasjon for å danne mer kunnskap om temaet og sette lys på nye muligheter. Da jeg begynte på masteren i Teknologi, innovasjon og kunnskap hadde jeg et ønske om å studere dette temaet gjennom det brede samfunnsperspektivet fagfeltet tilbyr. Som beskrevet tidligere i avhandlingen er psykisk helse et tema som berører flere deler av samfunnet og som kan dras nytte av å studeres gjennom et bredere perspektiv.

Koronapandemien har ført til at både psykisk helse generelt, men også digitale løsninger i psykisk behandling, har fått mer oppmerksomhet. Dette gjør digitale løsninger i psykisk helsehjelp til et svært relevant tema å undersøke i perioden vi befinner oss i nå. Som nevnt tidligere mener både politikere og forskere at teknologi i helsevesenet vil være svært viktig for det framtidige helsetilbudet. Bruken av teknologi i psykisk behandling, spesielt i offentlige helsetjenester, er også fortsatt i en introduserende fase. Det å få muligheten til å studere et

fenomen som er i en relativ tidlig fase og en sektor som ser ut til å gå igjennom en stor endring, ser jeg på som en utrolig mulighet.

Det fortolkende miljøet man er en del av påvirker ofte temaet man velger og hvordan man forsøker å møte dette temaet (Bradshaw og Stratford, 2016). Tidlig i studieløpet ble vi introdusert til temaene brukerstudier og omsorgsstudier. Her så jeg at min bakgrunn og kunnskap fra informatikk med spesialisering i interaksjonsdesign, sammen med innsikten STS gir til teknologisk utvikling i helsesektoren, kunne gi en forståelse som omfavner kompleksiteten som oppstår med slike utfordringer. Etter valgt tema var neste steg i prosessen å finne en relevant case som kunne genere en dypere og kontekstuell forståelse av temaet. Jeg utforsket ulike former for digitale verktøy som kunne vært passende å studere og deltok på webinarer knyttet til temaet. Gjennom en bekjent fikk jeg informasjon om at det var et ønske fra Lovisenberg DPS om å ha masterstudenter med på å undersøke internetbehandlingen som ble brukt på sykehuset. Etersom en viktig del av formålet med avhandlingen er å undersøke og forstå pasienter sin opplevelse av digitale verktøy i psykisk helsehjelp, forsto jeg raskt at det å ha en kontaktperson som aktivt ville bidra til å rekruttere pasienter var viktig. Dermed falt valget på å studere bruken av systemet Braive ved Lovisenberg DPS som case.

4.2 Strategi for datainnsamling

Oudshoorn og Pinch (2003) hevder at brukere og teknologi ofte blir sett på som to separate objekter i forskning, men argumenterer for at man heller må se på sammenkoblingen mellom disse to sfærene (s. 2). Akrich (1992) argumenterer for at i tillegg til å konstant bevege seg mellom det tekniske og det sosiale, må man også undersøke forhandlingene som foregår mellom de som utvikler og brukerne av teknologien. «We cannot be satisfied methodologically with the designer's or user's point of view alone. Instead we have to go back and forth continually between the designer and the user» (Akrich, 1992, s. 206). Dette understreker viktigheten av både det å undersøke menneskene som har utviklet teknologien, menneskene som bruker teknologien og selve artefaktet, og å ikke studere disse enhetene isolert fra hverandre. Casestudier gir en unik mulighet til å utforske og inkludere disse ulike datakildene, som gir rik og kontekstuell innsikt i et tema. Denne trianguleringen kan også styrke funnene i studiet og dermed også studiet i sin helhet (Yin, 2018)

For å forberede prosessen med datainnsamling deltok jeg på flere webinarer utover våren og høsten 2021. Dette var for å få innsikt i de ulike aktørene som kunne knyttes til temaet

digitale verktøy i psykisk helsehjelp i Norge. Når man studerer et teknisk objekt kan det være vanskelig å vite hvor man skal starte og stoppe analysen, ettersom aktørene i et nettverk kan være endeløse (Akrich, 1992, s. 223). Derfor forsøkte jeg å følge aktørene og startet denne reisen ved å delta på ulike webinarer som omhandlet temaet.

«With ANT, one must closely ‘follow the actors’ to understand how actor network negotiations influence the shape that technical artefacts will take [53, 60,74]. In practice, snowballing can be used to identify actors in pervasive e-health solution networks» (Troshani og Wickramasinghe, 2014, s. 2998).

Webinarene kan ses på som utgangspunktet for snøballmetoden. Denne metoden hjalp videre med å få innsikt i hvilke digitale tjenester som fantes der ute og hvilke som kunne være interessante å studere. De ga meg også en større forståelse over hvilke aktører som spiller en rolle i å være med på å modifisere teknologien. Tabell 1 viser en oversikt over de ulike webinarer jeg deltok på.

Webinar			
Aktør	Navn	Dato	Lengde
Den norske dataforening	Gir digitalisering bedre folkEhelse?	12.03.2021	2 timer og 10 min
E-helse i Norge (EHiN)	Psykisk helse i vår digitale tidsalder	15.06.2021	1 time og 18 min
Norwegian Centre for E-health Research	Psykisk hjelp til unge og videokonsultasjon	10.09.2021	44 min
Digpsyk	E-helse på steroider: digital psykisk helsehjelp under og etter pandemien	13.10.2021	1 time og 50 min

Tabell 1: Oversikt over webinarer om digital psykisk helsehjelp

4.3 Intervju med menneskelige aktører

4.3.1 Valg av menneskelige informanter

Formålet med dette studiet er å gi en stemme til de som ofte har blitt oversett i forskning av velferdsteknologi og internettbehandling, og ved utviklingen av slik teknologi; nemlig pasienter. Fokuset i velferdsteknologi er ofte rettet mot teknologien fremfor tjenesten den skal

yte. Oudshoorn og Pinch (2003) understreker at brukere er sosiale grupper som spiller en viktig rolle i konstruksjonen av teknologi. I ANT eksisterer tanken om at alle aktører i nettverket er med på å realisere og opprettholde teknologiske objekter (Druglitrø, 2012, s. 28). Gjennom historien har det ikke eksistert en slik symmetrisk behandling av aktører når det kommer til teknologiutvikling og forskning av slike fenomen. Ved å inkludere pasienter av veiledet internettbehandling som informanter forsøker dette studiet å følge ANT's symmetriprinsipp. Behandlere ved Lovisenberg DPS defineres også som brukere av Braive. Dermed er også de en viktig kilde til informasjon når man skal undersøke forskningsspørsmålet. Å inkludere ulike brukergrupper bidrar også til å triangulere dataen (Yin, 2018). Pasienter og behandleres syn på internettbehandling kan være ulike, og det å kombinere deres opplevelse av behandlingen gir en rikere forståelse av hvordan teknologi kan endre psykisk helsehjelp.

For å rekruttere pasienter og behandlere benyttet jeg meg av snøballmetode. Denne metoden går ut på at man identifiserer informanter gjennom personer man kjenner eller har kontakt med (Bradshaw og Stratford, 2016; Patton 2002). Min kontaktperson hos Lovisenberg DPS sendte informasjon om studiet til behandlere ved sykehuset, som igjen sendte informasjonen til sine pasienter. Personvern hensyn gjorde at jeg ikke kunne innhente kontaktinformasjonen til pasientene før de hadde gitt sitt samtykke. Dette førte til at jeg hadde svært lite kontroll over studiets informanter. Å rekruttere pasienter til studien var noe som ble mer utfordrende enn kontaktpersonen min ved Lovisenberg DPS og jeg hadde sett for oss. Dette resulterte i at datainnsamlingsprosessen ble noe forsinket og antall pasienter inkludert i studien ble færre enn jeg opprinnelig hadde tenkt. Samtidig opplevde jeg at de tre pasientene jeg intervjuet, sammen med erfaringene fra behandlerne, ga god innsikt for å kunne svare på problemstillingen. I kvalitativ metode er det ingen krav for antall informanter i en studie, målet er å svare på problemstillingen noe dataen fra de informantene som er med i studien har gjort (Yin, 2018).

Akrich (1992) beskriver at et skript er basert på utvikleres antakelse om hvordan verden vil utvikle seg med teknologien de har skapt. For å forstå skriptet brukerne møter i en praksis argumenterer Akrich (1992) for at det er viktig å følge forhandlingene som foregår mellom potensielle brukere og utviklere. Jeg vil derfor undersøke teknologenes tanker om hvem brukerne er, hvilke behov og interesser de har og se om dette stemmer overens med de faktiske brukerne. Jeg vil også undersøke prosessen hvor teknologien dens skript har blitt utviklet. Antakelsene som er innskrevet i teknologien vil også være med på å forme hvordan teknologien påvirker psykisk behandling.

4.3.2 Intervju

Intervju er en metode som gir en mulighet til å forstå en annen persons perspektiv (Patton, 2002, s. 341). Intervju som metode kan derfor gi innsikt i hvordan pasienter og behandlere opplever å gå i eller behandle gjennom veiledet internettbehandling. Det er nemlig en metode som egner seg når man skal undersøke blant annet erfaringer (Dunn, 2016). Metoden kan også bidra til å gi innsikt i hvordan utviklerne har tillagt systemet de egenskapene det har. Det finnes ulike former for kvalitative intervju og forskningsspørsmålet burde føre hvilken form intervjuet tar. Ustrukturerte intervjuer fokuserer på personlig persepsjon og personlige historier og er derfor godt egnet til å samle inn data om brukeres erfaring med bruk av velferdsteknologi (Dunn, 2016). Samtidig ønsket jeg også å ha en form for intervjuguide med en viss struktur, ettersom jeg ikke er en veldig erfaren intervjuer og det å holde helt ustrukturerte intervjuer kan være utfordrende (Patton, 2002). Dermed falt valget på å forme intervjuene semi-strukturerte for å la informantenes uttalelser være fokuset i intervjuet, samtidig som jeg kunne føre samtalen mot problemstillingen dersom samtalen skulle skli ut.

I forkant av intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide (se vedlegg 1) basert på tidligere forskning, webinarer og teorien som er inkludert i denne studien, som blant annet skript, brukestudier og omsorgsstudier. Intervjuguiden ble også designet med formålet om å stille spørsmål som måtte dekkes for å kunne svare på forskningsspørsmålet. Jeg delte intervjuguiden inn i ulike temaer og skrev opp forslag til spørsmål som kunne stilles under hvert tema. Som følge av koronapandemien ble alle intervjuene utført med bruk av det digitale verktøyet zoom. Under intervjuene benyttet jeg meg av lydopptak for å sikre at jeg fikk med meg alt intervjuobjektene uttrykte. Som Yin (2018) har påpekt kan «audio recordings certainly provide a more accurate rendition of any interview than taking your own notes» (s. 118). Jeg spurte alle informanter om de var komfortable med, og samtykket til, opptak av intervjuet slik at det ikke var en forstyrrende faktor som kunne påvirke intervjuet. Jeg utførte også et teknisk pilotintervju i Zoom med en medstudent i forkant av det første intervjuet. Dette var for å sikre at det ikke ble noen tekniske forstyrrelser under intervjuene og for å se hvordan en annen responderte til spørsmålene utarbeidet i intervjuguiden. Dette viste seg å være en nyttig øvelse ettersom jeg både lærte hvordan å opprette og ta opptak av en Zoom-samtale, samt hvilke spørsmål som ikke oppfordret til refleksjon som var særlig relevant for problemstillingen. I etterkant av intervjuene skrev jeg ned et kort notat som oppsummerte de første tankene jeg hadde om intervjuet. Deretter transkriberte jeg intervjuene.

I avhandlingen har jeg valgt å gi pasientene som er inkludert i studien pseudonymene «Lars», «Kari» og «Lisa». Dette er tilfeldige navn og kjønn for å anonymisere informantene, men samtidig ønsket jeg å referere til navn for å menneskeligjøre pasientene og deres historier. Behandlerne ved Lovisenberg DPS har blitt anonymisert med pseudonymene Behandler 1, 2 og 3. Informantene fra Braive presenteres ved deres stillingstittel som grunnlegger og produktsjef i Braive. En oversikt over intervjuene er presentert i tabell 2.

Intervju		
Informant	Dato	Lengde
Lars	15.03.2022	50 min
Kari	02.04.2022	1 time
Lisa	06.04.2022	50 min
Behandler 1	16.02.2022	1 time
Behandler 2	22.02.2022	1 time
Behandler 3	14.03.2022	58 min
Grunnlegger Braive	26.01.2022	50 min
Produktsjef Braive	26.01.2022	50 min

Tabell 2: Oversikt over intervju

For å frembringe innsikt til forskningsspørsmålet hadde jeg også et ønske om å observere pasienter og behandlere mens de brukte Braive for å få innsikt i hvordan de bruker systemet i sine hverdagslige og profesjonelle praksiser. Pols (2012) bruker nettopp denne metoden i sin studie av teleomsorg for å se hvordan teknologien endrer disse praksisene. Observasjon kunne ha vært en metode som egnet seg for å samle inn slik data ettersom metoden kan brukes for å få mer *deskriptive* data og en *kontekstuell* forståelse (Kearns, 2016, s. 315). Etter en grundig etisk vurdering av denne tanken fant jeg ut at ettersom pasientene er i en svært sårbar situasjon, kan observasjon av bruk virke for invaderende i deres privatliv. Observasjon av behandlere og pasienters bruk av Braive introduserer også mange utfordringer knyttet til pasienters personvern og behandleres taushetsplikt. Pols (2012) har bruk ten metode som møter disse utfordringene og allikevel gir inblikk i brukernes praksiser. Hun beskriver at hun intervjuer «(...) those who work with telecare about their experiences, and ask the users to observe their own practices» (Pols, 2012, s. 15). For å likevel få en mer deskriptiv og

kontekstuell data ba jeg både pasienter og behandlere om å uttrykke sine erfaringer, og jeg forsøkte å få de til å reflektere over egne praksiser og beskrive egen bruk av teknologien.

4.4 Studier av ikke-menneskelige aktører

«In some theoretical dispositions, participants can also include non-human elements, or actants, whose effects on the case are profound» (Bradshaw og Stratford, 2016, s. 121). ANTs symmetriprinsipp handler også om å inkludere ikke-menneskelige aktører i det samme konseptuelle rammeverket som mennesker. I denne studien vil ikke-menneskelige aktører som dokumenter og teknologiske artefakter bli behandlet som deltakere i studien på lik linje med de menneskelige aktørene.

4.4.1 Dokumenter

«Text do not stand in a random relation to reality, but are already a part of reality, and textual work helps different actors renegotiate and modify that reality» (Asdal mfl., 2008, referert i Asdal, 2015, s. 88). Asdal (2015) argumenterer for at dokumenter er objekter som kan være med på å forme fenomener. I ANT tar også dokumenter rollen som aktører. De presenterer ikke bare eller definerer fenomener, men tar også del i selve fenomenet (Asdal, 2015). I dette studiet har derfor dokumenter blitt behandlet som aktører som også er med på å påvirke hvordan internettbehandling endres når det blir digitalisert.

Jeg har sett på relevante dokumenter begrenset til perioden 2018-2022, som er perioden hvor Braives samarbeid med Lovisenberg DPS har foregått. Jeg bruker dokumenter av to grunner. Det første handler om å forstå det politiske klimaet Braive, og samarbeidet de har med Lovisenberg DPS, har blitt utviklet i. I STS er et viktig aspekt at teknologi, politikk og samfunn påvirker hverandre gjensidig. Teknologisk utvikling skjer i konteksten av samfunnets aktuelle spørsmål og utfordringer (Moser, 2019, s. 17). De teoretiske begrepene «scenario» og «skript» har blitt aktivt brukt når jeg har analysert dokumentene. Ved å se på ulike politiske dokumenter fra regjeringen ønsker jeg å forstå scenarioet Braive tar del i. Scenarioer beskriver gjerne de tenkte utfordringene teknologier skal løse, og hva som skjer med økonomiske, politiske og moralske faktorer når teknologier introduseres (Moser og Thygesen, 2013). Gjennom disse politiske dokumentene har jeg sett på hvordan regjeringen former utfordringene digitale mentale verktøy tar en del i, og hvordan det er tenkt at teknologi kan møte disse utfordringene. Jeg har brukt skripttilnærmingen når jeg har sett på dokumenter

som eksempelvis *Prosedyre for bruk av internettbehandling ved Lovisenberg DPS*. Her har jeg undersøkt hvordan aktørene legger opp sin forventning til bruk og hvem som skal bruke internettbehandling. Den andre grunnen til at jeg bruker dokumenter i avhandlingen er at dokumenter også er verktøy som gjør noe med saken. Asdal og Reinertsen (2020) beskriver at når man skal bruke dokumenter som et verktøy handler det om anerkjenne at dokumenter ikke er nøytrale, men at også de er med på å forme sakene de arbeider med og på. Jeg har derfor også analysert dokumenter for å se om disse har vært med på å både forme teknologien og de andre aktørene som er med på å forme teknologien, som utviklere, pasienter og psykologer.

Dokumentene som er identifisert og presentert i analysen har blitt valgt ut gjennom å følge aktørene i nettverket. Gjennom webinarer til Digpsyk (se tabell 1) forsto jeg at Norsk Psykologforeningen blir sett på som en aktør som ofte informerer om behandlingsmetoder for psykologer i Norge. Dokumenter fra denne foreningen virker derfor å ha betydning for hvilke metoder psykologer i Norge blir informert om. Gjennom intervju med behandlerne ble det henvisning til en prosedyre som ble omtalt som et sentralt dokument brukt av behandlere før deres møte med internettbehandling. Teorien inkludert i studien, eksempelvis Pols 2012 og Akrich, 1992, argumenterer også for at bruken av en teknologi kan være påvirket av forventninger av bruk fra de som taler dens sak. Derfor har også dokumenter fra regjeringen blitt analysert i denne studien hvor forventninger til bruk av teknologien kommer fram.

Dokumenter		
Informant	Tittel	Dato
Regjeringen	Helsenæringen	5. april. 2019
Regjeringen	Nasjonal helse-og sykehusplan 2020-2023	22.november. 2019
Lovisenberg DPS	Prosedyre for veiledet internettbehandling og blandet terapi ved Lovisenberg DPS	04. november. 2021
Norsk Psykologforeningen	Bruk av digitale verktøy i psykologisk behandling policynotat	17. februar. 2022

Tabell 3: Oversikt over dokumenter

4.4.2 Teknologisk artefakt

Teknologiske artefakter kan også bli observert som en del av en casestudie, og når de er relevante kan de være viktige komponenter i casestudien (Yin, 2018. s. 125). Teknologiske artefakter tar også rollen som aktører og er like viktige å anerkjenne i nettverket som menneskelige aktører. Oushoorn og Pinch (2003) argumenterer også for at brukere og teknologi samkonstruerer teknologien og at det derfor er viktig å studere begge elementene sammen (s. 3). Teknologiske artefakter reflekterer menneskelige interesser, og kan derfor være med på å gi innsikt som kan gi svar på forskningsspørsmålene. Derfor har jeg selv gått igjennom deler av et program i Braive for å få en bedre forståelse av hvordan systemet fungerer, og for å se hvordan utviklernes skript og regjeringens scenario reflekteres i systemet.

4.5 Strategi for analyse

I denne studien er det både brukt en deduktiv og induktiv tilnærming til dataen. Det har blitt benyttet koding i studien for å redusere og organisere data, og utforske og analysere dataen, med et mål om å komme nærmere et svar på problemstillingen (Cope, 2016). Jeg begynte prosessen med å analysere dataen ved å se etter elementer i dataen som jeg opplevde som overraskende eller som jeg synes var interessante. Disse kodene var for eksempel «motivasjon», «morsom terapi», «psykoedukasjon» og «hjemmelekse». Disse kodene kan beskrives som deskriptive koder som er temaer som dukker opp i dataen. Her har dataen dermed blitt møtt med en induktiv tilnærming (Cope, 2016). ANT og skript har blitt brukt som analytiske verktøy, og har vært med på å føre analysen. Jeg har også brukt tanker fra omsorgsstudier, brukerstudier og interaksjonsdesign for å skape kategorier som jeg har sett etter i dataen. Disse kodene var for eksempel «terapiens rammer», «pasientskript», «behandlerskript» og «relasjoner». På denne måten har jeg møtt dataen med teoretiske antakelser gjennom analytiske koder og dermed også møtt dataen deduktivt (Cope, 2016).

Druglitrø (2012) forklarer at når man bruker ANT som en tilnærming forplikter man seg til en studie hvor «(...) vi må se bort fra fundamentale ontologiske distinksjoner, og åpner opp for undersøkelser av heterogenitet.» (s. 38). I ANT står prinsippet om symmetri sentralt og man skiller ikke her mellom mikro og makro-nivå i samfunnet. Forskere som John Law og Bruno Latour har derfor forsøkt å studere fenomen «oppover» med grunnlag i praksisen, fremfor «nedover» hvor aktører som blir behandlet med mye makt tas som utgangspunkt (Law, 2007).

I analysen i denne avhandlingen blir regjeringen og andre offentlige aktørers behandling av internettbehandling presentert først, deretter utviklerne av Braive, og til slutt behandlerne og pasientene ved Lovisenberg DPS. Strukturen i analysen er derfor ikke en refleksjon over hvilke aktører som burde bli anerkjent først, eller hvilke aktører man burde ta utgangspunkt i. Pasientenes refleksjoner kunne også blitt presentert først i analysen. Studiets formål er å generere kunnskap om pasienters opplevelse av å gå igjennom psykisk behandling over internett og presentere en stemme som tidligere ikke har blitt like anerkjent som den burde. Etersom jeg har ønsket å se hvordan skriptet har blitt til og hvordan det har vært for brukeren å møte dette skriptet, har jeg likevel valgt å presentere det jeg vil kalle for regjeringens scenario og Braive sitt skript først. Dette er for å bedre kunne se hvordan skriptet påvirker pasienters og behandleres bruk, men samtidig se hvordan de også har makt i å forme bruken av teknologien.

4.6 Ethiske hensyn

«Researchers have an independent responsibility to contribute to ensure that research benefit society, directly or indirectly, and to minimise risk» (NENT, 2016, s. 9). Det å studere internettbehandling og hvordan det skaper endring i psykisk behandling vil jeg argumentere for at kan ses på som nyttig for samfunnet ettersom det er et verktøy som kan bidra til å skape nye former for psykisk helsehjelp. Det er av ulike grunner mange som ikke får den hjelpen de trenger. Dette studiet har som formål å undersøke nye muligheter for psykisk helsehjelp med en brukerrettet tilnærming. Jamtvedt mfl. (2014) argumenterer at for å spare pasienter for unødig deltakelse i prosjekter bør forskningsspørsmålet som stilles i forskningen utforske områder i feltet som ikke enda har blitt tilstrekkelig dekket av tidligere forskning. I kapittel 3.4 *Tidligere forskning* har det blitt avdekket et kunnskapsgap i forskningen på internettbehandling. Dette er noe jeg har tatt i betraktning ved valg av forskningsspørsmål og metode. «Forskning på pasienter/sårbare grupper skal kun gjennomføres dersom det ikke er mulig å løse problemstillingen på en annen måte» (NSD, uå). Jeg så på det som såpass viktig å inkludere pasienter i dette studiet ettersom deres stemme er svært viktig for å svare på problemstillingen, og dermed forstå hvordan psykisk behandling endres når det digitaliseres. En tanke var også at de selv kunne få en god erfaring gjennom å reflektere over egne opplevelser, noe alle pasientene uttrykte under intervjuene.

Forståelsen i STS om at dokumenter og tekst ikke er nøytrale gjelder også for denne masteravhandlingen. Dette er noe jeg har vært aktivt bevisst på gjennom å anerkjenne

ansvaret man har når man studerer et fenomen (Dowling 2016, s. 29). Gjennom STS anerkjennes det at man ser på fenomen i verden på ulike måter. Mine antagelser vil derfor være med på å forme dette studiet. Funnene presentert i studien hevdes dermed ikke å være sannheten om hvordan psykisk helse endres gjennom digitalisering, men heller en presentasjon av funn basert på mine tolkninger av menneskelige og ikke-menneskelige aktører. Totalt objektive funn vil aldri være mulig å oppnå i forskning, ettersom studier alltid vil bli farget av personlig persepsjon og konteksten den er satt i. Samtidig kan kritisk refleksivitet være med på å begrense omfanget av subjektivitet (Dowling, 2016, s. 39). Jeg har derfor benyttet meg av kritisk refleksjon som tilnærming gjennom hele studiet ved å konstant reflektere over hvordan min egen persepsjon av fenomenet er med på å forme studiet, og forsøkt å begrense dette i den grad det har vært mulig (Dowling, 2016). I praksis har dette fungert gjennom å skrive ned korte notater til meg selv, eller «memos», ettersom slike notater legger til rette for kritisk vurdering og selvrefleksjon (Cope, 2016).

«Det bærende elementet i forskningsetikk er hensynet til deltakerne og deres integritet» (Halvorsen og Jerpseth, 2019). Det har blitt tatt hensyn til deltakerne og deres integritet ved blant annet frivillig informert samtykke. Samtykkeskjemaet (se vedlegg 2) har inneholdt informasjon om studiets formål, bruk av metode og hva det innebærer å være deltaker i studien. Jeg har også vist hensyn til informantene ved å fortelle at de når som helst har mulighet til å trekke seg fra studien og intervjuet. Jeg har også understreket for pasientene at verken intervjuet, eller valget om å eventuelt skulle trekke seg vil påvirke deres behandling. I samtykkeskjemaet har det også blitt gitt informasjon om hva som vil skje med dataen knyttet til informantene, som anbefalt av NENT (2019).

4.6.1 Personvern og databehandling

«Information about the persons taking part in the research project, or about others with whom a researcher become acquainted during the research process, must be handled with care» (NENT, 2019, s.13). Ettersom studiet inkluderer helseopplysninger om informanter har det vært ekstra viktig å være varsom når det kommer til personvern knyttet til informantene. Jeg har fått en ekstern vurdering fra NSD av prosjektet som har godkjent at behandlingen av data vil være i samsvar med personvernlovgivningen (se vedlegg 3). Ved Lovisenberg DPS er det også egne regler knyttet til pasienters personvern. For å innhente samtykke fra pasientene måtte jeg derfor opprette ett nettskjema via UiOs sikre sider som kunne kobles direkte opp til en bruker jeg fikk opprettet i Tjenester for sensitive data (TSD). Behandlerne kunne ikke selv

levere ut informasjon om pasientene, pasientene måtte heller selv fylle ut det digitale samtykkeskjemaet før jeg kunne komme i kontakt med dem. «Rekruttering av deltakere via sykehus/andre institusjoner må gjennomføres slik at taushetsplikten ikke er til hinder, og slik at forskningsdeltagelse oppleves som frivillig» (NSD, uå). Ved å ha digitalt samtykke har pasientene selv måttet ta et valg om å aktivt gå inn på nettløken og fylle ut kontaktinformasjonen. Dette vil jeg argumentere for at har bidratt til å forsterke muligheten for et frivillig samtykke. Pasientene har fått informasjon fra sin behandler om prosjektet under en samtale, og deretter kunnet velge om de ville gå inn på nettløken eller ikke i etterkant av timen, uten direkte eksternt press (NENT, 2019). Det er også viktig at informantene enkelt skal kunne trekke seg fra studien (Halvorsen og Jerpseth, 2019). Gjennom den digitale løken kunne pasienten trekke seg på samme måte som de hadde gitt sitt samtykke. På denne måten sikret jeg at dersom de håndterte digitalt samtykke ville de også håndtere det å trekke seg fra studien digitalt.

Både informanten og jeg har et ansvar for at det ikke skal komme frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Derfor gjorde jeg det klart i forkant av intervju med behandlere om at all omtalelse om pasienter ikke bare skulle anonymiseres ved navn, men også alder, kjønn, sted og diagnoser, samt være forsiktig med å bruke spesifikke eksempler under intervjuene. For pasientene gjorde jeg det klart at de ikke skulle navngi sin behandler. På denne måten har jeg sikret at verken pasient eller behandler har brutt sin taushetsplikt under intervjuet.

Identiteten til personene som er inkludert i studien har blitt ivaretatt ved å bruke koblingsnøkkel. Det er ikke direkte identifiserte personopplysninger som er av relevans for studiet, så disse ble behandlet separat fra de øvrige opplysningene. Dette ble gjort ved å lage to lister – en for selve forskningsdataene og en for identitetsopplysningene (koblingsnøkkel), som ble lagret separat. Personidentiteten kan kun utledes ved å sammenstille disse to listene gjennom et felles referansenummer. Forskningsdataen inneholder dermed kun avidentifiserte personopplysninger når den holdes separat fra koblingsnøkkelen. Dataen som ble behandlet i studiet har blitt lagret i systemet TSD, som er et sikkert system for lagring og behandling av sensitiv data. Intervjuene har også blitt transkribert gjennom TSD.

4.7 Oppsummering av kapittelet

I dette kapittelet har det blitt gjort rede for studiens metodologiske valg. Med grunnlag i avhandlingens problemstilling og forskningsfeltets kunnskapsgap har det blitt tatt et valg om å forme studiet kvalitativt. For å generere en dyp og kontekstuell forståelse av fenomenet har det blitt benyttet casestudie som tilnærming hvor både menneskelige aktører, som pasienter, behandlere og utviklere, og ikke-menneskelige aktører, som dokumenter og teknologiske artefakter, har blitt behandlet som likeverdige informanter. Ettersom helseopplysninger vil bli behandlet i denne studien har det blitt forklart hvordan det har vært ekstra fokus på personvern, sikker lagring og behandling av data, og beskyttelse av deltakere ved planlegging og utføring av studiet. I det neste kapittelet vil funnene som har kommet frem fra intervju og dokumentanalyse bli presentert og diskutert sammen med teorien fra det teoretiske rammeverket, for å svare på avhandlingens problemstilling.

5. Braive i bruk: empiriske funn og analyse

Det følgende kapittelet vil presentere de empiriske funnene knyttet til avhandlingens problemstilling. De empiriske funnene er hovedsakelig basert på intervju med informanter som pasienter, behandlere ved Lovisenberg DPS og menneskene bak Braive, samt relevante dokumenter og det teknologiske artefaktet Braive. Gjennom hele analysen vil teori presentert i kapittel 3. *Teoretisk rammeverk* bli diskutert sammen med funnene, og hvert delkapittel vil ha en oppsummerende del med videre diskusjon. Gjennom hele det empiriske og analytiske kapittelet vil problemstillingen: *Hvordan endres psykisk behandling når det blir digitalisert?* bli utforsket. Dette vil gjøres gjennom å dele kapittelet i tre deler, hvor hvert delkapittel vil forsøke å svare på en underproblemstilling.

5.1 Braive sitt skript

Dette delkapittelet er delt i to deler hvor det først vil bli presentert det jeg vil kalle for regjeringens scenario om velferdsteknologi. Deretter vil det bli forklart hvordan Braive startet opp og hvordan innskrivingen av teknologiens skript har tatt form. Akrich (1992) beskriver at teknologier innlemmer de heterogene aktørenes relasjoner. Braive er en del av et nettverk med både politikere, beslutningstakere og teknologer. I denne delen av det empiriske kapittelet vil jeg derfor se på underforskningsspørsmålet *Hvordan skriptes Braive?* ved å utforske hvordan politiske aktører og teknologer forestiller seg at teknologien vil bli brukt, hvilke karakteristikk de forestilte brukerne har og hvordan det er tenkt at samfunnet skal utvikle seg når teknologien tas i bruk. Det er viktig å poengtere at brukere også er en aktiv del av å forme teknologiers skript, og det er gjennom å utforske brukeres beskrivelser at man ser hvordan teknologien faktisk blir brukt (Akrich, 1992, s. 209). Derfor vil dette delkapittelet presentere hvordan teknologers og politikeres skript har blitt formet, og det neste delkapittelet se på hvordan brukere av Braive fortolker teknologiens skript. Politiske aktørers scenario og utvikleres skript kan ses på som en måte veiledet internetthandling blir gjort. I de to neste empiriske delkapitlene vil andre måter internetthandling blir gjort på presenteres gjennom pasientene og behandlerne ved Lovisenberg DPS sin bruk av teknologien. Dette er for å vise at internetthandling ikke er et enkelt objekt, men flere som blir gjort i praksis (Mol, 2003).

5.1.1. Politisk scenario

Pasient 2.0 gjennom pasientenes helsetjenester

Tidligere i avhandlingen ble det presentert hvordan psykiske lidelser har blitt gjort som noe som skulle institusjonaliseres og som samfunnet skulle beskyttes mot, til noe pasienten i økende grad selv skal lære å håndtere på egenhånd samtidig som pasienten er mest mulig integrert i samfunnet. Regjeringen publiserte i 2019 St.Meld. nr. 7. *Nasjonale helse-og sykehusplan 2020-2023*. Helseminister Bent Høie starter i forordet av planen med å presentere begrepet «brukermedvirkning» og beskriver dette som «livsviktig» (s.2). Målet for den nasjonale helse- og sykehusplanen beskrives her som å skape «pasientenes helsetjenester» (s.2). I pasientenes helsetjenester skal pasientenes stemme bli hørt, være med i alle valg og være med å påvirke sin behandling. «Pasientene er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar» (St.meld. nr. 7 (2020-2023), s. 106).

Digitale løsninger blir fremmet som en forutsetning for pasientenes helsetjenester. Gjennom pasientenes helsetjenester får pasientene en rolle som reflekterer konseptet Pasient 2.0. Når en pasient er i rollen som Pasient 1.0 er det helsepersonell som er ekspertene og pasientene er passive. En pasient i pasientenes helsetjenester blir gjennom regjeringens plan presentert som en aktiv pasient som er ekspert på eget liv. Helsepersonell blir ikke lenger behandlet som eksperten i møte med pasienten. De vet ikke hva som er viktigst for pasienten, det vet bare pasienten selv. Hvem som blir behandlet som eksperten blir derfor mer flytende når pasienten går over mot rollen som Pasient 2.0. Som reflektert gjennom Pasient 2.0, spiller også de pårørende en større rolle i behandlingen av pasientene i pasientenes helsetjenester (Brodersen og Lindegaard, 2015).

Økonomisering, kommersialisering og effektivisering av helsehjelp

Helsenæringsmeldingen kan bli sett på som en politisk overgang fra å behandle helse og omsorg som noe som blir tilbudt og finansiert av velferdsstaten, til noe som skal bli mer markedsstyrt (St.meld. nr. 18 (2018-2019)). Det er den første stortingsmeldingen fra Nærings- og fiskeridepartementet som omhandler helse. Begrepet «helsenæring» blir sentralt i denne meldingen. Meldingen er basert på St.meld. nr. 27 (2016-2017) *Industrien – grønnere, smartere og mer nyskapende*. I behandlingen av St.meld. nr. 27 (2016-2017) ble det enighet om at man skal utnytte fortrinnet Norge har når det kommer til digitalisering og en høy andel brukere av teknologi og internett, og at man skulle lage et mål om at Norge skal bli ledende i

Europa på e-helse innen 2025. Meldingen presenterer her en internasjonal konkurranse om å bli best på e-helse.

I Helsenæringsmeldingen presenterer regjeringen utfordringer knyttet til en forventet økning i antall pasienter i det norske helsevesenet, og ser på teknologi som noe som skal møte denne utfordringen. Dette kan analyseres som et «scenario» hvor regjeringen beskriver hvordan samfunnet vil utvikle seg når ny teknologi blir introdusert (Callon, 1987). Økningen av pasienter vil ifølge regjeringen også føre til økt behov for helse- og omsorgstjenester. «Slik gir ny teknologi pasientene et bedre tilbud, og er avgjørende for å løse utfordringene helse- og omsorgstjenestene står overfor» (St.meld. nr. 18 (2018-2019)), s. 24). I det gitte scenarioet er det forventet at teknologi vil både øke, forbedre og skape nye måter å gi behandling på. Pols (2012) beskriver denne måten å presentere teknologi i helsesektoren på som «the telecare hype». Her hevder Pols at teleomsorg blir sett på som noe som både skal effektivisere helsepersonells kapasitet, og samtidig redusere kostnadene for helseomsorg. Samtidig hevder Pols at det er mangel på kunnskap om hvordan teleomsorg faktisk skal løse disse utfordringene. Regjeringens scenario reflekterer en teori av forbedring hvor fokuset er preget av tanker om bedre og mer effektive helsetjenester (Vikkelsø, 2005).

I scenarioet som blir presentert av regjeringen legges det frem en annen utfordring knyttet til helse- og omsorgssektoren, nemlig samarbeidskulturen mellom næringslivet og omsorgssektoren. Her argumenterer de for at helse- og omsorgssektoren ikke legger opp for et samarbeid med næringslivet. Ved å skape bedre samarbeid mellom disse sektorene hevder regjeringen at man vil kunne møte utfordringene knyttet til kapasitet i helsevesenet. «Næringslivet kan, med sine arbeidsformer og dynamikk, bistå helsetjenestene og helseforvaltningen til å nå sine mål» (St.meld. nr. 18 (2018-2019)), s. 10). På denne måten blir objektet helse, økonomisert og kommersialisert. «Effektiv ressursbruk tilsier at en gitt tjeneste må leveres av den mest effektive leverandøren, uavhengig av om den er privat eller offentlig. Det er den mest samfunnsøkonomisk lønnsomme løsningen som skal brukes» (St.meld. nr. 18 (2018-2019), s.44). Mol (2008) hevder at når helse blir kommersialisert blir ikke helse lenger drevet av forsyning fra velferdsstaten, men heller av krav fra markedet. Gjennom meldingen ser man at markedet har, og kommer til å få, behov for økt tilgang på helsetjenester. Som et resultat av økonomiseringen av objektet helse blir effektivisering en sentral verdi tillagt helsetjenestene. Et tenkt resultat av at regjeringen reflekterer en teori av forbedring kan være at prosjektene som startes har for snevert og ensidig fokus på dokumentasjon av effekt når det kommer til utprøving av enkeltteknologier, og at de dermed blir for avgrensede og interne

(Moser og Thygesen, 2014). Regjeringen anerkjenner dog at det er viktig å samarbeide med tenkte brukere av teknologiene. «Ledelsen i helse- og omsorgstjenesten og forvaltningen må sørge for å etablere en god dialog med brukerne av tjenestene for å få et best mulig bilde av deres behov» (St.meld. nr. 18 (2018-2019), s.42). Dette er noe Moser og Thygesen (2014) hevder kan bidra til å skape en vellykket teleomsorgsinnovasjon og motvirke at prosjekter blir for snevre og ensidige. Samtidig får ikke brukerfokus like mye oppmerksomhet i stortingsmeldingen som fokuset på effektivitet.

Psykologforeningens standpunkt i kontroversen gjennom policynotat

Behandler 1, Leder ved e-helse teamet ved Lovisenberg DPS, nevner Norsk psykologforening som en viktig aktør innen psykisk helsehjelp. Norsk psykologforening ble etablert i 1934 og er en profesjonsforening for psykologer og studenter som jobber med å fremme vitenskapelig basert psykologisk fagkunnskap (Psykologforeningen, uå). Behandler 1 er en sentral del av Psykologenes forening for digital helse (DigPsyk), som jobber for å fremme bruken av digitale hjelpemidler blant psykologer (DigPsyk, uå). I februar samarbeidet DigPsyk med Norsk psykologforening om et policynotat om bruken av digitale verktøy i psykologisk behandling. Behandler 1 forklarer at, «*det er også en form for legitimering, ikke sant? At hvis fagforeningen vår går ut og sier, eller tidsskriftet som jo eies av fagforeningen, hvis de går ut og sier at dette finnes, og dette kan brukes*» (Behandler 1). Behandler 1 hevder at gjennom et slikt policynotat tar foreningen en politisk stilling til bruken av digitale verktøy i psykologisk behandling som er og har vært omdiskutert i fagmiljøet.

Psykologforeningen uttrykker selv formålet med policynotatet slik:

«Sentralstyret har vedtatt et policynotat om bruk av digitale verktøy i psykologisk behandling, slik at både foreningen og psykologer i tjenestene kan forholde seg aktivt i denne utviklingen og bidra til hensiktsmessig implementering og bruk.»

(Psykologforeningen, 2022a).

Her uttrykker foreningen at de ønsker at, og oppfordrer psykologer til, å ta i bruk digitale verktøy i sin praksis. Policynotatet er ikke nøytralt, men et dokument som uttrykker et ønske om at psykologer i Norge skal være aktive i den digitale utviklingen som foregår i psykisk helsehjelp. Det refereres til skepsisen som har vært knyttet til bruken av teknologi i psykisk helsehjelp. «De digitale løsningene er nå kommet for å bli. Det er en god ting som kom ut av

pandemien» (Psykologforeningen, 2022b). Psykologforeningen tar gjennom dette dokumentet et standpunkt i kontroversen rundt bruken av digitale tjenester i psykisk helsehjelp. Norsk psykologforening blir i psykologfagfeltet behandlet som en aktør med kredibilitet, og deres uttalelser om behandlingsmetoder blir behandlet som en legitimering. Deres relasjon til digitale tjenester i psykisk behandling vil trolig påvirke andre psykologers relasjon til teknologien.

5.1.2. Utviklere av Braive sitt skript

Skapt i en verden av «telecare hype»?

Braive er et system som er skapt innenfor domenet av psykologi. Grunnleggeren selv er autorisert psykolog og fikk først erfaring med internettbehandling da han jobbet som psykolog i Australia. Litteraturen som undersøker digital samhandling i helsevesenet, som eksempelvis internettbehandling, er dominert av amerikanske, europeiske og australske publikasjoner (Melby mfl., 2019). Det ser ut til at det er en felles vestlig trend hvor velferdsteknologi ses på som løsningen som kan møte ulike demografiske og økonomiske utfordringer og skape bedre tjenester. Moser og Thygesen (2013, s. 146) beskriver at på tvers av landegrenser i vestlige samfunn referer offentlig utredninger til de samme økonomiske og demografiske utfordringene. Utviklingen av Braive kan derfor ses på som preget av den vestlige konteksten hvor det eksisterer et scenario om utilstrekkelig helsehjelp, og hvor velferdsteknologi ses på som løsningen.

Grunnleggeren av Braive forsøkte å få oversatt det australske programmet over for internettbehandling over til skandinavisk. Etersom de som eide IPR-rettighetene til systemet ikke ville godta dette, lot det seg ikke gjøre. Da bestemte han seg for å lage sitt eget system. Han uttrykker bakgrunnen for systemet slikt:

«Det ble startet etter jeg innså at det å jobbe en-til-en verken lot meg se veldig mange klienter eller var spesielt skalerbart og at veldig mye av den informasjonen jeg informerte klienter om var egentlig informasjon de kunne tilegne seg på egenhånd. Og samtidig at jeg gjentok meg selv veldig mye i alle samtalene, noe som følte veldig kontra-produktivt.» (Grunnlegger Braive).

Som psykolog erfarte grunnleggeren av Braive at mye av tiden i behandling med pasienter gikk til psykoedukasjon. Kognitiv adferdsterapi handler om å lære teknikker som endrer

adferd, og å bli observant på eget tankemønster (Dyregrov, 2019). Gjennom psykoedukasjon lærer man hvordan man kan mestre egne utfordringer, noe Braives grunnlegger så at pasientene kunne klare på egenhånd. Her trekker også grunnleggeren frem begreper som «skalerbarhet» og «kontra-produktivitet», som han ser på som begrensinger ved tradisjonell terapi. Videre forklarer grunnleggeren at «*vi jobber hele tiden med å løse 'supply- and demand' problemet som er at vi ikke har nok psykologer til å gi assistanse til det antallet som er i behov av behandling*». Akrich (1992) argumenterer for at utvikleres visjon om verden teknologien skal brukes i blir skrevet inn i teknologien. Utviklere blir også formet av samfunnet og relasjonene de eksisterer i. Grunnleggerens fremstilling av Braive kan ses i sammenheng med regjeringens scenario for teknologi i helsesektoren. Han presenterer, i likhet med regjeringen, en verden hvor et sentralt problem er at det ikke er nok helsepersonell til å hjelpe pasienter som har behov for behandling. Både regjeringen og grunnleggeren av Braive ser på teknologi som noe som kan oppskalere og effektivisere hjelpen og møte problemet knyttet til kapasitet.

På Braive sine nettsider blir det kommunisert til brukere at programmet er evidensbasert. Dette er også noe grunnleggeren av Braive forklarer. «*Så alle komponentene vi har i de ulike programmene er basert på det som er 'best practice' i forskningen de siste 20 årene*». Grunnleggeren av Braive mener at dette bidrar til å gi god og kvalitetssikret behandling. Mol (2003) argumenterer for at forskning ikke har en makt i seg selv til å påvirke samfunnet. Det er gjennom aktørers ønske om å assosieres til forskning at det får den betydningen det har (Mol, 2003, s. 64). Forskning blir i denne sammenheng gjort til noe som skaper «god behandling» gjennom relasjonen utviklerne bak Braive har til forskning. Forskningens makt og status er nemlig en relasjonell effekt (Law, 2007). Det å presentere på nettsidene til Braive at systemet er forskningsbasert er noe grunnleggeren av Braive mener gir et inntrykk av at den er kvalitetssikret. Her blir kvalitet og god behandling knyttet til forskning.

Forskning og forskningsmiljø som aktører viser seg å ha en viktig betydning for at systemet er oppbygget på kognitiv adferdsterapi. Grunnleggeren av Braive uttrykker at valget av behandlingsformen for det første handler om at kognitiv adferdsterapi har en kokeboktilnærming, noe som gjør at denne typen terapi er lettere å oversette digitalt enn andre former for terapi. KAT handler om å lære å endre satte tankemønster gjennom ulike teknikker. Ifølge Dyregrov (2019) er også målet med kognitiv adferdsterapi «at klienten etter endt terapi skal lære teknikker som gjør at en kan være sin egen terapeut». For det andre beskriver han at kognitiv adferdsterapi er valgt som behandlingsmetode fordi det er den

formen for terapi det er mest forsket på. Behandler 1 hevder at grunnen til at internettbehandling som oftest er basert på kognitiv adferdsterapi også handler om at det er dette forskningsmiljøet som har vært mest åpen for å digitalisere behandlingen. I andre fagmiljøer har det vært mer fremmed å tenke at man kan gjøre terapi over internett. Her er forskningsmiljøenes relasjon til teknologi noe som er med på å påvirke hvordan Braive blir formet.

Systemet er også laget med tanken om at man lett skal kunne måle progresjon og utfall kontinuerlig. Gjennom Braive kan man også måle hvor mye tid hver enkel psykolog bruker i programmet, og på hver pasient. Grunnleggeren av Braive uttrykker at det er en tanke at Braive både kan påvirke effekt og effektivitet. Regjeringens fokus på effektivitet reflekteres i Braive gjennom funksjonaliteten som måler nettopp dette. Når man oppretter en bruker i Braive samtykker man også til at opplysningene man legger inn kan brukes i forskningssammenheng. Det kan se ut til at systemet har blitt formet etter tanken om at man skal kunne forske på interaksjonen som blir gjort med systemet og dataen brukerne legger inn. Moser og Thygesen (2014) hevder at ved utviklingen av velferdsteknologi er det ofte et fokus på dokumentasjon av effekt. Dette fokuset argumenterer dog forfatterne at begrenser skriptets evne til å være fleksibel og åpen. Dette aspektet vil utforskes videre i avhandlingens neste delkapittel.

Hvordan har skriptet blitt til?

I designprosessen av et system blir teknologers visjon om verden skrevet inn i artefaktet (Akrich, 1992). Utvikleren av Braives visjon om verden ses som nevnt i sammenheng med regjeringens scenario og den felles vestlige trenden i å se velferdsteknologi som en mulig løsning på flere av helsetjenestenes utfordringer. Dette påvirker deres inskripsjoner i teknologien. Designprosessen er også den fasen hvor brukere blir definert, behov blir identifisert og krav for systemet blir etablert (Preece, mfl., 2015, s. 45).

«Jeg tror at vår fordel er at ettersom vi kommer fra psykologbakgrunn og forskningsbakgrunn, og at det hele tiden ligger til grunn for at vi overhode skal kunne ha et produkt å jobbe videre med så har vi veldig tett samarbeid mellom brukergruppen som pasienter og psykologer under utviklingsprosessen» (Produktsjef Braive).

Som Produktsjef i Braive nevner, er Braive utviklet i domenet av psykologi. For å utvikle vellykket teknologi må utviklerne av teknologien forstå kompleksiteten av domenet de utvikler teknologi for (Preece, 2015). Det at Braive er utviklet i tett tilknytning til psykologidomenet og med psykologer, gjør at teknologien er godt tilpasset domenet det skal brukes i.

Produktsjef i Braive hevder også at man direkte gjennom bruken av Braive ser om systemet fungerer slik det er tenkt eller ikke. Målgruppen til Braive er klienter som vil bedre sin helse, og om deres helse ikke bedres ser man automatisk at det er noe som ikke fungerer i systemet. Produktsjef i Braive beskriver også at en stor fordel med selskapet er det tette samarbeidet de har med psykologer og pasienter, brukerne av systemet. I selskapet er det ansatt psykologer som jobber med pasienter, slik at de har en slags «in-home» test-lab innad selskapet som legger til rette for en kontinuerlig brukerinvolvering. Det er altså kort avstand fra utviklerne til de brukerne. Moser og Thygesen (2014) argumenterer for at dette er en viktig forutsetning for å skape et velferdsteknologiprojekt. Et slik «in-home» utviklingsarbeid lar selskapet drive svært smidig utvikling og tilrettelegger for hyppige tilbakemeldinger og læring av brukerne (Moser og Thygesen, 2014, s. 72). Gjennom smidig utvikling blir teknologiens skript fleksibelt ettersom metoden legger opp til forhandlinger mellom designere og brukere. Dette skjer for eksempel i test-fasen av prosessen. Ved smidig utvikling vil disse test-fasene skje flere ganger som gjør at skriptet stadig er i forhandling mellom brukere og designere. Moser og Thygesen (2014) beskriver at det er slik design og innovasjon må forstås for at prosjekt skal kunne lykkes, som en langstrakt forhandlingsprosess hvor brukere er aktive medaktører.

Utviklere av Braive sitt skript

Akrich (1992) forklarer at skriptet til teknologien inneholder beskrivelser av hvem brukeren er, og hvilke behov og ønsker de har. Grunnleggeren av Braive beskriver hvilken rolle pasientene som bruker Braive er forventet å ta.

«Som pasient kan man ha mye større, ta mye større eierskap i egen behandling. Du kan også jobbe med å redusere, eller gjennom at du har muligheten til å lære på egenhånd og få en bedre forståelse av hva dine symptomer er og hvordan best håndtere dem. Da reduserer du også makt-ubalansen som ofte oppstår mellom psykolog og pasient, og du har også mulighet til å signifikant redusere sjansen for

tilbakefall, i og med at klienten kan jobbe videre på egenhånd etter avsluttet behandling» (Grunnlegger Braive).

Grunnlegger av Braive presenterer her en pasient som har et ønske om å ta kontroll over egen behandling. Ved å jobbe på egenhånd kan pasienten selv øke sin forståelse av egne utfordringer gjennom psykoedukasjon som de får fra programmet. Man kan tolke dette som at Braive skripter en pasient som har behov for å ta eierskap over egen behandling. Det er en pasient som har et ønske om å hjelpe seg selv gjennom støtte fra teknologien. Det er også tenkt at pasienten kan redusere sjansen for tilbakefall på egenhånd når terapien er avsluttet. Pasientskriptet reflekterer den historiske utviklingen av behandlingen av pasienter som får psykologisk helsehjelp. Utviklerne av Braive sitt pasientskript reflekterer også pasienten som er forestilt av regjeringen og som skal ta aktiv del i pasientenes helsevesen. Skriptet er nemlig utviklet innenfor en kontekst i sammenheng med et sett av relasjoner, og ikke i et vakuum (Moser, 2019). På Braive sine nettsider kommer også flere deler av pasientskriptet frem. «Lær deg å bli din egen terapeut» og «Vi hjelper deg å hjelpe deg selv» (Braive, u.å.b), står skrevet på nettsidene. Dette skriptet blir presentert for den faktiske brukeren når hen registrerer seg som bruker. Skriptet kan ses på som at utviklerne bak systemet forestiller seg brukere som reflekteres i Pasient 2.0. Pasient 2.0 skal ta mer eierskap til egen behandling og ikke være passive mottakere av behandling. Gjennom å lære mer om sin egen sykdom skal de kunne ta mer ansvar over egen behandling (Brodersen og Lindegaard, 2015). Dette fører også til at de blir myndiggjort og mer ressurssterke i møte med egen sykdom, men også i møte med behandler.

Grunnleggeren av Braive beskriver også hvilken rolle det er forventet at psykologer som bruker Braive skal ta.

«Du har også muligheten til å kunne effektivisere og til å kunne ta inn flere klienter. Du har mulighet til å jobbe mer, eller fokusere mer av din tid med klienten og ditt verk med mer komplekse terapeutiske intervensjoner med støtte i program og plattform. Du har en kontinuerlig oversikt over behandlingsprogresjon og utfall, og du kan lære mye mer av den kliniske praksisen du bedriver i dag enn hva du vanligvis gjør hvor du velger ofte å operere blindt» (Grunnlegger Braive).

Grunnleggeren av Braive presenterer her en bruker som har ønsker, og har behov for, å effektivisere sin praksis og behandle flere pasienter på kortere tid. Det er også en psykolog som ønsker å ha oversikt over progresjon og utfall. Videre er det en bruker som gjennom

teknologien vil få større mulighet til å bruke mer av sin tid sammen med pasienten. Samtidig som programmet er tenkt å være et verktøy i behandlernes arbeidshverdag kan det også fungere som en undervisningsplattform hvor man kan lære mer om psykisk behandling som de kan bruke i den kliniske praksisen sin.

5.1.3 Oppsummering og diskusjon

Dette kapittelet har hatt som formål å svare på underproblemstillingen *Hvordan skriptes Braive?* Vi har sett at regjeringen har et mål om å skape det de kaller for pasientenes helsevesen. I pasientenes helsevesen skal både pasient og pårørende ha en aktiv rolle i behandling av egen sykdom. Gjennom Helsenæringsmeldingen presenterer regjeringen et scenario hvor velferdsteknologi skal skape et bedre og mer effektivt helsetilbud, noe som skal bidra med å løse utfordringene helsevesenet står overfor i dag. Med helsenæringsmeldingen økonomiserer også regjeringen helse. Regjeringens scenario reflekterer det Pols (2012) beskriver som en «telecare hype», som er en felles trend i vestlige land. Det kan se ut til at regjeringens ønske om samarbeid mellom aktører i næringslivet, som Braive, og offentlige helsetjenester, som Lovisenberg DPS, er med på å stabilisere nettverket. Den norske psykologforeningens standpunkt i kontroversen om bruk av digitale tjenester i psykisk helsehjelp kan påvirke psykologers relasjon til teknologi. Dette kan trolig også bidra til stabiliseringen av nettverket.

Utviklerne bak Braive blir også formet av samfunnet de eksisterer i og derfor må skriptet forstås som formet av den konteksten det oppstår i (Moser og Thygesen, 2014). Regjeringens scenario reflekteres i Braive sitt mål om å kunne bidra til å løse det grunnleggeren av Braive kaller for «supply og demand» problemet. Når Braive er utviklet med et mål om å løse et kapasitetskrav fra markedet blir verdien effektivitet tett knyttet til systemet. Braive sitt skript er også formet av måten det har blitt utviklet på. Teknologien har blitt utviklet med det Moser og Thygesen (2014) beskriver som forutsetninger for en vellykket velferdstjeneste, og et stabilt nettverk. Det er utviklet i domenet psykologi, av og med psykologer, noe som legger grunnlaget for en vellykket teknologi. Det er også benyttet en smidig utviklingsmetode som gjør skriptet åpent for forhandlinger.

Utviklerne av Braive går inn i et marked hvor kapasitet ses på som et stort problem. Det å kunne gi behandling til mange blir derfor et mål. Braive gjøres da i en praksis hvor målet er å løse kravet fra markedet. Regjeringen har, i likhet med Braive, et ansvar for å gi et

tilstrekkelig helsetilbud til befolkningen. Helse blir da økonomisert, kvantifisert og omgjort til tall, og god behandling blir sett på som det som er mest samfunnsøkonomisk lønnsomt. Mol (2008) beskriver hvordan individet og kollektivet verdsetter god omsorg på ulike måter. God omsorg kan derfor her ses på som å møte kravet fra markedet og kollektivet, og ikke individet. Braive skriptes da med målet om å møte dette behovet. God behandling gjøres også gjennom relasjonen grunnleggeren bak Braive har til forskning. God omsorg ses da på noe som er forskningsbasert. Skriptet til Braive blir dog også til gjennom kontinuerlig forhandling med brukere. I det neste empiriske kapittelet vil brukerne ved Lovisenberg DPS sin reaksjon til skriptet bli beskrevet, og dermed hvordan teknologien faktisk tas i bruk i praksisen ved Lovisenberg DPS.

5.2. Iverksettelse av Braive ved Lovisenberg DPS

Dette delkapittelet vil utforske underproblemstillingen: *Hvordan blir internettbehandling gjort og iverksatt ved Lovisenberg DPS?* Det empiriske delkapittelet er delt inn i tre deler. I den første delen vil samarbeidet mellom Braive AS og Lovisenberg DPS bli beskrevet, og hvordan Lovisenberg DPS har blitt organisert etter at samarbeidet var et faktum. I den andre delen av delkapittelet vil det bli beskrevet hvordan behandlerne ved Lovisenberg DPS bruker Braive i sin kliniske praksis. Den tredje delen av delkapittelet vil presentere de tre pasientene som er inkludert i studien og forklare hvordan Braive gjøres i deres kontekst.

5.2.1 Samarbeid mellom Braive AS og Lovisenberg DPS

Implementasjon av Braive ved Lovisenberg DPS

Behandler 1 peker ut tre faktorer som har påvirket hvordan implementasjonen av Braive ved Lovisenberg DPS har tatt form. I 2019 ble veiledet internettbehandling anerkjent som en legitim behandlingsform av Beslutningsforum, og i 2020 fikk Lovisenberg DPS fikk støtte fra HELFO. Pandemien har også framskyndt prosessen fra prosjekt til implementering i normal praksis og utvidet bruken. Systemet er, som tidligere nevnt, bygget opp for å enkelt kunne måle effektivitet og effekt av behandling. I utgangspunktet var også samarbeidet mellom Lovisenberg DPS og Braive ment som et to-årig prosjekt hvor dataen skulle forskes på. Midlene til å utføre denne forskningen fikk derimot aldri Lovisenberg DPS, som har før til at organisasjonen ikke har fått startet med forskningen. Samtidig fikk de økonomisk støtte av HELFO, som har bidratt til å få implementert systemet i normal drift. Det at organisasjonen

fikk støtte til implementasjon av systemet, men ikke til å forske på resultater, kan ha drevet fokuset vekk fra dokumentasjon og mot samarbeid med Braive. Økonomi kan her ses på som en viktig ikke-menneskelig aktør som har påvirket hvordan samarbeidet mellom Braive og Lovisenberg DPS har gått fra å hovedsakelig være tenkt som et forskningsprosjekt til å resultere i et behandlingstilbud i normal drift.

«I feel that we have more of collaborative relationship rather than a supplier-buyer relationship» (Yang, 2020, s. 59). I Yang (2020) uttrykker en informant i Braive at forholdet mellom de to aktørene er basert på samarbeid. Alle de tre behandlerne ved Lovisenberg DPS opplever også forholdet mellom sykehuset og Braive som et samarbeid. Behandler 1 opplever relasjonen som et åpent samarbeid hvor Braive har ønsket tilbakemeldinger fra både pasienter og psykologer. I starten av samarbeidet var også Behandler 1 med på å fylle ut innhold og formulere tekst i programmet. Behandler 3 beskriver forhandlingen mellom henne og Braive slik:

«Ja, vi kan sende noen som meldinger, eller vi har et sånt dokument, der vi kan skrive inn hvis vi opplever feil i systemet eller tilbakemelding fra pasientene. Og det vi kan komme med innspill på da, og det opplever vi at en del av de tingene jeg faktisk er blitt møtt på, så det har vært bra» (Behandler 3).

Behandler 3 har sendt inn flere innspill til deler av programmet hvor teknologiens skript ikke har møtt hennes behov, og opplevd at skriptet har blitt endret. Det åpne samarbeidet fører dermed til at skriptet er åpent for forhandling mellom utviklere og de faktiske brukerne.

Koronapandemien har ført til at digitalisering i psykisk helsesektor har hatt en rask endringsprosess. Både Behandler 1 og grunnlegger i Braive har sett at mange aktører innenfor helsetjenestene har hatt motforestillinger mot det å drive psykisk helsehjelp digitalt, mens med pandemiens virkninger har man ikke hatt et annet alternativ enn å drive behandlingen digitalt. Med pandemien har også Braive opplevd en økning forespørsler fra alt i fra bedriftshelsetjenester i privat sektor til helsetjenester i offentlig sektor. De har opplevd spørsmål knyttet til:

«hvordan, eller rundt viljen til å benytte seg av IKAT i større grad og også andre type spørsmål rundt hvordan kan vi gjøre det her, hvordan kan vi bruke det på en god måte og hva er det behov for av ressurser og liknende for å kunne klare den omstillingen» (Grunnlegger Braive).

Behandler 1 understreker også at koronapandemien har ført til at behandlere har endret syn på bruken av digitale verktøy i behandling. Tidligere har de kanskje ikke kjent på noe eget behov for å tilby digitale samtaler eller hjelp. Med pandemien oppsto plutselig dette behovet for alle behandlere, som gjorde at alle måtte over i digital behandling. Behandler 3 bekrefter denne antakelsen når hun reflekterer over sitt forhold til internettbehandling. *«Så har jeg blitt mer og mer vant til å bruke teknologiske hjelpemidler, det hjelper sikkert veldig. Vant til å snakke på Facetime og pandemien har på en måte gjort at man sitter mye på hjemmekontor»* (Behandler 3).

Koronapandemien har også vist seg å skape andre endringer i aktørers relasjon til veiledet internettbehandling. Behandler 1 har på den ene siden merket at pandemien har gjort at pasienter som kanskje ikke ellers ville gått i digital terapi har måttet gjøre det. De har også blitt vant til å kommunisere digitalt og latt det bli en del av hverdagen. Dette har ført til at flere har blitt mer åpne til tanken om å gå i digital terapi. På den andre siden har hun merket at noen pasienter kan ha vegret seg litt for å gå i digital behandling etter koronapandemien.

«Men selv der så har jeg opplevd at noen er litt sånn, at de sier at det nå er jeg så lei av å sitte på nett, og ha møter på nettet, ikke sant, så jeg er litt usikker på om jeg egentlig har lyst til å sitte på internett og få behandling også» (Behandler 1).

Pasientenes og behandlernes relasjon til digital kommunikasjon har blitt påvirket av deres relasjon til den ikke-menneskelige aktøren korona. Koronapandemiens karakteristikk har ført til at mennesker har måttet isolere seg fra hverandre og kommunisere mer over internett. Dette har ført til at pasientene og behandlerne er mer komfortable med å kommunisere digitalt. Samtidig har det også ført til at ønske om å møte andre fysisk når det er mulig har blitt større.

Opprettelse av et e-helse-team

Introduksjonen av teknologi i det eksisterende nettverket ved Lovisenberg DPS har ført til at organisasjonens oppbygging har måttet endre seg ved at det har blitt opprettet et e-helse-team. Pols (2012) beskriver hvordan etablerte praksiser må organiseres på nye måter når teknologiske artefakter inkluderes i omsorgspraksiser (s. 13). E-helse teamet som jobber med Braive består av fem behandlere fra ulike avdelinger ved Lovisenberg DPS. Teamet har fellesmøter og gruppeveiledning en gang i måneden hvor de møtes for å drøfte ulike

problemstillinger knyttet til bruken av Braive i sin kliniske praksis. Det er tenkt at behandlerne skal jobbe to dager i uken med Braive. Tidligere var ikke tiden avsatt på denne måten, som gjorde at internettbehandlingen:

«druknet i den store strømmen, eller det store bildet, i litt andre ting som var mer pressende, mer alvorlige pasienter med mer alvorlige lidelser, og mere kriser og sånt. De pasientene tar jo mye fokus. De to dagene som er satt av nå er tenkt å skulle skjerme tiden til å bruke Braive.» (Behandler 1).

Andre pasienter i det eksisterende omsorgskollektivet tok dermed fokuset bort fra internettbehandling når det ikke var satt klare rammer som fastsatt tid for bruk av behandlingen. Yang (2020) beskriver at noe som hindret motivasjonen til å ta i bruk Braive for noen behandlere ved Lovisenberg DPS var følelsen av at det fantes «viktigere» oppgaver å utføre. Å få organisert et definert e-helse-team med klarere rammer for bruk tyder på å være viktig for at behandlerne skal føle seg motivert til å jobbe med terapiformen, ta på seg rollen som terapeut over nett og dermed for at nettverket skal stabilisere seg. Måten teamet har blitt organisert på har ikke bare blitt påvirket av relasjonen mellom menneskelige aktører i nettverket, men også den ikke-menneskelige aktøren korona. Teamet var en periode delt i to fordi behandlerne startet opp med behandlingen på ulike tidspunkt, og korona begrenset muligheten til å ha flere behandlere i møterommet, noe som gjorde det å dele teamet mer praktisk. Det var også flere enn tenkt som ble med i teamet grunnet den raske overgangen fra prosjekt til implementering i normal drift.

Selekteringsprosess

Tilbudet om Braive gis basert på diagnose eller problematikk, som oftest til pasienter med angst- og depresjonslidelser. Det er fire allmenpolikliniske avdelinger ved Lovisenberg DPS som gir dette tilbudet. Veien inn til tilbudet er gjennom henvisning fra enten fastlege eller andre med henvisningsrett. Enten får pasienten tilbudet etter første konsultasjon dersom man ser at tilbudet kan være passende for pasienten, eller så har pasienter på venteliste fått tilbudet gjennom en SMS hvor de selv kan ta kontakt. Det er følgende eksklusjonskriterier for å få tilbudet:

- | | |
|------------------------------------|--|
| ❖ Psykosetilstander | ❖ Manglende nødvendige rammebetingelser |
| ❖ Aktuell forhøyet selvmordsrisiko | (for eksempel tilgang til PC, mulighet for |
| ❖ Alvorlig selvskadingsatferd | å jobbe uforstyrret hjemme, positiv |
| ❖ Svært sammensatt problematikk, | holdning til teknologi) |
| vanskelig å avgrense | ❖ Vesentlig ustabilitet |
| ❖ Kjent spiseforstyrrelse | ❖ Vesentlig svekket kognitiv fungering |
| ❖ Lavt funksjonsnivå mht | |
| selvorganisering | |

Tabell 4: Eksklusjonskriterier for veiledet internettbehandling ved Lovisenberg DPS (Prosedyre, LDS)

Behandler 1 beskriver hvordan andre forutsetninger for bruk av Braive-tilbudet er å beherske et visst nivå av norsk eller engelsk ettersom systemet kun har behandling på disse språkene. Det å være komfortabel med å bruke teknologiske verktøy er også en forutsetning for at det ikke skal bli en sperre som kan påvirke behandlingen. En annen viktig faktor for å få tilbudet er at pasienten er motivert.

Selekteringsprosessen virker som en viktig faktor for at nettverket skal stabilisere seg, og for at pasientene skal kunne ta på seg rollen som kreves for å kunne benytte seg av veiledet internettbehandling. Tidligere studier har pekt ut frafall i behandling som en utfordring knyttet til veiledet internettbehandling (Wilhelmsen mfl., 2013). Det å ha et sterkt ønske om å bli bedre og å ha motivasjon til å utføre noe av behandlingen på egenhånd blir beskrevet som viktige forutsetninger for å fullføre behandlingen (Wilhelmsen mfl., 2013).

«Det er kanskje faktisk mindre frafall. Og det tror jeg kan handle om, hvis det stemmer da, med tallene, så tror jeg det kan handle om at vi at vi selekterer veldig nøye egentlig disse pasientene, i og med at vi selekterer pasienter som både er motivert og som er egne og sånn, så er mitt inntrykk av at jeg har hvert fall hatt ganske få frafall» (Behandler 1).

Behandler 1 henviser her til selekteringsprosessen som en viktig faktor i å redusere frafall. Å nøye begrense hvilke pasienter som inkluderes i omsorgskollektivet ser ut til å være en betydelig faktor for å oppnå et stabilt nettverk og en vellykket velferdsteknologi. Når et nytt

element har blitt inkludert i omsorgskollektivet vil det forekomme en translasjon av nettverket hvor karakteristikker ved aktører vil endres. For at en translasjon skal kunne ta sted må aktørene være villige til å endres (Callon, 1986). Om flere pasientgrupper hadde fått tilbudet om veiledet internettbehandling ved Lovisenberg DPS ville det kanskje vært flere pasienter som ikke hadde klart å endre seg til pasientrollen som kreves for å gå i veiledet internettbehandling, og nettverket ville ikke ha latt seg oversette.

Næringsutviklede Braive i en offentlig klinisk praksis

Braive sitt skript har vært fleksibelt ved utvikling og blitt endret gjennom forhandlinger mellom utviklere i Braive, psykologer som jobber i Braive sin private praksis og deres pasienter. Ved implementering av næringsutviklede Braive ved Lovisenberg DPS ser man at enkelte deler av teknologiens skript ikke passer inn i den offentlige kliniske praksisen. Selv om Braive er utviklet gjennom en smidig metode med hyppig inkludering av brukere i utviklingen, er de testede brukerne av Braive ikke de samme brukerne som er en del av praksisen ved Lovisenberg DPS. Det åpne samarbeidet har dog ført til at teknologiens skript har blitt endret gjennom forhandlinger mellom Braive og de faktiske brukerne ved Lovisenberg DPS.

I Braive-systemet har behandlerne en innboks knyttet opp til sine pasienter som gjør at de kan kommunisere direkte med sine pasienter via Braive. Tidligere måtte behandlerne være logget inn i systemet for å kunne se disse meldingene. Ettersom behandlerne ved Lovisenberg DPS ikke jobber med behandling gjennom Braive hver dag kunne det ta lang tid fra en pasient sendte en melding til de fikk svar. Gjennom etterspørsel fra Lovisenberg DPS opprettet Braive en funksjon hvor behandlerne ble varslet via sin e-post som de bruker daglig i sin arbeidshverdag. Her kan det virke som at behandlerkriptet til Braive opprinnelig ikke var rettet mot en behandler som jobber deltid med systemet i en klinisk praksis. Det er laget for en behandler som bruker systemet hver dag i sin praksis. Gjennom testing av systemet med psykologene som jobber i Braive har kanskje ikke behovet for varsling dukket opp ettersom de er logget inn i systemet hver gang de skal drive sin psykologiske praksis. De har en annerledes praksis enn de faktiske brukerne ved Lovisenberg DPS, noe som først kommer frem når skriptet møter de faktiske brukerne i sykehuspraksisen.

Tidligere hadde behandlerne ved Lovisenberg DPS kun tilgang til de ulike behandlingsprogrammene i Braive som de hadde pasienter gjennom. Behandlingsprogrammet

rettet mot å behandle for eksempel angst, fikk de bare tilgang til dersom pasienten ble vurdert som i behov for behandling mot angst. Når de fikk inn nye pasienter kunne det derfor være vanskelig å vurdere om tilbudet fra Braive var passende for dem når de ikke hadde fullstendig oversikt over de ulike behandlingsprogrammene i Braive. Pasientene som går privat gjennom Braive får kun velge tilbudet om internettbehandling. Pasientene ved Lovisenberg DPS må først vurderes om de skal behandles gjennom tradisjonell behandling eller om de kan nyttiggjøre seg av veiledet internettbehandling. Ved testing av systemet med private pasienter hvor det allerede er bestemt at de skal behandles med internettbehandling har kanskje ikke behovet for oversikt over behandlingstilbud for psykologene dukket opp. Det er gjennom bruken i praksisen ved Lovisenberg DPS at dette dukker opp.

Selv om Braive sitt skript er fleksibelt og forhandlinger mellom Lovisenberg DPS og Braive har ført til endringer av skriptet, er det fortsatt deler av skriptet som ikke er tilpasset brukerne ved Lovisenberg DPS. I Braive ligger det automatisk informasjon om pasientens tilstand og behandlingsprogresjon. Her er det kanskje tenkt at behandlere kan spare tid på loggføring og egen vurdering av pasientens forløp ettersom dette gjøres av systemet. På Lovisenberg DPS må man likevel fortsatt loggføre i sykehusets system DIPS på grunn av interne rutiner og standarder, ettersom pasienten er i et klinisk løp.

«All planlagt kontakt med pasienten skal dokumenteres, det vil si vurderingssamtale/utredningssamtaler, kartleggingsresultater, oppfølgings- og behandlingssamtaler, samt avslutningssamtale. I tillegg skal utfyllinger av Den mentale helsesjekken og samtykke til bruk av Braive journalføres i egne notater»
(Prosedyre, LDS, s. 5).

Behandler 3 opplever at hun ofte må dokumentere store deler av behandlingen som allerede er automatisk dokumentert i Braive. Hun uttrykker at en integrering mellom Braive og DIPS hadde spart henne mye tid.

«Da kunne man bare liksom hatt en kort oppsummering av samtalen da, hvis det har kommet noe nytt da, ellers så snakker vi som oftest om det som man har gått gjennom, så man hadde ikke trengt så mye ekstra dokumentasjon» (Behandler 3).

Implementering av ny teknologi i en omsorgspraksis fører ikke nødvendigvis til effektivisering av arbeid, men det introduserer heller nye oppgaver som til og med kan føre til at det kreves mer arbeid enn før (Vikkelsø, 2005). Pasientene ved Lovisenberg DPS må igjennom to kartleggingsprosesser når de skal få helsehjelp gjennom internettbehandling. En

kartleggingsprosess gjøres gjennom Braive, og en gjennom Check Ware, et kartleggingssystem som brukes for alle pasienter som går i psykisk behandling ved Lovisenberg DPS. *«På en måte er det to parallelle kartleggingen, men med litt ulike spørreskjema og ulike ting som man spør om da. Så det kan sikkert oppleves litt mye for noen pasienter, med veldig mange spørsmål om hvordan de har det.»* (Behandler 3). Her ser man igjen hvordan Braive sitt skript er rettet mot en pasient som ikke skal gjennom en klinisk utredning av psykiske lidelser ved et sykehus, men en bruker som søker helsehjelp privat.

Et annet element i Braive som skaper ekstraarbeid for brukerne, er resultatfunksjonen i systemet. Behandlere kan se resultater fra pasienters gjennomføring av behandlingen, men i Braive står det ikke en forklaring av hva de ulike resultatene betyr.

«At det ikke ligger på en måte cut-off i forbindelse med det at de må gå i et annet dokument for å slå det opp. Det tenker jeg liksom vanskeligjør min arbeidshverdag. At jeg egentlig bare, når jeg ser at en pasient har skåret det, så burde jeg se på samme sted som hva betyr det hvis du skjønner» (Behandler 3).

Her igjen ser man et eksempel på at Braive sitt skript er testet med brukere som jobber med systemet mer enn hva behandlerne ved Lovisenberg DPS gjør. Det å huske hva en score betyr kan bli vanskeligere når man ikke er i systemet hver dag. Det fører til at behandleren må inn i et annet eksternt dokument, istedenfor at det står en forklaring ved siden av resultatet.

Braive har både en video- og tekstfunksjon. På Lovisenberg DPS velger de fleste pasientene å ha sine 20 minutters konsultasjoner over video. Da brukes ikke videoløsningen som finnes i Braive, men heller det eksterne systemet Confrere som også brukes ellers på sykehuset for digitale konsultasjoner. Behandler 1 forklarer at dette handler om at Confrere ble sikkerhetsklarert på et annet nivå enn det videoløsningen i Braive er, under pandemien. Her er det sykehusets sikkerhetsstandarder som gjør at videofunksjonen i Braive ikke blir brukt. Den ikke-menneskelige aktøren korona har også hatt en betydning her og vært med på å skape en standard på sykehuset for videobruk.

Effektiviseringsbegrepet ved Lovisenberg DPS

Som analysert i forrige delkapittel uttrykker regjeringen et scenario om at digitalisering av helsetjenestene vil øke kapasiteten til helsevesenet og effektivisere tilbudet. Braive sitt skript

reflekterer også tanken om effektivisering og om at teknologien skal bidra til oppskalering av helsetilbud. Behandler 1 uttrykker en skepsis til denne tanken.

«Hvis disse tilbudene er virkelig godt etablert, og lett tilgjengelige og godt kjent og sånn, så vil det nok kunne effektivisere ved at da pasienten gjør mye selv og. Men min erfaring er at det krever masse ressurser å sette det her i gang og få det ordentlig implementert, lære opp behandlere og å informere om sånne ting. Så det er jo litt på sikt i så fall da at det er kan være effektiviserende, absolutt. Men det er liksom ikke en sånn enkel vei til å bare sette det i gang, og så er vi der liksom.» (Behandler 1)

Hun understreker at denne type behandling ikke passer for alle. For henne knyttes det andre verdier til internettbehandling. Behandler 1 peker da spesielt på personer som vegrer seg til å søke behandling av ulike grunner som eksempelvis sosial angst eller skamfullhet rundt psykiske problemer. *«For min del handler det mer om at det er ulik tilgang på behandling og at vi trenger ulike innfartsveier fordi folk har ulike behov»* (Behandler 1). Behandler 1 knytter her andre verdier til internettbehandling enn regjeringen og utviklere av Braive gjør. Mens fokuset for disse aktørene er å øke kapasitet og forbedre behandlingen, trekker Behandler 1 verdien om å skape en ny inngangsport til behandling. God behandling vurderes da heller ut ifra hvordan behandlingen kan skape nye måter å gi psykisk behandling på.

5.2.2. Hvordan gjør behandlere Braive

Fra skeptiske behandlere til fornøyde brukere

Behandler 1 og 2 var begge skeptiske til internettbehandling og dens virkning før de tok det i bruk. Det var ingen av dem som hadde en stor interesse for digitale verktøy i psykisk behandling, men har heller gjennom tilfeldigheter latt det bli en del av sin praksis. Behandler 2 ble motivert til å ta i bruk internettbehandling fordi hun så på det som nyttig for samfunnet og noe som kunne være et bidrag til framtiden. Det var altså ikke først og fremst en sterk overbevisning eller driv for at internettbehandling fungerte som en bra metode som trakk henne mot behandlingen. *«Jeg har nok heller kanskje vært litt sånn overasket hvor bra det funker»* (Behandler 2). En av informantene i Yang (2020) trekker også fram at tanken om å løse det norske helsevesenets ressursproblem er med på å motivere for bruken av Braive (s. 75). Behandlerne eksisterer i konteksten Braive er utviklet i med ønske om at velferdsteknologi kan bidra til å løse kapasitetsproblemet som eksisterer i dag. Dette er med på å motivere noen av dem til å overgå skepsisen de har mot internettbehandling.

Behandler 2 trekker frem at hun i forkant av å jobbe med internettbehandling leste seg opp på forskningen som eksisterte om fenomenet. *«Jeg leste meg opp på forskningen på at det har like god effekt som samtale-terapi uten at det sier så mye om hvorfor eller hvordan det har det, men at det er på en måte godkjent da som en sånn behandlingsmetode som kan være nyttig»* (Behandler 2). Også godkjenning av metoden fra beslutningsforum trekkes frem av behandleren som noe hun undersøkte før hun begynte med behandlingsmetoden selv.

Behandlerens relasjon til forskning og beslutningsforum er med på å forme relasjonen hun har til internettbehandling. Når det blir godkjent av beslutningsforum, som igjen er basert på forskningen gjort på metoden, øker tilliten behandleren har til metoden. Forskning er dermed en aktør som er med på å stabilisere og oversette nettverket ved at det er med på å overbevise behandlere til å ta på seg rollen som en psykolog over internett.

Behandler 2 og 3 trekker frem det å ha Behandler 1 som leder som en viktig motivator for det å ta i bruk internettbehandling. *«Det tenker jeg er kjempeviktig for å på en måte hvis man ikke har en sånn iboende interesse for de selv»* (Behandler 3). Behandler 3 beskriver at lederen deres både har mye kunnskap om systemet og er svært engasjert i temaet. Ordentlig introduksjon og dager med opplæring i Braive med Behandler 1 har vært viktig for de to andre behandlerne. Behandlernes relasjon til Behandler 1 er derfor også med på å påvirke deres relasjon til teknologien. Behandler 1 er også en aktør som bidrar til overbevisning av de andre behandlerne og en stabilisering av nettverket.

Systemet i seg selv har både behandler 2 og 3 opplevd som intuitivt og oversiktlig fra første gang de brukte systemet. *«Rent sånn teknisk, så synes jeg ja som sagt programmet var nokså intuitive, med disse modulene, og det er ikke sånn 'rocket science' å finne ut sånn hvordan man skal manøvrere i de»* (Behandler 2). De trekker også frem at de synes systemet er visuelt fint, oversiktlig og lett å bruke. For å skape en god brukeropplevelse er det at systemet føles enkelt å bruke en viktig faktor (Preece mfl., 2015). Behandler 3 uttrykker også at jo mer tid hun bruker i programmet jo bedre synes hun det er.

«Det er vel lagd da, veldig pedagogisk fremstilt og litt sånn behagelig, og at det er noe man skal jobbe med og litt moderne i den forstand. Og at det er visuelt fint liker jeg. Altså det er med musikk og illustrasjoner og bare så layout og sånt synes jeg er liksom er fint og lett å bruke» (Behandler 2)

Fra ansikt-til-ansikt behandling til ansikt-til-skjerm behandling

Når psykologene ved Lovisenberg DPS skal drive behandling gjennom Braive gjøres ikke behandlingen lenger ansikt-til-ansikt mellom pasient og behandler på kontoret til psykologen. Psykologene befinner seg på samme sted, samme sykehus og samme kontor som når de behandler pasientene gjennom Braive, men pasienten er ikke lenger fysisk til stede. Nå gjøres behandlingen ansikt-til-skjerm mellom psykologen og Braive. Det er nemlig en tredje aktør, teknologien, som har blitt en del av behandlingen. Behandlingen gjøres nemlig gjennom tre ledd hvor psykologen sitter i den ene enden av teknologien, på kontoret ved Lovisenberg DPS, og pasienten i den andre.

Behandler 3 forklarer at når hun driver internettbehandling flytter behandlingen seg fra de to stolene som er plassert bakerst i rommet hvor hun vanligvis driver tradisjonell terapi over til skrivebordet i andre enden av rommet. Det er her hun vanligvis gjør annet arbeid utenom behandlingen, men nå har behandlingen også blitt en del av denne delen av kontoret.

Psykologene må logge seg inn i Braive med sin bruker hvor de møter Braive sitt behandlergrensesnitt. I forkant av den 20 minutters lange digitale timen med pasientene ser de over hva pasientene har fylt inn i oppgavene for den gjeldene modulen. Her trekker de ut hva de tenker kan være relevant å ha med inn i samtalen. Behandler 2 beskriver at når hun har videosamtaler med pasienter som er i veiledet internettbehandling setter hun opp en iPad på skrivebordet sitt hvor hun logger inn i videoverktøyet Confrere. Her har hun videosamtale med pasientene sine. Under timene er hun logget inn i Braive på en PC-skjerm som står bak iPaden, hvor hun ser alt pasienten har fylt inn i oppgavene fra ukens modul. «*Sånn at jeg kunne ha en samtale med pasienten og være til stede møte blikket og liksom*» (Behandler 2). Når hun har informasjonen som pasienten har fylt ut i programmet på PC-skjermen føler psykologen at hun kan være mer til stede enn om hun måttet huske på alt pasienten hadde skrevet ned.

5.2.3. Hvordan gjør pasientene Braive?

Lars

Lars følte seg veldig takknemlig da han fikk tilbudet om veiledet internettbehandling ved Lovisenberg DPS. Samtidig var han litt skeptisk til den nye formen for behandling. Han var i en periode der han var veldig dårlig og var villig til å prøve det som fantes av hjelp. Han var også veldig bestemt på at han ikke ville ha det slik han hadde det, og var motivert til å gjøre

noe for å lære seg å håndtere utfordringene sine. *«Det og på en måte snakke til en skjerm og ikke en person, det var det jeg var litt sånn ok, jaja. Det var jeg jo skeptisk til i starten. Gir det her resultat, tenkte jeg. Og det kan jo jeg bekrefte at det har gitt resultat.»* (Lars). Lars uttrykker at han er på et mye bedre sted nå. Gjennom ulike moduler har han lært mye og fått nye strategier for hvordan han skal håndtere problematikken sin. Når han tenker over sin egen behandling, virker han overrasket over effekten systemet har hatt.

«Det er ganske fasinende å se på tilbake på det nå merker jeg, når jeg reflekterer over det (...) Men det er et veldig nyttig verktøy for å sette det ut i praksis da. Nei det er utrolig (...) Jeg kjente det litt sånt mirakuløst opp i det hele egentlig, at en Internett-tjeneste kan ha såpass, jeg vet ikke, påvirkningskraft på oss» (Lars).

Lars har sittet hjemme i egen leilighet, enten i sofaen eller på hjemmekontoret, når han skal jobbe med oppgavene i Braive. Han har ikke noe fast rutine for når han jobber med programmet, men setter av mellom 20 minutter til en time i uken til å jobbe med oppgaver. Videosamtalen med psykologen sin utfører han også hjemme i leiligheten. Konteksten for behandling dras nemlig med hjem til pasientene når de behandles over internett. Den dras inn i stuen hvor de vanligvis ser på TV, eller hjemmekontoret hvor de til vanlig driver med studier eller jobb. Kontekster for å gjøre behandling blir dermed utvidet når det digitaliseres.

Kari

Kari fikk selv valget mellom å gå igjennom tradisjonell terapi eller veiledet internettbehandling ved Lovisenberg DPS. Informasjonen hun fikk ved den introduserende timen hos Lovisenberg DPS beskriver hun som avgjørende for at hun valgte den nye metoden. *«Så fikk jeg tilbudet, og synes det hørtes nyttig ut, og i og med at jeg hadde hørt at det var ganske sånn bra, at folk hadde god effekt av det da, tenkte jeg at det kanskje også kunne være nyttig for meg. Så begynte jeg på det»* (Kari). Å høre at metoden hadde effekt på andre pasienter og bli presentert for forskningen som er gjort på behandlingen, er med på å overbevise Kari om å velge internettbehandling som behandlingsmetode. I behandlingsprosedyren for psykologene er behandlere oppfordret til å videreformidle forskningen som er gjort på behandlingen. *«Behandler bør forklare hva behandlingen går ut på, og fremheve det forsknings- og erfaringsmessige grunnlaget for internettassistert*

behandling.» (Prosedyre, LDS, s. 2). Et virkemiddel for å overbevise skeptiske pasienter og for å oppnå et stabilt nettverk er gjennom å assosiere behandlingen til forskning (Mol, 2003). Også pasientene eksisterer i konteksten hvor forskning får betydning for valget som tas.

Kari tok den mentale helsesjekken to ganger, og fikk dermed velge mellom hvilket program hun ville jobbe med. Dette gjorde at hun følte hun selv hadde noe å si i hvilken behandling hun skulle igjennom. «*Men jeg synes det har vært fint å kunne velge litt selv på akkurat hvilket program jeg skulle gjennomgå, at man ikke føler at man blir en sånn passiv pasient som skal liksom ta det man får, men at man får velge litt selv*» (Kari). Her uttrykker pasienten at hun føler hun kan ha en mer aktiv rolle i å bestemme hvilket behandlingsprogram hun skal igjennom. Kari reflekterer her karakteristikk ved Pasient 2.0 hvor det å kunne velge hvilken type behandling man skal gå igjennom verdsettes som viktig. Kari ønsker her å være en aktiv pasient som tar egne valg (Pasient 2.0) framfor en passiv pasient som må ta imot tilbudet man får (Pasient 1.0).

I likhet med Lars har ikke Kari satt noen faste tidspunkter for når hun skal jobbe med programmet. Hun jobber noen ganger med behandlingen litt sporadisk utover uken, eller så fyller hun ut hele modulen på en gang. «*Det vært litt sånn at jeg har stoppet litt opp og vet ikke helt hva jeg skal svare på denne oppgaven og må tenke litt på det, så har jeg kommet tilbake til oppgaven senere da*» (Kari). Kari har også utført oppgavene hjemme, da hovedsakelig i sofaen i stuen. I motsetning til de andre pasientene har Kari også tatt med seg Braive utover konteksten i hjemmet. Hun har tatt i bruk mobilappen når hun har vært på kollektivtransport, eller bare mens hun har ventet på noe. Her utvides konteksten for hvor terapi gjøres, fra kontoret til psykologen og til stuen til pasienten, og videre til kollektivtransport eller hvor ellers pasienten befinner seg.

Lisa

Som nevnt i delkapittel 3. *Metode* har det vært utfordringer knyttet til å rekruttere pasienter til studien. For å fortsatt kunne generere innsikt i pasienters opplevelse av veiledet internettbehandling ble «Lisa» inkludert i studien, en pasient som har fått behandling direkte via Braive sine tjenester. Her har en psykolog som er ansatt i Braive AS vært behandleren til Lisa. Når man bruker Braive som privatkunde er behandlingsopplegget relativt likt som tilbudet man får gjennom Lovisenberg DPS. Pasientene får tildelt en psykolog som skal følge dem gjennom hele løpet. Gjennom den mentale helsesjekken og i samråd med psykologen får

de tildelt programmet som er mest relevant for den problematikken pasienten trenger hjelp med. I motsetning til tilbudet fra Lovisenberg DPS er formen på samtalene med behandleren bestemt på forhånd hvor fire til fem samtaler er over video, og resten har vært skriftlige tilbakemeldinger.

Lisa fikk tilbudet fra Braive da hun skiftet jobb og fikk vite om fordelene man hadde som ansatt i den nye jobben. Da jobben hadde forsikring som samarbeidet med Braive var tilbudet gratis for Lisa, selv om hun gikk igjennom en privat kanal, og ikke gjennom det offentlige tilbudet som Lars og Kari. Det at tilbudet var gratis var noe som sank terskelen for å ta imot hjelp for Lisa. Også det at Braive virket som et tilbud både for større og mindre problematikk gjorde at Lisa vurderte tilbudet.

*«Nei, jeg trodde det var sånn at for å be om hjelp så måtte man, en, være kjempealvorlig, at du måtte være tungt depressiv, og to, at man måtte ligge på en behandlingssofa og brette ut om tankene i det dype og det brede. Så det her var et helt nytt verktøy for min del i hvert fall, aldri hørt om noe lignende hverken før eller etter»
(Lisa).*

For Lisa er veiledet internettbehandling en inngangsport til psykisk behandling. Hun uttrykker at hun ikke har oppsøkt tradisjonell terapi tidligere fordi hun ikke har følt seg syk nok for slik behandling.

Også behandlingens fleksibilitet var noe som var avgjørende for at Lisa skulle ta i bruk tilbudet. Hun trekker frem det at behandlingen gjøres over internett, og at hun dermed ikke måtte møte opp noe sted, som en avgjørende faktor. For Lisa har også det å gå i veiledet internettbehandling føltes mindre forpliktende enn å gå i tradisjonell terapi. Hun forteller også om stigmaet rundt det å gå i terapi blir lettere å håndtere når man kan styre tidspunktet for terapi selv og man ikke må komme på unnskyldninger for hvorfor man må være borte fra jobb på et satt tidspunktet. Hun nevner også at tradisjonell terapi kan være vanskeligere å koordineres med andre ting, og at veiledet internettbehandling passer bedre inn i hverdagen til pasienten.

«For meg er det helt perfekt, jeg har jo hatt rammer i form av at dette skal bli gjort og forventes at skal gjøres til neste gang, men du styrer jo selv når. Og med jobb, trening, middag, uforutsette ting, å kunne selv sette meg ned om det blir onsdag kveld eller torsdag kveld, når det enn måtte passe har nok vært ganske vesentlig for at jeg

fullførte også. Å ha den friheten og den tilgjengeligheten hele tiden, gjør at man klarer å finne tid når tiden ikke er låst» (Lisa).

I motsetning til Lars og Kari, har Lisa satt klare rammer for når Braive skal brukes. Vanligvis har hun hatt samtaler med behandler på fredager, og har satt torsdag kveld til å jobbe med oppgaver. Hun bruker kun Braive hjemme og sitter på hjemmekontoret eller i stuen. Hun skrur av telefonen og gir beskjed til samboeren om å ikke forstyrre. Her blokkerer hun verden rundt for å gå inn i sin boble med Braive.

Fra skeptiske pasienter til fornøyde brukere

Behandlerne møter på en del skeptiske pasienter når de først snakker om systemet. Lovisenberg DPS har laget en introduksjonsfilm for å forsøke å gi enkel informasjon til pasienter om tilbudet. Behandler 2 opplever likevel at det ikke er alle pasientene som det blir foreslått for som er like overbevist. Behandlerne må derfor bruke tid på å forklare behandlingsformen for pasientene. Behandler 2 ser på mer informasjon som noe som kan redusere skepsisen knyttet til behandlingsformen.

«Nei, jeg har jo litt tro på det her da, og jeg tror jo at hvis man hadde hatt det litt mer tilgjengelig, og kanskje flere visste hva det gikk i så kunne det vært, så kunne det ha vært veldig positivt. Jeg vet jo at en del er litt skeptiske, og jeg har selv vært litt skeptisk» (Behandler 2).

Behandler 2 sin erfaring med skeptiske pasienter stemmer overens med Behandler 1 sin tanke om at effektivisering kan skje når både pasienter og behandlere er informert og god kjent med tilbudet. Gjennom intervjuene kommer det frem at skepsisen mot systemet reduseres etter brukerne har fått informasjon og gjort seg bedre kjent med systemet. Introduksjonstimen med etablering av forventinger og bruk virker å være en viktig del av prosessen med å få overbevist pasientene og stabilisert nettverket.

Pasientene er overrasket over hvordan systemet har hjulpet dem. Ingen av dem kunne forutse at det ville fungere slikt og gi den virkningen det har gitt på deres mentale helse. Det kan se ut som det er en terskel pasienter og behandlere må over, skepsisen rettet mot systemet. Når de har fått denne overbevisningen er alle informantene overrasket over hvordan det fungerer. De trekker frem at de opplever systemet som ryddig, oversiktlig og enkelt å navigere seg igjennom. Systemet fremstår som intuitivt og de opplever ikke å stoppe opp i systemet og

ikke vite hvor de skal gå videre. Pasientene trekker også frem at psykoedukasjonen er forklart på en enkel måte gjennom skriftlig informasjon eller videoer. «*Videoene var av god kvalitet, behagelige stemmer, god oppløsning, hadde en rød tråd, det er jo utformet på veldig likt format, så alt følte veldig skreddersydd og gjennomført ut*» (Lisa). For at et system skal oppleves som behagelig og noe en bruker skal kunne ønske å bruke er det viktig at systemet føles konsekvent (Preece mfl., 2015, s. 62). Dette gir en helhetlig følelse av systemet som også gjør det forutsigbart å komme tilbake til.

5.2.4. Oppsummering og diskusjon

Dette kapitlet har hatt som formål å svare på underproblemstillingen *Hvordan blir Braive gjort og iverksatt ved Lovisenberg DPS*. Det har blitt forklart at forholdet mellom Braive og Lovisenberg DPS beskrives som et åpent samarbeid, noe som tillater forhandlinger og endringer i skriptet også med de faktiske brukerne av systemet ved sykehuset. Dette har ført til at velferdsteknologien ikke har havnet innenfor fallgruven i slike prosjekt som Moser og Thygesen (2014) kaller for prosjekteriets dilemma. Det har vært kontinuerlig involvering av brukere og «in-home» utvikling. Dette har resultert i et system som oppleves som enkelt, behagelig og intuitivt av brukerne, noe som skal bidra til å skape en god brukeropplevelse (Preece mfl., 2015). Samtidig bærer systemet preg av at det har blitt utviklet for bruk i en privat omsorgspraksis. Noen av disse elementene i skriptet har dog blitt endret gjennom det åpne samarbeidet.

Prosjektet ved Lovisenberg DPS kan kalles det Moser og Thygesen (2014) definerer som et vellykket prosjekt; det har overlevd i fire år, bruken av systemet har ekspandert, det har gått over fra å være et prosjekt til å bli innlemmet i ordinær drift ved sykehuset og systemet har fornøyd brukere. Gjennom analysen kommer det også frem at samarbeidet har vært åpent og dermed har tjenesten tilpasset seg etter behov som har dukket opp i praksisen. Økonomiske prioriteringer har gjort at det har blitt fokus på å få systemet i ordinær drift, fremfor å fokusere på dokumentasjon av effekt. Handlingskraften til de ikke-menneskelige aktørene har bidratt til at prosjektet har unngått å bli et prosjekt som faller innenfor prosjekteriets dilemma og bidratt til en stabilisering av nettverket.

Den ikke-menneskelige aktøren korona har hatt handlingskraft i hvordan Braive har blitt iverksatt i praksis. Aktøren har blant annet bidratt til å starte prosessen med implementering i ordinær drift på et tidligere tidspunkt. På denne måten øker også fremveksten av Pasient 2.0

raskere gjennom relasjonen mellom mennesket, teknologi og organisasjonen.

Selekteringsprosessen ved sykehuset bidrar også til at pasientene som får tilbudet om veiledet internettbehandling reflekterer deler av Pasient 2.0. Selekteringen kan bli sett på som en prosess som bidrar til at nettverket stabiliserer seg og at frafallet fra behandlingen holdes lavt.

Pols og Moser (2009) beskriver at «(...) devices get their particular shape, value and functions in the practice in which they are used, and that users creatively negotiate the script that technologies carry.» (s. 174). Gjennom praksisen kommer det frem at Braive blir gjort på ulike måter av de tre pasientene presentert i studien. Veiledet internettbehandling er nemlig flere ulike virkeligheter for pasientene, og ikke et enkelt objekt (Mol, 2003). For Lisa handler det om å sette opp en struktur og legge av en fast tid i uken. For Kari og Lars tar internettbehandlingen mer sporadisk sted i hverdagen. Kari bruker behandlingen utenfor hjemmet, og utvider konteksten for internettbehandling. Lars og Lisa bruker behandlingen først og fremst i hjemmet. Når behandlingen tas med utenfor psykologkontoret blir sofaen, som også brukes til å se på TV på kveldene eller å gjøre lekser i, en del av det å gjøre psykisk behandling. Stolen på kontoret til psykologen erstattes med vante møbler i hjemmet. Stedet for hvor behandlingen gjøres utvides da til andre kontekster.

Selv om systemet har blitt brukt på sykehuset i fire år er det vanskelig å måle om systemet har effektivisert helsehjelpen, slik teknologien er skriptet. Dette er heller ikke verdiene behandlerne ved sykehuset tillegger teknologien. Her gjøres heller god omsorg som det å kunne tilby nye former for behandling som kan dekke andre behov enn hva tradisjonell behandling gjør. Effektivisering ses på som noe som kan forekomme i framtiden, men i praksisen som eksisterer i dag er det ikke dette som gjelder.

5.3. Omsorgskollektivet endres

Når en ny teknologi introduseres i en omsorgssetting slik det har blitt gjort ved Lovisenberg DPS, oppstår det en translasjonsprosess hvor omsorgen tar en ny form. For at et nettverk skal bli stabilt etter at et nytt element blir inkludert kreves det at andre aktører endres. I dette delkapittelet vil underproblemstillingen: *Hvordan er behandlingen modifisert, og hvordan er roller, ansvar og oppgaver i omsorgskollektivet distribuert?* bli utforsket. I første del av delkapittelet vil det bli utforsket hvordan behandlingens form endres når terapien digitaliseres. I den andre delen vil det beskrives hvordan pasientrollen og behandlerrollen endres når rollene

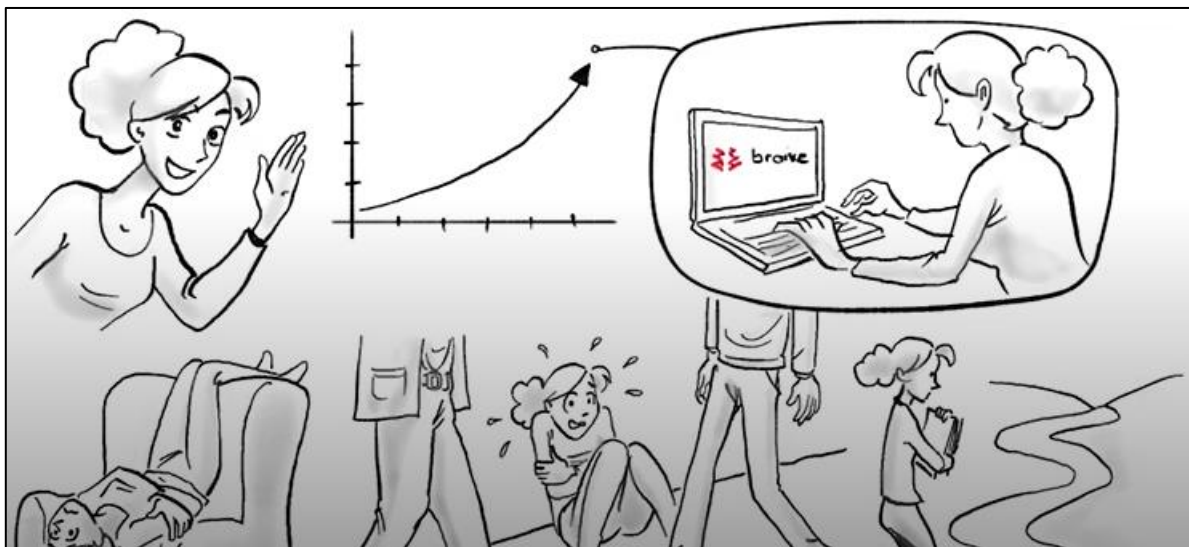
skal gjøres over internett. Til slutt vil det forklares hvordan relasjoner også endrer seg når ny teknologi blir introdusert i omsorgskollektivet.

5.3.1 Behandlingens form endres

Visuell og skriftlig terapi

I Braive blir psykisk behandling presentert i en *skriftlig* og *visuell* form. Terapien skjer ikke lenger hovedsakelig gjennom muntlig dialog, men det tillegges en rekke virkemidler som gjør at terapien skifter form. Disse virkemidlene er blant annet skriftlige oppgaver, graf over symptomforandring og en karakter som skal presentere utfordringene pasientene møter på. Lars uttrykker at han liker denne måten å jobbe med psykiske plager på fordi det er en mer konkret måte å møte utfordringene sine på. «*Man får liksom virkelig angrepet problemet istedenfor å bare snakke om det, også så har man noe fysisk egentlig å se på, noe å legge en plan sammen om*» (Lars).

I Braive blir man presentert for en person eller karakter som følger deg gjennom hele behandlingsløpet (se figur 7 og 8). Denne personen skal representere problematikken som er relevant for programmet pasienten går igjennom.



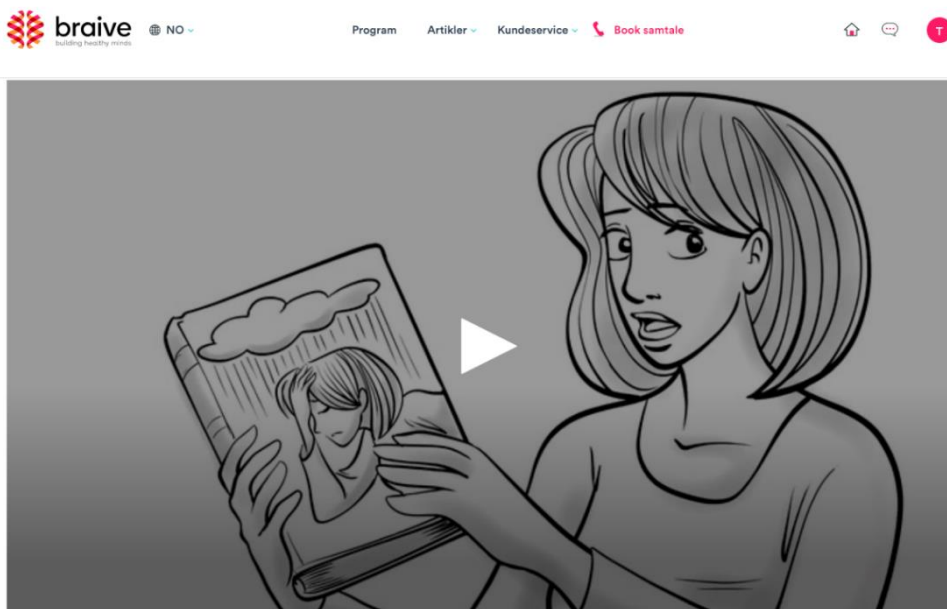
Figur 7: Braive - karakter eksempel 1

Presentasjonen av karakteren starter gjennom en video med illustrasjoner. I et av programmene starter videoen med karakteren Kristina slik: «*Hei! Mitt navn er Kristina, dette er en historie om hvordan mitt liv ble snudd på hode av panikkanfall og hvordan jeg ble bedre*

av å lære meg noen ferdigheter liknende de du skal lære gjennom kurset ditt». Lars opplever karakteren i sitt program som støttende under behandlingsløpet.

«Jeg følte jeg kunne identifisere meg mye med den karakteren på mange felt. Det var faktisk veldig nyttig, for i begynnelsen så satt jeg jo der litt sånn bare ja, hvordan skal jeg bruke dette her? (...) Og det der var jo som å møte meg selv litt på en måte da med. Så det var jo veldig fint, det gjorde det hele mer menneskelig» (Lars)

Karakteren i programmet kan ses på som en ikke-menneskelig aktør som gjør det teknologiske artefaktet mer menneskelig for Lars. Her møter pasienten svært direkte og visuelt teknologiens skript, altså en representasjon av hvem brukeren kan være, hvilke utfordringer brukeren kan ha, og hvordan hen kan bruke systemet for å forbedre sin mentale tilstand. For Lars skaper det en følelse av å være mindre alene med systemet. Pols og Moser (2009) beskriver hvordan mennesker kan utvikle følelsesmessig forhold til velferdsteknologier gjennom ulike virkemidler. Dette kan for eksempel være ved å inkludere menneskelige karakteristikk i teknologien. Gjennom den menneskelige karakteren i Braive kan pasientene føle seg sett og forstått, og presentert. Dette forsterker det følelsesmessige båndet pasienten har til teknologien.



Hovedpunkter om Sarah:

- Sarah begynte å oppleve vansker for ett år siden.
- Hun var trist og fikk ingen glede selv fra ting hun pleide å like å gjøre.
- Både energien og motivasjonen var lav og hun begynte å utsette å gjøre ting.
- Hennes appetitt og søvn forandret seg.
- Hun sammenlignet seg med andre og følte hun ikke holdt mål, noe som gjorde at hun også begynte å unngå sosiale sammenkomster.
- En venn foreslo at hun skulle søke hjelp og Sarah meldte seg på et internettbasert KAT-program.

Figur 8: Braive - karakter eksempel 2

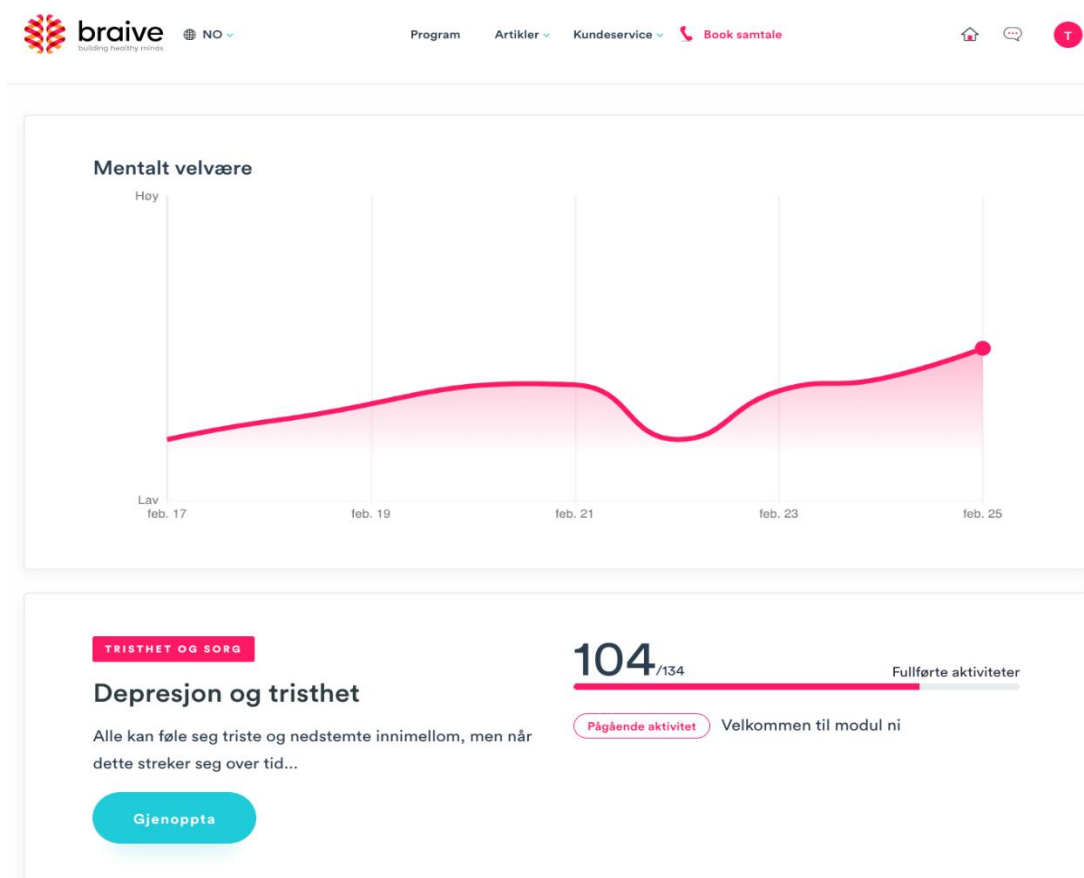
Fallgruven med å presentere skriptet så tydelig og direkte gjennom en karakter er dog hvis brukeren ikke kan identifisere seg med den tenke brukeren. Det gjør det kanskje vanskeligere å endre skriptet til teknologien til sin egen form, når skriptet er så tydelig presentert. Lisa forteller at karakteren i systemet ikke presenterte hennes livssituasjon eller måte å bruke programmet på. *«Så det var på en måte ikke noe som traff meg, men det var jo allikevel spennende å følge utviklingen til den karakteren og se hvordan løpet var tenkt»* (Lisa). Her uttrykker Lisa at hun har brukt systemet på sin måte, istedenfor slik det er tenkt. Hun blir observant på hvordan det er tenkt at man skal bruke systemet, men hun ønsker ikke bruke det på denne måten. Det å ikke føle seg representert eller identifisere seg med rollen som er definert i teknologiens skript kan noen ganger føles frustrerende for Lisa. *«Det funker jo ikke på meg, hva er galt med meg, det funker jo på denne karakteren her»* (Lisa). Samtidig anerkjenner hun at karakteren ikke er en fasit på hvordan man skal bruke systemet, og skaper sin egen måte å nyttiggjøre seg av systemet. På denne måten endrer hun det tiltenkte skriptet samtidig som hun er observant på hvordan det er tenkt at systemet egentlig skal bli brukt. Selv om Lisa skaper en egen forståelse av hvordan hun kan bruke systemet, viker ikke denne bruken for mye fra det som er forutsett av designerne, og dermed fungerer interaksjonen mellom brukeren og teknologien, også i Lisas situasjon (Akrich, 1992, s. 216).

Et annet visuelt virkemiddel som er brukt i systemet er en graf over hvordan pasientens symptomtrykk utvikler seg utover behandlingsforløpet (se figur 9). Grafen er basert på svar fra en ukentlig mental helsesjekk som pasientene fyller ut i forkant av hver modul (se figur 4). For Lars har grafen fungert som en måte å få økt forståelse over egen tilstand. *«Det er jo veldig nyttig, det er jo på en måte å få forstått hva som skjer, fordi det er jo ofte det man føler man mister kontrollen på»* (Lars). Kari uttrykker at hun har et tvetydig forhold til grafen og dens funksjon. På den ene siden synes hun det er gøy å følge med på utviklingen, men på den andre siden forteller hun at grafen kan vekke frustrasjon over egen utvikling.

«Ja, men også litt demotiverende når man ser at det går dårlig. Dette går i totalt feil retning, føler man på en måte da. Innimellom har jeg kanskje blitt litt for opphengt i den, og nå går det veldig dårlig tenker jeg mye, hvorfor gjør det det? Så graver du deg på en måte enda lengre ned, og sitter og grubler over hvorfor ting går så dårlig.»
(Kari).

Til tross for at Kari har fulgt opplegget og utført oppgaver slik skriptet til teknologien er tenkt, har det vært tider i behandlingsforløpet hvor grafen ikke har endret seg. Ifølge teknologiens skript skal man kunne forbedre sin mentale helse ved å gå igjennom programmet. Grafen er

en visuell framstilling av denne delen av skriptet. Når Lisas situasjon ikke møter skriptets forventninger kan grafen virke mot sin hensikt.



Figur 9: Braive - graf over behandlingsløp

Kari uttrykker at behandlingens visuelle framstilling av terapi og modulbaserte oppgaver har vært en faktor som har motivert henne til å gjennomføre behandlingen.

«Også synes jeg det har sånn måten eller det med at det har vært videoer og sånt, eller det har vært ganske..eller litt sånn gøy til tider og å jobbe med det ettersom det har vært oversiktlige videoer og jeg synes ikke det har vært for tungt og vanskelig stoff, det har vært ganske enkelt og bra forklart da. Så merker jeg jo at det er nyttig å jobbe med oppgaver, så man blir jo motivert til å jobbe videre med det» (Kari).

Lisa har også merket at det å jobbe med oppgaver og lære seg verktøy, og deretter se at dette fungerer i praksis har fungert som en motivasjon for å jobbe videre med behandlingen. *«Da blir man jo nysgjerrig på hva mer finnes, hva skal jeg gjøre i neste modul?» (Lisa).* Det å øke kunnskap gjennom psykoedukasjon virker å vekke en interesse for å lære mer for pasientene.

Den visuelle karakteren, grafen som viser et slags resultat av behandlingen og de skriftlige oppgavene som vekker interesse for hva som skjer videre i behandlingen, kan virke som elementer som kan likne et designelement innenfor interaksjonsdesign kalt spillifisering. Disse elementene kan tenke seg å ha som formål å blant annet øke sjansen for at brukeren skal komme tilbake til systemet og fortsette behandlingen. Kari og Lisa uttrykker at systemet virker «lett» og «gøy» å jobbe med. Å jobbe med oppgaver oppleves som konkret og forutsigbart, brukeren vet hva hen vil komme tilbake til. Spillifisering handler nettopp om å inkludere morsomme elementer i et system for at brukeren skal ha lyst til å komme tilbake til systemet (Interaction Design Foundation, uå). Braive har også skapt et narrativ, en historie gjennom karakteren brukeren blir presentert for. Dette kan likne den narrative fremstillingen som ofte brukes i spill.

Terapiens skriftlige form fører også til at pasientene har bedre tid til å tenke over hva som skal bringes videre til behandler. I tradisjonell behandling har man ikke muligheten til å redigere seg selv på samme måte. På den ene siden kan man tenke at dette resulterer i at man er mer uærlig med sin behandler fordi man kan redigere automatiske reaksjoner og skjule de bak skjermen. På den andre siden kan det å skrive om vanskelige ting føles mindre sårbart enn å snakke om dem. Lisa opplever at når hun har de muntlige samtalene med sin behandler føler hun seg mer sårbar. Dette gjør at hun kanskje unngår å snakke med behandleren sin om temaene som er mest vanskelig for henne. *«Og jeg vet ikke hvorfor, men det føles som at man blottlegger seg mye mer når man har en muntlig samtale heller enn når man har skrevet om noe man har opplevd»* (Lisa). I de skriftlige oppgavene derimot føler hun at det er enklere å gå inn på de vanskeligere temaene.

Skriptets åpne, men lukkede rammer

Internettbehandlingens form endrer rammene for terapi. Braive sitt skript setter lukkede rammer for terapi i form av hvilke temaer pasientene skal jobbe med og når, hvor ofte de skal ha samtale med sin behandler og hvor lange timene med behandleren er. Terapien er svært strukturert, og denne strukturen skaper også lukkede rammer for behandlingen. Den strukturerte formen for terapi er noe Behandler 2 uttrykker at kan være nyttig for en del pasienter. Enten for pasientene som liker at ting er strukturert og forutsigbart, men også for pasienter som ikke har en strukturert hverdag.

«Hvis ting er såpass ustrukturert i livet, eller de har ikke helt følelse kanskje på hva som, hva som er problemet, eller hvordan de skal nærme seg det. Ting er bare litt sånn generelt vanskelig da. Da er det jo kan det være veldig fint at noe annet her ute blir strukturert for dem, og at det blir en sånn logisk systematisk måte å nærme seg egne utfordringer.» (Behandler 2).

Ettersom temaene er bestemt på forhånd opplever pasientene at man ikke alltid kan jobbe med det man føler på her og nå. *«Det er ikke alltid jeg føler modulene har passet til hvordan jeg har fungert de ukene» (Kari).* Kari hadde søvnproblemer tidligere i forløpet og uttrykker at hun gjerne skulle ha gått igjennom søvnmodulen på et tidligere tidspunkt. Lisa har også opplevd at terapiens satte forløp ikke passer hennes problematikk. Søvnmodulen er satt som en del av behandlingen for å kunne forbedre pasientens søvn. Lisa har ikke selv opplevd søvnproblematikk. Den satte formen i teknologien gjør dermed at informanten må reflektere over problematikk som hun ikke selv opplever, og kanskje bruker tid på emner som ikke er relevant for henne. Pols og Moser (2009) beskriver at når teknologier er for standardiserte kan det hindre utviklingen av et følelsesmessig bånd med teknologien, som kan gjøre det vanskeligere å bli motivert til å ta i bruk teknologien. For at pasientene likevel skal kunne utvikle en følelsesmessig tilknytning til teknologien kreves det ifølge forfatterne at skriptet er fleksibelt. *«Den modulen var for meg mer en opplæring i hvordan søvn fungerer enn hvilke vaner skal jeg endre og hvordan skal jeg prate om min behandler om dette i ettertid» (Lisa).* Når Lisa møter søvnmodulen skjer det en beskrivelse hvor søvnmodulen gjøres om til en opplæring i søvn, fremfor en endring i søvnvaner, slik teknologien er skriptet. Lisa uttrykker samtidig at det har vært fint å lære om søvn. Selv om hun ikke bruker teknologien slik skriptet er tenkt, er fortsatt skriptet åpent for at man kan bruke det på måter som passer brukerne selv.

Behandlingen gjennom Braive har også lukkede rammer i form av tiden pasienten har til rådighet med sin behandler. I tradisjonell behandling har man vanligvis 45 minutters behandlingstimer. Hvor mange behandlingstimer man har i uken er i tradisjonell behandling basert på behovet til pasienten og kapasiteten til behandleren. Når man går i behandling gjennom Braive ved Lovisenberg DPS har man video- eller telefonsamtaler som er satt til 20 minutter, én gang i uken. Her har Lovisenberg DPS tillagt teknologien sitt eget skript hvor det er tenkt at man skal bruke 20 minutter på samtalene. Lisa har kjent på at 20 minutter ikke alltid er tilstrekkelig for å snakke om det hun opplever som utfordrende i hverdagen.

«Jeg har vært litt sånn stressa (...) Det har variert mellom 20 minutter til en halv time da, så jeg synes at jeg kanskje har sluppet litt mer av de gangene det har vart i en halvtime. Jeg synes den tiden har vært litt kort kanskje av og til, at det er litt sånn vanskelig å ta opp alt da» (Kari).

Lisa har måtte begrense temaer hun har ønsket å snakke om på grunn av den satte tiden terapien har. Behandler 3 opplever også ofte at oppfølgingstimene er for korte og at hun da må velge hva hun skal sette i fokus og hvilke temaer hun skal velge bort. Her har terapiens skript skapt begrensinger for hvor mye pasienten får snakket om sammen med terapeuten. Samtidig har Kari og terapeuten hennes noen ganger gått utenfor de lukkede rammene og det tiltenke skriptet, og dermed møtt Karis behov bedre.

I prosedyren for veiledet internettbehandling er veiledningstimene oppfordret til å handle hovedsakelig om veiledning i bruk av programmet (Prosedyre, LDS). Her har også Lovisenberg DPS tillagt teknologien et eget skript i form av hva det er forventet at man skal bruke de 20 minutters samtalene til. Kari opplever at det ikke er alltid dette hun vil bruke de 20 minuttene på. Samtidig er denne delen av skriptet fleksibelt og åpent for justering etter behov. *«Dersom pasienten i liten grad har behov for veiledning, kan det avtales å benytte oppfølgingssamtalen til andre behandlingsrelevante temaer pasienten har behov for å få innspill på»* (Prosedyre, LDS, s. 4). Kari uttrykker at dersom modulen for den gjeldende uken ikke har passet hennes utfordringer har de benyttet timene til å snakke om utfordringer som er gjeldende for henne på det tidspunktet.

Kari har også opplevd at hun ikke har fått uttrykt alle tanker og refleksjoner hun har hatt når hun har jobbet med oppgavene i systemet. Det er ikke bare teknologiens skript for tid som kan begrense hvor mye pasienten får uttrykket seg, men også den tekstlige formen for terapi har en maksimumsgrense.

«Også har det kanskje vært litt sånn liten plass å skrive på av og til, tror det var en plass hvor man skulle skrive om hvordan man skulle håndtere negative tanker for eksempel, og da hadde jeg masse som jeg kom på som jeg ville skrive ned, men så hadde jeg ikke plass til å skrive inn alt.» (Kari).

Teknologiens skript begrenser dermed hvor mye hun får skrevet ned og hvor mye hun får videreformidlet til sin behandler. Her er derimot ikke teknologiens skript åpent for endring eller justering etter pasientens behov ettersom algoritmen har satt en fast ordgrense.

Behandler 3 opplever også skriptets lukkede rammer i form av at det påvirker hvordan hun driver terapi. Vanligvis har hun en mer åpen form for terapi hvor det ikke er satt en fast struktur. Hun bruker heller ikke kognitiv adferdsterapi som form for behandling så ofte i sin tradisjonelle praksis. Etter at Braive har blitt introdusert i hennes kliniske praksis har hun måtte drive mer strukturert og forhåndsbestemt enn tidligere. Teknologiens iboende handlingskraft gjør at Behandler 3 endrer hvordan hun driver sin psykologiske praksis.

Samtidig som skriptet til Braive har lukkede rammer er også skriptet formet slik at terapien har åpne rammer for når og hvor behandlingen skal gjøres. Dette fører til at pasientene selv må bestemme når de skal «gå i terapi». De åpne rammene fører dermed til at man kan utsette behandlingen og at man har mer tid til å reflektere over egne tanker. Kari uttrykker at når hun ikke vet hva hun skal svare på en oppgave i en modul hender det at hun utsetter å fylle den ut. I tradisjonell terapi derimot, har man ikke muligheten til å utsette refleksjoner i terapien på samme måte. Da er terapien satt til et gitt tidspunkt og pasientens refleksjoner må komme frem innenfor den gitte tiden. De åpne rammene fører også til at det er vanskelig å vite hva som er forventet av en. Kari uttrykker at hun synes det er vanskelig å vite hvor mye tid og jobb som kreves for å bli bedre.

«Det er jo opp til en selv, man skal jo gå igjennom alle modulene, men man kan jo jobbe mer eller mindre med oppgavene, du kan jo skrive to setninger så er det godkjent på en måte, eller så kan du skrive en halv side. Du kan jo velge hvor mye du vil reflektere over ting.» (Kari).

Når det ikke er satt av en avgrenset tid for behandling får pasienten selv et større ansvar i å vurdere hvor mye tid man skal vie til terapien og hvor mye tid som kreves for å bli bedre. I tradisjonell terapi er timen ofte avgrenset til 45 min. Med veiledet internettbehandling blir tid en faktor pasienten selv må bestemme og noe som ikke er satt.

Behandler 3 har også opplevd at internettbehandlingens åpne rammer gjør at valg av kontekst for bruk av teknologi kan bli for åpent for enkelte pasienter. Hun har opplevd at pasienter kan ta oppfølgingstimen over video eller telefon i kontekster hvor det kan være utfordrende å holde konsultasjoner. Behandler 3 argumenterer for at om pasientene tar med seg behandlingen på «farten» er de ikke til stede mentalt. Hun uttrykker at de da er mentalt i en annen prosess. *«Fordi at det blir så lett tilgjengelig gjør at man kan tenke, da gjør jeg det bare på T banen på vei til jobb, men så, på T-banen på vei til jobb, så kan vi ikke snakke om alt» (Behandler 3).* Ved å jobbe med veiledet internettbehandling over tid har hun erfart at

dette er noe hun må etablere for pasientene på forhånd. Hun må skape et eget skript og forventning for pasientene, en egen begrensning når teknologiens tenkte skript for bruk er såpass åpent og fleksibelt.

Nye aktører i omsorgskollektivet

Når behandlingens form endres ved at den blir mobil og kan tas med i andre kontekster, dras også nye aktører inn i omsorgskollektivet (Moser og Thygesen, 2013). Behandler 2 har opplevd at pasienter ofte har brukt den visuelle formen for terapi til å forklare sine utfordringer til familie og venner.

«Jeg har erfaring med at noen hvis du ikke klarte helt forklare noe selv da så har de på en måte bare vist sånn 'her, dette her, det er det jeg sliter med, det er det som er vanskelig for meg, og det er det jeg jobber med nå'» (Behandler 2).

Både Kari og Lisa har inkludert familie og venner i omsorgskollektivet ved å vise de programmet. Det at programmet er såpass konkret og visuelt gjør det enklere for dem å forklare sine utfordringer, og kanskje enklere å inkludere dem i behandlingen, enn ved tradisjonell terapi. Den skriftlige og visuelle formen av psykoedukasjon lar også pasientene enklere vise andre kunnskapen fremfor å gjenfortelle det man har hørt gjennom ansikt-til-ansikt terapi. Teknologiens handlingskraft påvirker dermed relasjonen mellom pasientene og deres venner og familie. Brodersen og Lindegaard (2015) ser et skifte i forholdet mellom pasienter og pårørende når pasienten reflekterer mer av Pasient 2.0. Når behandlingen tas med hjem, og familiens sofa og stuebord blir en del av å gjøre sykdommen, blir også de pårørende en større del av behandlingen og det å gjøre behandling (Mol, 2003). Hvem som gir omsorg blir ikke lenger bare forbeholdt helsepersonell, men også pasienters pårørende blir en større del av dette.

Lisa utførte de første videosamtalene med sin behandler hjemme da arbeidsplassen var oppfordret til å ha hjemmekontor på grunn av koronapandemien. De to siste oppfølgingstimene gjennomførte Lisa på et møterom på jobb. Her var veggene av glass, som gjorde at kollegaer kunne se at Lisa var i en samtale. *«Men jeg tenkte, ja shit au, de får tenke hva de vil, det er ikke så farlig. Det verste var at jeg tenkte at nå tenker de sikkert at jeg ikke trives her og er på intervju til en ny jobb» (Lisa).* Her introduseres en ny setting for det å gjøre behandlingen, nemlig arbeidsplassen. Behandlingen blir så fleksibel at man kan ta den med på

jobb, hvor arbeidsplassen og kollegaer blir en del av nettverket. Flexibiliteten fører også til at kollegaen får en direkte, og kanskje uønsket, relasjon til behandlingen gjennom glassvinduet. Her påvirker en ikke-menneskelig aktør, teknologien, relasjonen mellom de menneskelige aktørene; kollegaene på jobb.

5.3.2 Pasientrollen og behandlerrollen endres

Å være sin egen terapeut

Gjennom psykoedukasjonen og å jobbe med oppgaver i Braive får pasientene tilegnet seg verktøy og lærdom som de tar med seg i situasjoner hvor utfordringer knyttet til deres problematikk dukker opp. «*Mest nyttige er bare bevisstgjøringen overfor seg selv på hva det er som vekker følelser i en da, hvilke tanker det er som har satt i gang den reaksjonen og hvordan man kan oppdage det tidligere og forhindre at det skjer*» (Lisa). Pasientene opplever at de tar med lærdommen de tilegner seg på egenhånd gjennom internettbehandling.

Pasientene har også opplevd at utfordringer de møter på har blitt lettere å håndtere etter de har gått i terapi gjennom Braive. For å gjøre psykisk behandling kreves det tradisjonelt sett to aktører; pasienten som forteller om sine plager og psykologen som stiller spørsmål, setter diagnoser og utforsker pasientens psyke (Mol, 2003). Når psykisk behandling blir praktisert gjennom Braive er det en tredje aktør som blir en del av å gjøre behandling, noe som fører til at måten behandlingen gjøres på blir endret. Både Braive og psykologen kan gi informasjon om lidelser og verktøy, og pasienten selv kan utforske egen psyke sammen med Braive. I noen av oppgavene i modulene skal man gå tilbake til tidligere moduler og vurdere om problematikken har endret seg siden sist man utførte den samme oppgaven. Man kan gå frem og tilbake i egne refleksjoner og behandling som gjør at man får større ansvar i å vurdere seg selv og sin behandling. Det har man ikke i like stor grad mulighet til i tradisjonell behandling. Gjennom Braive blir fremgang og tilbakegang i behandlingsforløpet konkret og svært synlig for pasienten. I tradisjonell behandling er det psykologen som har denne oversikten i form av en journal. Med Braive har psykolog, men også pasient oversikt over egen journal. Dermed blir pasienten også mer aktiv i vurderingen av egen tilstand. Den som kontrollerer det kliniske perspektivet når behandlingen ikke lenger er praktisert på psykologens kontor blir distribuert til både teknologien, pasient og de pårørende (Oudshoorn, 2011, s. 10). Som reflektert i Pasient 2.0 blir da forestillingen om hvem som er «eksperten» da også mer flytende.

Som analysert i delkapittel 5.1.2 *Braives skript* er det en forventning om at pasientene som bruker Braive skal ta rollen som Pasient 2.0. Pasientene skal være aktive i egen behandling og gjennom systemet skal de lære seg å: «være sin egen terapeut». Behandler 2 uttrykker også at det å tilegne seg kunnskap om egen problematikk kan gi mer eierskap til behandlingsprosessen.

«Det her med eierskap, hvor viktig det er i prosessen, og som er en av de tingene jeg kanskje tenker er de største fordelene med denne behandlingsformen, at de pasientene som er motivert, eller er villige og synes det er interessant og en ok måte å gjøre det på, de styrer jo showet mye selv» (Behandler 2)

Både Lars og Lisa opplever at de har tatt en aktiv rolle i behandling. Lars uttrykker at: *«Man blir sin egen terapeut eller bestevenn kanskje. Og det har jeg virkelig opplevd» (Lars).*

Pasientene beskriver også, som nevnt tidligere, at de liker det å kunne være selvstendige og bestemme selv når og hvor behandlingen skal utføres.

I eksklusjonsprosessen blir det vurdert hvem som er egnet eller ikke til å gå i veiledet internettbehandling. *«I screeningsamtalen bør behandler kartlegge pasientens motivasjon for å jobbe terapeutisk på en i høy grad selvstendig og manualbasert måte, og via PC/mobil.» (Prosedyre, LDS, s. 2).* Her blir motivasjon for å jobbe selvstendig trukket fram som et viktig kriterium for pasientene som skal bli vurdert for behandlingsmetoden. Tidligere studier viser også at det å ha et ønske om å bli bedre er viktig for at man skal kunne klare å fullføre behandlingen (Wilhelmsen mfl., 2013). Eksklusjonsprosessen kan analyseres som en prosess hvor pasienter som er egnet til å ta deler av rollen som Pasient 2.0, som det å være egnet og motivert til å ta mye ansvar over egen behandling, blir valgt ut. Pasientene understreker at motivasjon har vært viktig for at man skal kunne klare å gjennomføre programmet.

«Jeg var veldig bestemt på at sånn skal ikke jeg ha det på en måte. Alle har jo dårlige dager og kjenner på kjipe ting, men jeg var veldig bestemt på at sånn vil ikke jeg ha det resten av livet. (...) Så jeg var veldig motivert på at jeg skal ut av det her og lære meg å leve med det eller bli kvitt det» (Lars).

For å «være sin egen terapeut» uttrykker pasientene at i tillegg til motivasjon kreves det struktur og selvstendighet for å klare å komme seg gjennom behandlingsløpet. Pasientene ser ut til å ta på seg deler av rollen som Pasient 2.0 når de går i behandling gjennom Braive.

Lars uttrykker at det å fullføre behandlingen og å vite at man har gjort mye av behandlingen på egenhånd er motiverende for å fortsette i samme retning videre.

«Det har vært veldig overraskende, jeg trodde ikke jeg kom til å klare det alene på en måte, men jeg har jo gjort det da. Og jeg fikk jo tilbakemelding på det at jeg skulle virkelig ha for innsatsen og alt da, for det er jo jeg som har gjort det at det har blitt en forskjell da» (Lars).

Når man er sin egen terapeut kan overgangen fra å være i et behandlingsløp ved et DPS, til å avslutte forløpet være mindre brå når man går i veiledet internettbehandling. Dette er fordi man har med seg programmet i fem år etter avsluttet behandling og fordi man har gjort mye av behandlingen på egenhånd. Alle pasientene setter pris på denne delen av teknologiens skript, slik det er forestilt av utviklerne bak Braive. Lars ser blant annet på det som en trygghet å ha med seg programmet videre. *«Og det, jeg har det jo på en måte med meg i fem år, Braive, i tilfelle det skal bli, komme utfordringer da. Så jeg har ikke på en måte gått tomhendt ut av det heller» (Lars).* Selv om Lars ikke har med seg behandleren sin videre, har han med seg Braive og kunnskapen om å tilegne seg og benytte seg av verktøy på egenhånd og anvendt disse i hverdagen.

Når oppfølgingstimene foregår digitalt og ikke i terapirommet har pasienten selv mulighet til å begrense timene etter tiden som er tilrede. *«Hvert fall når man har det på telefonen så kan man se mer på klokka og distrahere deg med sånt, så da har jeg liksom sittet og kanskje liksom unngått å gå veldig inn på ett eller annet fordi jeg vet at det er mindre tid eller ja» (Kari).* Tid er en aktør som pasienten selv ikke vanligvis har kontroll over i en terapitime. Det er som oftest terapeuten som følger på tiden i en tradisjonell behandlingstime og begrenser timen etter tid man har til rede. Når oppfølgingstimene blir digitale, kan også pasienten ta på seg ansvaret med å begrense timen etter tid. Det å se tiden begrenser også pasienten i å gå inn på tema hen kanskje har behov for fordi hen ser at tiden ikke strekker til. Dette er samtidig med på å la pasienten ta en mer aktiv del i å styre sin egen time, også timene hvor psykologen er med.

Veileder og motivator

Når en ny teknologi introduseres i et omsorgskollektiv må helsepersonell lære seg å bruke nye teknologier, lære seg å observere pasienter på nye måter og på større avstand. Den nye

teknologien distribuerer også roller, ansvar og oppgaver på nye måter (Moser og Thygesen, 2013). Psykologene ved Lovisenberg DPS uttrykker at når Braive har blitt en del av deres kliniske praksis har rollen deres som psykolog og oppgavene som de vanligvis utfører endret seg. «*Programmet er behandlingen altså det er hovedbehandlingen, og så skal man være en sånn slags motiverende rolle, behandler og veileder litt mer i behandlingsprogrammet*» (Behandler 2). Psykologene får dermed en mer *veiledende* rolle i form av at de må forklare og bestemme sammen med pasientene hvordan de skal bruke den nye behandlingsmetoden og på hvilken måte de kan få mest nytte av å bruke et slikt program. De får en *motiverende* rolle i form av at de må oppfordre pasienten til å jobbe med behandlingen på egenhånd.

Behandlerne ved Lovisenberg DPS forteller at når terapi skjer gjennom Braive er det systemet som er hovedbehandlingen, ikke den muntlige samtalen som foregår mellom pasient og behandler. «*Man blir jo litt mer som en veileder, kanskje heller enn en som på en måte tilrettelegg indre utforskning av prosesser*» (Behandler 3). I tradisjonell terapi uttrykker Behandler 3 at hun oftere legger til rette for det hun kaller en indre utforskning. Når Braive inkluderes i omsorgskollektivet er det heller teknologien som tar over denne tilretteleggingen. Dermed foregår behandlingen i hovedsak mellom programmet og pasienten. Behandler 1 uttrykker at dette resulterer i at psykologen blir mer tilbaketrucken. Den motiverende og veiledende rollen som psykologen inntar, er en rolle som utføres med større avstand enn ved tradisjonell terapi.

Når psykologene får en mer tilbaketrucken rolle, og pasientene og Braive tar mer av ansvaret for behandlingen, blir det mindre ansvar på psykologene selv. Behandler 2 er relativt ny i jobben som psykolog. Hun uttrykker at når hun driver terapi gjennom Braive blir hun tryggere i sin praksis, sammenliknet med når hun driver ansikt-til-ansikt terapi. Når psykologene har terapi gjennom Braive er forløpet og temaene i timene allerede bestemt. I tradisjonell terapi blir ofte forløpet i timen bestemt av psykologen, og psykologen må dermed strukturere timen selv og komme med forslag til hva som skal jobbes med og hvordan. Behandler 2 uttrykker at gjennom Braive «*så kan jeg hvile meg mer bak programmet. Altså jeg kan ha den der lille puten som sånn viser til det, og jeg vet hva som skjer neste gang*» (Behandler 2). Behandler 3, som er en mer erfaren psykolog uttrykker også at rollen som psykolog over internett kan føles mer befriende. «*At man har liksom noe som man skal snakke om, at det er gitt, og man har noe man tar utgangspunkt i som de har skrevet, så kan man slippe å liksom gå den lange veien rundt hva rører seg inn i deg i dag*» (Behandler 3). Når behandlingsforløpet er bestemt på forhånd beskriver psykologene at de må bruke seg selv mindre. På denne måten føles

Braive som en hvilepute for psykologene, som ellers har mye press i et helsevesen med lite behandlingsskapasitet.

Både Behandler 2 som er nyutdannet psykolog, og Behandler 3 som har jobbet som psykolog i lengre tid uttrykket at de tar med seg kunnskap fra Braive inn i sine timer med ansikt-til-ansikt terapi. Utviklernes forventning om en terapeut som skal kunne lære av verktøy og teknikker i Braive og ta det med i sin praksis blir her møtt av de faktiske brukerne.

«Ja en del av de tingene som vi går gjennom her har jeg på en måte tatt liksom tatt inspirasjon fra. (...) Det er en del av de tingene som jeg tenker om dette er jo fin måte å jobbe på, eller sånne hjemme oppgaver, og de får liksom noen av de aspektene med seg hjem da.» (Behandler 3).

Braive inkluderes i en omsorgspraksis hvor tradisjonell terapi eksisterer som en aktør. Den nye behandlingsformens introduksjon til nettverket påvirker også den tradisjonelle terapien som eksisterer i nettverket. Teknologien har handlekraft i å påvirke formen og innholdet i praksisen psykologene driver utenfor veiledet internettbehandling.

5.3.3 Relasjoner endres

På egenhånd, men ikke alene med teknologien

«Det som er felles for disse ulike konstellasjonene av teknologi og omsorg, synes å være at de åpner opp for både omsorg på avstand og nye former for egenomsorg (Moser og Thygesen, 2013, s. 145). Behandlerne opplever relasjonen deres til pasientene de har gjennom internettbehandling som annerledes. Samtidig uttrykker de at de opplever å få en like god kontakt med pasientene som de får med pasientene de har i tradisjonell behandling.

«Relasjonen er kanskje annerledes, men jeg synes ikke den er noe dårligere, eller altså, jeg føler at jeg blir kjent med disse pasientene også, og jeg føler at jeg bryr meg om dem på samme måte som jeg gjør med de som kommer fysisk» (Behandler 1). Behandler 1 uttrykker at kontakten hun får med pasientene hun behandler gjennom Braive er lik den hun får med pasientene hun har i tradisjonell terapi. Hun uttrykker at det er interaksjonen med pasientene som er annerledes i form av at mye av det pasientene legger i terapien er i skriftlig form og at de muntlige samtalene er kortere.

Lars, på den andre siden, opplever ikke den samme relasjon til behandleren han har gjennom veiledet internettbehandling som relasjonen han har hatt til en psykolog han har hatt gjennom tradisjonell behandling.

«Hun har blitt veldig kjent med meg, og vet veldig mye om min historie og sånt. Men det har ikke blitt en relasjon som det har blitt med meg og min andre terapeut. En sånn medmenneskelig greie, det har det ikke blitt» (Lars).

Behandleren ved Lovisenberg DPS har fått veldig mye informasjon om Lars, som kanskje forklarer hvorfor behandlere føler de får en like bra relasjon til pasientene i Braive, som pasientene de møter ansikt-til-ansikt. Pasientene får samtidig ikke den samme tiden og fysiske kontakten med behandlerne på Lovisenberg DPS som man gjør i ansikt-til-ansikt terapi.

Med veiledet internettbehandling jobber man aktivt mer alene med ting som er vanskelig. Enten det er gjennom oppgaver i programmet, verktøyene man blir presentert eller gjennom videoene hvor man kan lære mer om problematikken man går igjennom. I tradisjonell ansikt-til-ansikt terapi går man ofte gjennom disse delene sammen med psykologen sin. *«Ja, men av og til synes jeg også at det har vært litt tungt å sitte alene og jobbe med kjipe ting, så sitter jeg veldig sånn for meg selv føler jeg. Men da har jeg jo vist at da kan jeg jo ta det opp under neste time eller ja.»* (Kari). Istedenfor å ha støtte fra psykologen sin der og da, må man vente til neste time før man kan ta det opp. Oudshoorn (2008) beskriver hvordan pasienter må undersøke egne kropper og deretter overføre denne dataen til helsepersonell via teknologien. I denne konteksten skjer det en overføring av tanker til Braive som igjen videreføres til behandler. Støtten man får fra sin behandler blir da utsatt til neste oppfølgingstime.

Lars opplever kontakten med sin behandler som mer distansert enn han har gjort gjennom tradisjonell terapi. Likevel uttrykker han at det å ha en psykolog med i behandling har følt som en trygghet. Selv om pasientene føler de er aktive i egen behandling, får til mye på egenhånd og går inn i deler av rollen som Pasient 2.0, er også det å ha en trygghet gjennom kontakt med sin behandler viktig. Pols og Moser (2009) studerer en omsorgspraksis hvor verdier som trygghet ble knyttet til bruken av en velferdsteknologi fremfor selvstendighet. Wilhelmsen mfl. (2013) forklarer også at en viktig motivasjonsfaktor for å fullføre veiledet internettbehandling er å føle en tilknytning til psykologen som følger en i løpet.

«Gjennom Braive får jeg jo lære meg å hjelpe meg selv og bli bevisst på egne tanker. Samtidig så føler jeg jo også at jeg er avhengig av timene med min behandler for å få

bekreftelse på det jeg tenker og føler på. Jeg sitter ikke bare alene med det digitale liksom, jeg har behandleren min i den andre enden» (Kari).

Kari understreker at det å ha en behandler med i løpet er viktig. Hun har følt at hun ikke bare er alene med teknologien, man blir også fulgt opp og fulgt med på det man gjør. Hun beskriver det som at det er noen som ser deg og det du jobber med. Det å ha en terapeut som følger med på «andre siden» av teknologien er svært viktig for å ha motivasjon til å komme seg igjennom programmet. «It feels safe when familiar and specialised nurses keep an eye on you» (Pols og Moser, 2009, s. 169). Som ved omsorgspraksisen Pols og Moser studerer føler pasientene seg sett og passet på.

«Det er noe med det å bli sett da når man er i en litt mer sårbar periode i livet, at noen følger deg opp og at du har et ansvar ovenfor en annen til å faktisk, jeg må gjøre denne oppgaven denne uken, det er noen som følger med meg og ser og vil at jeg skal bli bedre» (Lisa).

Dette viser at det å være en bruker av Braive ved Lovisenberg DPS ikke bare handler om å få redskapene til å behandle seg selv, men også å komme i kontakt med en behandler som følger deg opp og ser deg. Behandler 1 beskriver relasjonen pasientene får til programmet og sin behandler som en «forlenget behandler». «Og det kan jeg kjenne igjen fra min egen erfaring at pasienten kan si noe om det at, det var en pasient for eksempel som sa at det er jo som å ha deg, eller psykologen min i lomma» (Behandler 1). Gjennom programmet har pasientene sin behandler alltid tilgjengelig i en digital form. Teknologien muliggjør dermed en hyppigere kontakt mellom pasient og behandler. Det å være en pasient gjennom Braive handler om å være en selvstendig pasient som tar aktiv del i behandling, men det handler også om å bli sett og fulgt opp av en behandler. Rollen som pasient gjennom Braive beskrives ikke enten som en pasient som er selvstendig eller en pasient som blir passet på, det beskrives som begge deler.

Fysisk distansert

Når behandlingen foregår over internett og ikke i et rom hvor pasient og behandler begge er fysisk til stede mister man fysiske kroppslige signal som kan oppstå i rommet. «Altså som behandler å være litt sånn obs nå ser jeg at du at du hadde, nå falt du litt fra her eller da ble du litt trist, eller nå var det et eller annet som skjedde i deg, hva var det og. Så kan man ta det

*der og da» (Behandler 2). Behandler 2 uttrykker at når terapien foregår over internett kan man skjule disse kroppslige signalene og de kan være vanskelige å plukke opp over video eller telefon. Behandler 3 forklarer også at det kan være vanskelig å gjøre en *status presens* vurdering av pasienten over internett. En slik vurdering handler om å se «*hvordan du fungerer i en litt lengre samtale, hvordan du ser ut om du har kledd på deg ordentlig. (...) hvordan vurderer på en måte sin tilstedeværelse her og nå»* (Behandler 3). Behandler 3 uttrykker at man til en viss grad kan gjøre en slik vurdering over video, men at man må lære seg nye metoder for å observere pasienten. Moser og Thygesen (2013) har gjennom sine undersøkelser sett at når en ny teknologi introduseres i en omsorgspraksis må det helsefaglige personalet lære seg å observere, tolke pasienten og gjøre faglige vurderinger på bakgrunn av nye typer data. Å se om en pasient blir dårligere og ikke har framgang i behandlingen må nå tolkes gjennom dataen som kommer gjennom de skriftlige oppgavene, grafen i Braive og samtalene over video. Behandler 3 uttrykker at hun synes det noen ganger kan være vanskelig å ta denne vurderingen gjennom systemet, og tilkaller noen ganger pasienter til kontoret sitt. Her går behandleren utenfor Braive sitt skript om å vurdere pasientens tilstand gjennom dataen i Braive ettersom hun i noen tilfeller ikke ser på denne vurderingen som tilstrekkelig for enkelte pasienter.*

Kari har også opplevd at hun savner den fysiske kontakten hun har fått med en behandler når hun har gått i tradisjonell behandling. Koronapandemien har også forsterket følelsen av å ha behov for å møte behandleren fysisk. Pandemien har ført til at pasienten sine studier har foregått digitalt. Kari uttrykker at hun var litt redd for at hun skulle være for lei av digitale møter til la seg nyttiggjøre av behandlingen. Pasientens relasjon til den ikke-menneskelige aktøren korona har igjen en innvirkning på pasientens relasjon til veiledet internettbehandling og behandler.

«og nå har jeg jo ikke sett hun psykologen på.. lenge, eller jeg husker nesten ikke hvordan hun ser ut (...) men av og til har jeg også savnet sånne fysiske møter og faktisk bare det å bli sett liksom i et rom på en måte, eller det å bli sett sånn fysisk»
(Kari).

Det er ikke bare behandlerne som føler de mister elementer i behandlingen når det foregår digitalt. Også pasientene kan føle behovet for den romlige fysiske kontakten og få vurdert sin *status presens*.

5.3.4. Oppsummering og diskusjon

Dette delkapittelet har hatt som formål å svare på underproblemstillingen: *Hvordan er behandlingen modifisert, og hvordan er roller, ansvar og oppgaver i omsorgskollektivet distribuert?* Gjennom introduksjonen av en ny teknologi skjer det en translasjon av nettverket i omsorgspraksisen. Det er ikke bare behandlingen som endrer form når teknologien introduseres i omsorgskollektivet, men også aktørenes roller og omsorgens form. Pasienten og teknologien tar over en del av ansvaret og oppgavene som en psykolog har i tradisjonell ansikt-til-ansikt terapi. Pasientene må selv styre når de skal jobbe med behandlingen, de må motivere seg selv og strukturere sin egen hverdag for at behandlingen skal passe inn. Samtidig settes ikke psykologen til side og erstattes av teknologien. Psykologen får dermed ett nytt ansvar i form av å *motivere* pasientene til å jobbe videre med behandlingen og *veilede* dem i hvordan å bruke teknologien. Psykologen får også nye oppgaver som å se gjennom tekster som er skrevet i Braive og lære seg nye måter å vurdere pasientens tilstand på. Med en mer tilbaketrukket rolle føler behandlerne at de kan hvile seg på Braive i en arbeidshverdag hvor det ellers er mye press.

Gjennom internettbehandling er det ikke bare helsepersonellet alene som gir omsorg, men flere. Både teknologien, pasienten, de pårørende og psykologen er alle aktive aktører i å gi omsorg. Omsorgen tar dermed nye former og det knyttes nye verdier til det. Det å ta vare på seg selv, egenomsorg, blir mer sentralt. Hvem som er ekspert i møtet mellom pasient og helsevesen er ikke lenger forbeholdt helsepersonell, men blir nå mer flytende. Pasientene opplever at de har en aktiv rolle i behandlingen, at de må være strukturerte og ha selvdisciplin for å få gjennomført behandlingen. Til en viss grad samstemmer rollen som reflekteres i Brodersen og Lindegaards (2015) representasjon av Pasient 2.0 med opplevelsen brukerne får gjennom å være pasient i veiledet internettbehandling. Samtidig er også tryggheten av å ha en behandler som følger med på pasientens progresjon, som er i «lomma til pasienten» og møter pasienten en gang i uken noe som er viktig for pasientene. Med psykologene på andre siden av teknologien føler de seg hørt og sett i en sårbar periode. Det at de har med seg Braive i fem år videre fører også til at de føler seg enda tryggere i møte med livet uten støtte fra behandler enn man gjør når man går i tradisjonell behandling. Trygghet viser seg å være en like viktig faktor for pasientene som det å være selvstendig i behandlingen. På denne måten utvikler pasientene også et følelsesmessig forhold til teknologien når teknologien muliggjør kontakt med helsepersonell, og en mer inkluderende relasjon til de pårørende (Pols og Moser, 2009) De pårørende får ta en større del av behandlingen som også lar dem bli en større del av

omsorgen. På denne måten isolerer ikke teknologien pasientene fra menneskelig kontakt, tvert imot muliggjør den sosiale bånd.

I dette studiet blir ikke endringen av pasientrollen sett på som passive pasienter (Pasient 1.0) som blir gjort aktive (Pasient 2.0) gjennom veiledet internettbehandling. Endringen av pasientrollen kan ikke ses på som så enkel, den er mer kompleks og mangfoldig enn som så. Jeg vil derfor argumentere for at konseptet Pasient 2.0 bør videreutvikles fra definisjonen den får i Brodersen og Lindegaard (2015). Pasienter har heller aldri vært passive aktører i omsorgspraksiser slik Brodersen og Lindegaard beskriver Pasient 1.0 som (Mol, 2008). Pasienter har ikke alltid vært primærobjektene i valgene som tas i en omsorgspraksis, men om man ser på aktivitetene som inngår i praksisen av psykisk behandling har de alltid vært svært delaktige. Det som dog endres er hvilke aktiviteter og oppgaver som inngår i rollen som pasient når man blir en pasient over internett. Gjennom funnene i dette kapittelet har det vist seg at Pasient 2.0 er en som ønsker å selvstendig styre sin egen behandling, men som fortsatt søker etter tryggheten de får gjennom velferdsteknologien.

6. Konklusjon

Denne avhandlingen har studert bruken av teknologien Braive i praksisen ved Lovisenberg DPS. Det har blitt vist at mangelen på helsetilbud er noe ulike aktører møter med det Pols (2012) kaller for en «telecare hype». Her presenteres det jeg har valgt å analysere som et scenario, hvor det er forventet at velferdsteknologi skal bidra til å skape både bedre og mer effektive behandlingstilbud i helsevesenet. Scenarioet reflekterer det Vikkelsø (2005) kaller for en teori av forbedring hvor resultat og kvantitative målinger er i fokus. Pols (2012) og Vikkelsø (2005) argumenterer dog for at når man gjør slike kvantitative målinger mister man mulige effekter av teknologi i en omsorgspraksis, som man bare kan oppdage ved å følge aktørene i praksisen. Denne avhandlingen har med en teori av distribusjon forsøkt å fange opp disse effektene gjennom å se på *hvordan psykisk behandling endres når det digitaliseres*.

Avhandlingen viser at utviklerne bak Braive sitt skript er preget av relasjoner. Skriptet reflekterer regjeringens scenario om mangel på kapasitet i helsevesenet, og teknologi som en måte å oppskalere behandlingen på. Gjennom konseptet pasientenes helsevesen presenterer regjeringen en pasient som tar aktiv del i sin behandling og er ekspert på eget liv.

Pasientskriptet til utviklerne av Braive reflekterer også Pasient 2.0, som er rollen pasienter må ta på seg for at pasientenes helsevesen skal realiseres. Gjennom Braive skal pasienten ta mer eierskap i egen behandling og tilegne seg kunnskap om egne psykiske lidelser. Det er en aktiv pasient som på egenhånd skal lære seg å redusere eget symptomtrykk. Psykologskriptet til utviklerne av Braive ses også på som skapt i relasjon til regjeringen, som blir presentert som en bruker som ønsker å effektivisere sin praksis. Skriptet til Braive preges også av grunnleggeren av Braive sin relasjon til forskning. Gjennom å assosiere Braive til forskning presenteres behandlingen som kvalitetssikret. Braive er også formet for muligheten til å måle effektivitet, og systemet er tilrettelagt til å kunne forske på dataen som blir lagt inn i systemet.

Braive sitt skript er skapt gjennom en smidig metode med «in-home» utvikling, som legger til rette for hyppige forhandlinger mellom brukere og utviklere. Det har blitt iverksatt ved Lovisenberg DPS gjennom det informantene forklarer som et åpent samarbeid. I møte med praksisen ved Lovisenberg DPS har det vist seg at teknologiens skript bærer preg av å ha blitt testet med brukere i en privat praksis. Dermed er det deler av skriptet som ikke møter behovene til de faktiske brukerne ved Lovisenberg DPS. Det åpne samarbeidet mellom Braive og Lovisenberg DPS gjør likevel skriptet fleksibelt og åpent for endringer. Skriptet viser også sin fleksibilitet når det forekommer beskripsjoner av skriptet gjennom brukeres forhandlinger

med teknologien. Ikke-menneskelige aktører som korona og økonomi viser seg også å føre fokuset vekk fra forskning og dokumentasjon, og mot implementering av systemet i ordinær drift. Det åpne samarbeidet, den brukerrettede utviklingsmetoden og fokus på implementering fremfor dokumentasjon, ser ut til å drive prosjektet vekk fra prosjekteriets dilemma og mot det Moser og Thygesen (2014) definerer som en vellykket velferdsteknologi.

Ved introduksjonen av Braive i omsorgskollektivet ved Lovisenberg DPS endres behandlingens form, pasientenes og behandlernes roller og relasjoner. Behandlingen foregår ikke lenger hovedsakelig gjennom dialog, men blir også visuell og skriftlig i Braive. Gjennom presentasjonen av en karakter blir systemet mer menneskelig for en av pasientene. Samtidig er også karakteren en svært direkte representasjon av teknologiens skript som ikke alle pasientene føler de kan relatere seg til. Ved bruk av Braive får terapien både svært åpne, men også lukkede rammer. Dette fører til at pasientene enkelte ganger må gå igjennom temaer og problematikk de ikke kan relatere til. Samtidig er skriptet såpass fleksibelt at pasientene kan nyttiggjøre seg av disse delene av skriptet på sin egen måte.

Med behandling gjennom Braive er pasient og behandler fysisk distansert som fører til at pasienten gjør mye av behandlingen på egenhånd. Dette resulterer i at pasientene får mer ansvar for å styre behandlingen, og må selv velge når de skal «gå i terapi». De følger også med på egen behandlingsprogresjon gjennom en graf i systemet, og får dermed mer oversikt over egen mental utvikling. Når pasientene rolle endres, og både pasienten og teknologien tar over mer av ansvaret og oppgavene som tidligere er forbeholdt behandler, får behandlerne en mer tilbaketrukket rolle. I denne rollen får behandlerne oppgaver som rettes mer mot å veilede og motivere pasienter i bruken av Braive. Selv om pasientene tar på seg deler av rollen reflektert i Brodersen og Lindegaards (2015) Pasient 2.0, viser avhandlingen at tryggheten pasientene får gjennom å ha behandleren på den andre siden av teknologien er like viktig som det å være en selvstendig pasient som styrer egen behandling.

6.1 Samarbeid mellom næringslivet og offentlige helse- og omsorgstjenester

Gjennom helsenæringsmeldingen uttrykker regjeringen en oppfordring til samarbeid mellom private aktører i næringslivet og de offentlige helse- og omsorgstjenestene. Bruken av Braive ved Lovisenberg DPS er et eksempel på et slikt samarbeid. Med denne avhandlingen vil jeg gi en oppfordring til å etablere et fokus mot en teori av distribusjon ved implementeringen av teknologi i en omsorgspraksis, før en teori av forbedring utforskes. På denne måten ignorerer

man ikke viktige elementer i praksisen av velferdsteknologi som oppdages når man følger aktører som er en del av denne praksisen. Gjennom avhandlingen har det blitt vist at for at et samarbeid mellom private aktører i næringslivet og offentlige helse- og omsorgstjenester skal skape vellykkede velferdsteknologier, kreves det et samarbeid som åpner opp for hyppige forhandlinger mellom utviklere og brukere. Som vist i avhandlingen kan behandling gjennom teknologi skape lukkede rammer for terapi. Gjennom å ha et fleksibelt skript som åpner opp for egne måter å forme behandlingen på vil ikke slike rammer nødvendigvis begrense nytten pasientene får av behandlingen. Med en teori av distribusjon vil det da oppdages hvordan behandling, roller, ansvar og oppgaver endres når en ny teknologi introduseres i omsorgskollektivet. På denne måten skaper man en teknologi som er tilpasset bruken ved den offentlige kliniske praksisen.

Avhandlingen har også vist at bruken av veiledet internettbehandling i psykisk helsehjelp ikke er en behandlingsmetode som passer alle pasienter. Ved å studere bruken av Braive ved Lovisenberg DPS vises det at en av forutsetningene for at pasientene skal kunne bli bedre gjennom veiledet internettbehandling, er at de er egnet for behandlingsmetoden. Pasientene må være motivert til å jobbe selvstendig og strukturert, og ha et ønske om å bli bedre. De må også være komfortable med å bruke teknologi og selv sette av tid i hverdagen til behandlingen. Det å ha en etablert selekteringsprosess viser seg derfor å være viktig for at nettverket skal stabiliseres og det skal skapes en vellykket velferdsteknologi. På denne måten ser man at veiledet internettbehandling ikke er en metode for alle, men heller en behandlingsmetode som kan skape nye former for behandling. Den nye formen for behandling skaper også en inngangsport til behandling for pasienter som ellers ikke vil ta i bruk psykisk behandling.

6.2 Flere og nye måter å gjøre omsorg på

Gjennom avhandlingen har vi sett hvordan ulike aktører gjør Braive på flere måter. Dette skaper også ulike måter å vurdere omsorg på. Pasientene bruker Braive med et ønske og en motivasjon til å bedre sin psykiske helse. Også pasientene har ulike måter å gjøre Braive på. Noen setter av faste tidspunkter i uken som vies til behandlingen og utfører det i lukkede rom, uten forstyrrelser i hjemmet. Andre tar behandlingen med i kontekster utover hjemmet og tilegner seg kunnskap om sine utfordringer på t-banen. Politikere og utviklere bak Braive gjør Braive i en kontekst av økende forekomst av psykiske lidelser og begrenset tilgang til psykisk

helsehjelp. Hvordan omsorg og behandling vurderes er derfor preget av et fokus på hva som er det beste for kollektivet, fremfor individet. I praksisen ved Lovisenberg DPS møtes disse ulike måtene å gjøre internettbehandling på. Teknologiens åpne og fleksible skript fører dog likevel til en translasjonsprosess mot stabilisering av nettverket hvor aktører lar seg endre for å bedre pasienters mentale helse.

Når Braive blir introdusert i omsorgskollektivet ved Lovisenberg DPS endres også hvem som gjør psykisk behandling. Når behandlingen tas ut av psykologens kontor og hjem til pasientene endres nemlig hvem som er delaktig i å gjøre behandlingen, og hvem som har kontroll over det kliniske perspektivet. Pasienten får selv bedre oversikt over egen tilstand, noe som gjør at de blir mer aktive i vurderingen av egen tilstand. Hvem som blir behandlet som «eksperten» i psykisk behandling er dermed ikke lenger forbeholdt behandleren. Pasienten, teknologien og de pårørende tar en mer delaktig rolle i det å være «eksperten», og den som gir omsorg.

Avhandlingen har også vist at omsorg ikke forsvinner eller settes til side når man driver psykisk behandling gjennom skjermen. Det er derimot måten omsorg blir gjort på som endres. Pasientene ved Lovisenberg DPS får en følelsesmessig tilknytning til teknologien gjennom den visuelle karakteren, morsomme oppgaver, og gjennom måten den tillater hyppig kontakt med behandler. Med behandleren på den andre siden av teknologien skapes den en følelse av å bli passet på. Teknologien muliggjør også en større inkludering av pasientenes pårørende i behandlingen. Egenomsorg er også en sentral del av det å gå i terapi gjennom Braive, hvor pasientene tilegner seg kunnskap og verktøy for å bedre sin psykiske helse på egenhånd. På denne måten blir også varm omsorg etablert gjennom Braive (Pols og Moser, 2009).

6.3 Bidrag til omsorgsstudier av psykisk helse

Med denne avhandlingen har jeg belyst et tema som er i behov for mer forskning gjennom perspektiver fra omsorgsstudier. Formålet med avhandlingen har vært å åpne opp for nye måter å tenke på og vurdere bruken av digitale verktøy i psykisk helsehjelp gjennom en teori av distribusjon. Med denne avhandlingen ligger det et håp om at andre akademikere vil føre studiet av digitale verktøy i psykisk helsehjelp videre. Jeg vil derfor komme med noen forslag til videre forskning av temaet.

Ved å utføre en grundig etnografisk undersøkelse av bruken av teknologi i en behandlingspraksis for psykiske lidelser vil man kunne fange en enda dypere kontekstuell

forståelse av bruken av teknologi i en slik praksis. Pols (2012) beskriver nemlig at, «to detect change, it is not enough to listen to the participants' accounts; people may take things for granted in daily life» (s. 20). Avhandlingen har forsøkt å fange dette ved å be informantene beskrive sin bruk i praksis. Ved å observere bruken av et digitalt verktøy for behandling av psykiske lidelser vil man samtidig kunne få en bedre forståelse for hvordan teknologien faktisk gjøres i en klinisk praksis. Det å også observere og studere flere av klinikkens rutiner og prosedyrer kan gi en enda grundigere forståelse for endringer som forekommer ved iverksettingen av ny teknologi (Pols, 2012). En digital etnografisk undersøkelse av det teknologiske artefaktet kan også vært interessant å utføre for å forstå mer av de ulike funksjonalitetene som er en del av teknologien. I denne avhandlingen er det beskrevet hvordan ulike designelementer, som spillifisering, er med på å motivere pasienter til å fortsette med behandlingen. En videre undersøkelse av slike designelement kan gi en bedre forståelse for hvordan designelement kan skape motivasjon for bruk av digitale verktøy i psykisk behandling. Som avhandlingen har vist er det skepsis knyttet til det å bruke digitale verktøy i psykisk behandling. Det å undersøke ikke-brukeres relasjon til slike verktøy kan gi en bedre forståelse av denne skepsisen. Dette er måter man videre kan utforske teknologi i psykisk helse innenfor omsorgsstudier.

Denne avhandlingen kan ses på som et bidrag til omsorgsstudier gjennom måten den har undersøkt hvordan psykisk behandling endres på mangfoldige måter når det digitaliseres. Med bakgrunn i omsorgsstudier, brukerstudier og ANT har jeg beskrevet hvordan et digitalt verktøy er stabilisert og gjort i praksis. Vi har sett hvordan digitale verktøy i psykisk behandling er utviklet, skriptet, iverksatt og brukt i psykisk helseomsorg. Avhandlingen har fanget erfaringer med bruk av en teknologi i en praksis som psykisk helsevern. Erfaringer som har blitt fanget opp ved å studere teknologi i en praksis. Avhandlingen har også vist hvordan brukere og pasienter er aktive i konstruksjonen av teknologi, og hvordan de bør anerkjennes ved studier og utviklingen av teknologi for å skape vellykket velferdsteknologi. Denne studien kan ses på som et bidrag i studier av digitale verktøy i helseomsorg ved å vise, gjennom studiet av Braive, hvordan dette tar form i praksis og hvordan handlingskraft blir distribuert i denne prosessen mellom teknologi, pasient, utvikler og behandler.

7. Litteraturliste

- Aerts, J.E. og A. van Dam (2018), Blended e-Health in Cognitive Behavioural Therapy: Usage Intensity, Attitude and Therapeutic Alliance in Clinical Practice, *Psychology*, 9(10), s. 2422.
- Akrich, M. (1992). The De-Description of Technological Objekts, i Bijker, W. og Law., J (red.) *Shaping Technology, Building Society. Studies in Sociotechnical change*. Cambridge: MIT Press, s. 205-225.
- Andersen, A.J.W. og Braut, G.S. (2021) Psykisk helsevern, i *Store medisinske leksikon*. Tilgjengelig fra: https://sml.snl.no/psykisk_helsevern (Hentet 12.12.21).
- Andersson, G., *mfl.* (2019). Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation, *World Psychiatry*, 18(1), s. 20-28. DOI: 10.1002/wps.20610.
- Andersson, G. og Titov, N. (2014) Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders, *World Psychiatry*, 13(1), s. 4-11. DOI: 10.1002/wps.20083
- Andrews, G., *mfl.* (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis, *PloS one*, 5(10), e13196. DOI: 10.1371/journal.pone.0013196
- Asdal, K. (2015) What is the issue? The transformative capacity of documents, *Distinktion: Journal of Social Theory*, 16(1), s. 74-90. DOI: 10.1080/1600910X.2015.1022194
- Asdal, K., Brenna., B og Moser, I. (2007) *Technoscience. The Politics of Interventions*. Oslo: Unipub.
- Baxter, J. (2016). Case Studies in Qualitative Research, i Hay, I. (red). *Qualitative Research Methods in Human Geography*. 4. Edition. Oxford: Oxford University Press, s. 130-146.
- Betin, K.A. og Øverland, S. (2020) *Digital psykologi redder oss i motgangens tid*. Kaja Asbjørnsen Betin og Svein Øverland, i Aftenposten. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/wPjJ4n/digital-psykologi-redder-oss-i-motgangens-tid-kaja-asbjoernsen-betin-og-svein-oeverland> (Hentet: 10.06.2022).
- Bradshaw, M. og Stratford, E. (2016) Qualitative Research Design and Rigour, i Hay, I. (red). *Qualitative Research Methods in Human Geography*. 4. Edition. Oxford: Oxford University Press, s. 117-129.
- Braive (u.å.a) *Om Braive*, Tilgjengelig fra: <https://no.braive.com/about/braive> (Hentet: 10.03.2022).
- Braive (u.å.b) *Logg inn.*, Tilgjengelig fra: https://no.braive.com/users/sign_in (Hentet: 11.02.2022).

- Brodersen, S. og Lindegaard, H. (2015) Empowering the patients through healthcare technology and information? The challenge of becoming a Patient 2.0, *International journal of Healthcare Technology and Management*, 15(2), 73-88
- Callon, M. (1987) Society in the making. The study of Technology as a Tool for Sociological Analysis, i Bijker, W., Hughes, T.P. og Pinch, T.J. (red.) *The Social Construction of Technical Systems. New Directions in the Sociology and History of Technology*. London: MIT Press, s. 83-103.
- Callon, M. (1986). Some elements of a sociology of translation domestication of the scallops and the fisherman of St. Brieuc Bay. *The sociological review*, 32, s.196-223. doi: 10.1111/j.1467-954X.1984.tb00113.x
- Cope, M. (2016) Organizing and Analyzing Qualitative Data, i Hay, I. (red). *Qualitative Research Methods in Human Geography*. 4. Edition. Oxford: Oxford University Press, s. 373-393.
- Dahlback (2021) *Nei, 40 prosent blir ikke avvist i psykisk helsevern*, Faktisk. Tilgjengelig fra: <https://www.faktisk.no/artikler/z591p/nei-40-prosent-blir-ikke-avvist-i-psykisk-helsevern> (Hentet 25.11.21)
- DigPsyk (u.å) *Om DigPsyk*. Tilgjengelig fra: <https://digpsyk.no/om-digpsyk> (Hentet: 20.03.2022).
- Direktoratet for e-helse (2021) *Om Direktoratet for e-helse*. Tilgjengelig fra: <https://www.ehelse.no/om-oss/om-direktoratet-for-e-helse> (Hentet 30.11.21).
- Donker, T., mfl. (2015) Economic evaluations of Internet interventions for mental health: a systematic review, *Psychological Medicine*, 45(16), s. 3357-3376 DOI: 10.1017/S0033291715001427
- Dowling, R. (2016) Power, Subjectivity, and Ethics in Qualitative Research, i Hay, I. (red). *Qualitative Research Methods in Human Geography*. 4. Edition. Oxford: Oxford University Press, s. 29 – 44
- Druglitrø, T. (2012). Å skape en standard for velferd. Forsøksdyr i norsk biomedisin, 1953 -1986 (Ph.D thesis). Universitetet i Oslo
- Dunn, K. (2016) Interviewing, i Hay, I. (red). *Qualitative Research Methods in Human Geography*. 4. Edition. Oxford: Oxford University Press, s. 149 – 188.
- Dyregrov, K. (2019) *Dette er kognitiv terapi*. Tilgjengelig fra: <https://mentalhelse.no/aktuelt/psykobloggen/dette-er-kognitiv-terapi> (Hentet 20.04.22)
- Ebrahimi, O.V., Hoffart, A. og Johnson, S.U. (2021) Physical Distancing and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Factors Associated With Psychological Symptoms and Adherence to Pandemic Mitigation Strategies, *Clinical Psychological Science*, 9 (3), s. 489-506, DOI: <https://doi.org/10.1177/2167702621994545>

- Eells, T.D., mfl. (2015) Can Cognitive Therapy Be Conducted by Computers? Current Behavioral, *Neuroscience Reports*, 2(4), s. 209-215.
- FHI (2018a) *Psykisk helse i Norge*. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_nor_e2018.pdf (Hentet 22.11.21)
- FHI (2018b) *Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser – en fullstendig metodevurdering*. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/terapeutveiledet_internettbehandling-ved-psykiske-lidelser-rapport-2018.pdf (Hentet 10.01.2022)
- FHI (2015) *Målemetoder for psykisk helse* <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/malemetoder-for-psykisk-helse/> (hentet 18.11.21)
- Fleming mfl. (2016) Maximizing the Impact of e-Therapy and Serious Gaming: Time for a Paradigm Shift, *Front. Psychiatry*, 7(65), DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00065>
- Foucault, M. (1965) *Madness and Civilisation. A history of insanity in the age of reason*. New York: Random House, Inc.
- Gilbody, S. mfl. (2015). Computerised cognitive behaviour therapy (cCBT) as treatment for depression in primary care (REEACT trial): large scale pragmatic randomized controlled trial, *Bmj*, 352, h5627. DOI: 10.1136/bmj.h5627
- Gratzer, D., F. Khalid-Khan, og S. Balasingham (2018) The internet and CBT: A new clinical application of an effective therapy, i Senormanci, O. og Senormanci, G. (red.) *Cognitivebehavioural therapy and clinical applications*, Rijeka: IntechOpen, p. 201-222.
- Halvorsen, K og Jerpseth, H (2019) *Forskningsetiske utfordringer ved kvalitative studier*, i Sykepleien Forskning, 14 (57440), e-57440. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2019.57440
- Helse Bergen (2020) *Nytt Forskningscenter for digitale psykiske helsetenester opna i dag*. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/nyheter/nytt-forskingscenter-for-digitale-psykiske-helsetenester-opna-i-dag> (Hentet 11.12.2021).
- Helsedirektoratet (2017) *Brukermedvirkning*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning> (Hentet 11.11.2021).
- Helsedirektoratet (2014) *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet*. IS-2263. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsenorge (2019) *Psykisk helsehjelp for voksne*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helsehjelp-for-voksne/> (Hentet: 11.06.2022).
- Husøy, G (2013) Fra asyl til åpen omsorg – et tilbakeblikk, *Michael*, 9 (2012), s. 238-246.

- Høie (2020) *Sykehustalen*. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt/regjeringen-solberg/hod/taler-og-innlegg/minister/taler-av-helse-og-omsorgsminister-bent-/2020/sykehustalen-2020/id2685663/> (Hentet 10.01.2022)
- Interaction Design Foundation (u.å) *Gamification*. Tilgjengelig fra: <https://www.interactiondesign.org/literature/topics/gamification> (Hentet: 14.06.2020).
- Jakobsen, S.E. (2020) *Flere folk med angst og depresjon kan få hjelp når psykologene gir digital terapi*. Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/depresjon-internett-mental-helse/ungdom/flere-folk-med-angst-og-depresjon-kan-fa-hjelp-nar-psykologene-gir-digital-terapi/1729591> (Hentet 25.11.21)
- Jamtvedt, G., Lund, H., Nortvedt, M. W. (2014) *Kunnskapsbasert forskning?*, Tidsskriftet den norske legeforening. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2014/01/kommentar-og-debatt/kunnskapsbasert-forskning> (Hentet 16.05.22)
- Kearns, R.A. (2016). Placing Observation in the Research Toolkit, i Hay, I. (red). *Qualitative Research Methods in Human Geography*. 4. Edition. Oxford: Oxford University Press, s. 313 – 333.
- Kenter, P.M. mfl. (2015) Costs and effects of Internet cognitive behavioral treatment blended with face-to-face treatment: results from a naturalistic study, *Internet Interview*, 2 (1), pp. 77-83
- Kringen, E. (2007) *Norsk psykiatri gjennom tidene*. Oslo: Damm
- Law, J. og Singleton, V. (2013). ANT and Politics: Working in and on the world. *Qualitative Sociology*. 46 (4), s. 485-502.
- Law, J. (2007) Actor Network Theory and Material Semiotics, i Turner, B. S. (ed.) *The New Blackwell Companion to Social Theory*, Oxford: Blackwell, s. 141-158.
- Lenhard, F. mfl. (2016). On my Own, but Not Alone - Adolescents' Experiences of Internet Delivered Cognitive Behavior Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder, i *PLoS ONE* 11(10). DOI: 10.1371/journal.pone.0164311
- Løkke, P.A., Røer-Nilsen, L. og Barrie, J. (2020) Mot det digitale, i *Psykologtidsskriftet*. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2020/05/mot-det-digitale>
- Melby, L. mfl. (2019) Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds- og omsorgstjenestene, *Norges Forskningsråd*.
- Mol, A. (2008) *The logic of care*. London: Routledge.
- Mol, A. (2003) *The body multiple: ontology in the medical practice*. Durham: Duke University Press.
- Moser, I (2019) *Velferdsteknologi. En ressursbok*. Oslo: Cappelen Damm.

- Moser, I og Thygesen, H. (2014). Prosjekteriets dilemma: Mellom avgrenset prosjekt og muligheter for læring i teleomsorg og velferdsinnovasjon, *Tidsskrift for forskning i sykdom og samfund*, 21, s. 57-75
- Moser, I og Thygesen, H. (2013) Velferdsteknologi og teleomsorg: Nye idealer og former for omsorg, i Tjora, A. og Melby, L (red.) *Samhandling for helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 144-158
- Nasjonal senter for e-helseforskning (2020) *Kunnskap for bedre helsetjenester*. Tilgjengelig fra: <https://ehealthresearch.no/om-oss> (Hentet: 11.06.2022).
- NENT (2016) Guidelines for Research Ethics in Science and Technology, *the National Committee for Research Ethics in Science and Technology*. 2. Edition.
- Nes m.fl. (2020) *Livskvalitet og psykisk helse under koronaepidemien november-desember 2020*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/livskvalitet-og-psykisk-helse-under-koronaepidemien--nov-des-2020/> (Hentet 29.11.21)
- NSD (uå) *Sårbare grupper*. Norsk senter for forskningsdata. Tilgjengelig fra: <https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/sarbare-grupper/> (Hentet 16.05.2022)
- Nordgreen, T. mfl. (2020) *Bak skjermen*, *Psykologtidsskriftet*. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/node/22337/pdf> (Hentet: 12.06.2022)
- Nordgreen, T. mfl. (2018) The implementation of guided Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in a routine-care setting: effectiveness and implementation efforts, *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), s. 62-75. DOI: <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1348389>
- Nyemetoder (2021) *Metodevurderinger*. Tilgjengelig fra: <https://nyemetoder.no/om-systemet/metodevurderinger> (Hentet 12. 06.2022).
- Nyemetoder (2019) *Tre metoder til eosinofil astma*. Tilgjengelig fra: <https://nyemetoder.no/nyheter/tre-legemidler-til-eosinofil-astma> (Hentet: 12.06.2022).
- Oudshoorn, N. (2011) *Telecare technologies and the transformation of healthcare*. London: Palgrave Macmillian
- Oudshoorn, N. & Pinch, T. (2003) *How users matter. The Co-Construction of Users and Technology*. Cambridge: MIT Press.
- Pasient- og brukerrettigheter. *Lov 7.februar 1999 om Pasient-og brukerrettighetsloven*.
- Patton, M.Q. (2002) Qualitative interviewing, i *Qualitative research & evaluation methods*, Patton, M. Q. (red), California: Sage Publications, s. 339-426.
- Pinch, T. & Bijker, W.E. (1984) The Social Construction of Facts and Artefacts: or How the Sociology of Science and the Sociology of Technology might Benefit Each Other, *Social Studies of Science* 14(3), s. 374-441.

- Pols, J. (2012) *Care at a Distance On the Closeness of Technology*. Amsterdam: University Press
- Pols, J. og Moser, I. (2009) Cold technologies versus warm care? On affective and social relations with and through care technologies, *Alter*, 3(2), s. 159-178.
- Preece, J., Sharp, H. og Rogers, Y. (2015) *Interaction Design. Beyond Human-Computer Interaction*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Psykologforeningen (2018a) *Digital behandling og kvalitetsmål i helsetjenestene*. Tilgjengelig fra: <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/utvalg-raad-og-interesseforeninger/sentralstyret/dette-mener-sentralstyret/digital-behandling-og-kvalitetsmaal-i-helsetjenestene> (Hentet 13.06.2022)
- Psykologforeningen (2018b) *Todimensjonale psykologer*. Tilgjengelig fra: <https://www.psykologforeningen.no/medlem/medlemsnytt/todimensjonale-psykologer> (Hentet 13.06.2022).
- Psykologforeningen (uå) *Om Psykologforeningen*. Tilgjengelig fra: <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/om-psykologforeningen> (Hentet 13.06.2022).
- Richards, D. mfl. (2018). Digital IAPT: the effectiveness & cost-effectiveness of internet delivered interventions for depression and anxiety disorders in the Improving Access to Psychological Therapies programme: study protocol for a randomised control trial, *BMC Psychiatry*, 18(59). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1639-5>
- Riksrevisjonen (2021) *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester*, Dokument 3:23 (2021-2020)
- Ringard, A., Sagan, A., Saunes, S.i og Lindahl, A.K. (2013) Det norske helsesystemet, *Health Systems in Transition*, 15(8), s. 1- 62.
- Regjeringen (2014) *Grunnstrukturen i helsetjenestene*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/> (Hentet: 15.06.2020)
- Rønning, E. (2021) *Vi har blitt mindre fornøyd med livet under pandemien*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekår/artikler/vi-har-blitt-mindre-fornoyd-med-livet-under-pandemien> (Hentet: 06.12.21)
- Sand, K., Bergschold, J.M. og Midtgård, T.M. (2020) *Digitale velferdstjenester. En litteraturgjennomgang om digitale møter mellom tjenesteyter og tjenestemottaker*, 2020:00668, Trondheim: SINTEF
- Sandoval, L. R. mfl. (2017). Randomized Controlled Trial of a Computerized Interactive Media-Based Problem Solving Treatment for Depression, *Behav Ther*, 48(3), 413-425. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.04.001>

- Schreurs, N. (2021) *Kommentar: Veikart til 2025- på vei til 2030? E-Helse i Norge (EHIN)*. Tilgjengelig fra: <https://ehin.no/artikler/en-lang-vei-a-ga/> (Hentet 29.11.21).
- Soucy, J. N. mfl. (2019). What are Clients Asking Their Therapist During Therapist-Assisted Internet-Delivered Cognitive Behaviour Therapy? A Content Analysis of Client Questions, *Behav Cogn Psychother*, 47(4), 407-420. <https://doi.org/10.1017/s1352465818000668>
- St.meld. nr. 7 (2020-2023) *Nasjonal helse- og sykehusplan*.
- St.meld. nr. 18 (2018-2019) *Helsenæringen – Sammen om verdiskapning og bedre tjenester*.
- St.meld. nr. 27 (2016-2017) *Industrien – grønnere, smartere og mer nyskapende*.
- St.meld nr. 25 (1996-1997). *Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet*.
- Teigen, K.H. (2015) *En psykologihistorie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Teknologirådet (2021) *Digitale muligheter for psykisk helsehjelp*. Tilgjengelig fra: <https://teknologiradet.no/wp-content/uploads/sites/105/2021/07/Saken-forklart-Digital-psykisk-helsehjelp-ferdig.pdf> (Hentet: 11.12.21)
- Titov, N., mfl. (2018) ICBT in routine care: A descriptive analysis of successful clinics in five countries. Internet Interventions-the Application of Information Technology in Mental and Behavioural Health, *Internet Interventions*, 13, s. 108-115. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.07.006>
- Troshani, I. og Wickramasinghe, N. (2014) Tackling Complexity in E-Health with Actor Network Theory, *Hawaii International Conference on System Science*, 47, s. 2994-3003. DOI: <https://doi.org/10.1109/HICSS.2014.372>
- Vikkelsø, S. (2005) Subtle redistribution of work, attention and risk, *Scandinavian Journal of Information Systems*. 17(1), s. 3-30.
- WHO (2018a) *Mental health: strengthening our response*, Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (Hentet 18.11.21).
- WHO (2018b) *Seventy-first world health assembly, agenda item 12.4 - Digital health*, Tilgjengelig fra: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R7en.pdf?ua=1 (Hentet 21.12.2021)
- Wildeboer, G., S.M. Kelders, and J. van Gemert-Pijnen (2016) The relationship between persuasive technology principles, adherence and effect of web-Based interventions for mental health: A meta-analysis, *International Journal of Medical Informatics*, 96, p. 71-85.
- Wilhelmsen, M., mfl. (2013) Motivation to persist with internet-based cognitive behavioral treatment using blended care: a qualitative study, *BMC Psychiatry*, 13 (296). DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-296>

- Winchester, H.P.M & Rofo, M.W. (2016) Qualitative Research and Its Place in Human Geography, i Hay, I (red). *Qualitative Research Methods in Human Geography*. 4. Edition. Oxford: Oxford University Press, s. 3- 28
- Woolgar, S. (1991) Configuring the user: The case of usability trials, i Law, J. (ed.) *A Sociology of Monsters. Essay on Power Technology and Domination*, London: Routledge, s. 58-102.
- Wright, J. H. mfl. (2019). Computer-Assisted Cognitive-Behavior Therapy for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis, *J Clin Psychiatry*, 80(2). DOI: <https://doi.org/10.4088/JCP.18r12188>
- Wyatt, S. (2008): Technological determinism is dead. Long live technological determinism, i *The Handbook of Science and Technology Studies*, 3. utgave. London: MIT press, s. 165-180.
- Yang, Y.Y. (2020) *A Brave new world: How technology can transform access to mental health care*. Masteravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo
- Yin, R.K. (2018) *Case Study Research and Applications*, 6. Utgave, New York: SAGE Publications Inc.
- Zhao. S., Sampson. S., Xia. J, Jayaram M.B. (2015) Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness, *The Cochrane Collaboration*, 9(4), DOI: [10.1002/14651858.CD010823.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010823.pub2)
- Zhou, T. mfl. (2016). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression: a systematic review and meta-analysis, *BMC Psychiatry*, 16(1), 356. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1061-9>

8. Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide med pasienter

Oppvarming

- Vil du fortelle litt om deg selv, hvor er du fra og hva du driver med til vanlig?
- Kan du fortelle om teknologien du bruker i hverdagen/arbeidshverdagen din?
-

Bakgrunn

- Vil du fortelle om hvordan du fikk tilbudet om Braive?
 - o Hva tenkte du da du fikk tilbudet?
- Hvor lenge har du brukt Braive?
- Hva fikk deg til å si ja til tilbudet?

Opplevelse av internettbehandling:

- Kan du fortelle meg om første gang du brukte systemet?
 - o Hvordan fungerte opplæring og forberedelser?
- Kan du forklare om en typisk situasjon hvor du bruker Braive og hvordan du bruker det?
- Har du involvert noen andre i behandlingen?
- Hvordan synes du det er å styre din egen behandling?
 - o Hvordan synes du det er å jobbe med et tema/modul av gangen?
 - o Hvordan passer behandlingen inn i din hverdag?
 - o Hvordan synes du det er å utføre behandlingen på egenhånd?
- Hva har du opplevd som nyttig for deg under internettbehandlingen?
- Hva har du opplevd som mindre nyttig eller vanskelig under internettbehandlingen?
- På nettsiden til Braive står det tings som: «Lær deg å bli din egen terapeut» og «Vi hjelper deg å hjelpe deg selv». Ha tenker du når du hører disse sitatene?
- I de ulike videoene blir det presentert en person som går igjennom ulike problematikk. Hva tenker du om denne karakteren?

Relasjon til behandler

- Hvordan var det første fysiske møtet med din behandler?
- Kan du beskrive forholdet ditt til din behandler?
- Hva bruker dere oppfølgingstimene til?

Teknisk – designet av systemet

- Hvordan er det å navigere seg gjennom systemet?
- Er det noe du liker/liker ikke med Braive?

Vedlegg 2: Samtykkeskjema pasienter



Vil du delta i forskningsprosjektet

”Omsorg gjennom skjermen? En kvalitativ casestudie om hvordan psykisk helsehjelp endres ved digitalisering”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et mastergradsprosjekt ved Universitetet i Oslo, senter for Teknologi, innovasjon og kunnskap, hvor formålet er å undersøke hvordan digitale verktøy endrer psykisk helsehjelp. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formålet med prosjektet og hvorfor du blir spurt

Det offentlige helsevesenet opplever i dag store køer for psykisk behandling og det er mange som ikke får den hjelpen de har behov for. Flere forskere og politikere ser på digitale verktøy som noe som kan endre tilgangen til psykisk helsehjelp og måten man tilbyr psykisk helsehjelp på. Med denne mastergradstudien ønsker vi å undersøke pasienters og behandleres erfaring med digitale verktøy i psykisk helsevern for å øke kunnskapen rundt bruken av slike verktøy.

Vi ønsker å intervjuer deg fordi du går, i eller har gått i, internettassistert behandling med systemet Braive. Vi identifiserer deg gjennom din behandler.

Det er viktig for oss å understreke at formålet med dette intervjuet ikke er å teste din kunnskap om teknologi og internettbehandling, men heller å forstå din opplevelse og erfaring med internettbehandling. Jeg har en bachelor i interaksjonsdesign hvor nettopp brukeres erfaring og opplevelser av et system ses på som svært viktig å forstå når man skal utvikle et system som skal være støttende for brukeren. Derfor er dine meninger og erfaringer svært interessante og meningsfulle for oss. Vi kommer ikke til å stille spørsmål om dine psykisk plager eller lidelser og fokuset i intervjuet vil være rettet mot dine opplevelser med internettbehandling.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at vi vil innhente og registrere opplysninger om deg. Vi vil intervjuer deg med bruk av opptaker og lagre opptaket i et sikkert system. Intervjuet vil vare mellom 30 minutter og en time. Opptaket av intervjuet vil bli slettet etter det er transkribert. I transkripsjonen vil det ikke foreligge noen identifiserbare opplysninger om deg.

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 eller din behandling hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykke, vil det ikke forskes videre på dine helseopplysninger. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og opplysningene vil da utleveres innen 30 dager. Du kan også kreve at dine helseopplysninger i prosjektet slettes.

Adgangen til å kreve sletting eller utlevering gjelder ikke dersom opplysningene er anonymisert eller publisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder.

Hva skjer med opplysningene om deg?

Vi vil kun bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personverregelverket. Opplysningene skal brukes i perioden høst 2021 til vår 2022. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som registreres om deg og rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil vi erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrig data. Det er kun Siri Bjåland Østerhus og Susanne Bauer som har tilgang til denne listen. Dataene vil bli lagret i TSD som er et sikkert system som er godkjent for å behandle sensitive opplysninger. Alle opplysninger vil så bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger.

Publisering av resultater er en nødvendig del av forskningsprosessen. All publisering skal gjøres slik at enkeltdeltaker ikke skal kunne gjenkjennes. Opplysningene om deg vil bli oppbevart i fem år etter prosjektslutt av kontrollhensyn.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personverregelverket.

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:

- Siri Bjåland Østerhus, student ved Universitetet i Oslo, siribos@uio.no.
- Susanne Bauer ved Universitetet i Oslo, susanne.bauer@tik.uio.no.
- Vårt personvernombud: Roger Markgraf-Bye, personvernombud@uio.no.

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Susanne Bauer
(Veileder)

Siri Bjåland Østerhus

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

30.11.2021, 12:35

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Digitalisering av psykisk helsevern - en kvalitativ casestudie av digitale verktøy i psykisk behandling

Referansenummer

895429

Registrert

18.10.2021 av Siri Bjåland Østerhus - siribos@uio.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det samfunnsvitenskapelige fakultet / Senter for teknologi, innovasjon og kultur

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Susanne Bauer, susanne.bauer@tik.uio.no, tlf: 22841616

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Siri Bjåland Østerhus, siri_bo@hotmail.com, tlf: 47386563

Prosjektperiode

16.08.2021 - 15.08.2022

Status

25.11.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

25.11.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 25.11.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 15.08.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/61633d85-5d81-491c-bd51-4a87065df6>

1/3

30.11.2021, 12:35

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:
<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>
Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentzen

Lykke til med prosjektet!

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/61633d85-5d81-491c-bd51-4a87065df6>

2/3