

Veiledet internettbehandling for mild og moderat depresjon: En pilotstudie

Tine Nordgreen , Gerhard Andersson og Odd E. Havik

Veiledet internettbehandling for mild og moderat depresjon: En pilotstudie

På gruppenivå fant vi en stor effekt av veiledet internettbehandling for mild og moderat depresjon. Endringen på individnivå var også betydelig

Introduksjon

Depresjon forventes å bli en av de lidelsene som bidrar mest til den totale sykdomsbyrden i år 2020. Dette vil vise seg i form av redusert livskvalitet hos den enkelte pasient, tapt produktivitet for samfunnet og økte omkostninger for helse- og sosialtjenestene (Murray, & Lopez, 1996). Samtidig er det godt dokumentert at det finnes effektive behandlingsmetoder for depresjon (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006), men bare et fåtall av personer med depresjon får tilgang til disse behandlingene (Shafran et al., 2009). Dette skyldes blant annet at kun en begrenset andel – 10 til 15 prosent – av personer med omfattende depresjonssymptomer søker hjelp (Roness, Mykletun, & Dahl, 2005). Og blant de som søker hjelp for sin depresjon i primærhelsetjenesten, fanger legene kun opp halvparten av de hjelpsøkende (Mitchell, Vaze, & Rao, 2009). Videre er det begrenset tilgang på behandlere i helsetjenesten, samt praktiske og økonomiske hindringer for pasienten (Shafran et al., 2009). Både når det gjelder psykologisk og medikamentell behandling for depresjon, vet vi dessuten at behandlingen som tilbys, oftest ikke har anbefalt kvalitet og omfang (Shafran et al., 2009). Samlet utgjør disse forholdene betydelige barrierer i veien frem til effektiv behandling av depresjon.

Selvhjelp med terapeutveiledning via Internett – *veiledet internettbehandling* – er i de siste 15 årene utviklet og utprøvd som et behandlingsformat for en rekke former for psykiske lidelser (Andersson, 2009). Metaanalyser konkluderer med at veiledet internettbehandling er en effektiv behandlingsform for angst og depresjon (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014; Haug, Nordgreen, Öst, & Havik, 2012). Randomiserte kontrollerte studier viser at veiledet internettbehandling for angst og depresjonslidelser er mer effektivt enn venteliste (Haug et al., 2012) og like effektivt som ansikt-til-ansikt-behandling i studier hvor disse to formatene er direkte sammenlignet (Andersson et al., 2014). Veiledet internettbehandling er også utprøvd i offentlige helsetjenester og viser seg også der å være effektiv for personer med angst og depresjon (Hedman, Carlbring, Ljótsson, & Andersson, 2014). Pasientene vurderer metoden som troverdig (Cavanagh et al., 2009), og frafallet tilsvarende det man finner i ansikt-til-ansikt-behandling (Carlbring et al., 2005). Inspirert og veiledet av disse miljøene, samt funn fra studien «Kartlegging og behandling – Angst hos

barn og voksne» ledet av Odd E. Havik og Einar R. Heiervang, ble prosjektet eMeistring etablert i 2012 i Helse Bergen HF, finansiert av Helse Bergen HF, Helse Vest RHF og Helsedirektoratet. Målet med eMeistring er å øke tilgangen på effektiv behandling ved å bruke ny teknologi. Siden april 2013 har eMeistring tilbudt veiledet internettbehandling for pasienter med panikkelidelse og sosial angst.

I flere land er veiledet internettbehandling for mild og moderat depresjon et tilbud i de offentlige helsetjenestene. England og Sverige har vært ledende gjennom henholdsvis «Improving Access to Psychological Therapies» (IAPT) og Internetpsykiatri.se ved Karolinska Institutet. I den norske veilederen for depresjonsbehandling, publisert av Helsedirektoratet i 2009, er veiledet internettbehandling én av flere anbefalte behandlingsformer for mild til moderat depresjon. På norsk er MoodGym (www.MoodGym.no) et fritt tilgjengelig internettbasert selvhjelpsprogram, utviklet i Australia og oversatt og evaluert av Universitet i Tromsø. Til tross for dette er ikke veiledet internettbehandling tilgjengelig som en del av de ordinære helsetjenestene i Norge. Dette kan skyldes begrenset kunnskap om veiledet selvhjelp som behandlingsmetode (Nordgreen, & Havik, 2011), usikkerhet knyttet til personsensitiv informasjon på nettet og manglende implementeringstiltak på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Med dette som bakgrunn har vi gjennomført en pilotstudie der vi har undersøkt effekten av veiledet internettbehandling for personer med mild og moderat depresjon. Behandlingen er utviklet, utprøvd og brukes ved Karolinska Institutet.

Våre tre forskningsspørsmål var: 1) finner vi en endring av depresjonssymptomer fra før til etter behandling på gruppe- og individnivå? 2) Er behandlingseffekten redusert etter å ha blitt overført fra utviklerne i Sverige med Andersson og kollegaer (Andersson et al., 2005; Andersson et al., 2013; Vernmark et al., 2013) til Norge? Og 3) vurderte deltakerne veiledet internettbehandling som en troverdig behandling for depresjon? Artikkelen presenterer resultater knyttet til de tre forskningsspørsmålene, samt drøfter forutsetninger for å innføre veiledet internettbehandling som en del av tjenestetilbudet til pasienter med psykiske lidelser i Norge.

Metode

Design

Studien er en åpen pilot med kartlegging ved pre-, post- og 6-måneders oppfølging. I denne artikkelen presenterer vi resultater knyttet til pre- og postkartleggingen.

Deltakere og rekruttering

Deltakerne ble rekruttert gjennom to avisannonser i Bergen Tidende i 2013. Interesserte som tok kontakt per telefon ($N = 57$) måtte oppfylle følgende seks kriterier for å bli vurdert som en aktuell deltaker: 1) være over 18 år, 2) svare ja på spørsmålene for depresjon i Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan et al., 1998), 3) dersom de var medisinert for depresjon, bruke en stabil dose, 4) ha tilgang til Internett, 5) ikke umiddelbart ha behov for annen behandling, og 6) ikke motta eller ha mottatt kognitiv atferdsterapi for depresjon. Etter telefonintervju ble 19 av de 57 (33 %) vurdert som ikke aktuelle av følgende grunner: ikke depresjon = 7; mottok kognitiv atferdsterapi for depresjon = 6; suicidale tanker = 3; nylig startet opp på medisin = 2; og rusavhengighet = 1.

Aktuelle deltakere ($n = 38$) ble invitert til et ansikt-til-ansikt kartleggingsintervju hvor følgende inklusjonskriterier i samsvar med de opprinnelige studiene i Sverige (Andersson et al., 2005; Andersson et al., 2013; Vernmark et al., 2013) ble vurdert: 1) De måtte oppfylle diagnose på depressiv episode i henhold til MINI, 2) en totalskår i området 15 til 30 på Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale Self-Report (MADRS-SR; Svanborg, & Ekselius, 2003) 3) ikke ha en skåre over 4 på ledd 9 på MADRS-SR, som omhandler livslyst. Eksklusjonskriterier var alvorlig depresjon (MADRS-SR > 30), bipolar lidelse, suicidale tanker eller planer, psykose og rusmisbruk målt med AUDIT (Saunders et al., 1993) og DUDIT (Berman et al., 2005). Følgende deler av MINI ble gjennomgått for å vurdere inklusjons- og eksklusjonskriteriene: A: Alvorlig depressiv episode, C: Suicidalitet, D: Manisk episode, E: Panikklidelse, F: Agorafobi, G: Sosial fobi, H: Obsessiv-kompulsiv lidelse, O: Generalisert angstlidelse, L: Psykotiske lidelser, M: Anorexia nervosa.

Deltakerne ble informert om hensikten med studien, samt anbefaling om å sette av cirka 4–6 timer per uke til internetbehandlingen. I alt 16 av de 38 (42 %) som ble inviterte til kartleggingsintervjuet, ble ikke inkludert i studien. Grunnen til dette var at de ikke oppfylte kravene til mild og moderat depresjon = 5; ikke møtte til kartleggingsintervju = 4; ikke hadde tid = 4; ikke ønsket å være med, uten å oppgi noen grunn for dette = 3. Pasienter som oppfylte inklusjonskriteriene og som ønsket å delta i studien, signerte så samtykkeskjema. Pasientene ble informert om at de måtte kontakte fastlege dersom det skulle oppstå behov for akutt behandlingskontakt i løpet av behandlingen.

Telefonintervjuer, inklusjonsintervjuer, veiledning gjennom ukentlig telefonkontakt og avslutningssamtale ble utført av 6 psykologistudenter som hadde minst to semestre med praktisk-klinisk opplæring i siste del av profesjonsstudiet i psykologi, Universitetet i Bergen.

Etisk godkjenning

Studien er vurdert og anbefalt av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest. Koblingen mellom pasientens navn og passord ble oppbevart som en egen liste etter gjeldende forskrifter. Kun prosjektleder, og de hun godkjenner, har tilgang til denne listen.

*Metaanalyser konkluderer med at veiledet internettbehandling er en effektiv
behandlingsform for angst og depresjon*

Intervensjonen

Program: Programmet for veiledet internettbehandling for mild og moderat depresjon er utviklet av Andersson og kollegaer ved Linköping Universitet og Karolinska Institutet (Andersson, Bergström, Holländare, Lenndin, & Vernmark, 2007). De teoretiske og praktiske prinsippene for behandlingen bygger på Becks kognitive modell (Burns, 1999) og atferdsaktivering (Lewinsohn et al., 1986; Martell et al., 2001) ved depresjon. Programmet består av åtte moduler der hver modul er bygget opp av en forklarende tekst om depresjon, øvelser og kartlegging av symptomer. Første modul starter med psykoedukasjon med vekt på hva som opprettholder depressive symptomer og hvor pasienten skal utvikle og beskrive sine egne mål for behandlingen. Det neste steget er å få oversikt over eksisterende aktiviteter og legge en plan for å øke positive, belønnende aktiviteter og redusere negative, straffende aktiviteter gjennom ukentlig aktivitetsplanlegging. I de påfølgende moduler får deltakeren innføring i betydningen av selektive, negative fortolkninger og automatiserte tankers betydning for depresjon og hvordan man kan ta i bruk metoder for å fremme mer realistiske fortolkninger. Behandlingen avsluttes med en modul om tilbakefallsforebygging. Pasienten får tilgang til neste modul i programmet basert på foregående ukes aktivitet og symptomutvikling.

Terapeutveiledning: Før oppstart av behandlingen informerer terapeuten om form, innhold og tilgang til programmet. Pasient og terapeut har en forhåndsavtalt ukentlig telefonsamtale på omtrent 10 minutter for å gå igjennom aktiviteten siste uke, symptomutvikling og eventuelle kriser, samt å veilede og oppklare spørsmål knyttet til behandlingsprogrammet.

Opplæring av terapeutene

Terapeutene i pilotprosjektet fikk opplæring og veiledning i kartlegging, diagnostisering med MINI og veiledet internettbehandling gjennom seminar og ukentlig veiledning med psykologspesialist (TN).

Instrument

Primærmål for depresjonssymptomer:

Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale – Self-report (MADRS-SR; Svanborg, & Asberg, 1994; Svanborg, & Ekselius, 2003) består av 9 ledd hvor pasienten skal angi omfanget av depresjonssymptomer de siste 3 dager på en 7 trinns skala: 0 (normal) og 6 (patologisk). Ut fra sumskåren blir omfanget av de depressive symptomene gruppert som: 0–6 = ingen depresjon, 7–19 = mild depresjon, 20–34 = moderat depresjon, 35–60 = alvorlig depresjon. Intern konsistens estimert ut fra Cronbachs $\alpha = 0,54$. Lav alpha forklares med at MADRS-SR er et flerdimensjonalt kartleggingsskjema med få spørsmål, og der hvert spørsmål representerer ulike aspekter av depresjonsdiagnosen så som stemningsleie, søvn og konsentrasjonsevne. Konsekvensen av dette er at instrumentet har en lav indre konsistens med økt risiko for type I-feil i statistiske analyser.

Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Steer, & Garbin, 1988) består av 21 ledd som beskriver intensiteten av depresjonssymptomer siste uken på en skala fra 0 til 3. Intern konsistens estimert ut fra Cronbachs $\alpha = 0,70$.

*Veiledet rnettbehandling er ikke tilgjengelig som en del av de ordinære
helsetjenestene i Norge*

Sekundærmål

Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Brown, Epstein, & Steer, 1988) består av 21 ledd som beskriver intensiteten av angstsymptomer på en skala fra 0 (aldri) til 3 (nesten hele tiden). Intern konsistens estimert ut fra Cronbachs $\alpha = 0,87$.

The Credibility Scale (Borkovec, & Nau, 1972) består av 5 ledd som beskriver pasienters vurdering av behandlingens troverdighet på en skala fra 0 (ikke troverdig) til 8 (svært troverdig) ved starten av behandlingen (modul 1). Intern konsistens estimert ut fra Cronbachs $\alpha = 0,83$.

Statistiske analyser

SPSS 22.0 ble brukt for å analysere data. Endring i gjennomsnittlig symptomintensitet for MADRS-SR fra før til etter behandlingen ble analysert med Mixed Linear Models og innen-gruppe effektstørrelser analysert med effektstørrelser (Cohen, 1983). Endringer i depresjonssymptomer på individnivå ble vurdert ut fra etablerte grenseverdier for MADRS.

For å undersøke om endringen i depresjonssymptomer i denne studien er forskjellig fra det som er rapportert i tidligere studier, gjorde vi en «benchmarking», se Minami et al. (2008). Benchmarking viser til en metode som muliggjør en statistisk sammenligning av resultat på tvers

av studier. Metoden er særlig brukt i situasjoner der randomiserte kontrollerte studier ikke er hensiktsmessig eller mulig. Våre resultater ble vurdert opp mot tre tidligere kontrollerte effektstudier av det samme programmet i Sverige, som alle har rapportert endring av depresjonssymptomer på gruppenivå ut fra MADRS-SR (Andersson et al., 2005; Andersson et al., 2013; Vernmark et al., 2010). Den gjennomsnittlige innen-gruppe effektstørrelsen i de tre studiene var stor for MADRS-SR, $ES = 1,58$. For at effektstørrelsen fra pilotstudien skal bli vurdert som ikke signifikant forskjellig fra de svenske studiene, skal den, ut fra vanlige benchmarking-regler, ikke avvike mer enn $\pm 0,20$ fra den gjennomsnittlige effektstørrelsen på 1,58. Verdien $\pm 0,20$ brukes fordi en effekt lik eller mindre enn 0,20 vurderes som ubetydelig (Delgado et al., 2014; Minami et al., 2008). Den nedre verdi for at effektstørrelsen fra denne pilotstudien ikke er signifikant dårligere enn de svenske studiene, er dermed: $1,58 - 0,20 = 1,38$, mens den øvre grensen for at denne pilotstudien ikke er signifikant bedre, er $1,58 + 0,20 = 1,78$.

Resultat

Utvalg

I alt 22 deltakere med mild ($n = 7$) og moderat ($n = 15$) depresjon ut fra MADRS-SR ble inkludert i studien. Tre deltakere deltok ikke i kartleggingen etter behandlingen på grunn av henholdsvis alvorlig somatisk sykdom, alvorlig depresjon og ønske om ikke å delta videre i studien. Demografiske data og sykehistorie er presentert i tabell 1.

Tabell 1. Demografiske data og sykehistorie

	Gjennomsnitt/SD/ %
Alder	42.9 (SD 11.9, spredning 19–60)
Kvinne	72.7
Samboer/ gift	63.6
Høyskole/ universitetsutdannet	59.1
Tidligere depresjon	68.2
Komorbid angstlidelse	45.5
Komorbid stemningslidelse	9.1
Tidligere behandling hos psykolog eller psykiater	9.1
Tidligere behandling hos fastlege	68.1

	Gjennomsnitt/SD/ %
Medikamenter	18.2
I lønnet arbeid	68.2
For tiden sykemeldt, atfering, ufør	31.8
N = 22	

Effekt av behandlingen på gruppenivå

Tabell 2 viser gjennomsnitt og standardavvik for pilotstudien på depresjonssymptomer målt med MADRS-SR og BDI og angstsymptomer målt med BAI før og etter behandling, samt effekt størrelser (Cohens *d*). Tabellen viser også resultater fra tidligere studier av depresjonsprogrammet.

Tabell 2. Effekt av behandlingen på gruppenivå fra pilotstudien og fra tidligere studier.

	Pilotstudie		Effektstudier				Effektivitetsstudie			
	M (SD)	ES	Andersson et al. 2005 N = 36		Vernmark et al 2013 N = 29		Andersson et al. 2013 N = 31		Hedman et al. 2014 N = 1203	
MADRS-SR pre	21.1 (4.8)		20.1 (5.7)		21.2 (4.1)		23.6 (4.8)		22.0 (6.6)	
MADRS-SR post	11.9 (8.3)	1.92	12.7 (8.3)	1.30	15.0 (7.0)	1.51	13.6 (9.8)	2.03	13.5 (8.5)	1.31
BDI pre	22.3 (6.4)		20.5 (6.7)		22.2 (6.3)		24.0 (7.0)		*	
BDI post	10.8 (7.9)	1.80	12.2 (6.8)	1.24	12.3 (7.3)	1.57	13.6 (10.1)	1.49	*	
BAI pre	15.3 (7.0)		17.1 (8.2)		13.6 (6.8)		15.7 (6.7)		*	
BAI post	11.5 (6.7)	0.53	14.1 (8.4)	0.37	8.8 (6.3)	0.71	8.6 (7.8)	1.06	*	

Note. MADRS = Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale Self-report, BDI = Beck Depression Inventory, BAI = Beck Anxiety Inventory.

ESEffect size Mpost-Mpre/SDpre.* ikke tilgjengelige data.

Tabell 3. Deltagernes vurdering av troverdighet av behandlingen.

Credibility scale	Mean	SD	Range
Hvor logisk synes du denne typen behandling virker?	8.23	1.11	6–10
Hvor sikker er du på at denne metoden kommer til å være vellykket i behandlingen av dine symptomer?	6.73	1.58	4–10
Med hvor stor grad av sikkerhet ville du anbefale denne behandlingsmetoden til en venn med samme type symptomer som du har?	7.50	1.63	5–10
Hvor vellykket tror du at denne behandlingen ville være i behandling av andre former for plager?	7.46	1.41	5–9
Hvor stor grad av bedring forventer du å få av denne behandlingen?	7.27	1.24	5–9
N = 22			

Effekt av behandling på individnivå

Før behandling hadde 15 av 22 (68 %) moderat depresjon og 7 av 22 (32 %) mild depresjon. Etter behandlingen var dette endret til 4 (4/19, 21 %) med moderat depresjon, 11 (11/19, 58 %) med mild depresjon og 4 (4/19, 21 %) med ingen depresjon, en signifikant nedgang (McNemars test, $p = 0,02$). Når vi erstatter manglende data med status fra før behandling, hadde 7 av 22 (32 %) moderat depresjon etter behandlingen. Ingen av deltakerne hadde en pålitelig forverring.

Benchmarking

Tabell 2 viser i første kolonne gjennomsnitt og standardavvik i pilotstudien på MADRS-SR, BDI og BAI før og etter behandling samt innen-gruppe effektstørrelse (Cohens d). Gjennomsnitt og standardavvik for fire tidligere studier av samme behandlingsprogram er presentert i de påfølgende kolonnene. Effektstørrelsen på MADRS-SR, korrigert for utvalgsstørrelse, er i pilotstudien $ES =$

1,84 (95 % CI $d = 1,71-1,97$). Den kritiske nedre verdien for at pilotstudien var likeverdig med originalstudiene, er $ES = 1,38$. Det vil si at effekten av behandlingsprogrammet målt ut fra MADRS-SR i pilotstudien ikke er redusert etter å ha blitt oversatt til norsk og brukt med norske pasienter og studentterapeuter.

Bruk og troverdighet av behandlingen

I snitt ble 7 av 8 moduler gjennomført av deltakerne ($n = 22$). To deltakere avsluttet før de var halvveis i behandlingen, i henholdsvis andre og tredje modul.

Etter modul 1 beskrev deltakerne behandlingen som troverdig og hadde relativt stor tiltro til at behandlingen var effektiv.

Programmet består av åtte moduler der hver modul er bygget opp av en forklarende tekst om depresjon, øvelser og kartlegging avsymptomer

Diskusjon

I denne pilotstudien har vi sett på effekten av veiledet internettbehandling av mild og moderat depresjon. På gruppenivå fant vi en stor effekt av veiledet internettbehandling for mild og moderat depresjon. Endringen på individnivå var også betydelig. Andelen av deltakere med moderat depresjon gikk ned fra 68 prosent før behandling til 21 prosent etter behandling. Resultatene viser også nedgang av angstsymptomer. Behandlingseffektene i denne pilotstudien tilsvarer de behandlingseffektene som er rapporterte fra utviklerne i Sverige ved Andersson og kollegaer. Selv om en stor andel av deltakerne hadde mild eller ingen depresjon ved avsluttet behandling, var det fire deltakere av de nitten som fullførte, som fortsatt hadde moderate depresjonssymptomer ved avslutningen av behandlingen. Samlet indikerer resultatene at dette programmet for veiledet internettbehandling av mild og moderat depresjon kan være et effektivt behandlingstilbud også i norsk oversettelse og ved norske forhold.

Det er begrensninger i denne pilotstudien som vi må ta hensyn til når vi vurderer resultatene. For det første har vi ikke en kontrollgruppe. Det betyr at vi ikke kan utelukke at endringene var en følge av andre forhold som skjedde i løpet av behandlingsperioden, og at deltakerne i en ventelistekontrollgruppe ville fremvise like mye endring i løpet av en tilsvarende tidsperiode. Dette er spesielt relevant ved depresjonslidelser, der både spontan bedring og tilbakefall etter avsluttet behandling forekommer hos en betydelig andel. Vi vet heller ikke om internettbehandlingen vi her

har undersøkt, er mer eller mindre effektiv enn andre behandlingsmetoder. Det er også få deltakere i studien. På den annen side finner vi endringer i symptomer fra før og til etter behandlingen som er nær identisk med det som er rapportert i fire tidligere studier, to av dem kontrollerte, med til sammen 1299 deltakere (Andersson et al., 2005; Andersson et al., 2013; Vernmark et al., 2013; Hedman et al., 2014). Dette indikerer at resultatene kan generaliseres utover deltakerne i pilotstudien.

Hva nå?

Veiledet internettbehandling for panikk lidelse og sosial angst er utprøvd i svenske studier (Andersson, Bergstrom, Carlbring, & Lindefors, 2005; Andersson, G., Carlbring, P., Furmark, T., & S.O.F.I.E. Research Group., 2012; Carlbring, Ekselius, & Andersson, 2003), og fulgt opp i norske studier (Nordgreen, Andersson, Carlbring, & Havik, 2012; Nordgreen et al., 2010) og har siden 2013 vært en del av Helse Bergen HF sitt behandlingstilbud for angstlidelser. Resultatene fra denne pilotstudien, sammen med studiene fra Andersson og medarbeidere, danner grunnlag for å undersøke effekten av veiledet internettbehandling for pasienter med mild og moderat depresjon som en del av det ordinære behandlingstilbudet ved eMeistring.no, Helse Bergen HF. Med bakgrunn i våre erfaringer med å implementere veiledet internettbehandling for angstlidelser i helsetjenestene må følgende forhold være på plass for å få en god og effektiv bruk av veiledet internettbehandling i klinisk praksis: utvikle klinisk kompetanse, etablere sikker webplattform og undersøke effekt i ordinær klinisk praksis.

Utvikle klinisk kompetanse: Internettbehandling er en ny behandlingsform i Norge, og det er behov for å styrke og utvikle den kliniske kompetansen til de som skal være terapeuter på nett. I Helse Bergen HF har vi gjort to ting for å fremme dette. For det første har vi utviklet ettårig videreutdanning i samarbeid med Norsk forening for kognitiv terapi, som tar for seg hvordan man veileder pasienter som får internettbehandling. Utdanningen er tverrfaglig, og første kull har evaluert utdanningen som svært nyttig. For det andre er det etablert en egen behandlingsavdeling ved Bjørgvin DPS, hvor terapeuter fra Bergens-regionen som arbeider med internettbehandling, sitter på samme rom en dag i uken for å veilede hverandre. Sentrale spørsmål i utdanningen og i terapeut-miljøet er: Hvordan involvere pasienten i internettbehandling? Hvordan veilede behandlingsforløpet? Og hvordan vurdere og følge opp progresjon i behandlingen?

Etablere sikker webplattform: Det er i dag stor usikkerhet i helsetjenestene om innhenting og lagring av personsensitiv informasjon på Internett. Dette hemmer implementering av teknologi i klinisk praksis. Det er behov for å ivareta sikkerheten ut fra kliniske og tekniske behov. Klinisk er det behov for å overvåke og følge opp symptomutvikling og behandlingseffekt på individnivå. Teknisk

er det behov for å utvikle en webplattform med sikker pålogging, sikker lagring av data og rutiner for tilgangsstyring. Sikker bruk fremmes av veiledning i «Nettvett» for både terapeuter og pasienter.

Undersøke effekt i ordinær klinisk praksis: Internettbehandling er et felt i vekst med mange ulike programmer under utvikling, noen med sterke økonomiske interesser. Det er derfor viktig å innhente data som kan svare på følgende: Hva kjennetegner effektive internettprogrammer, hvordan tilby veiledet internettbehandling på en sikker og god måte i klinikken, og hvem passer internettbehandling for? Det siste er særlig viktig ettersom effekten fra selvhenviste pasienter i kliniske studier kan være forskjellig fra det vi vil finne for legehenviste pasienter i spesialisthelsetjenesten. I denne studien fant vi eksempelvis at 32 prosent av deltakerne var sykemeldt eller mottok annen stønad. Dette er dobbelt så høyt som det som er rapportert i de svenske studiene (Hedman et al., 2010; Andersson et al., 2013), men kanskje mindre enn hva vi vil finne i norske voksenpsykiatriske poliklinikker. Videre vet vi lite om forhold som påvirker resultatene av internettbehandling brukt i spesialisthelsetjenesten. Det er i tillegg behov for å undersøke om veiledet internettbehandling er en kostnadseffektiv metode.

Konklusjon

Funnene fra denne pilotstudien har begrensninger, særlig med tanke på at vi ikke har en kontrollgruppe og relativt få deltakere. Til tross for disse begrensningene indikerer pilotstudien, sammen med tidligere studier, at veiledet internettbehandling for mennesker med mild og moderat depresjon kan gi relativt store effekter på gruppe- og individnivå. Resultatene tyder også på at veiledet internettbehandling ikke har blitt mindre effektiv ved at metoden er oversatt og overført fra Sverige til Norge. Dette danner grunnlag for at vi nå har startet utprøving av veiledet internettbehandling for lett og moderat depresjon i helsetjenesten.

Tusen takk for bidrag til studien fra deltakerne og studentterapeutene.

Referanser

Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47,175–180.

- Andersson, G., Bergstrom, J., Carlbring, P., & Lindefors, N. (2005). The use of the Internet in the treatment of anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, *18*, 73–77.
- Andersson, G., Bergström, J., Hollandare, F., Carlbring, P., Kaldo, V., & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *187*, 456–461.
- Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Lenndin, J., & Vernmark, K. (2007). *Ut ur depression och nedstämdhet med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Viva.
- Andersson, G., Carlbring, P., Furmark, T., & S.O.F.I.E. Research Group. (2012). Therapist experience and knowledge acquisition in Internet-delivered CBT for social anxiety disorder: A Randomized Controlled Trial. *Plos One*, *7*.
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Internet-based vs. face-to-face cognitive behaviour therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, *13*, 288–295.
- Andersson, G., Hesser, H., Veilord, A., Svedling, L., Andersson, F., Sleman, O., . . . Carlbring, P. (2013). Randomised controlled non-inferiority trial with 3-year follow-up of internet-delivered versus face-to-face group cognitive behavioural therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, *151*, 986–994.
- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety – psykometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 893–897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psykometric properties of the Beck depression Inventory – 25 years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, *8*, 77–100.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European Addiction Research*, *11*, 22–31.
- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972a). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *3*, 257–260.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, *26*, 17–31.

- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972b). Credibility of analogue therapy rationales. . *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 257–260.
- Burns, D. D. (1999) *Feeling Good. The New Mood Therapy*. New York: Avon Books.
- Carlbring, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2003). Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of CBT vs. applied relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 129–140.
- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldø, V., . . . Andersson, G. (2005). Treatment of panic disorder: Live therapy vs. self-help via the internet. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1321–1333.
- Cavanagh, K., Shapiro, D. A., Van Den Berg, S., Swain, S., Barkham, M., & Proudfoot, J. (2009). The Acceptability of Computer-Aided Cognitive Behavioural Therapy: A Pragmatic Study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 235–246.
- Cohen, J., & Cohen, P. (1983). *Applied multiple regression/ correlation analysis for the behavioral sciences* (2 ed.). Hillsdale: NJ: Erlbaum.
- Delgadillo, J., McMillan, D., Leach, C., Lucock, M., Gilbody, S., & Wood, N. (2014). Benchmarking Routine Psychological Services: A Discussion of Challenges and Methods. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 16–30.
- Haug, T., Nordgreen, T., Ost, L. G., & Havik, O. E. (2012). Self-help treatment of anxiety disorders: A meta-analysis and meta-regression of effects and potential moderators. *Clinical Psychology Review*, 32, 425–445.
- Hedman, E., Ljótsson, B., Kaldø, V., Hesser, H., El Alaoui, S., Kraepelien, M., . . . Lindefors, N. (2014). Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care. *Journal of Affective Disorders*, 155, 49–58.
- Hedman, E., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Andersson, G. (2014). *Internetbaserad psykologisk behandling: Evidens, indikation och praktiskt*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12–19.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A., et al. (1986). *Control Your Depression*. New York: Prentice-Hall.

- Martell, C. R., Addis, M. E., Jacobson, N. S. (2001) *Depression in Context. Strategies for Guided Action*. New York: W.W. Norton.
- Minami, T., Serlin, R. C., Wampold, B. E., Kircher, J. C., & Brown, G. S. (2008). Using clinical trials to benchmark effects produced in clinical practice. *Quality & Quantity, 42*, 513–525.
- Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet, 374*, 609–619.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). Evidence-based health policy – Lessons from the global burden of disease study. *Science, 274*, 740–743.
- Nordgreen, T., Andersson, G., Carlbring, P., & Havik, O. E. (2012). *Guided self-help for social anxiety disorders-With and without an initial therapist-led psycho-education session*. Paper presented at the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Geneva.
- Nordgreen, T., Standal, B., Mannes, H., Haug, T., Sivertsen, B., Carlbring, P., . . . Havik, O. E. (2010). Guided self-help via internet for panic disorder: Dissemination across countries. *Computers in Human Behavior, 26*, 592–596.
- Nordgreen, T., & Havik, O. E. (2011). Use of Self-Help Materials for Anxiety and Depression in Mental Health Services: A National Survey of Psychologists in Norway. *Professional Psychology-Research and Practice, 42*, 185–191.
- Roness, A., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *European Psychiatry, 20*, S126–S127.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., Delafuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol-use disorders identification test (AUDIT) – WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol-consumption. *Addiction, 88*, 791–804.
- Shafran, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A., . . . J. M. G., W. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 902–909.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 22–33.
- Svanborg, P., & Ekselius, L. (2003). Self-assessment of DSM-IV criteria for major depression in psychiatric out- and inpatients. *Nordic Journal of Psychiatry, 57*, 291–296.

Vernmark, K., Lenndin, J., Bjarehed, J., Carlsson, M., Karlsson, J., Oberg, J., . . . Andersson, G. (2010). Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 368–376.