



Analyserapport vedrørende

**Guidet, internetbaseret kognitiv
adfærdsterapi til voksne med let
eller moderat depression**

Behandlingsrådet

Om analyserapporten

Formål

Denne større analyse har til formål at danne grundlag for Behandlingsrådets anbefaling vedr. Guidet, internetbaseret kognitiv adfærdsterapi til voksne med let eller moderat depression.

Proces

Danske Regioners bestyrelse besluttede den 29. september 2022, at Behandlingsrådet i 2023 skal gennemføre en større analyse vedrørende internetbaseret kognitiv adfærdsterapi til behandling af mild eller moderat depression.

Behandlingsrådet igangsatte derefter den større analyse den 1. februar 2023 med udgangspunkt i en analysespecifikation, der definerer analysespørgsmål samt relevante population, intervention, comparator og outcome (PICO).

Nærværende analyserapport er udarbejdet i et samarbejde mellem fagudvalget vedrørende analysen af evidensbaseret onlineterapi og Behandlingsrådets sekretariatet. Bilag til rapporten findes i et separat dokument, som kan tilgås via Behandlingsrådets hjemmeside. Analysen tager udgangspunkt i analysedesignet for indeværende analyse samt Behandlingsrådets proceshåndbog og metodevejledning for større analyser. Kommissoriet for fagudvalget kan sammen med de øvrige dokumenter ligeledes findes på Behandlingsrådets hjemmeside.

Vejledning

Analysen tager udgangspunkt i fire perspektiver: Klinisk effekt og sikkerhed, Patientperspektivet, Organisatoriske implikationer og Sundhedsøkonomi. Belysning af perspektiverne er baseret på en gennemgang samt faglig vurdering af den nuværende tilgængelige evidens, samt indhentning af ny empiri, hvor det er vurderet relevant.

Eventuelle ændringer i metodikken, som er beskrevet i tidligere dokumenter, er fremhævet i de pågældende afsnit i analyserapporten som 'Afgigelser fra analysedesign'. Fortrolige oplysninger, som for eksempel produktpriser, er overstreget i den offentlige version af indeværende analyserapport.

Oplysninger om dokumentet

Godkendelses-dato:	Dokumentnummer:	Versionsnummer:
08.02.2024	8146	1.0

Versionsnr.:	Dato:	Ændring:
1.0	08.02.20024	Godkendt af Behandlingsrådet

Indhold

Om analyserapporten.....	2
Formål	2
Proces	2
Vejledning.....	2
Oplysninger om dokumentet	2
Indhold.....	3
1 Begreber og forkortelser	5
2 Rapportresume	6
3 Baggrund.....	12
3.1 Depression.....	12
3.2 Behandling af depression	12
3.3 Internetbaseret kognitiv adfærdsterapi	14
4 Afgrænsning af analysen	15
4.1 Analysespørgsmål og PICO	15
4.2 Undersøgelsesspørgsmål.....	16
4.3 Specifikation for intervention	17
4.4 Specifikation for komparator	17
5 Litteratursøgning efter HTA-rapporter	19
5.1 Inkluderede HTA-rapporter	20
6 Klinisk effekt og sikkerhed.....	21
6.1 Datagrundlag og analyse.....	21
6.2 Resultater for undersøgelsesspørgsmål 1 – Klinisk effekt og sikkerhed.....	30
6.3 Samlet vurdering.....	42
7 Patientperspektivet	43
7.1 Datagrundlag og analyse.....	43
7.2 Resultater for undersøgelsesspørgsmål 1 – Centrale barrierer	50
7.3 Resultater for undersøgelsesspørgsmål 3 – Gennemførsel af behandlingsforløbet.....	53
7.4 Resultater for undersøgelsesspørgsmål 4 – En digital behandling	57
7.5 Evidensens kvalitet	61
7.6 Samlet vurdering.....	61
8 Organisatoriske implikationer.....	64
8.1 Datagrundlag og analyse.....	64
8.2 Resultater for undersøgelsesspørgsmål 5 – Organisatoriske krav	67
8.3 Resultater for undersøgelsesspørgsmål 6 – Sammenhængen mellem guidet iKAT og det resterende sundhedsvæsen	72
8.4 Resultater fra undersøgelsesspørgsmål 5 – Medarbejderressourceforbrug.....	75
8.5 Evidensens kvalitet	76
8.6 Samlet vurdering.....	77

9	Sundhedsøkonomi	79
9.1	Datagrundlag og analyse.....	80
9.2	Resultater for undersøgelsesspørgsmål 8 – Omkostningsanalyse	87
9.3	Resultater for undersøgelsesspørgsmål 9 – Budgetkonsekvensanalyse	93
9.4	Samlet vurdering.....	94
10	Referencer	96
11	Fagudvalgets sammensætning.....	102

1

Begreber og forkortelser

BDI	Beck Depression Score
BIA	Budgetkonsekvensanalyse
CBT	Cognitive Behavioral Therapy (Kognitiv adfærdsterapi)
CEA	Omkostningseffektivitetsanalyse
CES-D	The Center for Epidemiological Studies-Depression (Depressionsskala)
DSAM	Dansk Selskab for Almen Medicin
EQ-5D-5L	EuroQol-5 Dimensions-5 Levels spørgeskema
GRADE	System til at vurdere evidens (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)
Guidet iKAT	Guidet internetbaseret kognitiv adfærdsterapi
HAM-D	Hamilton Depression Rating Scale (Depressionsskala)
iKAT	Internet based Cognitive Behavioral Therapy (Internetbaseret kognitiv adfærdsterapi)
IDS/QIDS	Inventory of Depressive Symptomatology (Depressionsskala)
KAT	Kognitiv adfærdsterapi
MADRS	Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (Depressionsskala)
MDI	Major Depression Inventory
MKRF	Mindste Kliniske Relevante Forskel
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9 (Depressionsskala)
PICOS	Population, intervention, komparator(er), effektmål og setting (Population, Intervention, Comparator, Outcome, Setting)
QALY	Quality-Adjusted Life Years (kvalitetsjusteret leveår)
SF12/SF36	Short form 12 og 36

2

Rapportresumé

Rapportresuméet indeholder en præsentation af de væsentligste resultater fra analyserapporten vedrørende Guidet, internetbaseret kognitiv adfærdsterapi til voksne med let eller moderat depression. Disse resultater er fordelt på fire perspektiver: Klinisk effekt og sikkerhed, Patientperspektivet, Organisatoriske implikationer og Sundhedsøkonomi, og de udgør tilsammen beslutningsgrundlaget for besvarelse af analysespørgsmålet, som fremgår herunder. Afgrænsningen af de fire perspektiver er foretaget med udgangspunkt i en række undersøgelsesspørgsmål, som fremgår under afsnit 4.

Analysespørgsmål

Bør guidet iKAT anvendes som behandling af voksne med let eller moderat depression?

Tabel 1 – Oversigt over resultater og samlede vurderinger

Klinisk effekt og sikkerhed

Perspektivet Klinisk effekt og sikkerhed har til formål at undersøge, hvorvidt der er forskelle i kliniske effekt- og sikkerhedsmål mellem guidet iKAT og de udvalgte komparatorer til behandling af depression i Danmark. Det ligger i udvalgets opdrag, at der ikke medtages studier, der anvender andre komparatorer end aktuelt anvendte behandlinger til samme patientgruppe i Danmark. Komparatorerne dækker i nærværende analyse over samtaleterapi ved egen læge og KAT.

Der er i alt identificeret ni studier med relevans for analysen af Klinisk effekt og sikkerhed. Der blev ikke identificeret studier, der sammenligner guidet iKAT med samtaleterapi ved egen læge, som er det specifikke behandlingstilbud, der eksisterer i Danmark. Derfor blev denne komparator udvidet til at inkludere studier, hvori det beskrives, at kontrolgruppen har modtaget vanlig behandling, eller TAU, når det indebærer et behandlingsforløb ved praktiserende læge, strækkende fra egentlig samtaleterapi til observation uden konkret intervention.

I sammenligningen af guidet iKAT og samtaleterapi ved egen læge viste metaanalyserne ingen systematisk forskel i effekten af de to interventioner. Evidenskvaliteten jf. GRADE-vurderingen af de respektive effektmål lå mellem lav og meget lav, hvilket betyder, at der er begrænset til ringe tiltro til evidensen.

For sammenligningen mellem guidet iKAT og KAT ved uddannet behandler viste metaanalyserne ingen systematisk forskel i effekten på de to interventioner på nogen af effektmålene. GRADE-vurderingen lå ved disse effektmål også mellem lav og meget lav, hvilket betyder, at der ligeledes er begrænset til ringe tiltro hertil.

Grundet det sparsomme evidensgrundlag og den lave evidenskvalitet vurderer fagudvalget, at tilliden til fundene er begrænset til ringe, og at det dermed ikke er muligt at give en entydig vurdering af eventuelle effektforskelle mellem disse interventioner. Fagudvalget vurderer i denne henseende, at der generelt mangler solide RCT-studier, der sammenligner guidet iKAT med samtaleterapi ved egen læge og KAT ved uddannet behandler.

Patientperspektivet har til formål at belyse faktorer om adhærens, der bidrager til, at patienterne starter og gennemfører behandlingen med guidet iKAT. Perspektivet er belyst ved hjælp af litteratur på området, afdækket via en fokuseret søgning på studier, der undersøger internet-baseret terapi til behandling af depression. På tværs af de tre undersøgelsesspørgsmål er der identificeret 29 studier, bestående af HTA-rapporter, systematiske reviews og primærlitteratur.

I undersøgelsesspørgsmål 2 præsenteres de primære tematikker, der forårsager, at personer afholder sig fra at tilvælge eller påbegynde et behandlingsforløb med guidet iKAT. De seks tematikker, der var gennemgående i litteraturen er *Programmets rigiditet*, der indebærer at nogle patienter afholder sig fra guidet iKAT, da de forventer, at de prædefinerede rammer ved guidet iKAT er for rigide til at kunne møde deres behov, fx i antallet af sessioner eller mængden af terapeutkontakt. Temaet *Tekniske vanskeligheder* beskriver bl.a. den barriere, at nogle patienter oplever udfordringer med softwaren, og finder det demotiverende, når teknikken bremser behandlingen. Temaet *Forståelse af information og indhold* er af stor betydning, da mængden af information og sværhedsgraden heraf kan virke afskrækkende. Dette tema er særligt vigtigt for patienter med kognitive udfordringer eller indlæringsvanskeligheder. Temaerne *Patienternes økonomiske omkostninger* og *Krav til IT-færdigheder* beskrives også som potentielle barriere, men er potentielt større udfordringer i lande med lavere teknologisk udviklingsniveau og ringere økonomisk sikkerhedsnet end det danske. Ikke desto mindre kan disse tematikker bidrage til, at særligt udsatte patienter bliver afskrækket fra behandling med guidet iKAT. Sidst er det beskrevet, hvordan guidet iKAT kan anskues som et værktøj til at overkomme en barriere for at påbegynde konventionel behandling, både for dem, der afholder sig fra behandling grundet praktiske og fysiske omstændigheder, men også for dem, der har en aversion mod konventionel terapi og finder den selvstændige og anonyme internetbaserede behandling appellerende.

I undersøgelsesspørgsmål 3 er det blevet afdækket, hvad der kan forårsage, at patienter gennemfører behandlingsforløbet, eller stopper det præmaturt. Sekundært er det beskrevet, hvilke personkarakteristikker, der korrelerer med sandsynligheden for at gennemføre behandlingen.

Tematikkerne er afdækket via en fokuseret søgning på studier, der undersøger internetbaseret terapi til behandling af depression. Af den fokuserede søgning blev der identificeret 13 studier til besvarelse af undersøgelsesspørgsmålet.

Der blev identificeret fire overordnede tematikker, der bidrager til at bibeholde personer i behandlingsforløbet. Disse er *fleksibilitet i tid og sted*, der indebærer den øgede praktiske frihed ved guidet iKAT. *Teknologisk tilgængelighed og bekvemmelighed*, der primært indebærer den psykologiske tryghed og beroligende effekt, det giver, at have adgang til sine behandlingsredskaber, når det passer patienten selv. Temaet *opfølgning og støtte* er også af stor betydning og indebærer, at patienterne oplever stor værdi af at have terapeutstøtte løbende under selve behandlingen, men også at få opfølgning på sin behandling efter endt forløb. Sidst oplistes temaet *Oplevelsen af det terapeutiske udbytte*, der indebærer, at det er essentielt, at patienten oplever, at indholdet af terapien er meningsfuldt og bidrager til progression for, at patienten bliver motiveret til at fortsætte behandlingen.

Sekundært blev det afdækket, at det særligt er kvinder og personer med højt uddannelsesniveau, der gennemfører behandling med iKAT. Modsat er det primært personer med kortere uddannelsesniveau, komorbide psykiske lidelser og højere depressionsniveau ved baseline, der frafalder behandlingen præmaturo.

I undersøgelsesspørgsmål 4 er den terapeutiske alliance belyst. HTA-rapporten fra Ontario fremhæver, at i et traditionelt terapiforløb er den terapeutisk alliance essentiel, og mangel på personlig kontakt i guidet iKAT kunne føre til en følelse af at følge en fastlagt kurs uden øjeblikkelig afklaring eller skræddersyet støtte. Flere studier har undersøgt betydningen af den terapeutiske alliance i guidet iKAT. Resultaterne er blandede, men flere finder, at der også i iKAT kan opstå en terapeutisk alliance mellem patient og terapeut på samme vis som ved KAT - og flere finder også, at alliancen har signifikant positiv indflydelse på behandlingsresultatet.

Forskellige former for kommunikation ved iKAT er også undersøgt. Valgfri kontakt med terapeuten resulterer i lavere fuldførelsesrater, men det resulterer stadig i betydelige forbedringer i symptomer. Kvaliteten af den terapeutiske alliance og individuelle præferencer spiller en rolle i forhold til, hvorvidt patienterne oplever negative effekter. Samlet set afdækker undersøgelsesspørgsmålet, at patienter i lige så høj grad oplever en alliance med terapeuten ved guidet iKAT som ved KAT, men kommunikationstypen kan spille en vigtig rolle. Fagudvalget vurderer, at resultaterne kan overføres til en dansk kontekst.

Fagudvalget vurderer, at ovenstående fund indikerer, at guidet iKAT er et gavnligt behandlingstilbud til dem, der motiveres af at være mere egenhændige i at varetage egen behandling, og som foretrækker fleksibiliteten og anonymiteten, som internetbehandling tilbyder. Fagudvalget pointerer dog, at guidet iKAT aldrig bør være patientens eneste reelle mulige behandlingstilbud. Fagudvalget vurderer, at det bør være op til patienten i samråd med deres behandler at vælge det behandlingsformat, der er bedst egnet til vedkommende. Fagudvalget bemærker ydermere, at der mangler dansk kvalitativ forskning på området, der kan belyse patienters oplevelse af det konkrete indhold, som iKAT består af.

Organisatoriske implikationer

I afdækningen af de Organisatoriske implikationer er der opstillet tre undersøgelsesspørgsmål, der belyses på baggrund af fund fra syv studier, to rapporter og to fokusgruppeinterviews.

Undersøgelsesspørgsmål 5 omhandler, hvad det kræver af en organisation at kunne afvikle guidede iKAT forløb. Besvarelsen indikerer, at det ikke kræver IT-udstyr ud over det, der kan anses som normalt udstyr post Covid-19. Det kræver en IT-plattform og fagligt indhold, der begge enten kan indkøbes eller udvikles. En købt IT-plattform er ofte mere driftssikker, og størstedelen af arbejdet med datasikkerhed er placeret hos udbyderen. Til gengæld er en købt IT-plattform ufleksibel, og det kan derfor være udfordrende og tidskrævende at implementere nyt fagligt indhold. Det modsatte gør sig gældende for en selvudviklet portal, idet opbygningen af portalen og det løbende arbejde med datasikkerheden er store opgaver, men fleksibiliteten i et samspillet med det faglige indhold er høj. Således er der fordele og ulemper ved både en købt løsning og en selvudviklet løsning. Lignende konklusioner gør sig

også gældende for det faglige materiale, hvor det ligeledes er muligt at købe velafprøvet materiale, men hvor det ofte vil være nødvendigt efterfølgende at tilpasse til en dansk kontekst. Endeligt afdækkes krav til organisation og medarbejdere, hvor det fremhæves, at det er markant anderledes at arbejde med guidet iKAT end med ansigt-til-ansigt terapi, og at terapeuter dermed skal tilpasse sig til det digitale arbejde. For at sikre et ordentligt arbejdsmiljø og fastholdelse af medarbejdere fremhæves det, at organisationen skal gøre sig overvejelser om sammensætningen af opgaveporteføljer og sætte grænser for antal patientforløb for at undgå, at terapeuterne oplever 'digitalt burnout'.

Undersøgelsesspørgsmål 6 omhandler sammenhængen mellem guidet iKAT og det resterende sundhedsvæsen sammenlignet med et standardforløb til personer med moderat depression. Det har ikke været muligt at finde relevante studier til at afdække spørgsmålet. Interviews med Center for Digital Psykiatri og Afdeling for Funktionelle Lidelser har dog vist, at de informerer langt størstedelen af patienternes egne læger om den behandling, som patienten har modtaget. Derudover afdækker undersøgelsesspørgsmål 6 implikationer forbundet med at tilbyde behandling til personer med let eller moderat depression uden forudgående henvisning. Studier fra England og Australien har vist, at selvhenvisere og lægehenviste i stor udstrækning har tilsvarende depressionssymptomer. Et andet fund i studierne er, at muligheden for selvhenvisning øger deltagelsen af nogle af de befolkningsgrupper, der normalt er underrepræsenterede, hvilket dog ikke gør sig gældende i alle studier. Generelt indeholder den inkluderede litteratur i overvejende grad positive fund ved selvhenvisning, herunder særligt at selvhenvisning kan være en oplagt mulighed for at øge tilgængeligheden af behandling for mentale helbredsudfordringer såsom depression og angst. Center for Digital Psykiatri og Afdeling for Funktionelle Lidelser nævner positive aspekter ved selvhenvisninger, men fremhæver også negative elementer såsom besværlig økonomi og manglende sammenhæng til resten af sundhedsvæsenet, hvilket gør, at de begge ser fordele i at arbejde med behandlingstilbud, der kan henvises til.

Undersøgelsesspørgsmål 7 omhandler medarbejderressourceforbrug. Baseret på de tilgængelige data er medarbejderressourceforbruget per patientforløb i gennemsnit syv timer for guidet iKAT i Internetpsykiatrien, 2,5 timer for samtaleterapi ved egen læger og 8,9 timer for KAT hos privatpraktiserende psykologer.

Fagudvalget vurderer, at guidet iKAT bør varetages af sundhedsprofessionelle eller medarbejdere med en terapeutisk uddannelse, samt at alle, der arbejder med guidet iKAT, bør undervises i formatet, ligesom supervision er afgørende. Derudover pointerer fagudvalget, at der med alle nye initiativer bør være et skærpet fokus på løbende kvalitetssikring. Fagudvalget bemærker desuden, at der i lyset af den digitale udvikling bør udvikles en fælles-dansk platform, som udbydere af digital psykologisk behandling kan arbejde i.

Fagudvalget vurderer, at det er vigtigt, at der eksisterer en stærk sammenhæng mellem sundhedsydelser, hvorfor fagudvalget bemærker, at behandlingsforløb med guidet iKAT bør initieres gennem henvisning fra egen læge. Fagudvalget vurderer dog, at der kan være væsentlige gevinster forbundet med også at tillade selvhenvisning til den undersøgte målgruppe, men pointerer vigtigheden af grundig screening for at sikre, at det er de rigtige, der får tilbudt behandling.

Det Sundhedsøkonomiske perspektiv har til formål at undersøge omkostningsforskelle mellem guidet iKAT og samtaleterapi ved egen læge, og mellem guidet iKAT og KAT. De budgetmæssige konsekvenser af en national implementering af guidet iKAT over en femårig periode er også undersøgt.

Resultaterne viser, at iKAT koster 8.223 kr., samtaleterapi ved egen læge 4.673 kr. og KAT 11.271 per forløb. Patienttid – tiden patienten bruger på behandlingen, er i denne analyse en af de mest usikre parametre og kan være afgørende for det endelige sundhedsøkonomiske resultat. Ligesom patientens egenbetaling ved KAT på 3.477 kr. kan ændre resultatet. Skal alle patienter fremover henvises fra egen læge, vil dette øge omkostningerne ved guidet iKAT.

Budgetkonsekvensanalysen estimerer konsekvenserne ved at opskalere det allerede eksisterende tilbud – Internetpsykiatrien.dk. En gradvis opskalering fra 2.500 forsamtaler til 10.000 forsamtaler fordelt over fem år er undersøgt. Resultatet viser en national budgetkonsekvens på 96,3 mio. Kr.. Det forventes, at det vil være en blanding af patienter med depression og angst, som vil blive tilbudt denne type behandling.

Fagudvalget vurderer, at omkostningsanalysen ikke finder betydelige økonomiske forskelle, når man ser bort fra patientens egenbetaling. Denne egenbetaling findes ikke ved guidet iKAT, hvilket for nogle patienter kunne have betydning for præferencen for og tilgængeligheden af guidet iKAT. Omkostningerne ved samtaleterapi ved egen læge er det billigste behandlingstilbud, men det understreges af fagudvalget, at det heller ikke er et direkte sammenligneligt terapeutisk forløb med guidet iKAT og KAT. Ydermere er det heller ikke en ydelse, som alle alment praktiserende læger tilbyder, og derfor heller ikke et tilbud, der er tilgængeligt for alle patienter, hvorfor det kan medvirke til at øge uligheden i behandlingen af denne patientgruppe. Fagudvalget bemærker, at de tre undersøgte behandlingstilbud er forskellige i interaktion- og kommunikationsformer, og derfor må det formodes, at de henvender sig til forskellige patientgrupper. Tilbuddene varierer i indhold og i tidsforbrug, og der bør ved valg af behandling være overvejelser om, hvilke patienter, der passer til hvilke behandlingstilbud, f.eks. ud fra motivation, graden af depression, tidligere behandling, afstand til behandler mm.

Patientrepræsentanterne i fagudvalget understreger, at der er stor usikkerhed ved analysens estimeringen af patientens tidsforbrug - at tidsforbruget varierer, både fra modul til modul i guidet iKAT, men også ved mængden af patientens arbejde mellem behandlinger ved psykolog og samtaleterapi ved egen læge. Det er derfor vanskeligt at estimere, hvor meget tid patienterne sammenlagt bruger på guidet iKAT. Både hvad angår tiden på øvelser foran skærmen og reflektering, mens de er væk fra skærmen. Det samme gør sig gældende for forløb med KAT, hvor der også gives opgaver, der skal løses eller arbejdes med imellem sessionerne. Ved samtaleterapi ved egen læge forventes patienten at skulle bruge tid på at udfylde psykometriske test mm.

Budgetkonsekvensanalysen undersøger kun opskalering af det allerede eksisterende tilbud, Internetpsykiatrien.dk, da det ikke er fagudvalgets forventning, at implementering af guidet iKAT ændrer på efterspørgslen af KAT og samtaleterapi ved egen læge. Fagudvalget understreger, at ved en opskalering ved man fortsat ikke, hvad man får for pengene, som resultaterne fra Klinisk effekt og sikkerhed tydeliggør.

Fagudvalget bemærker ydermere, at betaling foreligger ved en forsamtale og ikke ved påbegyndelse eller gennemførelse. I 2022 havde Inter-
netpsykiatrien.dk 1.700 forsamtaler, 540 patienter blev tilbudt at op-
starte et forløb og af dem var 227 patienter med depression - 150 af
disse gennemførte. Fagudvalget bemærker i denne forbindelse, at der
er risiko for, at der betales uforholdsmæssigt meget for forsamtaler i
forhold til udbyttet.

3

Baggrund

I baggrundsafsnittet præsenterer fagudvalget asynkront guidet internetbaseret kognitiv adfærdsterapi (forkortes i denne analyse guidet iKAT) som behandling af voksne med let eller moderat depression.

3.1 Depression

Depression er en psykisk sygdom. Den viser sig ved vedvarende nedtrykhed, nedsat lyst og interesse, nedsat energi samt øget træthed [1]. Depression er en af de mest almindelige psykiske sygdomme i Danmark og i verden, og udgør en stor byrde for både patienten, de pårørende og samfundet [2]. Tal fra 2017-2018 viser, at der i Danmark var 587.930 personer, som led af depression i perioden, hvilket svarer til 10% af befolkningen [3]. I samme periode blev der årligt diagnosticeret 23.197 nye sygdomstilfælde [3]. Incidensraten af depression er øget de sidste årtier - især de lettere og moderate depressioner, og det forventes, at den vil stige yderligere i de kommende år [3]. Depression debuterer ofte i 20-30-årsalderen, men kan opstå hele livet. Det estimeres, at 15-25% af alle kvinder og 7-12% af alle mænd får en depression i løbet af livet [4]. Depression kan forekomme som en enkelt sygdomsperiode, som tilbagevendende sygdomsepisoder eller som en kronisk tilstand [3].

En depression gradueres som let, moderat eller svær afhængigt af sværhedsgraden af de depressive symptomer. Kernesymptomerne på depression er 1) nedtrykhed, 2) nedsat lyst eller interesse og 3) nedsat energi eller øget tendens til træthed. Ledsagesymptomer er; 1) nedsat selvtillid eller selvfølelse, 2) selvbefejdelser eller skyldfølelse, 3) tanker om død eller selvmord, 4) besvær med at tænke eller koncentrere sig, 5) indre uro eller rastløshed eller hæmning, 6) søvnforstyrrelser og 7) ændring i appetit eller vægt.

Ved let depression skal to kernesymptomer og mindst to ledsagesymptomer være til stede. Ved moderat depression skal to kernesymptomer og mindst fire ledsagesymptomer være til stede, og ved svær depression skal alle tre kernesymptomer og mindst seks ledsagesymptomer være til stede [4].

Der eksisterer adskillige validerede spørgeskemaer og kliniske instrumenter, der kan anvendes til at kvantificere sværhedsgraden af en depression, såsom *Montgomery & Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS), *Major Depression Inventory* (MDI), *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), *Beck Depression Inventory* (BDI) og *Hamilton Depression Scale* (HAM-D). Disse instrumenter anvendes ikke i Danmark til at stille diagnoser, men kan anvendes til at følge udviklingen af en patients sygdomsforløb og bruges hyppigt inden for forskning.

3.2 Behandling af depression

Det primære formål med behandling af depression er at reducere eller helbrede (remission) depressionen, således at patienten kommer tilbage til sit oprindelige psykologiske og sociale funktionsniveau. Som udgangspunkt behandles let til moderat depression i Danmark med psykoterapi, og moderat depression med psykoterapi og/eller medicin, og svær depression med medicin og/eller andre specialiststyrede behandlinger [5].

3.2.1 Kliniske samtaler med egen læge

Ifølge Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) bør alle voksne med depression modtage en eller anden form for samtaleterapi [6]. I praksis er det dog ikke alle med let depression, der modtager samtaleterapi, da behandlingsvejledningen for behandling af depression i almen praksis anbefaler støttende samtaler eller "*Watchful monitoring*" (også kaldet "*Watchful waiting*") ved nydiagnosticeret let depression. Watchful monitoring indebærer, at lægen planlægger regelmæssige konsultationer med personen med depression for at overvåge symptomerne og sygdomsprogressionen uden at øjeblikkeligt at intervenere med behandling. Der kan til disse konsultationer også gives støtte og vejledning i selvplejestrategier, såsom motion, søvn og stressreduktionsteknikker for at hjælpe personen med at håndtere deres symptomer [7]. I tilfælde af at depressionen ikke forbedres eller endda forværres, vil der anbefales en mere aktiv behandlingsindsats såsom psykoterapi (American Psychiatric Association). I Danmark har praktiserende læger mulighed for at tilbyde et systematisk terapiforløb til patienter med let eller moderat depression. Som udgangspunkt består terapiforløbet (ydelsskode 6101) af op til syv sessioner [8].

3.2.2 Kognitiv adfærdsterapi

Psykoterapi foretages enten i almen praksis, i den regionale psykiatri, eller efter henvisning til autoriseret privatpraktiserende psykolog. I nogle tilfælde er det nødvendigt at henvise til eller konferere med psykiatrisk speciallægepraksis, eller i tilfælde af selvmordstanker eller svær forpinthed at henvise til akut indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Behandlingen ved de privat praktiserende psykologer består typisk af individuelle terapiforløb, som i nogle tilfælde bliver kombineret med medicinsk behandling, der varetages af den alment praktiserende læge [6].

Behandlingsvejledningerne for depression beskriver, at psykologiske interventioner er en effektiv strategi til behandling af lette til moderate depressive episoder [9]. Blandt disse interventioner er kognitiv adfærdsterapi (KAT) en velunderstøttet evidensbaseret behandlingsform [10]. KAT til personer med let til moderat depression består typisk af tre moduler, som er opdelt på mellem otte til 16 sessioner på mellem 45-60 minutter per session [10,11]. Det første modul, adfærdsaktivering, består i at øge en persons aktivitetsniveau og gradvist udfordre undgåelsesadfærd ved at øge engagementet i meningsfulde aktiviteter. Det andet modul, kognitiv omstrukturering, består i at identificere og udfordre negative, destruktive eller irrationelle tanker, og erstatte dem med realistiske tankegangsmønstre. Det tredje modul, tilbagefaldsforebyggelse, består af at træne en persons evne til at håndtere vanskelige følelser og problemer på en mere konstruktiv måde [10,11]. Samarbejdet mellem patienten og terapeuten, den terapeutiske alliance, involverer en følelsesmæssig forbindelse mellem terapeut og patienten, der betegnes som en central faktor i opnåelse af behandlingsmålene. Terapeuten skaber et trygt og understøttende miljø, hvor patienten kan føle sig i stand til at åbne op og dele deres oplevelser og bekymringer [12].

3.2.3 Farmakologisk behandling af depression

Medicin mod depression bliver især brugt til at behandle moderate eller svære depressioner, men anvendes også sommetider ved tilbagevendende lette depressioner, og såfremt der er patientpræferencer herfor. Der eksisterer flere typer af antidepressiv medicin, men for de fleste vil selektive serotonin reuptake hæmmere (SSRI) anvendes som førstevalg [13]. Personen med depression vil typisk opleve virkningen af medicinen inden for en til fire uger, men det anbefales, at man fortsætter med at tage medicinen i seks til 12 måneder, og først derefter vil lægen gradvis reducere dosis, såfremt det ikke medfører tilbagefald. Farmakologisk behandling kombineres ofte med psykoterapi, hvilket forbedrer virkningen [14]. Sideløbende farmakologisk behandling er ikke et eksklusionskriterie i indeværende analyse, men betragtes i stedet som add-on til psykoterapi, og vil derfor ikke analyseres som enkeltstående komparator.

3.3 Internetbaseret kognitiv adfærdsterapi

Da sundhedsvæsenet har vanskeligt ved at efterkomme behandlingsbehovet for personer med depression, kan det være hensigtsmæssigt at afsøge og afprøve andre former for behandlingstilbud end de nuværende [15]. Internetbaseret psykiatrisk behandling af depression har været anvendt i mere end 20 år i udlandet; herunder i Sverige¹, England² og Australien^{3,4}. IKAT er manualiseret online forløb eller apps, der baseres på viden og øvelser fra den kognitive adfærdsterapi. Modsat den konventionelle samtaleterapi leveres terapien primært via videoer, tekst og illustrationer i et online set-up på modtagerens egen pc, tablet eller telefon. Internetbaseret KAT kan være enten ikke-guidet eller guidet af en behandler. I det guidede format vil en behandler typisk vejlede og støtte patienten asynkront via programmet eller via videokonsultationer med udgangspunkt i de opgaver, som patienten tidligere har udført. For at kunne karakteriseres som guidet iKAT, er det nødvendigt, at patienten skal have adgang til at kontakte en terapeut under behandlingsforløbet, og at der minimum foretages én konsultation med terapeuten over telefon eller ved videokonsultation. Denne analyse har udelukkende fokus på guidet iKAT.

På nuværende tidspunkt har fagudvalget kendskab til ét fællesregionalt onlineprogram til målgruppen. *Internetpsykiatrien.dk* tilbyder guidet iKAT til voksne med let til moderat depression. *Internetpsykiatrien.dk* blev i 2013 etableret som demonstrationsprojekt i Region Syddanmark på vegne af alle regionerne i regi af National Handlingsplan for Udbredelse af Telemedicin (2012-2015) og sat i drift i 2015. *Internetpsykiatrien.dk* har siden 2018 været et fast tilbud for borgere over 18 år i hele landet. *Internetpsykiatrien.dk* bemannes af psykologer og drives af Psykiatrien i Region Syddanmark som en del af Center for Digital Psykiatri. Siden 2018 har et stigende antal borgere anvendt tilbuddet, og i 2022 ramte tilbuddet sit loft på 2.000 borgere årligt. Fagudvalget pointerer, at det terapeutiske indhold i iKAT opdateres og forbedres i takt med, at der forskes på området. Indholdet af det nuværende tilbud og det, der anvendes i litteraturen, er derfor hverken præcist sammenligneligt eller statisk.

Fagudvalget forventer, at særligt personer med lette til moderate depressioner vil kunne tænkes at få gavn af behandling med internetbaserede forløb, da svær depression kræver mere kompleks og intens behandling [6]. Derudover søger mange med let til moderat depression ikke konventionel behandling i hospitalsvæsenet eller primærsektoren, hvilket har store konsekvenser for den enkelte borger [2]. Fagudvalget vurderer, at internetbaserede behandlingstilbud netop vil appellere til dem, der ikke søger konventionel behandling, ved at tilbyde lettere tilgængelighed, hvorfor indeværende analyse udelukkende fokuserer på voksne med let eller moderat depression.

Effekten af iKAT til behandling af let eller moderat depression sammenlignet med enten venteliste eller ingen komparator er tidligere blevet afdækket i tre HTA-rapporter fra hhv. HTA-institutterne Health Quality Ontario (2019) [16], Folkehelseinstituttet Norge (2018) [17] og Canadian Agency For Drugs and Technologies in Health (2018) [18]. Disse rapporter konkluderer alle, at iKAT giver større reduktion af depressionssymptomer og højere remissionsrate end venteliste og ingen behandling. Indeværende rapport har ikke til hensigt at sammenligne effekten af iKAT med venteliste, men derimod kun sammenligne iKAT med de bedste alternative, implementerede interventioner til behandling af depression, i overensstemmelse med Behandlingsrådets Metodevejledning. Disse komparatorer er præsenteret i afsnit 4.4.

¹ <https://www.internetpsykiatri.se/>

² <https://www.nhs.uk/mental-health/talking-therapies-medicine-treatments/talking-therapies-and-counselling/self-help-therapies/>

³ <https://www.emhprac.org.au/><https://www.emhprac.org.au/>

⁴ <https://internetpsykiatrien.dk/>

4 Afgrænsning af analysen

Analysespecifikationen har til formål at afgrænse analysen vedrørende guidet iKAT til voksne med let eller moderat depression. I nedenstående afsnit fremgår analysespørgsmålet, den tilhørende PICO og undersøgelsesspørgsmål, samt specifikationerne for de inkluderede interventioner og komparatorer. Afsnittet tager udgangspunkt i Analysespecifikation for den større analyse vedrørende Guidet, internetbaseret kognitiv adfærdsterapi til voksne med let eller moderat depression, der er godkendt på Rådsmøde d. 1. februar 2023.

4.1 Analysespørgsmål og PICO

For at fokusere analysen vedrørende guidet iKAT til behandling af voksne med let eller moderat depression, har fagudvalget opstillet nedenstående analysespørgsmål, som Rådet skal træffe en anbefaling på baggrund af.

Analysespørgsmål

Bør guidet iKAT anvendes som behandling af voksne med let eller moderat depression?

Besvarelsen af analysespørgsmålet tager udgangspunkt i specifikationen af *population*, *intervention*, *comparator* og *outcome* (PICO), som angivet i Tabel 2. PICO er rammesættende for alle fire perspektiver i den større analyse. Med afsæt i specifikationen vil analysen indeholde en sammenligning af guidet iKAT over for hhv. kliniske samtaler med egen læge og KAT ved uddannet behandler. De specifikke krav til hhv. intervention og komparator fremgår af afsnit 4.3 og 4.4. Af Tabel 2 fremgår desuden de effektmål, som fagudvalget vurderer, er de væsentligste for patientgruppen, der er omfattet af analysen. For hvert effektmål har fagudvalget rangeret vigtigheden, angivet den ønskede måleenhed og fastsat en mindste klinisk relevante forskel (MKRF). MKRF er et udtryk for den absolutte forskel i effekt, der vurderes at have en klinisk betydning for patientgruppen, og som er afgørende for tolkningen af effektforskelle mellem guidet iKAT og hhv. kliniske samtaler med egen læge og KAT ved uddannet behandler.

Tabel 2 - Specifikationer for PICO

PICO	Specifikation
Population:	Voksne (≥ 18 år) med symptomer på let eller moderat depression. Eksklusionskriterier: OCD, PTSD, psykoselidelser, somatoforme lidelser, autisme-spektrum lidelser, demens, alvorlige fysiske lidelser, IQ <70 , personlighedsforstyrrelser, akut øget selvmordsrisiko, misbrug, spiseforstyrrelser.
Intervention:	Internetbaseret behandlingsprogram bestående af terapeutassisteret kognitiv adfærdsterapi, hvor programmet understøttes asynkront af behandler via telefon, video, sms-beskeder eller e-mails. Internetbaseret behandling skal stå som den eneste terapeutiske behandling.
Komparator:	• Kognitiv adfærdsterapi ved uddannet behandler

Effektmål (vigtighed)	• Kliniske samtaler med egen læge	
	Måleenhed	Mindste klinisk relevante forskel
Remissionsrate - Klinisk bedømt eller scoringsbedømt (Kritisk)	Andel, der opnår remission på valideret depressionsskala.	10%-point opgjort ved endt behandling
Behandlingseffekt målt ved depressionsskala (Kritisk)	Gennemsnitlig ændring fra baseline på point-score i MADRS. Andre validerede depressionsskala omregnes til point-score på MADRS ved hjælp af standard mean difference (SMD).	3 point opgjort ved endt behandling
Helbredsrelateret livskvalitet (Kritisk)	EQ-5D, SF-36 og SF-12.	0.028 (0.017–0.033) opgjort ved endt behandling
Funktionsniveau - Scoringsbedømt (Kritisk)	SF-36. Andre validerede funktionsniveauskalaer vil omregnes til en effekt på SF-36 ved at omregne til SMD	5 point på subskalaen for funktionsevne på SF-36 opgjort ved endt behandling
Selvmodrsadfærd (Kritisk)	Subskalaerne fra BDI, og HDRS	
Frafald (Vigtig)	Drop-out ratio %	20% (sammenholdes kun med konventionel KAT) opgjort ved endt behandling.

Afvigelse fra titel af komparator: Kliniske samtaler med egen læge

For at specificere, at der ved komparatoren *Kliniske samtaler med egen læge* omtales det specifikke behandlingstilbud med ydelseskode 6101 (jf. afsnit 3.2.1), kaldes denne komparator fremadrettet *Samtaleterapi ved egen læge*.

4.2 Undersøgelsesspørgsmål

Besvarelsen af analysespørgsmålet foretages med udgangspunkt i en række undersøgelsesspørgsmål inden for de fire perspektiver: Klinisk effekt og sikkerhed, Patientperspektivet, Organisatoriske implikationer og Sundhedsøkonomi. Et overblik over undersøgelsesspørgsmålene præsenteres i Tabel 3 og udfoldes under hvert perspektiv i rapporten, hvor resultaterne ligeledes fremgår.

Tabel 3 - Oversigt over undersøgelsesspørgsmål.

Klinisk effekt og sikkerhed	
Undersøgelsesspørgsmål 1	Er der forskelle i de kliniske effekt- og sikkerhedsmål mellem guidet iKAT og standardbehandling?

Patientperspektivet	
Undersøgelsesspørgsmål 2	Hvilke centrale barrierer eksisterer ved behandlingstilbuddet, der kan afholde personer fra at påbegynde behandlingen?
Undersøgelsesspørgsmål 3	Hvilke aspekter ved guidet iKAT bidrager til, at deltagerne gennemfører behandlingsforløbet?
Undersøgelsesspørgsmål 4	Hvad er konsekvenserne for oplevelsen af, at guidet iKAT udelukkende har virtuel kontakt med behandleren?
Organisatoriske implikationer	
Undersøgelsesspørgsmål 5	Hvad kræver det af en organisation at afvikle forløb med guidet iKAT?
Undersøgelsesspørgsmål 6a	Hvordan er sammenhængen mellem guidet iKAT og det resterende sundhedsvæsen sammenlignet med et standard forløb til personer med moderat depression?
Undersøgelsesspørgsmål 6b	Hvilke organisatoriske implikationer er der forbundet ved at tilbyde guidet iKAT uden forudgående henvisning?
Undersøgelsesspørgsmål 7	Hvilket medarbejderrelateret ressourceforbrug er forbundet med at afvikle et guidet iKAT forløb sammenlignet med at afvikle et lignende tilbud ansigt til ansigt?
Sundhedsøkonomi	
Undersøgelsesspørgsmål 8	Hvad er omkostningseffektiviteten af guidet iKAT til voksne med let eller moderat depression?
Undersøgelsesspørgsmål 9	Hvad er de budgetmæssige konsekvenser af en national implementering af guidet iKAT?

4.3 Specifikation for intervention

Internetbaseret behandlingsprogram bestående af terapeutassisteret kognitiv adfærdsterapi, hvor programmet understøttes asynkront af behandler via telefon, video, sms-beskeder eller e-mails. Internetbaseret behandling skal stå som den eneste terapeutiske behandling.

4.4 Specifikation for komparator

Komparator 1: Kognitiv adfærdsterapi ved uddannet behandler.

I Danmark tilbyder uddannede behandlere kognitiv adfærdsterapi (KAT) som en terapeutisk behandlingsmulighed for personer med let eller moderat depression. Indholdet af et typisk behandlingsforløb med KAT er beskrevet i afsnit 3.2.2.

Fagudvalget vurderer, at alle studier, der beskriver, at deres kontrolgruppe har modtaget depressionsbehandling med kognitiv adfærdsterapi ved en uddannet behandler kan inkluderes til at belyse denne sammenligning. Der skelnes dermed ikke mellem hvor mange sessioner, de respektive forløb indeholder, og ej heller hvorvidt behandlingen tilbydes til individuelle personer eller som

gruppeterapi. I de følgende metaanalyser og tabeller henvises kognitiv adfærdsterapi ved uddannet behandler til som *face-to-face* kognitiv adfærdsterapi (KAT).

Komparator 2: Samtaleterapi ved egen læge.

Siden 2018 har det været muligt for praktiserende læger at tilbyde deres patienter en længerevarende samtale i form af hhv. samtaleterapiforløb, med ydelseskoden 6101. Samtaleterapiforløb ydes til patienter, der har behov for et længerevarende terapeutisk samtaleforløb, som kan varetages i almen praksis. Samtaleterapiforløbet er målrettet patienter med let til moderat stress, angst eller depression, og skal tilrettelægges som et struktureret og planlagt behandlingsforløb. Behandlingen indeholder som udgangspunkt syv samtaleterapiforløbsydelser pr. patient pr. løbende år. [19]

Fagudvalget vurderer, at det konkrete behandlingstilbud med syv sessioners terapi er unikt for Danmark, men er sammenligneligt andre typer behandlinger, der varetages af praktiserende læger. Herunder støttende samtaler eller "*Watchful monitoring*" (også kaldet "*Watchful waiting*"), der tilbydes til depression af praktiserende læger i andre lande. *Watchful monitoring* indebærer, at lægen planlægger regelmæssige konsultationer med personen med depression for at overvåge symptomerne og sygdomsprogressionen uden at øjeblikkeligt intervenere med behandling. Der kan til disse konsultationer også gives støtte og vejledning i selvplejestrategier, såsom motion, søvn og stressreduktionsteknikker for at hjælpe personen med at håndtere deres symptomer [7]. Fagudvalget vurderer, at da behandlingsindholdet for denne komparator er meget specifikt, bør inklusionskriterierne for studier, der belyser sammenligningen mellem guidet iKAT og samtaleterapi ved egen læge, udvides til at inkludere studier, hvor kontrolarmen er beskrevet som enten a) samtaler med egen læge, b) vanlig praksis (treatment as usual), hvor patienterne fortsætter deres behandlingsforløb ved egen læge og c) watchful monitorering/waiting. Denne beslutning resulterer i, at evidensgrundlaget for analysen udvides, men at den er mindre nøjagtigt til at belyse effekten af det danske behandlingstilbud. I de følgende metaanalyser og tabeller refereres komparatoren samtaleterapi ved egen læge til som *treatment as usual* (TAU) for at indramme variationen i behandlingsindholdet

5

Litteratursøgning efter HTA-rapporter

Litteratursøgningen er foretaget i tre trin med henblik på at identificere relevant litteratur. Først er der søgt efter eksisterende *Health Technology Assessment reports* (HTA-rapporter), som analysen helt eller delvist kan basere sig på. For at en eksisterende HTA-rapport er inkluderet, skal den tilsvare analysespecifikation for denne analyse. Andet trin af litteratursøgningen er identifikation af systematiske reviews, og til sidst primærstudier. Søgningerne efter systematiske reviews og primærstudier er foretaget for hvert enkelt perspektiv, hvorfor processen for litteratursøgningerne samt resultaterne heraf fremgår under hvert perspektiv, se afsnit 6, 7, 8, og 9.

Som beskrevet ovenfor er der først søgt efter eksisterende HTA-rapporter vedrørende guidet iKAT til behandling af depression. Følgende søgeord er anvendt for at identificere HTA-rapporter:

Engelsk: Internet-based cognitive behavioural therapy, Internet-delivered cognitive behavioural therapy, internet therapy (therapist supported), iCBT, Guided online therapy, computerised cognitive behavioural therapy, depression

Svensk: Internetbaserade KBT-behandling (kognitiv beteendeterapi), depression

Norsk: Terapeutveiledet internettbehandling, depresjon

Dansk: Internetbaseret terapi, internetbehandling, guided online terapi, depression.

Søgningen efter HTA-rapporter er udført af Behandlingsrådets interne søgespecialist ud fra anvisning af sekretariatet og fagudvalget. Litteratursøgningerne er begrænset til 2012 og frem, samt afgrænset til sprogene; dansk, engelsk, norsk og svensk. De identificerede HTA-rapporter er gennemgået uafhængigt af to sekretariatsmedlemmer. Af Tabel 4 fremgår informationskilder, antal søgeresultater samt dato for søgningerne. Søgestrengen og historikken er beskrevet i Bilag 1.

Tabel 4 – Overblik over eksisterende HTA-rapporter.

Informationskilde	Interface	Resultat	Dato
INATHA – International HTA database	https://database.inahta.org/	4	16.01.2023
NICE (UK) – National Institute for Health and Care Excellence	"https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-technology-appraisal-guidance/data/appraisal-recommendations"	1	16.01.2023
Centre for Reviews and Dissemination (UK)	https://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/	2	16.01.2023
MSAC – Medical Services Advisory Committee	http://www.msac.gov.au/internet/msac/publishing.nsf/Content/application-page	0	16.01.2023

Informationskilde	Interface	Resultat	Dato
CADTH – Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health	https://www.cadth.ca/	7	16.01.2023
EUnetHTA – European Network for Health Technology Assessment	https://www.eunetha.eu/	0	16.01.2023
NIPH – Norwegian Institute of Public Health	https://www.fhi.no/en/qk/HTA/	1	16.01.2023
SBU – Swedish Council on Health Technology Assessment	https://www.sbu.se/en/publications/	1	16.01.2023
MTV, NKR, kliniske retningslinjer, vejledninger, rapporter mv. (DK)	https://bibliotek.dk/	3	16.01.2023
I alt		19	

5.1 Inkluderede HTA-rapporter

Der er identificeret 19 HTA-rapport(er), hvoraf fagudvalget vurderer, at fem er relevante for denne større analyse. Fagudvalget vurderer, at HTA-rapporterne fra National Institute of Health Research [20] Folkehelseinstituttet [17], Ontario [16] samt de to fra CADTH [18] og [21] kan benyttes i belysningen af undersøgelsesspørgsmålet i relation til Klinisk effekt og sikkerhed. HTA-rapporten fra Ontario [16] kan ligeledes benyttes i belysningen af undersøgelsesspørgsmålene 2, 3 og 4 i relation til Patientperspektivet. Fagudvalget vurderer, at de identificerede HTA-rapporter ikke er udtømmende i forhold til at afdække de opstillede undersøgelsesspørgsmål, hvorfor der er foretaget yderligere litteratursøgninger under hvert perspektiv. Metoden samt resultaterne for disse litteratursøgninger er præsenteret under de enkelte perspektiver.

6

Klinisk effekt og sikkerhed

I dette afsnit præsenteres resultaterne vedrørende Klinisk effekt og sikkerhed for guidet iKAT set i forhold til standardbehandling, der i denne analyse er hhv. samtaleterapi ved egen læge og KAT med uddannet behandler. Fagudvalget har opstillet nedenstående undersøgelsesspørgsmål til at belyse perspektivet.

Undersøgelsesspørgsmål 1

Er der forskelle i de kliniske effekt- og sikkerhedsmål mellem guidet iKAT og standardbehandling?

Besvarelsen af undersøgelsesspørgsmålet tager udgangspunkt i den videnskabelige litteratur identificeret ud fra den systematiske litteratursøgning, som er beskrevet i afsnit 6.1.

I de næste afsnit fremgår datagrundlaget for analysen af Klinisk effekt og sikkerhed, metoden for databehandling, resultaterne for hver effektmål samt en vurdering af evidenskvaliteten. Til sidst præsenterer fagudvalget en samlet vurdering af den Kliniske effekt og sikkerhed forbundet med guidet iKAT til behandling af let eller moderat depression.

6.1 Datagrundlag og analyse

Datagrundlaget for perspektivet Klinisk effekt og sikkerhed baseres på en systematisk litteratursøgning. I dette afsnit præsenteres de inkluderede studier, samt hvordan data behandles og analyseres.

6.1.1 Litteratursøgning

Der er identificeret fire HTA-rapporter fra hhv. NICE [20] Folkehelseinstituttet [17], Ontario [16] samt to fra CADTH [18] og [21], der kan anvendes til at belyse effektmålene remissionsrate, behandlingseffekt målt ved depressionsskala, helbredsrelateret livskvalitet og frafald. HTA-rapporterne er præsenteret i afsnit 5.1. Eftersom litteratursøgningen i den nyeste HTA-rapport Ontario er foretaget den 15. februar 2018, er litteratursøgningen opdateret til 2. marts 2023. Da HTA-rapporterne ikke belyser effektmålene funktionsniveau og selvmordsadfærd, er der foretaget en litteratursøgning med henblik på at identificere systematiske reviews samt primærlitteratur for disse effektmål.

Der er foretaget en litteratursøgning efter først systematiske reviews og efterfølgende primærstudier for alle effektmålene (Bilag 2). For effektmålene remissionsrate, behandlingseffekt målt ved depressionsskala, helbredsrelateret livskvalitet og frafald er søgningen begrænset til 2020-2023 for at opdatere HTA-rapporterne (Bilag 3). For effektmålene funktionsniveau og selvmordsadfærd er litteratursøgningen begrænset til 2010-2023 (Bilag 4). Sprogene for litteratur er afgrænset til dansk, engelsk, norsk og svensk. Litteratursøgningerne er udført af Behandlingsrådets interne søgespecialist ud fra anvisning af sekretariatet og fagudvalget, der har identificeret nøgleordene, der danner grundlag for søgestrategierne. For begge søgninger er følgende databaser afsøgt: PubMed, Embase, Cochrane Library, PsycINFO og CINAHL. Søgningerne er foretaget 2. marts 2023. Se oversigt over søgeresultater for hver database samt søgestrengene i bilag 2, 3 & 4.

Litteraturudvælgelsen af systematiske reviews og primærstudier er udført af to fra sekretariatet vha. *Covidence systematic review software* (Veritas Health Innovation, Melbourne, Australia,

www.covidence.org). To sekretariatsmedlemmer har gennemgået studierne på titel/abstract-niveau og efterfølgende på fuldttekstniveau. Litteraturudvælgelsen baserer sig på opstillede inklusions- og eksklusionskriterier, som fremgår af Tabel 5. Ved uoverensstemmelse mellem sekretariatsmedlemmers beslutning af inklusion eller eksklusion af et studie, er studiet drøftet indtil enighed.

Tabel 5 – In- og eksklusionskriterier for den systematiske litteraturscreening for Klinisk effekt og sikkerhed.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
18+ år	Obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)
Let eller moderat depression	Posttraumatisk stress syndrom (PTSD)
Patientpopulationen har modtaget et guidet iKAT forløb	Psykoselidelser
Metareview af randomiserede kliniske forsøg (RCT) eller reelle RCT-studier	Somatoforme lidelser
Kontrolgruppen har modtaget KAT ved uddannet behandler eller samtaleterapi ved egen læge (TAU)	Autismespektrum lidelser
Studiet skal inkludere personer, der er sammenlignelige med danskere	Demens
Artikler udgivet mellem 2012-2023	Alvorlige fysiske lidelser
	IQ <70
	Personlighedsforstyrrelser
	Akut øget selvmordsrisiko
	Misbrug
	Komorbid spiseforstyrrelse
	Post partum depression
	Blended care intervention
	Selv-guided iKAT som intervention
	Stepped care intervention

Litteratursøgningen resulterede i 612 reviews, 1.456 studier på effektmålene remission, behandlingseffekt, livskvalitet og frafald, og 573 studier på effektmålene funktionsniveau og selvmordsadfærd. Af screeningen blev tre reviews vurderet relevante. Tre RCT-studier vedrørende effektmålene remission, behandlingseffekt, livskvalitet og frafald blev vurderet relevante. To RCT-studier vedrørende funktionsniveau og selvmordsadfærd blev vurderet relevante til besvarelse af undersøgelsesspørgsmål 1 under Klinisk effekt og sikkerhed. PRISMA-diagrammerne for både systematiske reviews samt primærstudier fremgår af bilag 5. Fra de tre reviews blev 22 studier ekstraheret og fuldttekst screenet sammen med studierne fra RCT-screeningen. Af denne sekundære screening af studier identificeret i reviewene blev fire RCT-studier vurderet relevante til effektmålene remission, behandlingseffekt, livskvalitet og frafald.

Data og fund i de inkluderede studier blev ekstraheret af to medarbejdere i Behandlingsrådets sekretariat.

6.1.1.1 Inkluderede studier

Af litteratursøgningen blev der identificeret ni studier med relevans for analysen af Klinisk effekt og sikkerhed. Af Tabel 6 og Tabel 7 fremgår væsentlige studie- og baselinekarakteristika for de inkluderede studier. Datagrundlaget består af ni studiedesign, opdelt på de to komparatorer. Studierne fordeler sig således i forhold til effektmålene:

Guidet iKAT vs. TAU

- To studier belyser effektmålet remissionsrate
- Fem studier belyser effektmålet behandlingseffekt målt med valideret depressionsskala
- To studier belyser effektmålet helbredsrelateret livskvalitet opgjort via SF-12
- Ét studie belyser effektmålet helbredsrelateret livskvalitet opgjort via EQ-5D-5L
- Ét studie belyser effektmålet selvmordsadfærd
- Syv studier belyser effektmålet frafald

Der blev ikke identificeret studier, der sammenligner guidet iKAT med det specifikke behandlingstilbud, der eksisterer i Danmark med samtaleterapi ved egen læge, så fagudvalget har vurderet, at en afvigelse fra designet er nødvendig.

Afvigelse fra komparator *samtaleterapi ved egen læge*

Fagudvalget pointerer, at den danske model for samtaleterapi ved egen læge adskiller sig så betydeligt fra, hvordan TAU defineres i den internationale litteratur studier, at fundene fra studierne ikke er direkte overførbare til den danske kontekst. I den internationale litteratur anvendes betegnelsen *treatment as usual* (TAU) typisk, når depressionsbehandlingen varetages af patientens praktiserende læge. Studier, der sammenligner guidet iKAT med TAU, er derfor blevet inkluderet til at belyse effekterne af hhv. guidet iKAT og vanlig depressionsbehandling ved praktiserende læge, i stedet for *samtaleterapi ved egen læge*, som var beskrevet i designet.

Grundet afvigelsen fra designet ift. komparatoren *samtaleterapi ved egen læge* er studier blev inkluderet, såfremt det er beskrevet, at kontrolgruppen har modtaget vanlig behandling eller TAU, hvilket indebærer et forløb ved praktiserende læge. Der er dermed stor heterogenitet i indholdet af kontrolinterventionen i studierne med samtaleterapi ved egen læge, hvilket resulterer i, at fundet fra denne analyse kun i begrænset omfang kan informere om effektforskellen på disse to interventioner.

Guidet iKAT vs. Kognitiv adfærdsterapi ved uddannet behandler

- Ét studie belyser effektmålet remissionsrate
- To studier belyser effektmålet behandlingseffekt målt med valideret depressionsskala
- Ét studie belyser effektmålet selvmordsadfærd
- To studier belyser effektmålet frafald

Studierne er alle fra vestlige lande med patientforhold, der er sammenlignelige med de danske.

Tabel 6 – Studiekarakteristika.

Forfatter, årstal, land	Titel	Design	Formål	Intervention	Komparator	Inklusions-kriterier	Eksklusions-kriterier	Effekt mål
Andersson, 2013, Sverige	Randomised controlled non-inferiority trial with 3-year follow-up of internet-delivered versus face-to-face group cognitive behavioural therapy for depression	RCT	Sammenlign effekten af guidet iKAT og gruppebaseret KAT på mild til moderat depression	Guidet iKAT	Gruppebaseret KAT, bestående af otte sessioner á to timer.	Voksne (18+), mellem 15-35 point på MADRS-S. Diagnostiseret med depression med eller uden dysthymia ifølge DSM-IV.	<4 pointscore på spørgsmålet angående selvmordstanker. Ingen nye ændringer i medicinering. Deltagelse i andre depressionsbehandlinger. Komorbiditeter, der kan påvirkes negativt af interventionen	BDI, Quality of Life Inventory (QOLI). Drop-out
Christensen, 2013, Australien	The effect of a web-based depression intervention on suicide ideation: Secondary outcome from a randomised controlled trial in a helpline	RCT	Vurder effekten af guidet iKAT vs. TAU på depressive personer, der har været i kontakt med den australske telefonservice 'Lifeline'.	Guidet iKAT med ugentlig 10-minuters telefonsamtale med behandler.	TAU, udefineret behandlingsforløb, men patient har mulighed for at kontakte behandler som vanligt.	Voksne patienter (18+), der har anvendt den australske telefonservice 'Lifeline', der er en døgnåben terapiservice. >22 point på Kessler Psychological Distress Scale.	Lider af schizofreni eller bipolar lidelse. Ikke har internetadgang.	Suicidal Ideation (GHQ-28.1). Drop-out
Eriksson, 2017, Sverige	Long-term effects of Internet-delivered cognitive behavioral therapy for depression in primary care – the PRIM-NET controlled trial	RCT	Sammenligne langtidseffekterne af guidet iKAT og 'treatment as usual' for patienter med depression i primærsektoren.	Guidet iKAT via programmet Depressionshjælpen, hvilket inkluderer minimum tre telefonsamtaler og yderligere	TAU, beskrevet som vanlig behandling ved <i>primary care centers</i> , hvilket kan inkludere	Voksne med depression samt en MADRS-S score på <35. Have adgang til computer med lyd.	Svær depression (MADRS-S ≥35). Diagnostiseret angst, psykose, bipolar lidelse, en hypomani episode, antisocial personlighedsforstyrrelse, alkohol-eller stofmisbrug, moderat til svær selvmordsrisiko, tidligere	Depressionsskala (BDI), Helbredsrelateret livskvalitet (EQ-5D), Drop-out

Forfatter, årstal, land	Titel	Design	Formål	Intervention	Komparator	Inklusions-kriterier	Eksklusions-kriterier	Effektmål
				korrespon- dance efter behov.	face-to-face psykoterapi, antidepressi ver og sygemelding .		selvmordsforsøg eller an- dre kognitive udfordringer, der afholder patienten fra at interagere med pro- grammet.	
Hallgren, 2015, Sverige	Physical exercise and internet-based cognitive-behavioural therapy in the treatment of depression: Randomised controlled trial	RCT	Sammenligne effekten af tre interventioner til behandling af depression; motion, guidet iKAT og TAU. Indeværende analyse ekstraherer kun data vdr. guidet iKAT og TAU.	Guidet iKAT, med mailkorrespondance med terapeut.	TAU, bestående af ukontrolleret behandling ved praktiserende læge. I gennemsnit modtog patienter 8 sessioner med face-to-face terapi med CBT-fokus. 25% af patienter i denne gruppe modtog ingen registreret behandling.	Voksne patienter (18+ år) med depression (> 9 på PHQ-9).	Somatisk sygdom, alkohol-eller stofmisbrug, psykiatriske diagnoser, der er behandlingskrævende af en specialist.	Depressionsskala , Drop-out
Kivi, 2014, Sverige	Internet-Based Therapy for Mild to Moderate Depression in Swedish Primary Care: Short Term Results from the PRIM-	RCT	Sammenligne effekten af guidet iKAT med TAU til behandling af depression i den svenske primærsektor.	Guidet iKAT med minimal behandlerkontakt via behandlings-tilbuddet:	TAU bestående af konsultationer ved praktiserende læge,	Voksne (18+) med mild til moderat depression, diagnosticeret af psykiolog. Adgang til	Tidligere selvmordsforsøg, moderat-til høj selvmordsrisiko, alkohol-eller stofmisbrug, bipolar lidelse, psykotisk lidelse eller andre psykiatriske lidelser,	Depressionsskala (BDI), Drop-out

Forfatter, årstal, land	Titel	Design	Formål	Intervention	Komparator	Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier	Effektmål
	NET Randomized Controlled Trial			<i>Depressions-hjælpen</i>	sygeplejer-ske, antide-pressiva, venteliste, psykoterapi eller en kombination af disse.	computer, MADRS-S score <35.	kognitive handicap, mang-lende forståelse for svensk.	
Krämer, 2021, Tyskland	Effectiveness of a Guided Web-Based Intervention to Reduce Depressive Symptoms before Outpatient Psychotherapy: A Pragmatic Randomized Controlled Trial	RCT	Sammenligne effekten af guidet iKAT med TAU til be-handling af depression ved patienter, der søger face-to-face psykoterapi.	Guidet iKAT, beskrevet her som TAU + adgang til iKAT	TAU, der in-debærer konsultatio-ner ved egen læge eller psykia-ter, psykote-rapi, adgang til selv-hjælpsred-skaber.	Voksne (18+) med depression (CES-D > 22), internetadgang.	Selvmodstanker.	Remiss-ionsrate, Depress-ionsskala (CES-D), Helbreds-relateret livskvalitet (SF-12 Physical & Mental), Drop-out
Montero-Marín, 2016, Spanien	An internet-based inter-vention for depression in primary care in Spain: A randomized controlled trial	RCT	Sammenligne effekten af lav-intens guidet iKAT, selv-guidet iKAT og TAU til be-handling af depression. I in-deværende analyse er kun terapeutguidet iKAT og TAU resultater ekstraheret.	Guidet iKAT, beskrevet her som <i>improved</i> TAU+iKAT. iKAT bestod af program-met <i>Smiling is Fun</i> .	TAU, be-skrevet her som <i>impro-ved</i> TAU (iTAU), hvil-ket indebæ-rer behand-ling af prak-tiserende læge, der har modta-get ekstra træning i	Voksne (18+) med mild til mo-derat depres-sion (14-28 på BDI-II). Internet-adgang,	Har modtaget psykologisk behandling inden for det sidste år. Svære psykiatriske diagnoser i akse 1 (fx alkohol-eller stofmisbrug, psykoser, demens). Patienter med svær depression (≥29 på BDI-II)	Depress-ionsskala (BDI), Hel-bredsrela-teret livs-kvalitet (SF-12 Physical & Mental), Drop-out

Forfatter, årstal, land	Titel	Design	Formål	Intervention	Komparator	Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier	Effektmål
						diagnostisering og behandling af depression.		
Wagner, 2014, Schweiz	Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: A randomized controlled non-inferiority trial	RCT	Sammenligne effekten af guidet iKAT med KAT til behandling af depression.	Guidet iKAT med skriftlig kommunikation med uddannet behandler.	KAT bestående af otte sessioner over otte uger med uddannet terapeut.	Voksne (18+) med depression (≥ 12 på BDI-II)	Behandling andetsteds, alkohol-eller stofmisbrug, nyligt påbegyndt antidepressiv medicinsk behandling, ikke var flydende tysktalende.	Remission, Depressionsskala (BDI), Selvmordstanker (Beck Suicide Ideation Scale), Drop-out.
Wright, 2022, USA	Effect of Computer-Assisted Cognitive Behavior Therapy vs Usual Care on Depression among Adults in Primary Care: A Randomized Clinical Trial	RCT	Sammenligne effekten af guidet iKAT med TAU til behandling af depression i primærsektoren.	Guidet iKAT gennem programmet <i>Good Days Ahead</i> med ugentlig telefonisk supportsessioner med uddannet behandler.	TAU, bestående her af standardbehandling ved praktiserende læger i primærsektoren. TAU er her uden restriktioner for anden behandling.	Voksne (18+), der er blevet henvist til depressionsbehandling af praktiserende læge.	PHQ-9 score på < 10 , manglende samtykke, 17 år eller yngre, manglende evne til at læse engelsk, øget selvmordsrisiko, somatisk sygdom, der kan påvirke behandling med guidet iKAT, demens eller andre hjernesygdomme, psykose eller bipolar lidelse.	Remission, Depressionsskala (PGQ-9), Helbredsrelateret livskvalitet (Satisfaction with Life Scale), Drop-out

Tabel 7 – Baselinekarakteristika.

Baselinekarakteristika. Af den systematiske litteratursøgning fremkom ni studier med relevans for perspektivet, klinisk effekt og sikkerhed.							
Forfatter, årstal, land	Behandlingsarme	Antal patienter	Alder, mean (SD)	Køn, n (% mænd)	Indikation, n (% i alt)	Becks depression inventory, mean (SD)	Udtræknings-tid, mean (SD)
Andersson, 2013, Sverige	guidet iKAT	33	42,8 (14,9)	24,2%	33 (100%)	BDI: 24,0 (7,0)	9 uger
	Gruppebaseret KAT	36	41,8 (12,2)	19,4%	36 (100%)	BDI: 25,3 (6,6)	9 uger
Christensen, 2013, Australien	guidet iKAT med telefonisk støtte	45	*41,49 (12,35)	28 (18,1%)	45 (100%)	CES-D: 36,25 (10,22)	8 uger
	samtaleterapi ved egen læge – beskrevet her som TAU	35			35 (100%)		
Eriksson, 2017, Sverige	guidet iKAT	52	37,1 (12,8)	17 (33%)	51 (98%)	25,8 (8,5)	12 uger
	TAU	38	35,1 (9,9)	10 (26%)	34 (89%)	26,4 (10,0)	12 uger
Hallgren, 2015, Sverige	guidet iKAT	317	År % 18-34 30%	257 (27%)	**75% af inkluderede mænd på tværs af grupper	MADRS 21.5 (6.7)	12 uger
	TAU	312	35-49 37% 50-71 33%		76% af inkluderede kvinder på tværs af grupper	MADRS 20.9 (7.5)	12 uger
Kivi, 2014, Sverige	guidet iKAT	45	36,6 (11,3)	31 (34%)	94% af inkludere patienter på tværs af grupper	25,5 (7,87)	8 uger
	TAU	47				26,09 (9,39)	8 uger
Krämer, 2021, Tyskland	guidet iKAT	67	35.9 (12.39)	17 (25%)	67 (100%)	CES-D: 34.2 (6.67)	7 uger
	TAU	69	36.7 (11.43)	13 (19%)	69 (100%)	CES-D: 35.8 (6.87)	7 uger
	guidet iKAT	96	43,19 (9,30)	20 (20,8%)	96 (100%)	22,36 (4,91)	12 uger

Montero-Marín, 2016, Spanien	TAU	102	43,04 (9,66)	26 (25,5%)	102 (100%)	22,18 (5,25)	12 uger
Wagner, 2014, Schweiz	guidet iKAT	32	37,25 (11,41)	7 (22%)	32 (100%)	22,96 (6,07)	8 uger
	KAT	30	38,73 (11,41)	15 (50%)	30 (100%)	23,41 (7,63)	10 uger
Wright, 2022, USA	guidet iKAT	95	47,03 (13,15)	18 (19,1%)	76 (80%)	PHQ-9: 16,1 (14,9-17,3)	12 uger
	TAU	80		9 (11,3%)	69 (86,3%)	PHQ-9: 16,2 (14,9-17,6)	12 uger

*Studiet opgør ikke alder og køn opdelt på grupperne, så de aggregerede data er præsenteret.

**Studiet opgør ikke alder, køn og indikation opdelt på grupperne, så de aggregerede data er præsenteret.

6.1.2 Databehandling og analyse

Med udgangspunkt i den identificerede litteratur har Behandlingsrådets sekretariat syntetiseret effektestimater ved brug af metaanalyser. For alle effektmål i indeværende analyse, er der benyttet såkaldte 'random effects' metaanalytiske metoder, og den øvrige fremgangsmåde følger Behandlingsrådets metodevejledning for større analyser. Behandlingsrådets sekretariat benytter softwaret RevMan 5 til at udarbejde metaanalyser.

For kontinuerlige effektmål er metaanalyser udført på forskellen i gennemsnitligt mål for hver behandlingsarm, også kendt som 'mean difference', såfremt den benyttede skala er ens for alle de inkluderede studier. Specielt for effektmålet 'Behandlingseffekt' ses, at de inkluderede studier benytter sig af flere forskellige validerede instrumenter. For at kunne udføre en metaanalyse på tværs af instrumenter, omregnes alle studieres resultater til såkaldte 'standardised mean differences' (SMD; Hedges g), således at studieresultaterne deler samme skala. Efter at studieresultaterne er syntetiseret i en metaanalyse, er den resulterende SMD tilbageregnet til en ønskelig skala, således at resultatet kan sammenholdes med fagudvalgets præspecificerede MKRF.

For at omregne SMD til en ønskelig skala, udregnes den samlede standardafvigelse for de inkluderede studier, der benytter skalaen, se formel 2.4 i [22]. Omregning til den ønskede skala foretages herefter med medianen af standardiseringsfaktoren fra de inkluderede studier, som benytter skalaen. Hvor det er muligt, er følsomhedsanalyser udført ved brug af den største og mindste observerede standardiseringsfaktor. Det er nødvendigt for omregningen fra SMD til en ønskelig skala, at mindst et af de inkluderede studier benytter denne skala. Ydermere antager brugen af SMD, at enhver observeret forskel i SD mellem de inkluderede studier skyldes forskellen i måleinstrumenter, og ikke forskelle i variation på grund af studiepopulationer [23].

6.2 Resultater for undersøgelsesspørgsmål 1 – Klinisk effekt og sikkerhed

I dette afsnit præsenteres resultaterne per effektmål for undersøgelsesspørgsmål 1.

Undersøgelsesspørgsmål 1

Er der forskelle i de kliniske effekt- og sikkerhedsmål mellem guidet iKAT og standardbehandling?

For mere viden om de enkelte effektmål, henviser fagudvalget til analysedesignet⁵. Effektmålene præsenteres individuelt for hver af komparatorerne. Dvs. hhv. guidet iKAT vs. samtaleterapi ved egen læge, og guidet iKAT vs. kognitiv adfærdsterapi ved uddannet behandler.

Som følge af afvigelsen fra designet jf. afsnit 6.1.1.1 vil guidet iKAT i indeværende afsnit sammenlignes med TAU, i stedet for samtaleterapi ved egen læge. Den anden sammenligning iKAT vs. kognitiv adfærdsterapi med uddannet behandler er i metaanalyserne forkortet KAT.

Afvigelse fra subgruppeinddeling

⁵ <https://behandlingsraadet.dk>

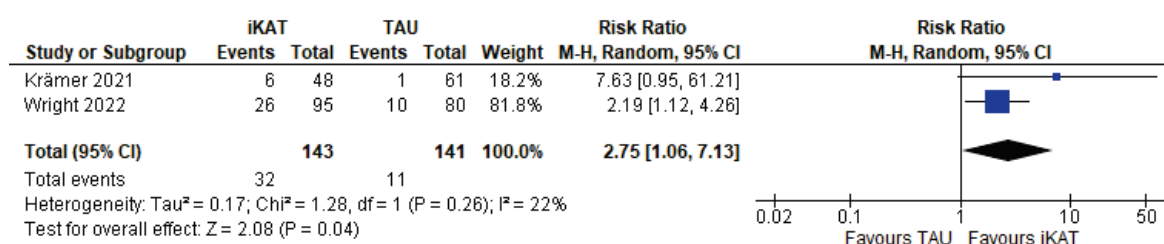
Analysedesignet beskrev, at der ville foretages analyser på litteratur vedrørende hhv. let depression og moderat depression. Der er ikke identificeret studier, der udelukkende inkluderer patienter med let depression i den systematiske litteratursøgning, og ligeledes ingen studier, der har lavet subgruppeanalyser på baggrund af sværhedsgraden af depressionen. Af denne årsag vurderer fagudvalget, at litteraturen informerer om både let-og moderat depression, hvorfor der i indeværende rapport skrives 'let eller moderat depression', hvilket henviser til begge grupper samlet.

6.2.1 Remissionsrate <Kritisk>

Remissionsrate karakteriseres her som den procentmæssige andel af personer, der opnår samme psykologiske og sociale funktionsniveau, som de oplevede før begyndelsen af depressionen. Hvorvidt remission er opnået, kan vurderes af en behandler eller ved hjælp af en valideret rating scale/spørgeskema.

Effektmålet er opgjort efter endt behandling og fagudvalget vurderer, at mindste kliniske relevante forskel (MKRF) er 10%-point.

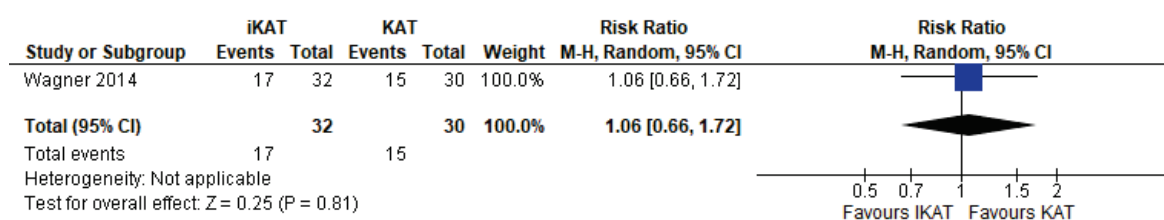
Figur 1 – Forest plot for effektmålet remissionsrate – iKAT vs. TAU



Figur 1 - Forest plot for effektmålet 'remissionsrate' ift. grupperne, der har modtaget hhv. guidet iKAT og TAU. Af Forest plottet fremgår effektforskelle for de enkelte studier samt det metaanalytiske estimat af effekten af interventionerne i form af en forskel i risikoratio.

Der er identificeret to studier, der rapporterer remissionsrate for patienter, der har modtaget enten guidet iKAT eller TAU gennem den systematiske litteratursøgning. En metaanalyse af de to studier påviser en effektforskel på 2,75 (95% 1,06; 7,13), i remissionsraten til fordel for guidet iKAT. Den absolutte risikoforskel er 12,37% (95% 0,42%; 43,33%). Den absolutte risikoforskel er klinisk relevant (>10%-point), men er behæftet med betydelig usikkerhed, da konfidensintervallet overskrider den MKRF. Analysen indikerer dermed, at guidet iKAT medfører højere remissionsrate end TAU, som defineret i de respektive studier. Fagudvalget bemærker, at GRADE-vurderingen på dette effektmål er lav (jf. Tabel 10), hvilket indebærer, at tilliden til resultatet er begrænset. Den sande værdi af remissionsraten af de to interventioner kan derfor være markant anderledes, end hvad analysen indikerer.

Figur 2 – Forest plot for effektmålet remissionsrate – iKAT vs. KAT



Figur 2 - Forest plot for effektmålet 'remissionsrate' ift. grupperne, der har modtaget hhv. guidet iKAT og KAT. Af Forest plottet fremgår effektforskellen mellem interventionerne, i det ene studie, i form af en forskel i risikoratio.

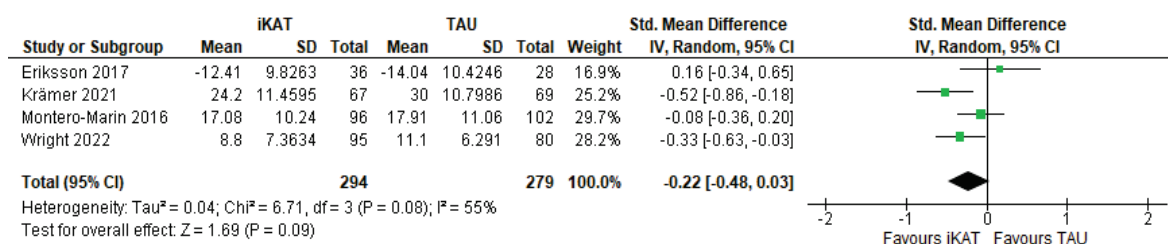
Der er gennem den systematiske litteratursøgning identificeret ét studie, der rapporterer remissionsrate for patienter, der har modtaget enten guidet iKAT eller kognitiv adfærdsterapi ved uddannet behandler (KAT). En analyse af studiet påviser ingen effektforskel mellem guidet iKAT og KAT på dette effektmål, der resulterede i en forskel på 1,06 (95% 0,66; 1,72), til fordel for KAT. Den absolutte effektforskel er 3,13% (95% -21,8%; 28%) og dermed ikke klinisk relevant. Fagudvalget vurderer, at det ene studie ikke er tilstrækkeligt til at kunne udtale sig om effekten af de to interventioner på dette effektmål, da evidenskvaliteten er meget lav (jf. Tabel 9 Tabel 9 – GRADE-evidensprofil guidet iKAT vs. KAT).

6.2.2 Behandlingseffekt målt ved depressionsskala <Kritisk>

Behandlingseffekten af interventionen opgøres ved en point-score på Becks Depression Inventory (BDI). Såfremt studiet har opgjort behandlingseffekten via en anden valideret depressionsskala, omregnes denne til *standardised mean difference* (SMD) og efterfølgende via SMD til BDI.

Effektmålet er opgjort efter endt behandling og fagudvalget vurderer, at MKRF er tre point [24].

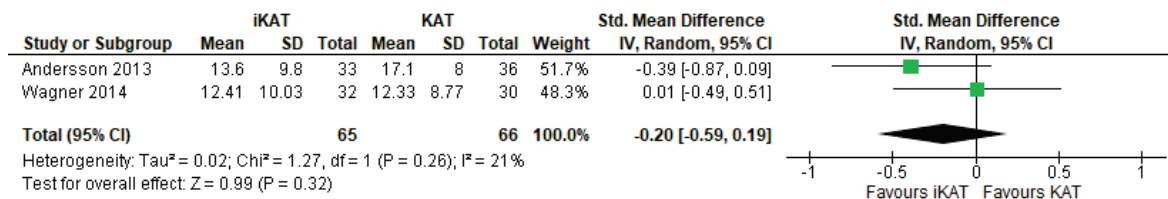
Figur 3 – Forest plot for effektmålet behandlingseffekt – iKAT vs. TAU



Figur 3 – Forest plot for effektmålet 'Behandlingseffekt målt ved depressionsskala' ift. Grupperne, der har modtaget hhv. guidet iKAT og TAU. Af Forest plottet fremgår effektforskelle for enkelte studier, samt det metaanalytiske estimat af effekten af interventionerne i form af en forskel i point-score på BDI-II.

Der er gennem den systematiske litteratursøgning identificeret fire studier, der rapporterer behandlingseffekt målt med valideret depressionsskala for patienter, der har modtaget enten guidet iKAT eller TAU (se Tabel 6). En metaanalyse af de fire studier påviser ingen systematisk forskel i effekten af de to interventioner på dette effektmål med en forskel på -0,22 (95% -0,48; 0,03) til fordel for guidet iKAT. Omregnet til forskel i BDI-point er differencen -2,30 (95%, -5,02; 0,31), hvilket ikke er en klinisk relevant forskel. Konfidensintervallet overskrider dog MKRF til fordel for guidet iKAT. Resultaterne indikerer dermed, at der ikke er forskel i effekten af de to interventioner, men siden MKRF er indfanget i konfidensintervallet, er der sandsynlighed for at guidet iKAT har bedre effekt end TAU. Fagudvalget bemærker dog, at GRADE-vurderingen på dette effektmål er meget lav (jf. Tabel 10) hvilket indebærer, at tilliden til resultatet er ringe. Den sande værdi af behandlingseffekten af de to interventioner vil derfor sandsynligvis være væsentligt anderledes, end hvad analysen indikerer, og der kan derfor ikke laves en entydig konklusion på metaanalysen.

Figur 4 – Forest plot for effektmålet behandlingseffekt – iKAT vs. KAT



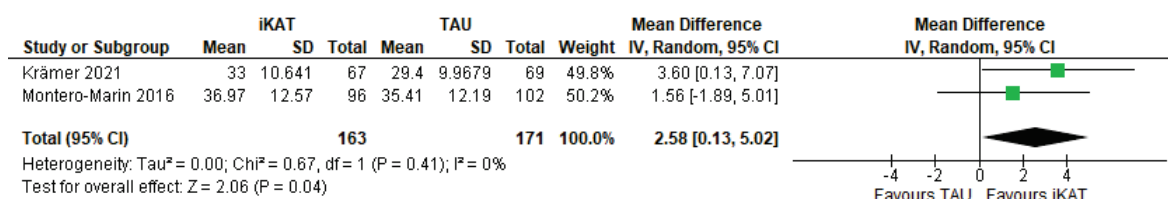
Figur 4 – Forest plot for effektmålet 'Behandlingseffekt målt ved depressionsskala' ift. Grupperne, der har modtaget hhv. guidet iKAT og KAT. Af forest plottet fremgår effektforskelle for de enkelte studier, samt det metaanalytiske estimat af effekten af interventionerne i form af en forskel i point-score på BDI-II.

Der er gennem den systematiske litteratursøgning identificeret tre studier, der rapporterer behandlingseffekt målt med valideret depressionsskala for patienter, der har modtaget enten guidet iKAT eller KAT. En metaanalyse af de tre studier påviser ingen systematisk forskel i effekten af de to interventioner på dette effektmål, der resulterede i en forskel på -0,2 (95% -0,59; 0,19) til fordel for guidet iKAT. Omregnet til forskel i BDI-point er differencen -2,27 (95% -6,69; 2,15). Resultaterne indikerer dermed, at der ikke er forskel i effekten af de to interventioner, men siden MKRF er indfanget i konfidensintervallet, er der sandsynlighed for at guidet iKAT har en klinisk relevant bedre effekt end KAT. Fagudvalget bemærker dog, at GRADE-vurderingen på dette effektmål er lav (jf. Tabel 9) hvilket indebærer, at tilliden til resultatet er begrænset. Den sande værdi af behandlingseffekten af de to interventioner kan derfor være markant anderledes end, hvad analysen indikerer, og der kan derfor ikke laves en entydig konklusion på metaanalysen.

6.2.3 Helbredsrelateret livskvalitet <Kritisk>

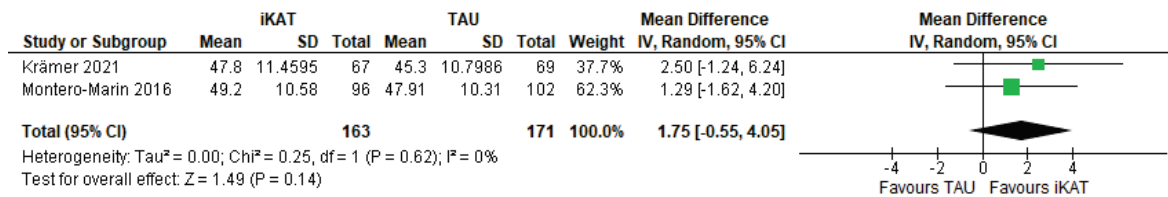
Helbredsrelateret livskvalitet er opgjort via EuroQol-5Dimensions-5Levels spørgeskema (EQ-5D-5L) samt Short Form 12 (SF-12). Der er identificeret en MKRF på EQ-5D-5L i litteraturen på 0,03 ændring i indeksscore [21]. Der er identificeret en MKRF på tre point på SF-12 physical og mental i litteraturen [25]

Figur 5 – Forest plot for effektmålet helbredsrelateret livskvalitet, opgjort med SF-12 Mental – iKAT vs. TAU



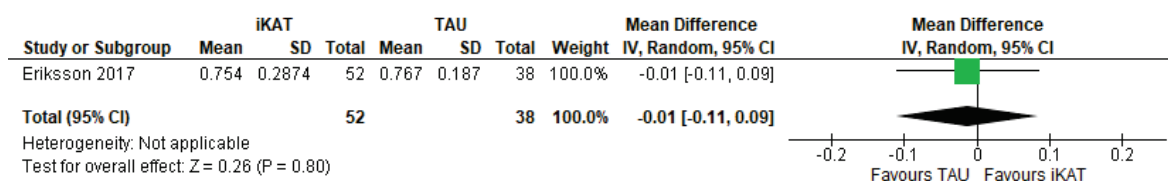
Der er gennem den systematiske litteratursøgning identificeret to studier, der rapporterer helbredsrelateret livskvalitet, som er opgjort via point-score på SF-12 (Mental) for patienter, der har modtaget enten guidet iKAT eller TAU. En metaanalyse af de to studier påviser en effektforskel på 2,58 (95% 0,13; 5,02) til fordel for guidet iKAT. Effektforskellen er ikke tilstrækkelig til at være klinisk relevant. Resultaterne indikerer dermed, at der ikke er forskel i effekten af de to interventioner, men siden MKRF er indfanget i konfidensintervallet, er der sandsynlighed for, at guidet iKAT har en klinisk relevant bedre effekt end TAU. Fagudvalget bemærker dog, at GRADE-vurderingen på dette effektmål er lav (jf. Tabel 10), hvilket indebærer, at tilliden til resultatet er begrænset. Den sande værdi af behandlingseffekten af de to interventioner kan derfor være markant anderledes end, hvad analysen indikerer, og der kan derfor ikke laves en entydig konklusion på metaanalysen.

Figur 6 — Forest plot for effektmålet helbredsrelateret livskvalitet behandlingseffekt, opgjort med SF-12 Physical – iKAT vs. TAU



Der er gennem den systematiske litteratursøgning identificeret to studier, der rapporterer helbredsrelateret livskvalitet opgjort via point-score på SF-12 (Physical) for patienter, der har modtaget enten guidet iKAT eller TAU. En metaanalyse af de to studier påviser ingen entydig effektforskel mellem de to interventioner med en forskel på 1,75 (95 % -0,55; 4,05) til fordel for guidet iKAT. Resultaterne indikerer dermed, at der ikke er forskel i effekten af de to interventioner, men siden MKRF er indfanget i konfidensintervallet, er der sandsynlighed for at guidet iKAT har en klinisk relevant bedre effekt end TAU. Fagudvalget bemærker dog, at GRADE-vurderingen på dette effektmål er lav (jf. Tabel 10), hvilket indebærer, at tilliden til resultatet er begrænset. Den sande værdi af behandlingseffekten af de to interventioner kan derfor være markant anderledes end, hvad analysen indikerer, og der kan derfor ikke laves en entydig konklusion på metaanalysen.

Figur 7 – Forest plot for effektmålet helbredsrelateret livskvalitet, opgjort med EQ-5D-5L – iKAT vs. TAU



Der er gennem den systematiske litteratursøgning identificeret ét studie, der rapporterer helbredsrelateret livskvalitet opgjort via point-score på EQ-5D-5L for patienter, der har modtaget enten guidet iKAT eller TAU. En analyse af studiet påviser ingen entydig effektforskel mellem de to interventioner, der resulterede i en forskel på -0,01 (95% -0,11; 0,09) til fordel for guidet iKAT. Resultaterne indikerer dermed, at der ikke er forskel i effekten af de to interventioner, men siden MKRF er indfanget i konfidensintervallet i begge retninger, kan en reel effektforskel ikke afvises. Fagudvalget bemærker dog, at GRADE-vurderingen på dette effektmål er meget lav (jf. Tabel 10), hvilket indebærer, at tilliden til resultatet er ringe. Den sande værdi af behandlingseffekten af de to interventioner vil derfor sandsynligvis være væsentligt anderledes end, hvad analysen indikerer, og der kan derfor ikke laves en entydig konklusion på metaanalysen.

Der blev ikke identificeret litteratur, der kunne anvendes i en metaanalyse af helbredsrelateret livskvalitet ift. sammenligningen mellem guidet iKAT og kognitiv adfærdsterapi ved uddannet behandler.

6.2.4 Funktionsniveau <Kritisk>

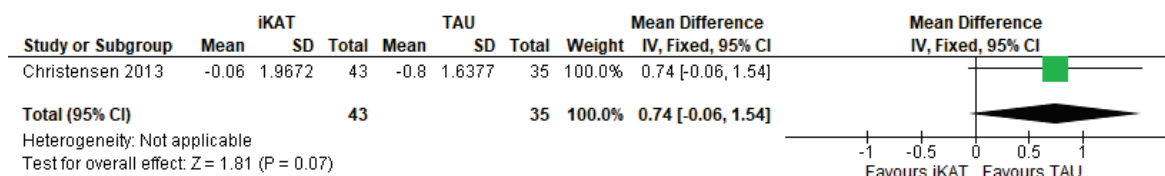
Funktionsniveau blev ønsket opgjort via *Global Assessment of Psychosocial Disability* (GAPD) eller subskalaen for funktionsevne i SF-36. Der er ikke identificeret litteratur, der kan anvendes til at afdekke dette effektmål.

6.2.5 Selvmordsadfærd <Kritisk>

Selvmoedsadfærd blev ønsket opgjort ved hjælp af subskalaerne fra BDI-II og HDRS. Fagudvalget vurderede, at en hvilken som helst statistisk signifikant ændring i dette effektmål er klinisk relevant, grundet effektmålets alvor for patienten.

Der blev ikke identificeret studier, der opgjorde selvmordsadfærd med de ønskede opfølgelsesmetoder. Der blev dog identificeret ét studie, der afdækkede risikoen for selvmordsadfærd via point-score på subskalaen vedrørende 'suicidal ideation' på spørgeskemaet 'General health Questionnaire (GHQ-28.1)' imellem patienter, der har modtaget guidet iKAT, og patienter, der har modtaget TAU.

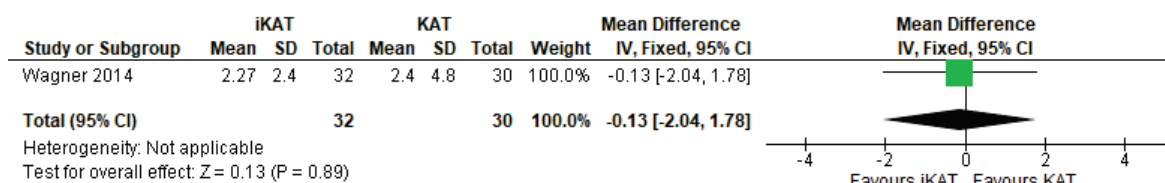
Figur 8 – Forest plot for effektmålet selvmordsadfærd, iKAT vs. TAU



En analyse af studiet påviser ingen entydig effektforskel mellem de to interventioner, med en forskel på 0,74 (95% -0,06; 1,54), til fordel for TAU. Resultaterne indikerer dermed, at der ikke er forskel i effekten af de to interventioner, men siden MKRF er indfanget i konfidensintervallet i retning af TAU kan en reel effektforskel ikke afvises. Fagudvalget bemærker dog, at GRADE-vurderingen på dette effektmål er meget lav (jf. Tabel 10) hvilket indebærer, at tilliden til resultatet er ringe. Den sande værdi af behandlingseffekten af de to interventioner vil derfor sandsynligvis være væsentligt anderledes end, hvad analysen indikerer, og der kan derfor ikke laves en entydig konklusion på metaanalysen.

Der blev identificeret ét studie, der opgjorde effektmålet selvmordsadfærd via *Beck Suicide Ideation Scale*, mellem patienter, der har modtaget guidet iKAT og patienter, der er behandlet med KAT ved uddannet behandler. Fagudvalget vurderer, at enhver statistisk signifikant forskel i dette effektmål er klinisk relevant.

Figur 9 – Forest plot for effektmålet selvmordsadfærd, iKAT vs. KAT

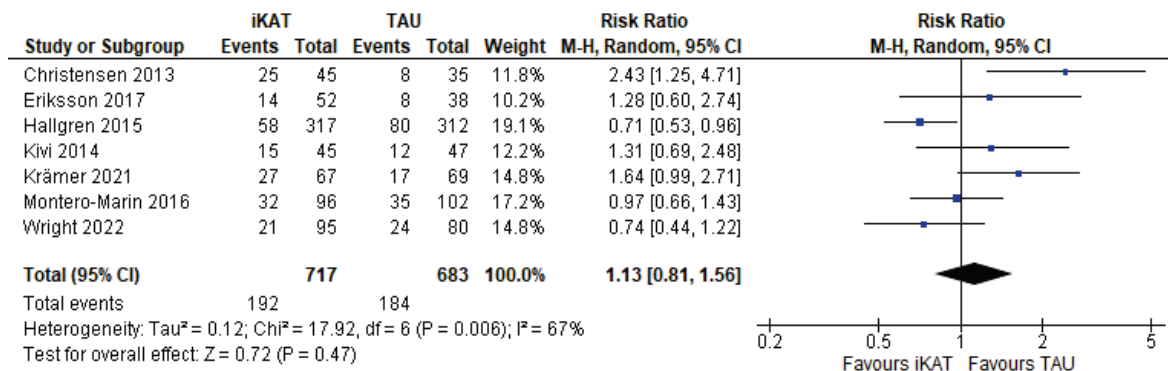


En analyse af studiet påviser ingen entydig effektforskel mellem de to interventioner med en forskel på -0,13 (95% -2,04; 1,78), til fordel for guidet iKAT. Resultatet indikerer dermed, at der ikke er forskel i effekten af de to interventioner, men siden MKRF er indfanget i konfidensintervallet i begge retninger, kan en reel effektforskel ikke afvises. Fagudvalget bemærker dog, at GRADE-vurderingen på dette effektmål er meget lav (jf. Tabel 10), hvilket indebærer, at tilliden til resultatet er ringe. Den sande værdi af behandlingseffekten af de to interventioner vil derfor sandsynligvis være væsentligt anderledes, end hvad analysen indikerer, og der kan derfor ikke laves en entydig konklusion på metaanalysen.

6.2.6 Frafald <Vigtig>

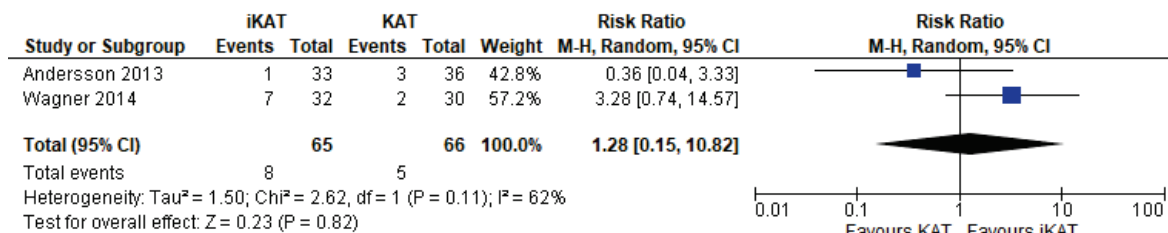
Frafald opgøres som den procentuelle andel af personer, der afbryder behandlingen præmaturot (drop-out ratio), eller gennemfører med sporadisk fremmøde, så behandlingen definatorisk ikke er modtaget. Fagudvalget vurderer, at MKRF er 20 procentpoint og opgøres ved endt behandling.

Figur 10 – Forest plot for effektmålet frafald, iKAT vs. TAU



Der er gennem den systematiske litteratursøgning identificeret seks studier, der rapporterer frafald opgjort via drop-out ratio for patienter, der har modtaget enten guidet iKAT eller TAU. En metaanalyse af de seks studier påviser ingen effektforskel mellem de to interventioner, med en forskel på 1,13 (95% 0,81; 1,56), til fordel for guidet iKAT. Den absolutte risikodifference i procentpoint er 3,31% (95% -4,85%; 14,3%). Analysen indikerer, at frafaldsraten er mellem 4,85% lavere og 14,3% højere i gruppen, der har modtaget guidet iKAT, end i gruppen, der har modtaget KAT ved uddannet behandler, og dermed ikke klinisk relevant. Fagudvalget bemærker dog, at GRADE-vurderingen på dette effektmål er meget lav (jf. Tabel 10), hvilket indebærer, at tilliden til resultatet er ringe. Den sande værdi af frafaldsraten ved de to interventioner vil derfor sandsynligvis være væsentligt anderledes, end hvad analysen indikerer, og der kan derfor ikke laves en entydig konklusion på metaanalysen.

Figur 11 – Forest plot for effektmålet frafald, iKAT vs. KAT



Der er gennem den systematiske litteratursøgning identificeret tre studier, der rapporterer frafald opgjort via drop-out for patienter, der har modtaget enten guidet iKAT eller KAT. En metaanalyse af de tre studier påviser ingen effektforskel mellem de to interventioner, med en forskel på 1,28 (95% 0,15; 10,82) til fordel for KAT. Den absolutte risikodifference i procentpoint er 2,1% (95% -6,38%; 73,65%). Guidet iKAT-gruppen har dermed mellem 6,38% lavere og 73,65% højere frafaldsrater end gruppen, der har modtaget KAT ved uddannet behandler. Resultatet indikerer dermed, at der ikke er forskel i effekten af de to interventioner, men siden MKRF er indfanget i konfidensintervallet i retning af guidet iKAT, kan det ikke afvises, at det reelt er højere frafaldsrater ved behandling med guidet iKAT. Fagudvalget bemærker dog, at GRADE-vurderingen på dette effektmål er lav (jf. Tabel 10), hvilket indebærer, at tilliden til resultatet er begrænset. Den sande værdi af behandlingseffekten af de to interventioner kan derfor være markant anderledes, end hvad analysen indikerer, og der kan derfor ikke laves en entydig konklusion på metaanalysen.

6.2.7 Evidensens kvalitet

Med henblik på at vurdere tilliden til resultaterne præsenteret i afsnit 6.2, sammenholder fagudvalget resultaterne med evidensens kvalitet. Vurderingen af risikoen for bias i de inkluderede studier er gjort op ved hjælp af tjeklister, der er tilpasset de konkrete studiedesign. Der er anvendt *Cochranes Risk of Bias tool* (version 2) til de 9 RCT-studier. Ydermere er evidensens kvalitet for hvert effektmål på tværs af primærstudierne vurderet vha. *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE). I *Behandlingsrådets metodehåndbog for større analyser* er der henvisninger til nærmere beskrivelser af tjeklisterne samt GRADE.

6.2.7.1 Vurdering af risikoen for bias i RCT-studier

Vurderingen af RCT-studierne ud fra *Cochranes Risk of Bias tool* (version 2) er foretaget på baggrund af domænerne 'bias grundet randomiseringsprocessen', 'afvigelse fra interventioner', 'manglende data om effektmål', 'målingen af effektmål' og 'afrapporteringen'. Svarkategorierne for den samlede vurdering af risikoen for bias på tværs af domænerne er henholdsvis 'Lav risiko for bias', 'Nogle bekymringer' og 'Høj risiko for bias'. Fagudvalget har vurderet studierne som havende mellem lav og høj risiko for bias (se Tabel 8). De høje biasvurderinger skyldes særligt manglende data om effektmål, da der er en stor uforklaret drop-out i studierne, der potentielt påvirker resultaterne.

Tabel 8 – Oversigt over *Cochranes Risk of Bias tool* (version 2)-vurderinger.

Reference	Bias grundet randomisering	Bias grundet afvigelser fra interventioner	Bias grundet manglende data om effektmål	Bias i målingen af effektmål	Bias i afrapporteringen	Samlet vurdering
Andersson, 2013, Sverige	Lav	Lav	Lav	Nogle bekymringer	Lav	Nogle bekymringer
Christensen, 2013, Australien	Lav	Lav	Lav	Lav	Lav	Lav
Eriksson, 2017, Sverige	Lav	Lav	Høj	Nogle bekymringer	Lav	Høj
Hallgren, 2015, Sverige	Lav	Lav	Lav	Nogle bekymringer	Lav	Nogle bekymringer
Kivi, 2014, Sverige	Lav	Lav	Nogle bekymringer	Nogle bekymringer	Lav	Nogle bekymringer
Krämer, 2021, Tyskland	Lav	Lav	Lav	Nogle bekymringer	Lav	Nogle bekymringer
Montero-Marín, 2016, Spanien	Lav	Lav	Lav	Lav	Lav	Lav
Wagner, 2014, Schweiz	Lav	Lav	Høj	Lav	Lav	Høj

Wright, 2022, USA	Lav	Lav	Lav	Lav	Lav	Lav
----------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

6.2.7.2 Vurdering af tilliden til evidensens kvalitet med GRADE

For at vurdere evidensens kvalitet for hvert effektmål på tværs af primærstudierne, er redskabet *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) anvendt. GRADE-vurderingen giver indblik i tilliden til resultaterne for hvert effektmål på tværs af primærstudierne, hvor svarkategorierne for den samlede vurdering på tværs af domænerne 'risiko for bias', 'inkonsistens', 'indirekte evidens', 'unøjagtighed', 'publikationsbias', er henholdsvis 'Høj', 'Moderat', 'Lav' og 'Meget lav'. GRADE-vurderingen er lavet i henhold til Behandlingsrådets metodevejledning for større analyser, og er præsenteres i Tabel 9.

Jævnfør GRADE betyder vurderingen:

- 'Meget lav', at den sande effekt sandsynligvis er væsentlig anderledes en effektestimatet.
- 'Lav', at den sande effekt muligvis er markant forskellig fra effektestimatet.
- 'Moderat', at den sande effekt formentligt er tæt på effektestimatet.
- 'Høj', at den sande effekt er tilsvarende effektestimatet.

Tabel 9 – GRADE-evidensprofil guidet iKAT vs. KAT.

Kvalitetsvurdering – guidet iKAT vs. KAT							Antal patienter og events		Effekt		Tillid
Effektmål (vigtighed)	Studiedesign (antal studier)	Risiko for bias	Inkonsistens	Indirekte evidens	Unøjagtighed	Publikationsbias	Intervention	Komparator	Relativ (95%CI)	Absolut (95%CI)	
Remissionsrate - Klinisk bedømt eller scoringsbedømt (Kritisk)	Randomiseret kontrolleret studie (1)	Meget alvorlig ⁶	Alvorlig ⁷	Ikke alvorlig	Alvorlig ⁸	Ingen	32	30	1,06 (95% 0,66; 1,72)	3,12% (95% - 21,8%; 28%)	⊕○○○ Meget lav
Behandlingseffekt målt ved depressionsskala (Kritisk)	Randomiseret kontrolleret studie (2)	Alvorlig ⁹	Ikke alvorlig	Ikke alvorlig	Alvorlig ⁸	Ingen	65	66	-0,2 (95% - 0,59; 0,19)	-2,27 (95% - 6,69; 2,16)	⊕⊕○○ Lav
Selvmondsad-færd (Kritisk)	Randomiseret kontrolleret studie (1)	Meget alvorlig ⁶	Alvorlig ⁷	Ikke alvorlig	Alvorlig ⁸	Ingen	32	30		-0,13 (95% - 2,04; 1,78)	⊕○○○ Meget lav
Frafald (Vigtig)	Randomiseret kontrolleret studie (2)	Alvorlig ⁹	Ikke alvorlig	Ikke alvorlig	Alvorlig ⁸	Ingen	65	66	1,28 (95% 0,15; 10,82)	2,1% (95% - 6,38%; 73,65%)	⊕⊕○○ Lav

⁶ Serøs risiko for bias, vurderet med RoB2-værktøjet.

⁷ Baseret på ét studie.

⁸ Konfidensintervallet indeholder MKRF i den ene retning.

⁹ Moderat risiko for bias på tværs af de studierne, vurderet med RoB2-værktøjet.

Tabel 10 – GRADE-evidensprofil guidet iKAT vs. TAU

Kvalitetsvurdering – guidet iKAT vs. TAU							Antal patienter og events		Effekt		Tillid
Effektmål (vigtighed)	Studiedesign (antal studier)	Risiko for bias	Inkonsistens	Indirekte evidens	Unøjagtighed	Publikationsbias	Intervention	Komparator	Relativ (95%CI)	Absolut (95%CI)	
Remissionsrate - Klinisk bedømt eller scoringsbedømt (Kritisk)	Randomiseret kontrolleret studie (2)	Ikke alvorlig	Ikke alvorlig	Alvorlig ¹⁰	Alvorlig ⁸	Ingen	143	141	2,75 (95% 1,06; 7,13)	12,37% (95%, - 0,42%; 43,34%)	⊕⊕○○ Lav
Behandlingseffekt målt ved depressionsskala (Kritisk)	Randomiseret kontrolleret studie (5)	Alvorlig ⁹	Ikke alvorlig	Alvorlig ¹⁰	Alvorlig ⁸	Ingen	611	591	-0,26 (95% - 0,73; - 0,08)	-2,72 (95% - 4,5; - 0,84)	⊕○○○ Meget lav
Helbredsrelateret livskvalitet (SF-12 Mental) (Kritisk)	Randomiseret kontrolleret studie (2)	Ikke alvorlig	Ikke alvorlig	Alvorlig ¹⁰	Alvorlig ⁸	Ingen	163	171		2,58 (95% 0,13; 5,02)	⊕⊕○○ Lav
Helbredsrelateret livskvalitet (SF-12 Physical) (Kritisk)	Randomiseret kontrolleret studie (2)	Ikke alvorlig	Ikke alvorlig	Alvorlig ¹⁰	Alvorlig ⁸	Ingen	163	171		1,75 (95% - 0,55; 4,05)	⊕⊕○○ Lav

¹⁰ Kontrolarmene i studierne er ikke identiske med den udvalgte komparator.

Helbredsrelateret livskvalitet (EQ-5D-5L) (Kritisk)	Randomiseret kontrolleret studie (1)	Meget alvorlig ⁶	Alvorlig ⁷	Alvorlig ¹⁰	Meget alvorlig ¹¹	Ingen	52	38		-0,01 (95% - 0,11; 0,09)	⊕○○○ Meget lav
Selvmondsadfærd (Kritisk)	Randomiseret kontrolleret studie (1)	Ikke alvorlig	Alvorlig ⁷	Alvorlig ¹⁰	Alvorlig ⁸	Ingen	43	35		0,74 (95% - 0,06; 1,54)	⊕○○○ Meget lav
Frafald (Vigtig)	Randomiseret kontrolleret studie (7)	Alvorlig ⁹	Alvorlig ¹²	Alvorlig ¹⁰	Alvorlig ⁸	Ingen	717	683	1,13 (95% 0,81; 1,56)	3,32% (95% - 4,85%; 14,3%)	⊕○○○ Meget lav

¹¹ Konfidensintervallet indeholder MKRF i begge retninger.

¹² Der er modsatrettede fund i metanalysen og uforklaret heterogenitet i estimatet.

Generelt er der i samtlige GRADE-vurderinger af studierne, der sammenligner guidet iKAT vs. samtaleterapi ved egen læge, nedgraderet for indirekte evidens, da den internationale litteratur ikke matchede behandlingstilbuddet, der var defineret for komparatoren. Det skyldes, at behandlingstilbuddet med systematisk terapi tilbudt af den praktiserende læge er relativt unikt for Danmark. Der er i både analysen vedrørende guidet iKAT vs. samtaleterapi ved egen læge og guidet iKAT vs. KAT ved uddannet behandler hyppigt nedgraderet for unøjagtighed. Dette skyldes, at studierne har høj spredning i deres effektestimater, således at konfidensintervallet indeholder MKRF i den ene retning (alvorlig) eller i begge retninger (meget alvorlig).

Den samlede vurdering af evidensen baseres typisk på det dårligst vurderede effektmål, hvorfor den samlede tiltro til evidensen er meget lav.

6.3 Samlet vurdering

Perspektivet Klinisk effekt og sikkerhed har til formål at undersøge, hvorvidt der er forskelle i kliniske effekt- og sikkerhedsmål mellem guidet iKAT og de udvalgte komparatorer til behandling af depression i Danmark. Det ligger i udvalgets opdrag, at der ikke medtages studier, der anvender andre komparatorer end aktuelt anvendte behandlinger til samme patientgruppe i Danmark. Komparatorerne dækker i nærværende analyse over samtaleterapi ved egen læge og KAT.

Der er i alt identificeret ni studier med relevans for analysen af Klinisk effekt og sikkerhed. Der blev ikke identificeret studier, der sammenligner guidet iKAT med samtaleterapi ved egen læge, som er det specifikke behandlingstilbud, der eksisterer i Danmark. Derfor blev denne komparator udvidet til at inkludere studier, hvori det beskrives, at kontrolgruppen har modtaget vanlig behandling, eller TAU, når det indebærer et behandlingsforløb ved praktiserende læge, strækkende fra egentlig samtaleterapi til observation uden konkret intervention.

I sammenligningen af guidet iKAT og samtaleterapi ved egen læge viste metaanalyserne ingen systematisk forskel i effekten af de to interventioner. Evidenskvaliteten jf. GRADE-vurderingen af de respektive effektmål lå mellem lav og meget lav, hvilket betyder, at der er begrænset til ringe tiltro til evidensen.

For sammenligningen mellem guidet iKAT og KAT ved uddannet behandler viste metaanalyserne ingen systematisk forskel i effekten på de to interventioner på nogen af effektmålene. GRADE-vurderingen lå ved disse effektmål også mellem lav og meget lav, hvilket betyder, at der ligeledes er begrænset til ringe tiltro hertil.

Grundet det sparsomme evidensgrundlag og den lave evidenskvalitet vurderer fagudvalget, at tilliden til fundene er begrænset til ringe, og at det dermed ikke er muligt at give en entydig vurdering af eventuelle effektforskelle mellem disse interventioner. Fagudvalget vurderer i denne henseende, at der generelt mangler solide RCT-studier, der sammenligner guidet iKAT med samtaleterapi ved egen læge og KAT ved uddannet behandler.

7 Patientperspektivet

I dette afsnit præsenteres resultaterne vedrørende Patientperspektivet for guidet iKAT af voksne med let eller moderat depression. Fagudvalget har opstillet nedenstående undersøgelsesspørgsmål til at belyse perspektivet.

Undersøgelsesspørgsmål 2	Hvilke centrale barrierer eksisterer ved behandlingstilbuddet, der kan afholde personer fra at påbegynde behandlingen?
Undersøgelsesspørgsmål 3	Hvilke aspekter ved guidet iKAT bidrager til, at deltagere gennemfører behandlingsforløbet?
Undersøgelsesspørgsmål 4	Hvad er konsekvenserne for oplevelsen af, at guidet iKAT udelukkende har virtuel kontakt med behandlere?

Undersøgelsesspørgsmålene har til henblik at belyse patienters perspektiv på faktorer, der bidrager til, at patienterne starter og gennemfører behandlingen.

Besvarelsen af de tre undersøgelsesspørgsmål tager udgangspunkt i den videnskabelige litteratur identificeret ud fra en fokuseret litteratursøgning.

I de næste afsnit fremgår datagrundlag og analyse for belysningen af Patientperspektivet, resultaterne for hvert undersøgelsesspørgsmål, samt en vurdering af evidenskvaliteten. Til sidst præsenterer fagudvalget en samlet vurdering af Patientperspektivet for guidet iKAT til behandling af voksne med let eller moderat depression.

7.1 Datagrundlag og analyse

Datagrundlaget for Patientperspektivet udgøres af publiceret litteratur på området.

7.1.1 Litteratursøgning

Der er identificeret en HTA-rapport fra Ontario, *Internet-Delivered Cognitive Behavioural Therapy for Major Depression and Anxiety Disorders: A Health Technology Assessment* [16], der kan anvendes til at belyse dele af Patientperspektivet. HTA-rapporten er præsenteret i afsnit 5.1. Da HTA-rapporten ikke belyser alle aspekter vedrørende Patientperspektivet, er der foretaget en fokuseret litteratursøgning med henblik på at identificere systematiske reviews samt primærlitteratur. Den fokuserede søgning er foretaget ved at først screene litteratur på baggrund af søgestrengene udformet af Behandlingsrådets søgespecialist (Undersøgelsesspørgsmål 2 & 3 – Bilag 6, og Undersøgelsesspørgsmål 4 – Bilag 7) og efterfølgende foretage en snowball-søgning på baggrund af de inkluderede studier. Litteratursøgningerne er udført af Behandlingsrådets sekretariat via PubMed, Embase, Cochrane Library, PsycINFO, og Google Scholar. Litteratursøgningerne er begrænset til sprogene; dansk, engelsk, norsk og svensk.

Litteraturudvælgelsen af reviews og primærstudier er udført af et sekretariatsmedlem vha. sekretariatsmedlemmer vha. *Covidence systematic review software* (*Veritas Health Innovation*, Melbourne, Australia, www.covidence.org). Et sekretariatsmedlem har gennemgået studierne på titel/abstract-niveau og efterfølgende på fuldttekstniveau. Litteraturudvælgelsen baserer sig på opstillede inklusions- og eksklusionskriterier, som fremgår af Tabel 11.

Tabel 11 – In- og eksklusionskriterier for den systematiske litteraturscreening for Patientperspektivet.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
guidet iKAT til behandling af depression	Pre/post-natal depression
Voksne 18+	Børn / unge
Terapeutisk alliance	Komorbide somatiske lidelser
Arbejdsalliance	Selvmodstruede patienter
	Stepped-care

7.1.1.1 Inkluderede studier

Af de fokuserede litteratursøgninger er i alt identificeret 29 studier med relevans for Patientperspektivet. Af Tabel 12 fremgår væsentlige studiekarakteristika for de inkluderede studier. Data og fund i de inkluderede studier ekstraheret af en medarbejder i Behandlingsrådets sekretariat.

7.1.1.2 Databehandling og analyse

De inkluderede studier er analyseret gennem tematisk syntetisering, hvor kvalitative og kvantitative data er analyseret og grupperet under en række temaer, identificeret i eller på tværs af de enkelte studier. På baggrund af tematiseringen er der identificeret en række overordnede tematikker.

Tabel 12 – Studiekarakteristika

Forfatter, år, land (reference)	Studiedesign	Deltagere	Formål
HTA-rapport, 2019, Ontario Canada [16]	HTA-rapport indeholdende et kvalitativt studie.	Deltagere med erfaringer og oplevelser med iKAT eller anden type behandling.	Undersøger deltager- nes præferencer og oplevelser med iKAT.
Titzler et al., 2018 [26]	Kvalitativt studie.	Terapeuter, der har arbejdet med iKAT til de- pressionsbehandling.	Undersøge terapeu- ters perspektiv på barrierer og facilitato- rer for, at patienter gennemfører et be- handlingsforløb med iKAT.
Schmidt et al., 2013 [27]	Retrospektivt observationelt studie	Patienter med depression, der har været inklu- deret i to tidligere kvantitative studier.	Undersøge prædikto- rer, for hvem der er tilbøjelig til at droppe ud af iKAT-behand- ling.
Karyotaki et al., 2021 [28]	Systematisk review	Patienter med depression, der har modtaget iKAT eller en kontrolintervention.	Identificere patient- specifikke data til at prædikere effekten af iKAT.
Pedersen et al., 2020 [2]	Evalueringsrapport	Patienter med depression, der er påbegyndt behandling med iKAT ved internetpsyki- atrien.dk	At tilvejebringe viden om effekt af og mål- gruppe for internetba- seret psykolog- be- handling af depres- sion.
Knowles et al., 2014 [29]	Kvalitativ metasyntese	Patienter med depression, der har modtaget behandling med iKAT.	Undersøge hvem der er i særlig risiko for at droppe ud af behand- ling med iKAT.

Knowles et al., 2015 [30]	Kvalitativt studie	Patienter med depression, der har modtaget iKAT.	Undersøge patientoplevelser af personer, der har modtaget iKAT til behandling af depression.
Bur et al., 2022 [31]	Retrospektiv dataanalyse	Patienter med mild til moderat depression, der har modtaget enten guidet eller uguidet iKAT.	Undersøge patienters adhærens og deres oplevelse af den terapeutiske alliance efter et behandlingsforløb med guider eller uguidet iKAT.
Donker et al., 2013 [32]	RCT	Patienter, der har kontaktet den australske hotline for selvmordshjælp, der takkede ja til et forløb med iKAT.	Undersøge effekten af iKAT på patienters selvmordstanker.
Fuhr et al., 2018 [33]	RCT	Patienter med mild til moderat depression.	Undersøge sammenhængen mellem adhærens til iKAT behandling og effekten heraf.
Gonzales et al., 2022 [34]	Retrospektivt kohordestudie	Patienter, der har modtaget enten KAT eller iKAT.	Undersøge prädiktorer for tidlig drop-out i iKAT behandling.
Karyotaki et al., 2015 [35]	Metaanalyse	Patienter der har modtaget uguidet iKAT til behandling af depression.	Undersøge prädiktorer for tidlig drop-out på baggrund af individuelle patientdata
Catarino et al., 2018 [36]	Retrospektivt kohordestudie	Patienter, der har gennemført iKAT til behandling af depression.	Undersøge demografiske og kliniske prädiktorer for responsen til iKAT.

Lillevoll et al., 2013 [37]	Kvalitativt studie	Patienter der har modtaget iKAT til behandling af depression.	Undersøge patienters oplevelser af iKAT.
Wilhelmsen et al., 2013 [38]	Kvalitativt studie	Patienter der har modtaget iKAT til behandling af depression.	Undersøge patienters motivation under iKAT.
Rasmussen et al., 2016 [6]	Analyserapport	Patienter, der har modtaget iKAT behandling af depression ved det danske tilbud Internetpsykiatrien.dk	Demonstrationsprojekt for effekten af iKAT til behandling af depression.
Du et al., 2021 [39]	Kvalitativt studie	Patienter der har modtaget iKAT til behandling af angst eller depression	Udforske patienters oplevelse og accept af
Preschl et al., 2011 [40]	RCT	Modtog guidet iKAT eller KAT	Undersøger hvorvidt den terapeutiske alliance mellem modtagere af iKAT og KAT er sammenlignelige.
Hadjistavropoulos et al., 2017, Canada [41]	Kvantitativ - Spørgeskema	Modtog guidet iKAT bestående af 12 moduler.	At undersøge den terapeutiske alliance ved iKAT. Ved brug af TAQ efter 6 og 12 moduler.
Zagorscak et al., 2020, Tyskland [42]	RCT	Deltagere blev randomiseret til enten at modtage individuel feedback med ugentlig skriftlig feedback eller standard skriftlig feedback	Undersøger og sammenligne prædiktorer for ændring i IBI for depression med varierende niveauer af skriftlig vejledning (individualiseret vs. standardiseret feedback).

Bendelin et al., 2011, [43]	Kvalitativ	Var randomiseret til at modtage to typer iKAT enten selvhjælp med minimal terapeut kontakt eller individuel feedback per e-mail. Kontrol var venteliste.	Undersøger deltagerens syn på internettet administreret guidet selvhjælpsbehandling mod depression.
Hadjistavropoulos et al., 2017, Canada [44]	Spørgeskema	Deltageren fik enten fast kontakt eller frivillig kontakt.	Undersøger påvirkningen og tilstedeværelse af negative effekter undervejs i forløbet.
Lindner et al., 2014 [45]	RCT Pilot	guided iCBT program with therapist guidance either by telephone calls (n = 19) or e-mail	Undersøger hvorvidt støtte over telefon er bedre end støtte over e-mail.
Andersson et al., 2012 [46]	Kvantitativ – Spørgeskema	Modtog enten individuelle e-mail eller guidet selvhjælp	Undersøger den terapeutiske alliance via WAI spørgeskema.
Svartvatten [47]	Kvalitativ indholdsanalyse	Modtagere af iKAT	Undersøge om skriftlig kontakt mellem deltager og terapeut har sammenhæng med behandlingseffekt.
Fenski et al., 2021 Tyskland [48]	Kvalitativ indholdsanalyse med spørgeskema	Deltagere med mild til moderat depression der modtog iKAT og randomiseret til enten at modtage individuel feedback eller standard generisk feedback	At undersøge om og hvordan deltagerne oplevede selv-rapporteret negative effekter og hvordan disse effekter kunne påvirke effekten af behandlingen.

Richard et al., [46]	Systematisk review	Patienter med depression	At undersøge litteraturen omhandlende computerbaserede psykologiske behandlinger for depression herunder undersøge variable, der kan påvirke resultaterne.
Rozental et al.,[47]	Kvalitativ indholdsanalyse	Patienter med angst	undersøgte patienters rapporterede negative oplevelser ved iKAT. Kvalitativ indholdsanalyse blev brugt til at udforske patienternes svar på åbne spørgsmål vedrørende deres negative oplevelser.
Parker et al., 2012 Australien [48]	Udvikling og validering af spørgeskema	Patienter med angst, posttraumatisk stresslidelse, depression, bipolar lidelse, misbrug/afhængighed, spiseforstyrrelse	Udvikle et spørgeskema til evaluering af psykoterapi

7.2 Resultater for undersøgelsesspørgsmål 1 – Centrale barrierer

Undersøgelsesspørgsmål har til formål at belyse de centrale barrierer, der kan forårsage, at patienter afholder sig fra at påbegynde guidet iKAT.

Undersøgelsesspørgsmål 2

Hvilke centrale barrierer eksisterer ved behandlingstilbuddet, der kan afholde personer fra at påbegynde behandlingen?

Besvarelsen er baseret på publiceret litteratur på området.

I litteraturen er der identificeret seks overordnede temaer, der vurderes til særligt at kunne afholde personer fra at påbegynde behandling med guidet iKAT. Disse er *Programmets rigiditet*, *Tekniske vanskeligheder*, *Forståelse af information og indhold*, *Manglende personlig kontakt*, *Patienternes økonomiske omkostninger* og sidst *Krav til IT-færdigheder*.

7.2.1 Programmets rigiditet

I den kvalitative undersøgelse foretaget i forbindelse med HTA-rapporten fra Ontario [16] blev det identificeret, at en af de primære barrierer, der potentielt afholder personer fra at påbegynde iKAT, er programmets stivhed eller manglen på tilpasningsevne. Internetbaseret kognitiv adfærdsterapi er ofte struktureret efter et fastlagt kursus, der følger en forudbestemt rækkefølge af aktiviteter og moduler. Dette kan begrænse terapiens evne til at imødekomme individuelle behov og problemstillinger, da deltagerne må følge et fastlagt forløb, der ikke altid tager højde for deres unikke udfordringer og fremskridt. Som en deltager udtrykte det, kan dette få iKAT til at føles som at følge "regimet for computerprogrammet." [16]. Ydermere er det ikke muligt for patienter eller behandlere at vælge en anden terapiform end kognitiv adfærdsterapi, f.eks. en mere psykodynamisk tilgang, der også er internationalt anvendt som internetbaseret terapi [49,50]. Denne mangel på fleksibilitet kan føre til frustration og muligvis afholde nogle fra at engagere sig i behandlingen.

Titzler et al. (2018) underbygger fundet fra Ontario og beskriver, at de relativt stramme rammer, i form af antallet af sessioner, den prædefinerede ratio mellem opgaver og kontakter samt det manualiserede indhold af iKAT, virker som en barriere for nogle patienter [26]. Dette eksemplificeres med et citat fra én af behandlerne i deres undersøgelse:

"Another partly difficult thing was that the modules were generalized. It was hardly possible to give a module about activity to one patient and a module about ,saying no to another one. However it was already obvious that the, one size fits all approach is not working everywhere."

Respondent i Ontario's kvalitative undersøgelse

[26]

Fagudvalget pointerer, at den nuværende danske model, Internetpsykiatrien.dk, har mulighed for at tilpasse mængden af digitale møder med behandleren, og at der ikke er begrænsninger for, hvor hyppigt patienterne kan kontakte klinikken. Hvis dette formidles til patienterne i de indledende dialogmøder, før terapien igangsættes, vil det være befordrende for at overkomme denne barriere.

7.2.2 Tekniske vanskeligheder

En anden udfordring, der kan afholde personer fra at påbegynde iKAT, er tekniske vanskeligheder. Selvom iKAT tilbyder fleksibilitet og bekvemmelighed ved at kunne udføres online, kan deltagerne stå over for tekniske problemer, der kan forstyrre deres engagement i terapien [16]. Disse tekniske vanskeligheder kan omfatte problemer med at få adgang til platformen, fejl i systemet eller vanskeligheder med at navigere i de tekniske aspekter af iKAT-programmet. Sådanne hindringer kan resultere i frustration, tab af motivation og en øget risiko for at opgive terapien, før den endda er påbegyndt. De tekniske vanskeligheder kan både stamme fra software problemer i behandlingsprogrammet, men kan også forårsages af, at patienten ikke har tilstrækkeligt udstyr til at kunne anvende programmet. En respondent fra den kvalitative undersøgelse i HTA-rapporten fra Ontario beskriver netop denne udfordring [16].

" There may be technology challenges because...all I have is a little phone to use the internet with, and my phone is so basic...[that] I can't even load any kind of an app or anything on it because there's no room. The operating system takes up the whole phone, so it makes it really difficult for me to try and do things online."

Respondent i Ontario's kvalitative undersøgelse

Barrieren ved tekniske vanskeligheder underbygges af både Titzler et al. (2017)[26] og Schmidt et al. (2013) [27], der beskriver tekniske vanskeligheder som konkret årsag til, at patienter fravælger internetbaseret terapi, eller som risikofaktor for sidenhen at droppe ud af behandlingen. Hvis udstyr ikke bliver tilbudt patienten som del af behandlingsforløbet, er det derfor nødvendigt under udredningen/henvisningsprocessen at vurdere, hvorvidt patientens tilgængelige teknologiske udstyr er tilstrækkeligt for at kunne interagere med behandlingen.

7.2.3 Forståelse af information og indhold

Forståelsen af kompleks terapeutisk information og indhold, uden direkte support af en behandler, kan udgøre en væsentlig barriere for nogle patienter. Patienter med kognitive udfordringer eller dem, der har svært ved at absorbere langvarige eller tekniske materialer, kan finde det vanskeligt at drage fuld nytte af iKAT. Terapeutisk indhold præsenteret i skriftlig form eller online moduler kan være overvældende eller uklart for nogle, hvilket resulterer i manglende forståelse og frustration [16]. Dette kan i sidste ende afskrække patienter fra at påbegynde behandlingstilbuddet. Betydningen af dette perspektiv understreges ved, at det ses, at størstedelen af patienter, der gennemfører behandling med iKAT, er teknologikyndige og veluddannede, både internationalt [16,27,28] og i den danske kontekst ved Internetpsykiatrien.dk [2]. Fagudvalget pointerer derfor, at det er vigtigt, at behandlingstilbuddet indbefatter støtte til dem, der særligt har behov for hjælp til at gennemføre opgaverne forbundet med iKAT. Samtidig vil det være hensigtsmæssigt, hvis det formidles, at denne type støtte er mulig, for at undgå at dette tema er en barriere for, at personer tilvælger iKAT.

7.2.4 Patienternes økonomiske omkostninger

Selvom internetbaseret terapi i sig selv er gratis, er det vigtigt at bemærke, at der stadig kan være udgifter forbundet med at deltage i behandlingstilbuddet. For mange potentielle deltagere kan de øgede økonomiske omkostninger udgøre en betydelig hindring. Respondenter fra den kvalitative undersøgelse i HTA-rapporten fra Ontario beskrev, at omkostningerne ved at have pålidelig internetadgang og tilstrækkelig teknologi kunne være en økonomisk byrde, især for dem med begrænsede økonomiske midler, langtidssygemeldte eller studerende. I et interview forklarede en respondent, at da han var sygemeldt:

" I could hardly afford a flip phone, let alone a computer."

Disse økonomiske barrierer kan forhindre potentielle deltagere i at tage det første skridt mod bedring.

Fagudvalget vurderer, at de øgede patientholdte økonomiske omkostninger må ansues som et begrænset problem i den danske kontekst; dels grundet den økonomiske støtte, som udsatte får i Danmark, og dels da konventionel psykoterapeutisk behandling eller samtaleterapi ved egen læge også er forbundet med omkostninger, selvom behandlingen tilbydes gratis. Eksempelvis fremhæves transport-og/eller parkeringsomkostninger som værende potentielle barrierer for at modtage konventionel KAT behandling.

7.2.5 Krav til IT-færdigheder

En sidste afgørende barriere er krav til IT-færdigheder. For personer uden de nødvendige færdigheder til at betjene IT og navigere på internettet, kan iKAT være utilgængeligt. Mange ældre eller de, der ikke er vant til at bruge teknologi, kan føle sig usikre ved at bruge en online platform til terapi. Dette begrænser i høj grad deres mulighed for at drage fordel af iKAT som en behandlingsmulighed, og afholder dem fra at deltage i behandlingstilbuddet. Denne barriere eksemplificeres tydeligt ved de to citater, der inddrages i HTA-rapporten fra Ontario [16]:

"I know there [are] a lot of folks out there [who] don't have the computer knowledge to do any online courses. I think that would overwhelm my partner because he's not very computer savvy."

Respondent i Ontario's kvalitative undersøgelse

"Many have had a different past than I have. If they started very young before this whole internet age, they may not have the skill or ability to navigate a computer; they may not even own a computer."

Respondent i Ontario's kvalitative undersøgelse

Fagudvalget pointerer dog, at deres oplevelse er, at befolkningen i Danmark generelt har rimelige IT-færdigheder, og at denne barriere derfor ikke bør være af stor bekymring i den danske kontekst, men at implementering af digitale løsninger altid vil indebære risiko for at skabe ulighed i patientpopulationen.

Generelt er det af fagudvalgets vurdering, at man ved at adressere og afhjælpe disse barrierer kan gøre iKAT mere tilgængeligt og attraktivt for en bredere vifte af mennesker, der søger behandling for depression.

7.2.6 Guidet iKAT som værktøj til at overkomme barrierer for at opsøge terapi

Til trods for undersøgelsesspørgsmålets fokus på at afdække hvilke barrierer, der kan afholde patienter fra at påbegynde et behandlingsforløb med guidet iKAT, ønsker fagudvalget også at fremhæve, hvordan muligheden for at tilgå terapien online for nogle kan bidrage til at overkomme en barriere for at opsøge terapi. Det fremgår i HTA-rapporten fra Ontario, at tilbuddet af guidet iKAT både muliggør behandling for dem, der ikke kan tilgå konventionel terapi grundet praktiske eller økonomiske omstændigheder, men også for dem, der har psykologiske barrierer for konventionel terapi. Så guidet iKAT appellerer til de patienter, der har behov for den praktiske fleksibilitet ved terapiformen, men også til de personer, der føler, at konventionel terapi er for intenst og konfrontativt [16]. Internetbaseret terapi kan for disse patienter tilbyde en vis grad af anonymitet, der gør det lettere at åbne sig

og dele tanker og følelser uden frygt for sociale konsekvenser. I det digitale format kan der således skabes en mere afslappet og tryk terapi, hvor terapeuten og klienten kan arbejde sammen på at løse problemer uden patientens potentielle ængstelse ved terapeuten fysisk tilstedeværelse [16,29].

7.2.7 Opsummering for undersøgelsesspørgsmål 2

Undersøgelsesspørgsmål 2 præsenterede de primære tematikker, der kan forårsage, at personer afholder sig fra at tilvælge eller påbegynde et behandlingsforløb med guidet iKAT.

Tematikkerne er afdækket via en fokuseret søgning på kvalitative studier, der undersøger internet-baseret terapi til behandling af depression. Af den fokuserede søgning blev der identificeret ni studier til besvarelse af undersøgelsesspørgsmålet.

Seks tematikker var gennemgående i litteraturen. *Programmets rigiditet* indebærer, at nogle patienter afholder sig fra guidet iKAT, da de frygter, at de prædefinerede rammer ved guidet iKAT er for rigide til at kunne rumme dem, fx i antallet af sessioner eller mængden af terapeutkontakt. *Tekniske vanskeligheder* er en barriere for de patienter, der oplever udfordringer med softwaren, og finder det demotiverende, når teknikken bremser behandlingen. *Forståelse af information og indhold* var af stor betydning, da mængden af information og sværhedsgraden heraf kan virke afskrækkende. Dette tema er særligt vigtigt for patienter med kognitive udfordringer eller indlæringsvanskeligheder. Temaerne *Patienternes økonomiske omkostninger* og *Krav til IT-færdigheder* blev også beskrevet som potentielle barrierer, men er potentielt større udfordringer i lande med dårligere teknologisk udvikling og ringere økonomisk sikkerhedsnet end det danske. Ikke desto mindre kan disse tematikker bidrage til at særligt udsatte patienter bliver afskrækket fra behandling med guidet iKAT.

Sidst er det beskrevet, hvordan guidet iKAT omvendt kan anskues som et værktøj til at overkomme en barriere for at påbegynde konventionel behandling, både for dem, der afholder sig fra behandling grundet praktiske og fysiske omstændigheder, men også for dem, der har en aversion mod konventionel terapi.

7.3 Resultater for undersøgelsesspørgsmål 3 – Gennemførelse af behandlingsforløbet

Hvor undersøgelsesspørgsmål 2 primært fokuserer på, hvad der potentielt afholder personer fra at påbegynde et behandlingsforløb med guidet iKAT, har undersøgelsesspørgsmål 3 et særligt fokus på, hvad der kan forårsage, at patienter gennemfører behandlingsforløbet, og hvad der modsat kan forårsage, at det afbrydes præmaturt. Dette undersøgelsesspørgsmål er essentielt, da litteraturen peger på, at adhærens til terapien forbedrer behandlingseffekten heraf [31–33].

Undersøgelsesspørgsmål 3

Hvilke aspekter ved guidet iKAT bidrager til, at deltagere gennemfører behandlingsforløbet?

I besvarelsen af dette undersøgelsesspørgsmål vil det også afdækkes, om der er særlige patientkarakteristika, der medfører, at patienterne gennemfører behandlingen, samt om der er fremmende og hæmmende faktorer, som har af afgørende betydning for oplevelsen med guidet iKAT. Besvarelsen er baseret på publiceret litteratur på området.

7.3.1 Gennemførelse af behandlingsforløbet

Der er identificeret fire gennemgående temaer på tværs af litteraturen, der særligt bidrager til, at deltagerne gennemfører behandlingsforløbet. Disse er *Fleksibilitet i tid og sted for behandlingen*, *Teknologisk tilgængelighed og bekvemmelighed*, *Opfølgning og støtte i behandlingen* og sidst temaet *Oplevelsen af det terapeutiske udbytte*.

7.3.1.1 Fleksibilitet i tid og sted

Guidet internetbaseret kognitiv adfærdsterapi har vist sig at lette gennemførelsen af behandlingsforløb gennem fleksibilitet i tid og sted. Deltagere værdsætter den mulighed, som guidet iKAT giver for at tilpasse terapien til deres hverdag. Denne fleksibilitet eliminerer rejsetid og giver mulighed for at indarbejde terapi i deres liv uden forstyrrelser. Mange rapporterede også en øget følelse af komfort ved at deltage i terapi i deres eget hjem, hvilket reducerede angst og øgede motivationen for at gennemføre behandlingsforløbet. Følgende citater fra HTA-rapporten fra Ontario eksemplificerer fleksibilitetens betydning for deres oplevelse af behandlingen.

"The biggest plus point was the convenience and the flexibility of the timing. The convenience of deciding when to put it in the schedule...it just so nice to have the control."

"The first [benefit] is, when I was doing online therapy, what I really loved about that was the flexibility of it and the fact that I could do it from anywhere."

[16]

Patienternes konstante adgang til terapimaterialet bliver også fremhævet af Titzler et al. (2018), som værende en stor fordel. Denne øgede adgang giver patienter mulighed for at tilgå behandlingsmateriale eller information, når det passer dem, og dermed øget autonomi. De adspurgte terapeuter i Titzler et al. pointerer i denne sammenhæng, at det giver patienterne mulighed for at gentage nogle af de tidligere opgaver og reflektere over egen adfærd uden den direkte kontakt med en terapeut [26].

7.3.1.2 Teknologisk tilgængelighed og bekvemmelighed

Guidet iKAT gør det muligt for deltagere at få adgang til terapi, når de har mest brug for det. Især for personer, der oplever symptomer på depression eller angst, tilbyder guidet iKAT muligheden for terapi i en mere komfortabel og privat setting i deres eget hjem. Den teknologiske tilgængelighed og komfort, som guidet iKAT giver, fører til større sandsynlighed for at deltage i behandlingsforløbet og følge det, hvilket bidrager til større succes og gennemførelse af guidet iKAT. Tematikkerne *Teknologisk tilgængelighed og bekvemmelighed* og *Fleksibilitet i tid og sted* har et vist overlap, men adskiller sig ved, at den teknologiske tilgængelighed særligt indrammer den tryghed, som patienten oplever ved at have adgang til støtte gennem telefonen eller computeren [16]. Værdien af denne teknologiske tilgængelighed underbygges af Lillevoll et al. (2013), der beskriver, at der er en indirekte beroligende effekt af at have muligheden for at kunne tilgå sit behandlingsmateriale, når det passer efter behov [37].

Fagudvalget bemærker, at der også er klinisk værdi i tilgængeligheden af behandlingen. De lange transporttider og et upraktisk behandlingsforløb, for de patienter der bor langt fra behandlingsstedet, kan virke som ekstra stressfaktor og medvirke til at forværre depressionen. Fagudvalget pointerer dog, at der også er risiko forbundet med, at patienten ikke bliver socialt eksponeret under behandlingen. Dette kan fastholde den isolationstendens og inaktivitet, der er symptomer på depression.

7.3.1.3 Opfølgning og støtte

En sidste og afgørende faktor for at sikre patientens gennemførelse af guidet iKAT er opfølgning og støtte [16]. Deltagere adspurgte i undersøgelsen af HTA-instituttet i Ontario oplevede, at muligheden for opfølgning og støtte efter afslutningen af behandlingen ville styrke de indlærte færdigheder og hjælpe med at integrere terapeutiske teknikker i deres daglige liv. Denne opfølgning ville også tjene som en form for coaching eller mentoring, der ville hjælpe dem med at implementere teorien i praksis. Dette aspekt blev af HTA-instituttet i Ontario vurderet som særligt vigtigt for at sikre langvarige resultater og undgå tilbagefald [16]. Rasmussen et al. (2016) underbygger dette fund, da de rapporterer en positiv korrelation mellem graden af behandlerstøtte, og både patienttilfredsheden og effekten af behandlingen [6]. De finder specifikt en høj behandlingseffekt ved de patienter, der har modtaget terapeutstøtte både før, under og efter behandlingen, og modsat en meget begrænset behandlingseffekt ved de patienter, der ikke har modtaget terapeutstøtte overhovedet [6]. Også Du et al. (2021) underbygger vigtigheden af muligheden for støtte under behandlingen. I dette studie havde patienterne netop ikke adgang til support af behandlere uden for de prædefinerede tidspunkter, hvilket resulterede i, at flere patienter rapporterede, at de ville ønske, at dette var muligt, da de følte sig tabt af programmet [39].

Af denne årsag konkluderede Du et al., at muligheden for adgang til terapeutisk støtte er essentielt for behandlingsforløbet.

Fagudvalget vurderer, at disse fund indikerer nødvendigheden af både at støtte alle patienter under terapiforløbet, men også at lave systematiske opfølgninger efter terapiforløbet for at sikre en god behandlingseffekt

7.3.1.4 Oplevelsen af det terapeutiske udbytte

Stimulering af patienters motivation for behandling og bedring er kerneelementer i psykoterapi [51]. Lillevoll et al. (2013) [37] og Wilhelmsen et al. (2013) [38] argumenterer for, at Oplevelsen af progression og bedring også er de primære motivationsfaktorer for patienter i behandling med guidet iKAT. Det beskrives, at patienternes oplevelse af at have opnået ny viden eller terapeutisk udbytte af behandlingen giver patienten nysgerrighed og optimisme for de fremtidige sessioner [37]. Samtidig er det vigtigt, at patienten oplever, at det indhold, som de præsenteres for, har relevans for deres eget liv. Lillevoll et al. finder i denne henseende, at de patienter, der fandt indholdet irrelevant eller meningsløst, ikke opnår det samme terapeutiske udbytte, som de, der oplever, at de bliver klogere på sig selv gennem programmet [37]. Det kan derfor være vigtigt, at der i indholdet af guidet iKAT er et fokus på at fremhæve, hvad patienten har opnået og lært løbende under behandlingen. I det engelske behandlingstilbud MoodGYM gøres dette i praksis ved, at hver session afsluttes ved, at patienten bliver bedt om at reflektere over udbyttet og indholdet af den pågældende session, og at behandleren ligeledes løbende til spørger ind til, hvad patienten oplever, at de har fået ud af de specifikke opgaver [37].

Fagudvalget bemærker, at det faglige indhold af behandlingstilbuddet er af stor betydning for det terapeutiske udbytte, og at det er vigtigt, at patienterne oplever, at indholdet er relevant og lærerigt. Derfor er det nødvendigt regelmæssigt at opdatere og udvikle indholdet af guidet iKAT-forløbet for at optimere patientoplevelsen og behandlingseffekten heraf.

7.3.2 Karakteristika for patienter, der gennemfører guidet iKAT behandling

For at afdække hvilke aspekter ved guidet iKAT, der bidrager til, at deltagere gennemfører behandlingsforløbet, er det hensigtsmæssigt indledningsvist at belyse, hvilke personer, der i særlig grad afbryder forløbet præmaturlt, og hvem, der er særligt tilbøjelige til at gennemføre.

Flere studier har bestræbt sig på at klassificere særlige prædiktorer for dem, der er tilbøjelige til at gennemføre og have høj adhærens i guidet iKAT, herunder Gonzalez et al. (2022) [34], Karyotaki et al. (2015) [35] og Schmidt et al. (2013) [27]. Ud over adhærens er det også undersøgt, om der er særlige karakteristika for dem, der får bedst behandlingsudbytte af guidet iKAT [36].

På tværs af de tre studier, der undersøger personkarakteristik, der korrelerer med høj gennemførelsesrate af guidet iKAT behandling, beskrives det, at længere uddannelse er en stærk prædiktor [27,34,35]. Schmidt et al. forklarer denne korrelation med, at patienterne med længere uddannelse formentlig har lettere ved at forstå programmateriale og teknologien, der er nødvendig for et guidet iKAT-forløb [27]. Desuden finder den danske evaluering af Internetpsykiatrien.dk fra Defactum (2020) [2], at kvinder i særlig grad er mere tilbøjelige til at gennemføre behandlingsforløbet (82% af inkluderede kvinder gennemførte behandlingen, og kun 68% af de inkluderede mænd). De gisner dog ikke om, hvorfor de ser denne forskel mellem mænd og kvinder [2].

Modsat personkarakteristik, der korrelerer med gennemførelse af guidet iKAT behandling, er der også i studierne et fokus på at identificere personkarakteristik, der korrelerer med en højere risiko for at afbryde behandlingsforløbet præmaturo [27,34,35]. De stærkeste prædiktorer for dette er særligt kortere uddannelsesniveau, komorbiditet med angstlidelser og højere baseline af depressive symptomer ved behandlingsstart [27,34]. Det faktum, at personer med sværere grad af depression og komorbiditet med andre psykologiske lidelser, har højere risiko for at frafalde behandlingen præmaturo forklares med, at det standardiserede indhold i guidet iKAT-behandling, har svært ved at akkommodere den øgede sygdomskompleksitet, om disse patienter oplever. Dette fund underbygger beslutningen, der er truffet ved internetpsykiatrien.dk, som afgrænser deres behandlingstilbud til let eller moderat depression, og viderestiller personer med komorbide psykiske lidelser til den almene psykiatri¹³. Fagudvalget pointerer, at internetbaseret terapi udelukkende bør tilbydes til personer med et relativt ukompliceret sygdomsbillede, da de komplekse lidelser som regel kræver en mere skræddersyet behandling.

Gonzales et al. og Karyotaki et al. finder også, at yngre personer generelt har højere risiko for at frafalde behandlingen præmaturo, hvilket står i kontrast til den forståelse, at yngre mennesker generelt har stærkere præference for internetbaserede interventioner end ældre mennesker [28]. Til trods for, at korrelationen mellem alder og frafald er iøjefaldende stærk, beskrives der ikke en årsagsforklaring i de to pågældende studier, men fundet indikerer, at yngre mennesker særligt bør støttes til at forblive i behandlingsforløbet, efter at de er startet. Sidst finder Gonzales et al. også, at socioøkonomiske faktorer korrelerer med frafaldsraten [34]. Specifikt, at dem, der er økonomisk udsatte, i særlig grad frafalder behandlingen præmaturo. Fagudvalget vurderer på baggrund af disse fund, at der bør være et fokus på at identificere de patienter, der er i særlig risiko for at droppe ud af behandlingen, og støtte dem i at fortsætte, da dette vil forbedre behandlingskvaliteten.

I forbindelse med at kunne forudsige, hvem der opnår bedst behandlingseffekt af et guidet iKAT-forløb, beskriver Catarino et al. (2018), at de to stærkeste prædiktorer for en god behandlingseffekt er henholdsvis høj adhærens og kortere ventetid mellem første sygdomssymptomer og den kliniske vurdering [36]. Fagudvalget pointerer, at sidstnævnte fund understreger vigtigheden af dels at udbrede information om tilbuddet med guidet iKAT til de patienter, der selv identificerer depressions-symptomer, så de hurtigt kan kontakte behandlingsudbyderen og blive udredt. Men også vigtigheden af at etablere et tæt samarbejde mellem de praktiserende læger og udbyderen af iKAT, da den praktiserende læge hyppigt er det sted, der først møder de depressive patienter, og patienterne dermed hurtigt kan tilbydes den relevante hjælp.

¹³ [Behandling af depression online \(internetpsykiatrien.dk\)](#)

7.3.3 Opsummering for undersøgelsesspørgsmål 3

I undersøgelsesspørgsmål 3 er det blevet afdækket, hvad der kan forårsage, at patienter gennemfører behandlingsforløbet eller stopper det præmaturot. Desuden er det beskrevet hvilke personkarakteristikker, der korrelerer med sandsynligheden for at gennemføre behandlingen.

Tematikkerne er afdækket via en fokuseret søgning på kvalitative studier, der undersøger internet-baseret terapi til behandling af depression. Af den fokuserede søgning blev der identificeret 13 studier til besvarelse af undersøgelsesspørgsmålet.

Der blev identificeret fire overordnede tematikker, der bidrager til at bibeholde personer i behandlingsforløbet. Disse er *fleksibilitet i tid og sted*, der indebærer den øgede praktiske frihed ved guidet iKAT. *Teknologisk tilgængelighed og bekvemmelighed*, der primært indebærer den psykologiske tryghed og beroligende effekt, som det giver at have adgang til sine behandlingsredskaber, når det passer en selv. Temaet *opfølgning og støtte* er også af stor betydning og indebærer, at patienterne oplever stor værdi af at have terapeutstøtte løbende under selve behandlingen, men også at få opfølgning på sin behandling efter endt forløb. Sidst oplistes temaet *Oplevelsen af det terapeutiske udbytte*, der indebærer, at det er essentielt, at patienten oplever, at indholdet af terapien er meningsfuldt og bidrager til progression for, at patienten bliver motiveret til at fortsætte behandlingen.

Det blev afdækket, at det særligt er kvinder og personer med højt uddannelsesniveau, der gennemfører behandling med guidet iKAT. Modsat er det primært personer med kortere uddannelsesniveau, komorbide psykiske lidelser og højere depressionsniveau ved baseline, der frafalder behandlingen præmaturot.

7.4 Resultater for undersøgelsesspørgsmål 4 – En digital behandling

Undersøgelsesspørgsmålet har til formål at belyse de konsekvenser, som den udelukkende virtuelle kontakt med behandleren har for oplevelsen af behandlingen. Samt hvorvidt behandlingsformen har en konsekvens for den terapeutiske alliance, da denne tidligere har vist betydning for behandlings-effekten i den konventionelle kognitive adfærdsterapi [12].

Undersøgelsesspørgsmål 4

Hvad er konsekvenserne for oplevelsen af, at guidet iKAT udelukkende har virtuel kontakt med behandleren?

Besvarelsen er baseret på resultaterne fra HTA-rapporten fra Ontario [16] og en systematisk søgning efter studier, samt en fokuseret søgning baseret på fund fra allerede inkluderede studier. Der er inkluderet fem studier fra den systematiske søgning samt fire supplerende studier. De inkluderede studier er listet i Tabel 12.

De inkluderede studier er analyseret gennem tematisk syntetisering, hvor kvalitative og kvantitative data er analyseret og grupperet under en række temaer, identificeret i eller på tværs af de enkelte studier. På baggrund af tematiseringen er der identificeret tre overordnede tematikker med relevans for besvarelsen af undersøgelsesspørgsmål 4: *den terapeutiske alliance, betydning af kommunikationstype og negative effekter ved internetbaseret terapi*.

7.4.1 Den terapeutiske alliance

På tværs af den inkluderede litteratur er der en tydelig interesse for, hvorvidt den terapeutiske alliance ændres ved internetbaseret terapi. Den terapeutiske alliance, også kendt som arbejdsalliancen, er en central del af terapibehandlingen, der kan betragtes som kvaliteten af samarbejdet, og som indebærer et tillidsfuldt og gensidigt samarbejde mellem terapeuten og patienten [52]. Den gode terapeutiske alliance kendetegnes ved enighed mellem terapeuten og patienten om terapiens mål, opgaver, der skal udføres, samt deres følelsesmæssige bånd (f.eks., om patienten føler sig respekteret og værdsat af terapeuten). Afhængigt af den anvendte terapiform kan kommunikationen mellem terapeuten og patienten være synkron (telefon eller videoopkald) eller asynkron (e-mail eller webbaseret program). Valget af kommunikationsform kan påvirke den følelsesmæssige forbindelse mellem terapeut og patient. En stærk terapeutisk alliance anses generelt for at være afgørende for terapiens succes. Når patienten har tillid til terapeuten og føler sig forstået og respekteret, er patienten mere tilbøjelige til at engagere sig aktivt i terapiforløbet og arbejde på at opnå sine mål. [53]

I en traditionel terapisession kan patienterne interagere direkte med en terapeut, stille spørgsmål, få øjeblikkelig feedback og føle en stærkere tilknytning til behandlingsprocessen. Denne personlige interaktion kan være afgørende for nogle, især dem, der har brug for en mere menneskelig tilstedeværelse for at føle sig trygge og støttede i terapien. I guidet iKAT kan manglen på personlig kontakt føre til en oplevelse af at følge en forudbestemt kurs uden mulighed for øjeblikkelig afklaring eller skræddersyet støtte. Dette er afdækket i HTA-rapporten fra Ontario, der gennem en række interviews undersøgte betydningen af den manglende "Face-to-face" interaktion og fandt, at patienter med højt socialt behov manglede den personlige "face-to-face" kontakt, særligt i perioder hvor de føler sig mere nedtrykte, hvor den personlige kontakt kunne have givet dem "*emotional release*"

" Having that human connection [would be helpful], just being able to talk face to face with a professional, ask them questions, open [up] to them about what I'm experiencing. So, for me, I'm a very social person. I like to talk to people. I like being able to connect on that level. So just being able to talk to them, being able to open up, to cry if need be, just [to] have that emotional release [would be helpful]"

[16]

Denne problematik kommer ligeledes til udtryk i studiet af Bendelin et al., [43] der beskriver, at manglende motivation kan skyldes manglende støtte, idet patienterne mangler en at tale med i "virkeligheden", og mangler en, der kan motivere og støtte dem i at fortsætte, når det bliver svært. Enkelte patienter mener, at denne mangel på kontakt har forværret deres symptomer. På den anden side fortæller andre patienter, at de nød at arbejde med sig selv og det ansvar, det gav dem. Og stod de i en svær situation, vidste de, at de kunne kontakte den ansvarlige terapeut. [43]

Preschl et al., har i et RCT undersøgt betydningen af den terapeutiske alliance, hvor guidet iKAT sammenholdes med traditionel KAT. Studiet undersøger, om den terapeutiske alliance mellem terapeut og patient var sammenlignelig i de to behandlingstilgange, hvorvidt den terapeutiske alliance havde indflydelse på behandlingseffekten, samt hvorvidt den terapeutiske alliance ud fra terapeuternes perspektiv også kunne undersøges som en mulig faktor, der kunne forudsige behandlingsresultaterne. Patienterne udfyldte (midtvejs og efter behandling for patienten, og efter behandling for behandler) Working Alliance Inventory (WAI), som omfatter de tre aspekter af terapeutisk alliance: mål, opgaver og bånd. Der blev fundet betydelige sammenhænge mellem behandlingsresultatet og patienternes vurderinger af den terapeutiske alliance. Med undtagelse af terapeuters vurderinger af "opgave-subskalaen", som var betydeligt højere i onlinegruppen, var de to gruppers vurderinger af den terapeutiske alliance ikke signifikant forskellige. Yderligere analyser af forholdet mellem BDI-scoren og WAI-scoren viste, at vurderingerne af den terapeutiske alliance ikke signifikant kunne forudsige BDI-scoren i nogle af grupperne. [40] Det stemmer overens med resultaterne fra Svartvatten et al.,

Andersson et al., og Zagorscat et al., der finder udsagn og resultater, der tyder på, at der skabes en høj alliance ved guidet iKAT, ligesom de også finder, at det medfører positive ændringer i symptomer. [42,54,55]

Både forholdet til behandlingseffekten, samt hvornår alliancen opstår, undersøges i studiet af Hadjistavropoulos et al. Den terapeutiske alliance menes nemlig at ændre sig undervejs i behandlingen (f.eks. fra før-behandling til midt i behandlingen eller midt- til efterbehandling), hvorfor Hadjistavropoulos et al. har undersøgt den terapeutiske alliance ved guidet iKAT på forskellige tidspunkter. Studiet finder en stærk terapeutisk alliance ved midt og afsluttende måling. Den høje terapeutiske alliance formodes at skyldes mængden af kontakt, og dette kan forstærkes, så både terapeut og patient oplever, at mere kontakt skaber en bedre alliance, og derved efterspørger og giver mere kontakt. Dog havde den højere terapeutiske alliance samt mængden af kontakt ikke i dette studie nogen påvirkning på behandlingseffekten. [41] De blandede resultater, angående hvorvidt den terapeutiske alliance har indflydelse på behandlingseffekten, mener Svartvatten et al., kunne skyldes, at alliancen måles ved hjælp af selvurderingsskemaer som f.eks. WAI, som er designet til face-to-face interventioner. Måske er formuleringerne i WAI for terapeut-centrerede og passer derfor ikke til måden, hvorpå alliancen skabes i de internetbaserede tilbud. [54] Richards et al., [46] mener, at patienterne oplever alliance i forhold til alle aspekter af behandlingen, og ikke kun i forhold til terapeuten. Måske oplever patienterne alliancen i forhold til æstetisk design og brugervenlighed ud over teksterne og kontakten med terapeuten. Øvelserne i behandlingsmodulerne, og hvordan de præsenteres, kan derfor formodes at være vigtige komponenter i en internetbaseret alliance. Der er derfor behov for nye måder at måle alliance på ved internetbaseret terapi, designet til at måle alliance for guidet iKAT, med mindre fokus på direkte interaktion med terapeuten. [54] Andersson et al. mener ligeledes, at den terapeutiske alliance målt ved WAI er mindre vigtigt for internetbaseret tilbud i forhold til face-to-face terapi. [55]

Fagudvalget bemærker, at der kan skabes en terapeutisk alliance selv ved guidet iKAT, men det handler også om, hvorvidt behandlingstilbuddet er det rette, for motiveres patienten ikke af det internetbaserede tilbud, så skabes der formodentligt heller ikke den vigtige alliance.

7.4.2 Interaktionsformat – hvordan og hvor meget

Internetbaseret terapi tilbydes i forskellige former, hvor kommunikationstypen også kan variere, både i mængde og format. Hvilken betydning, det har for den terapeutiske alliance samt behandlingseffekten, er blandt andre undersøgt af Hadjistavropoulos et al., [44], der undersøger, hvorvidt det har nogen betydning, hvorvidt patienten modtager fast eller frivilligt kontakt under terapien. Patienterne blev randomiseret til enten at modtage standard ugentlig feedback eller valgfri feedback fra terapeuten. Den valgfri tilgang resulterede i, at terapeuter modtog halvt så mange beskeder fra patienterne og sendte halvt så mange beskeder til patienterne. Valgfri kontakt var forbundet med lavere fuldførelsesrater (56,6% mod 82,4%), men, ligesom den faste kontakt, resulterede det i markante reduktioner på GAD-7 og PHQ-9 skalaen ved afslutning og 3-måneders opfølgning. Valgfri kontakt synes at være effektiv og acceptabel for mange patienter og kan muligvis reducere omkostningerne, men der bør være en opmærksomhed på fuldførelsesrater. Bendelin et al., adresserer, at der ikke bør konkluderes på, at mere støtte og kontakt nødvendigvis fører til øget behandlingseffekt. Der kan være situationer, hvor for meget kontakt med terapeuten medfører tab af selvværd, og får patienterne til at føle, at de ikke har kontrol over behandlingen - eller alternativt, at den manglende face-to-face kontakt bliver mere tydelig, når kontakten sker via e-mail eller video. Nogle patienter udtrykte, at de savnede samtaler og havde brug for yderlig støtte, hvilket kunne indikere, at kontakt uanset format er vigtigt i varierende grad afhængigt af patienten. Bendelin et al., mener, at patienter, der evner og motiveres af at arbejde selvstændigt og har en struktureret og praktisk tilgang til arbejdet, måske er bedre egnede til den internetbaserede terapiform end andre. På den anden side kan et program, der

er designet til at passe til patienternes motivation og evne f.eks. ved at give mere tid og mere støtte over e-mail, være med til at øge tilslutning og gennemførselsrater. [43]

Lindner et al., har desuden undersøgt, hvorvidt det har betydning om kontakten mellem patient og terapeut er skriftlig eller mundtlig, fx over telefon eller video kontra e-mail. Studiet finder, at formen på kommunikationen ikke har nogen betydning for den terapeutiske alliance og heller ikke for behandlingseffekten. [45]

Fagudvalget bemærker, at der ikke er noget entydigt svar på, hvordan og hvor meget, der skal kommunikeres, men at patienterne har brug for forskellighed.

7.4.3 Selvrapporterede negative effekter ved guidet iKAT

Mulige negative effekter ved den internetbaserede terapiform undersøges i studiet af Fenski et al., [56], hvor det undersøges, om og hvordan patienterne, der gennemgår guidet iKAT for mild til moderat depression, oplever selvrapporterede negative effekter, med det formål at forstå deres egen opfattelse af disse effekter, hvordan disse effekter påvirkede deres velvære og behandlingsresultat. Studiet undersøger også, om og hvordan negative effekter håndteres med terapeuten, og hvordan dette opleves af patienterne. Endelig undersøger studiet, om forskellige sociodemografiske og kliniske variabler, mængden af kontakt med terapeuten og den terapeutiske alliance er forbundet med oplevelsen af negative effekter. [56] Der anvendes både kvalitative og kvantitative metoder, og studiet baserer sig på udtagelser og data fra 1.089 patienter, som enten fik guidet iKAT med individuel feedback eller standard generisk feedback efter hvert gennemført modul. Resultaterne viste, at af de 1.089 rapporterede 8,6% af alle patienter oplevede negative effekter tilknyttet behandlingen, hvilket er i overensstemmelse med de resultater, der er fundet i sammenlignelige undersøgelser, der undersøger negative effekter i internetbaseret behandling for forskellige lidelser (4,9-12,6% [47]). En kvalitativ indholdsanalyse resulterede i to temaer med fem underkategorier for patienternes oplevelser af negative effekter: patientrelaterede negative virkninger (indsigt og symptomer) og programrelaterede negative virkninger (online format, kontakt og implementering). Analyserne viste også, at den terapeutiske alliance var en prædiktør for oplevelsen af negative virkninger. Fenski et al., fandt ydermere, at oplevelsen af negative effekter var negativt forbundet med deltagelse i behandlingen. Det tyder derfor på, at nogle patienter, der oplever negative effekter, afbryder behandlingen og frafalder før afslutning. Bendelin et al. [43] foreslår, at støtten bør tilpasses på baggrund af individuelle præferencer og specifikke motivationsfaktorer, hvilket potentielt kunne modvirke frustration og frafald.

Selvom mængden af terapeutisk støtte i sig selv ikke var en signifikant prædiktør for oplevelsen af negative effekter, var kvaliteten af den terapeutiske alliance forbundet med oplevelsen af negative effekter, da patienter med lavere vurderinger af den terapeutiske alliance var mere tilbøjelige til at rapportere forekomsten af negative effekter. Dette er i tråd med tidligere forskning, der understreger forbindelsen mellem en negativ terapeutisk relation og negative effekter. [48] Desuden fandt Svartvatten et al. i en indholdsanalyse, af patienternes e-mails i guidet iKAT for depression, signifikante positive korrelationer mellem patienternes udsagn, der fremhævede et varmt og tillidsfuldt forhold, og ændringer i behandlingseffekt. [54]

Fagudvalget bemærker, at patienter typisk vil rapportere negative effekter, hvis de samtidigt har dårlig terapeutisk alliance med behandler, hvilket endnu engang understreger vigtigheden af en god alliance.

7.4.4 Opsummering undersøgelsesspørgsmål 4

I undersøgelsesspørgsmål 4 er det blevet afdækket, hvilke konsekvenser det har for patientens oplevelse af behandlingen, at guidet iKAT udelukkende består af virtuel kontakt. Samt hvorvidt behandlingsformen har en konsekvens for den terapeutiske alliance. Undersøgelsesspørgsmålet er

afdækket via en fokuseret søgning på studier, der undersøger internetbaseret terapi til behandling af depression. Af den fokuserede søgning blev der identificeret 17 studier til besvarelse af undersøgelsesspørgsmålet.

I et traditionelt terapiforløb er personlig interaktion med en terapeut vigtig, og mangel på personlig kontakt i guidet iKAT kan føre til en følelse af at følge en forudbestemt kurs uden øjeblikkelig afklaring eller skræddersyet støtte.

Flere studier har undersøgt betydningen af den terapeutiske alliance i guidet iKAT. Resultaterne var blandede, men flere fandt, at der opstår en stærk alliance i guidet iKAT, og flere finder også signifikant positiv indflydelse på behandlingseffekten.

Forskellige former for kommunikation ved guidet iKAT blev også undersøgt. Valgfri kontakt med terapeuten resulterede i lavere fuldførelsesrater, men det resulterede stadig i betydelige forbedringer i symptomer. For meget kontakt med terapeuten kan dog have negative konsekvenser. Kvaliteten af den terapeutiske alliance og individuelle præferencer spiller en rolle i forhold til, hvorvidt patienterne oplever negative effekter. Det blev bemærket, at kvaliteten af den terapeutiske relation var vigtig for behandlingseffekten, og en positiv relation blev forbundet med bedre resultater. Samlet set afdækker undersøgelsesspørgsmålet, at patienter oplever i lige så høj grad en alliance med terapeuten ved guidet iKAT kan, men kommunikationstypen kan spille en vigtig rolle.

Fagudvalget vurderer at resultaterne kan overføres til en dansk kontekst.

7.5 Evidensens kvalitet

Med henblik på at vurdere tilliden til resultaterne præsenteret i afsnit 7, er validiteten og overførbareheden af den inkluderede litteratur belyst. Der er ikke foretaget en formel evidenskvalitetsvurdering af den inkluderede videnskabelige litteratur, da den blev anvendt til at identificere og belyse overordnede tematikker, der har betydning for Patientperspektivet.

Temaerne er identificeret på baggrund af den internationale videnskabelige litteratur, hvorfor det er muligt, at visse temaer ikke er repræsentative for de aspekter, som, danske patienter vurderer, påvirker deres hverdag. Litteraturen er dog primært baseret på studier foretaget i vestlige lande, hvor patientpræferencer og behandlingstilbuddene er sammenlignelige med de danske. For at finde tilstrækkeligt litteratur, var det nødvendigt til dels at inddrage studier, der ikke håndterer patientperspektivet komparativt med de udvalgte komparatorer, og til dels at inkludere studier af interventioner, der ikke er præcist overførbare til guidet iKAT. Eksempler på dette er Rozenenthal et al., og Parker et al., der inkluderer andre psykiske lidelser end depression, eller Titzler et al., der undersøger patientholdninger sekundært gennem interviews med terapeuter.

Til trods for nuancerne i interventionen og patientpopulationen, der analyseres i litteraturen, vurderer fagudvalget, at tematikkerne, der er afdækket, er valide og repræsentative for de danske patienter, der modtager guidet iKAT til behandling af depression.

7.6 Samlet vurdering

Patientperspektivet har til formål at belyse faktorer om adhærens, der bidrager til, at patienterne starter og gennemfører behandlingen med guidet iKAT. Perspektivet er belyst ved hjælp af litteratur på området, afdækket via en fokuseret søgning på studier, der undersøger internetbaseret terapi til behandling af depression. På tværs af de tre undersøgelsesspørgsmål er der identificeret 29 studier, bestående af HTA-rapporter, systematiske reviews og primærlitteratur.

I undersøgelsesspørgsmål 2 præsenteres de primære tematikker, der forårsager, at personer afholder sig fra at tilvælge eller påbegynde et behandlingsforløb med guidet iKAT. De seks tematikker, der var gennemgående i litteraturen er Programmets rigiditet, der indebærer at nogle patienter afholder sig fra guidet iKAT, da de forventer, at de prædefinerede rammer ved guidet iKAT er for rigide til at kunne møde deres behov, fx i antallet af sessioner eller mængden af terapeutkontakt. Temaet Tekniske vanskeligheder beskriver bl.a. den barriere, at nogle patienter opleverudfordringer med softwaren, og finder det demotiverende, når teknikken bremser behandlingen. Temaet Forståelse af information og indhold er af stor betydning, da mængden af information og sværhedsgraden heraf kan virke afskrækkende. Dette tema er særligt vigtigt for patienter med kognitive udfordringer eller indlæringsvanskeligheder. Temaerne Patienternes økonomiske omkostninger og Krav til IT-færdigheder beskrives også som potentielle barriere, men er potentielt større udfordringer i lande med lavere teknologisk udviklingsniveau og ringere økonomisk sikkerhedsnet end det danske. Ikke desto mindre kan disse tematikker bidrage til, at særligt udsatte patienter bliver afskrækket fra behandling med guidet iKAT. Sidst er det beskrevet, hvordan guidet iKAT kan anskues som et værktøj til at overkomme en barriere for at påbegynde konventionel behandling, både for dem, der afholder sig fra behandling grundet praktiske og fysiske omstændigheder, men også for dem, der har en aversion mod konventionel terapi og finder den selvstændige og anonyme internetbaserede behandling appellerende.

I undersøgelsesspørgsmål 3 er det blevet afdækket, hvad der kan forårsage, at patienter gennemfører behandlingsforløbet, eller stopper det præmaturlt. Sekundært er det beskrevet, hvilke personkarakteristikker, der korrelerer med sandsynligheden for at gennemføre behandlingen.

Tematikkerne er afdækket via en fokuseret søgning på studier, der undersøger internetbaseret terapi til behandling af depression. Af den fokuserede søgning blev der identificeret 13 studier til besvarelse af undersøgelsesspørgsmålet.

Der blev identificeret fire overordnede tematikker, der bidrager til at bibeholde personer i behandlingsforløbet. Disse er fleksibilitet i tid og sted, der indebærer den øgede praktiske frihed ved guidet iKAT. Teknologisk tilgængelighed og bekvemmelighed, der primært indebærer den psykologiske tryghed og beroligende effekt, det giver, at have adgang til sine behandlingsredskaber, når det passer patienten selv. Temaet opfølgning og støtte er også af stor betydning og indebærer, at patienterne oplever stor værdi af at have terapeutstøtte løbende under selve behandlingen, men også at få opfølgning på sin behandling efter endt forløb. Sidst oplistes temaet Oplevelsen af det terapeutiske udbytte, der indebærer, at det er essentielt, at patienten oplever, at indholdet af terapien er meningsfuldt og bidrager til progression for, at patienten bliver motiveret til at fortsætte behandlingen.

Sekundært blev det afdækket, at det særligt er kvinder og personer med højt uddannelsesniveau, der gennemfører behandling med iKAT. Modsat er det primært personer med kortere uddannelsesniveau, komorbide psykiske lidelser og højere depressionsniveau ved baseline, der frafalder behandlingen præmaturlt.

I undersøgelsesspørgsmål 4 er den terapeutiske alliance belyst. HTA-rapporten fra Ontario fremhæver, at i et traditionelt terapiforløb er den terapeutisk alliance essentiel, og mangel på personlig kontakt i guidet iKAT kunne føre til en følelse af at følge en fastlagt kurs uden øjeblikkelig afklaring eller skræddersyet støtte. Flere studier har undersøgt betydningen af den terapeutiske alliance i guidet iKAT. Resultaterne er blandede, men flere finder, at der også i iKAT kan opstå en terapeutisk alliance mellem patient og terapeut på samme vis som ved KAT - og flere finder også, at alliancen har signifikant positiv indflydelse på behandlingsresultatet.

Forskellige former for kommunikation ved iKAT er også undersøgt. Valgfri kontakt med terapeuten resulterer i lavere fuldførelsesrater, men det resulterer stadig i betydelige forbedringer i symptomer. Kvaliteten af den terapeutiske alliance og individuelle præferencer spiller en rolle i forhold til, hvorvidt patienterne oplever negative effekter. Samlet set afdækker undersøgelsesspørgsmålet, at patienter i lige så høj grad oplever en alliance med terapeuten ved guidet iKAT som ved KAT, men kommunikationstypen kan spille en vigtig rolle. Fagudvalget vurderer, at resultaterne kan overføres til en dansk kontekst.

Fagudvalget vurderer, at ovenstående fund indikerer, at guidet iKAT er et gavnligt behandlingstilbud til dem, der motiveres af at være mere egenhændige i at varetage egen behandling, og som foretrækker fleksibiliteten og anonymiteten, som internetbehandling tilbyder. Fagudvalget pointerer dog, at guidet iKAT aldrig bør være patientens eneste reelle mulige behandlingstilbud. Fagudvalget vurderer, at det bør være op til patienten i samråd med deres behandler at vælge det behandlingsformat, der er bedst egnet til vedkommende. Fagudvalget bemærker ydermere, at der mangler dansk kvalitativ forskning på området, der kan belyse patienters oplevelse af det konkrete indhold, som iKAT består af.

8

Organisatoriske implikationer

I dette afsnit præsenteres resultaterne vedrørende Organisatoriske implikationer for at arbejde med iKAT til behandling af voksne med let eller moderat depression. Fagudvalget har opstillet nedenstående undersøgelsesspørgsmål til at belyse perspektivet.

Undersøgelsesspørgsmål 5	Hvad kræver det af en organisation at afvikle forløb med guidet iKAT?
Undersøgelsesspørgsmål 6a	Hvordan er sammenhængen mellem guidet iKAT og det resterende sundhedsvæsen sammenlignet med et standardforløb til personer med moderat depression?
Undersøgelsesspørgsmål 6b	Hvilke Organisatoriske implikationer er der forbundet ved at tilbyde guidet iKAT uden forudgående henvisning?
Undersøgelsesspørgsmål 7	Hvilket medarbejderrelateret ressourceforbrug er forbundet med at afvikle et guidet iKAT forløb sammenlignet med at afvikle et lignende tilbud ansigt til ansigt?

I de følgende afsnit fremgår datagrundlag og analysemetoden for de tre undersøgelsesspørgsmål under Organisatoriske implikationer, resultaterne for hvert undersøgelsesspørgsmål, samt en vurdering af evidenskvaliteten. Til sidst præsenteres fagudvalgets samlede vurdering af de Organisatoriske implikationer for anvendelsen af guidet iKAT til behandling af patienter med mild eller moderat depression.

8.1 Datagrundlag og analyse

Datagrundlaget for afdækningen af de Organisatoriske implikationer udgøres af skriftligt materiale, herunder videnskabelige artikler, relevante rapporter og interviews med klinikere, der arbejder med onlinebehandling herunder guidet iKAT. Nogle datakilder anvendes i forbindelse med besvarelsen af et enkelt undersøgelsesspørgsmål, hvorimod andre datakilder anvendes på tværs af flere undersøgelsesspørgsmål. I de følgende afsnit fremgår en kort beskrivelse af de anvendte datakilder.

8.1.1 Litteratursøgning

Der er ikke identificeret HTA-rapporter til at informere analysen af de Organisatoriske implikationer. Da de tre undersøgelsesspørgsmål, hver især har et meget specifikt fokus, er der foretaget en fokuseret litteratursøgning med henblik på at identificere systematiske reviews samt primærlitteratur. Den fokuserede søgning er foretaget ved først at screene litteratur på baggrund af søgestrengen beskrevet i Bilag 8 og efterfølgende ved at foretage en snowball-søgning på baggrund af de inkluderede studier. Litteratursøgningerne er udført af Behandlingsrådets sekretariat via PubMed, Embase,

Cochrane Library, PsycINFO, og Google Scholar. Litteratursøgningerne er begrænset til sprogene; dansk, engelsk, norsk og svensk.

Litteraturudvælgelsen af reviews og primærstudier er udført af et sekretariatsmedlem, der har gennemgået studierne på titel/abstract-niveau og efterfølgende på fuldttekstniveau. Litteraturudvælgelsen baserer sig på opstillede inklusions- og eksklusionskriterier, som fremgår af tabel 13. Der er i alt identificeret 1199 studier, hvoraf 35 er udvalgt til fuldttekstscreening.

Tabel 13 – In- og eksklusionskriterier for den systematiske litteraturscreening for Organisatoriske implikationer [Fast tabel].

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Voksne 18 +	Børn
Internetbaseret terapi	Psykoselidelser
Depression	Psykoselidelser
Self referral	Somatoforme lidelser
	Autismespektrum lidelser
	Demens
	Alvorlige fysiske lidelser
	IQ <70
	Personlighedsforstyrrelser

8.1.1.1 Inkluderede studier

Af den fokuserede litteratursøgning er der i alt identificeret syv studier, en evalueringsrapport og en årsrapport med relevans for Organisatoriske implikationer. Af Tabel 14 fremgår væsentlige studie-karakteristika for de inkluderede studier. Data og fund i de inkluderede studier er ekstraheret af en medarbejder i Behandlingsrådets sekretariat.

Tabel 14 – Studiekarakteristika

Forfatter, år, land (reference)	Studiedesign	Deltagere	Formål
Folker et al, 2018, fem europæiske lande	Multipelt komparativt casestudie	Interviews med ledere og medarbejdere (fokusgrupper) fra europæiske onlinebaserede behandlingstilbud	At identificere de vigtigste implementeringsudfordringer, som terapeuter og ledere oplevede i forbindelse med den praktiske drift af iCBT-tjenester.
Rasmussen et al (KORA), 2017, Danmark	Evalueringsrapport		At evaluere internetpsykiatrien og danne et besluthningsgrundlag for, hvorvidt internetpsykiatrisk behandling fremadrettet skal tilbydes landsdækkende,

fx som supplement til de
nuværende tilbud

Zhao et al, 2023, Nord-amerika	Eksplorativt studie	69 interviews med klinisk personale, projekt-lere, klinikledere og lign.	At identificere barrierer, fa-cilitatorer og bedste-prak-sis anbefalinger for imple-mentering af digitale men-tale sundhedsinterventio-ner
Clark et al, 2023, Stor-britannien	Observationelt, pro-spektivt kohortestudie	1903 patienter fra to forskellige klinikker	At evaluere to testklinikker forud for national udbre-delse
David M Clark, 2018			
Lervik et al, 2020, Norge	Procesevaluering gen-nem brug af spørge-skemaundersøgelse fra patienter og interviews med terapeuter	Spørgeskemabesvarel-ser fra 526 patienter og interviews med tera-peuter	At undersøge: 1) I hvilket omfang følger tjenesterne retningslinjerne fra Det nor-ske sundhedsdirektorat, 2) hvad terapeuterne ople-vede som vigtige barrierer og facilitatorer i implemen-teringen af tjenesten, og 3) klientbehandlingstilfreds-hed
Brown et al, 2022, Stor-britannien	Teoretisk	Henviste og selvhenvi-ste til workshops om angst og depression	Udvikling af ny model, der kombinerer faktorer, der øger tilgængeligheden af behandling
Staples et al, 2022, Au-stralien	Komparativt studie	9002 patienter med mentale helbredsudfor-dringer	At sammenligne to digitale mentale sundhedstjenester
Ulla Damgaard Søren-sen, 2022, Danmark	Årsrapport	3092 ansøgere til Inter-netpsykiatrien.dk	At dokumentere leverancer for årets drift

8.1.2 Interviewundersøgelse

Interviewundersøgelsen består af to små semistrukturerede fokusgruppeinterviews med hhv. Center for Digital Psykiatri og Afdeling for Funktionelle Lidelser, hver med en faglig leder og en teknisk repræsentant. Interviewene er afholdt digitalt. De to aktører er udvalgt, fordi de begge har gennemgået en proces, hvor de er gået fra udvikling til drift af internetbaserede behandlingstilbud. Fokusgruppeinterviews med faglige og tekniske medarbejdere er valgt for at få indsigt i samspillet mellem de faglige og de tekniske elementer af behandlingen.

8.1.2.1 Databehandling og analyse

Som forberedelse til afholdelsen af de to semistrukturerede fokusgruppeinterviews, er der udarbejdet en interviewguide. Interviewguiden er udarbejdet med udgangspunkt i de identificerede studier, herunder særligt fund vedrørende barrierer og facilitatorer for arbejdet med og implementeringen af internetbaserede behandlingstilbud. Således giver interviewene både anledning til at opnå ny viden omkring udvikling og drift af internetbaserede behandling, og afprøver organisatoriske fund fra den internationale videnskabelige litteratur i en dansk kontekst. Begge interviews er foretaget af en

medarbejder fra Behandlingsrådets sekretariat. Interviewene har en varighed på hhv. 90 minutter og 60 minutter.

De inkluderede studier og de to fokusgruppeinterviews er analyseret gennem tematisk syntetisering, hvor kvalitative og kvantitative data er analyseret og grupperet under en række temaer, identificeret i eller på tværs af de enkelte studier og interviewene. På baggrund af tematiseringen er der identificeret en række overordnede tematikker. I afrapporteringen anvendes citater til at underbygge fundene, dog uden markering af tænkepauser og lydord for at øge læsevenligheden.

8.2 Resultater for undersøgelsesspørgsmål 5 – Organisatoriske krav

Undersøgelsesspørgsmålet har til formål at belyse hvilke centrale krav, der skal være opfyldt, før en given potentiel udbyder kan afvikle forløb med guidet iKAT.

Undersøgelsesspørgsmål 5 Hvad kræver det af en organisation at afvikle forløb med guidet iKAT?

Undersøgelsesspørgsmålet belyses primært med udgangspunkt i de to fokusgruppeinterviews med Center for Digital Psykiatri og Afdeling for Funktionelle Lidelser og suppleres af fund fra den videnskabelige litteratur.

Gennem interviews med de danske udbydere er der identificeret tre temaer, der tilsammen udgør afdækningen af, hvad det kræver af en organisation at afvikle forløb med guidet iKAT:

- Krav til IT-udstyr
- Krav til online-plattform og fagligt indhold
- Krav til organisation og medarbejdere

8.2.1 Krav til IT-udstyr

Krav til IT-udstyr er ikke et tema, der belyses i litteraturen, og derfor bliver både Afdeling for Funktionelle lidelser og Center for Digital Psykiatri spurgt specifikt ind til, hvad det kræver at kunne afvikle et forløb med guidet iKAT. Under interviewene bliver det tydeligt, at krav til udstyr i organisationen hænger sammen med hvilken form for guidet iKAT, som organisationen arbejder med. Nogen anvender billede og andre anvender kun tekst. I Internetpsykiatrien indledes forløbet med et digitalt møde, hvor der anvendes web-cam og mikrofon. En medarbejder fra Center for Digital Psykiatri beskriver kravene til IT-udstyr i organisationen:

”Det kræver det jo en pc og en skærm til videosamtaler, altså en videaskærm og det kan gøres med forskellige teknologier. Du kan godt anvende pc til videosamtalerne. Vi har valgt et setup, hvor klinikkerne har en decideret videaskærm, der er egnet til videosamtaler og så har de deres pc ved siden af. Man kan sådan set begge dele, men der er noget omkring lyd kvalitet og billed kvalitet og sådan noget som man jo selvfølgelig kan vælge at skrue på, hvor godt skal det være? Vi valgte et relativt godt set up og også for at klinikkerne ikke nødvendigvis behøver at sidde med headset på for eksempel. Men det kræver ikke noget andet end det end standardudstyr. Altså Det er ikke noget du ikke kan købe alle mulige andre steder, og så kræver det selvfølgelig en fornuftig internetforbindelse.”

Koordinator ved Center for Digital Psykiatri

En medarbejder fra Afdelingen for Funktionelle Lidelser fortæller ligeledes, at det ikke kræver specielt udstyr at afvikle internetbaserede behandlingsforløb, og at de blot bruger de videokonferencerum, der allerede eksisterer i Region Midtjylland, når de har behov for at 'mødes' med patienterne. Fælles for begge interviews er altså, at det nødvendige udstyr til at afvikle forløb med guidet iKAT bliver beskrevet som, hvad de betegner som post covid 19 standardudstyr, som langt de fleste organisationer har adgang til i dag.

8.2.2 Krav til online-plattform og fagligt indhold

For at afvikle forløb med guidet iKAT har en organisation ud over fysisk IT-udstyr også behov for en digital platform på internettet, hvor det faglige indhold af forløbet ligger tilgængeligt, og hvor al den skriftlige dialog mellem patienten og terapeuten foregår. Platformen udgør desuden også rammerne for det faglige indhold og for hvilke funktionaliteter, det er muligt at implementere.

Fælles for både it-plattform og fagligt indhold er, at man enten kan købe adgang til eksisterende løsninger eller selv kan udvikle sit eget. De to centre har valgt forskellige tilgange til it-plattformen. Center for Digital Psykiatri har købt adgang til en hollandsk platform kaldet MindDistrict, hvilket de uddyber i følgende citat:

" Altså vi har jo købt ind på en hollandsk udbyder i dag som leverer en behandlings-plattform, som er en færdig platform, som er designet til at levere den her form for digital terapi som vi arbejder med. Så der køber vi ind og har en abonnementstjeneste, der stemmer. Vi betaler en eller anden pris per patient der anvender den. Og i og med at vi køber et færdigt produkt, som er underlagt EU-lovgivning, så er det også CE-mærket, og det lever op til de gældende krav som sådan en platform nu skal leve op til i forhold til datasikkerhed og så videre. Vi har en databehandleraftale med leverandøren og deres underleverandører i forhold til at sikre patientdata og alt det der, det fungerer. Adgangen til platformen den foregår via en webbrowser og en normal SL-krypteret forbindelse, så data ligesom også i transporten er sikret mellem platformen og den bruger der logger ind. Og det er sådan set ligegyldigt, om det er patienterne, der logger ind, eller om det behandlerne logger ind. Det foregår på samme måde og via samme teknologi."

Koordinator for Center for Digital Psykiatri

Koordinatoren fortæller, at platformen er driftssikker, og at de kun oplever ganske få fejl. Det er sket, at portalen har været nede, men så er den typisk oppe igen efter få minutter. Det har dog medført, at de har udarbejdet en retningslinje for, hvordan de håndterer sådanne episoder, men alt i alt beskrives det ikke som et problem. Koordinatoren fortæller også, at databehandleraftalen årligt at revideres med leverandører og underleverandører. Derudover skal centret løbende følge op på utilsigtede hændelser i programmet, så det ikke belaster patienterne, da det er vigtigt, at patienterne oplever et ' troværdigt og brugbart system'.

Koordinatoren understreger også, at der er ulemper forbundet med at købe sig adgang til en portal:

" Der er nogle tekniske begrænsninger i den platform, som vi har i dag. Der er nogle ting, vi godt kunne tænke os at gøre, og der er nogle ting, som grafikerne godt kunne tænke sig at gøre, der er nogle ting som psykologerne kunne tænke sig, at vi skulle kunne gøre, men som bare ikke teknisk muligt i den platform, der er i dag. Så jo, der er nogle begrænsninger, og der er nogle rammer, vi er nødt til at arbejde indenfor"

Koordinator for Center for Digital Psykiatri

Koordinatoren fortæller, at det dog inden for rammerne er muligt at udvikle indholdet til ens behov, men at det ikke er så lige til, som hvis de selv havde udviklet portalen. Helt anderledes ser det ud hos Afdeling for Funktionelle Lidelser, der selv har udviklet deres portal og dermed selv har mulighed for at tilpasse platformen til det faglige indhold, de ønsker at udvikle. Det betyder dog, at deres medarbejdersammensætning løbende har ændret sig, og centret har i dag både webudviklere, *user-experience* designere og koordinatore ansat til at håndtere det tekniske aspekt, og ikke mindst datasikkerheden, som er en stor opgave:

"Det er en stor ting. Det er en rigtig stor ting. Der er ikke nogen af os, der specifikt er specialister i sådan et område, så det er noget man lige så stille lærer at kende vejen i og hvad man overhovedet skal stille spørgsmål omkring og hvad der er vigtigere end andre ting, og hvornår det skal gøres, og der er rigtig mange spørgsmål, som vi ikke nødvendigvis bare kender til. En af grundene til, at man vælger Redcap for eksempel er fordi, at der er rigtig meget sikkerhed bygget ind i det, så der udliciterer vi ligesom noget af vores ansvar til Redcap og så ellers så er det jo vores webudviklere især og den platform vi har, der er det os selv, der står for it-sikkerheden. Men vi er også omgivet af et system og samarbejder med de sikkerhedskonsulenter, der er i regionen."

Teknisk medarbejder, Afdeling for Funktionelle Lidelser

Et tidligere citat vidnede om, at spørgsmålet om datasikkerheden i Internetpsykiatrien var en overkommelig opgave, hvilket hovedsageligt skyldes anvendelsen af den hollandske IT-platform, Mind-District. I Afdeling for Funktionelle Lidelser er spørgsmålet om datasikkerhed derimod en stor og kontinuerlig opgave, da de har valgt at udvikle deres egen portal. Medarbejderen beskriver dog, at de har valgt at anvende REDCap som database til deres øvelser og deres personfølsomme oplysninger, og på den måde er REDCap en hjælp i datasikkerhedsarbejdet på samme måde som Mind-District, men det dækker ikke hele platformen, kun de nævnte elementer. Det er dog ikke uden udfordringer at anvende REDCap, da det er en database, der oprindeligt er udviklet til forskning og ikke til drift. Medarbejderen pointerer netop også, at IT-sikkerhed og driftssikkerhed er noget af det, man køber sig til, hvis man køber sig adgang til en eksisterende platform såsom MindDistrict.

Hvor de to udbydere har valgt forskellige løsninger, hvad angår valg af IT-platform, har begge udbydere valgt selv at udvikle det faglige indhold, der tilgås via nævnte platforme. Begge udbydere beskriver udviklingen af det faglige indhold som et stort og langvarigt arbejde. De fortæller også, at det er muligt at købe færdige behandlingsforløb på flere platforme, herunder MindDistrict, men at det er forbundet med store kulturelle og forståelsesmæssige udfordringer, der skal tilrettes og afprøves, før det kan ibrugtages. De to udbydere er dog enige om, at der kan spares mange timer på at anvende fagligt indhold, der allerede er afprøvet/valideret på målgruppen, frem for at udvikle sit eget. Derudover pointerer begge udbydere, at transitionen fra forskningsprojekt til drift kan være udfordrende og nævner bl.a. at opnåelsen af stabilt patientflow, skift af platform/server fra udvikling til drift, oparbejdelse af en bæredygtig organisation og betalingsaftaler er noget af det, der udfordrer overgangen, hvilket er udfordringer, der også ses i litteraturen [57,58].

Opsummerende viser ovenstående fund, at der både er fordele og ulemper forbundet med hver af de to tilgange, som de to udbydere har valgt med enten at udvikle sin egen platform eller købe sig adgang til en eksisterende. Kort sagt giver interviewene en forståelse af, at en indkøbt platform bidrager til driftssikkerhed og datasikkerhed, men på bekostning af tilpasningsevne til at udvikle eget fagligt indhold, hvorimod det modsatte gør sig gældende for en udviklet platform.

8.2.3 Krav til organisation og medarbejdere

Som led i afdækningen af, hvad det kræver at afvikle forløb med guidet IKAT, viser litteraturen og interviewene, at det ikke kun handler om udstyr, digitale platforme og fagligt indhold, men også om medarbejdere og organisationen som helhed.

Specifikt nævner flere studier, at gode skriftlige kompetencer er en nødvendighed for at tilbyde effektiv IKAT. Mere specifikt beskriver flere studier, at det handler om at være klar og kortfattet i kommunikationen med patienten, at udvikle en høj grad af opmærksomhed på, hvilken slags feedback og præsentationsstil individuelle patienter reagerer på, og at have evnen til at læse imellem linjerne for at bevæge kommunikationen fremad og begrænse behovet for afklarende spørgsmål, der kan bremse terapiens fremskridt. At opnå gode skriftlige kommunikationer kan være en udfordring, da skriftlig feedback til patienterne typisk ikke er noget, som terapeuterne er trænet i, og det desuden er en evne, der er svært at oparbejde [57,58]. Her har det dog, særligt for de mere uerfarne terapeuter, en fordel, at kommunikationen er asynkron:

"Det er jo sådan en af de fordele, hvis du er en ung psykolog, der skal i gang med at lave behandling, så kan du lave et udkast og vende det i en supervision, om det er en god måde at svare på det her på. Du kan gå ind og få nogle eksempler på, hvordan man kan svare på forskellige typer af problemer, der relaterer sig til nogle bestemte metoder"

Faglig leder, Center for Digital Psykiatri

Behovet for supervision og træning er også nævnt i litteraturen som vigtige elementer, når der arbejdes med guidet iKAT [57,59]. Selvom der, som i ovenstående, kan findes eksempler på fordele for medarbejderne ved at arbejde med guidet iKAT, finder andre dog, at overgangen fra den verbale dialog til den asynkrone skriftlige dialog er svær:

"Men for nogle er det meget frustrerende og de kan ligesom ikke se sig selv i det der med at omlægge til det format. Det kræver selvfølgelig, at der er nogle, der har flair for det, man jo også kan se, at det giver mening for dem at arbejde på den måde. Du får heller ikke den samme feedback som behandler som du gør, når du sidder overfor en og der menneskelige kontakt og du hele tiden kan spejle og se hvad sker der."

Faglig leder, Afdeling for Funktionelle Lidelser

Manglen på menneskelig kontakt er sandsynligvis medvirkende til, at iKAT ikke er et format alle medarbejdere, der er vant til det terapeutiske arbejde, kan forlige sig med og trives i. I litteraturen findes beskrivelser, der kan betegnes som 'Digital Burnout', hvor terapeuten brænder ud af overload og/eller kedsomhed på grund af de hyppige, kortvarige og ofte asynkrone interaktioner med patienten[57]. Adspurgte er det også et fænomen, som de kender til i både Afdeling for Funktionelle lidelser og Center for Digital Psykiatri.

"Mange af dem [psykologerne red.] siger, at de kan kun opstarte en håndfuld eller lidt mere af gangen, fordi hvis de er cirka samme sted i programmet, så begynder de sådan. Hvem er hvem? Hvem er det jeg skriver med? Altså fordi det bliver helt udvisket... Det er en diskussion jeg også har haft med nogle af de kontakter vi har haft i Sverige oppe i internetpsykiatrien deroppe, som er længere fremme, altså det der med at der er en begrænsning på hvor mange man reelt kan have. Det kan selvfølgelig variere den fra person til person, men der er en eller anden grænse, hvor at jo flere du har, jo større risiko er der for den her burnout. Det flyder sammen og bliver til en grød, og så kan du ikke give en god behandling."

I Center for Digital Psykiatri er de også opmærksomme på udfordringen ved udelukkende at arbejde digitalt, men har et andet syn på, hvor den øvre tærskel er for hvor mange aktive patientforløb, en terapeut kan have på et givent tidspunkt. Her har de som udgangspunkt lagt en øvre grænse på 28 aktive sager, hvilket dog ligger over deres gennemsnit, der på nuværende tidspunkt ligger omkring 20-23. Hvor den endelige øvre grænse skal ligge, ved de endnu ikke. En løsning på udfordringen med digital-burnout og/eller kedsomhed kan være at kombinere guidet iKAT med face-to-face terapi, som det foreslås i Folker et al 2018 [60], og som i øvrigt praktiseres i Afdeling for Funktionelle Lidelser. Center for Digital Psykiatri pointerer i relation hertil, at det ikke kun handler om antal, men at det fysiske rum og indretningen heraf også spiller ind på medarbejdernes trivsel med det at arbejde digitalt. Selvom meget af arbejdet er asynkront, er det f.eks. ikke optimalt at arbejde i storrumskontor, og de har derfor afprøvet forskellige løsninger på at give terapeuterne et arbejdsmiljø, der bedre matcher det terapeutiske arbejde i en kontekst.

” Videoløsningen er ikke bare en løsning, som kan føre til bedre forbrug af plads. Det kræver, at man er meget opmærksom på det psykiske miljø og på og skabe et trygt rum også for psykologer, som udreder.”

Faglig leder, Center for Digital Psykiatri

Selvom det dårligt kan klassificeres som krav til medarbejderen eller organisationen, bliver der i ovenstående udledt en række opmærksomhedspunkter omkring det at arbejde internetbaseret og asynkront. Det er et format, der er markant anderledes end face-to-face terapeutarbejde, og det er noget, som terapeuterne skal omstilles til, og som ikke alle lykkes med. Hvis man skal gøre en intervention bæredygtig, tyder det således på, at man også skal gøre sig overvejelser om diversificerede opgaveporteføljer og øvre grænser for, hvor mange aktive onlineforløb en terapeut kan håndtere uden at opleve digitalt burnout.

8.2.4 Opsummering for undersøgelsesspørgsmål 5

Undersøgelsesspørgsmålet har til formål at belyse, hvilke centrale krav, der skal være opfyldt, før en given potentiel udbyder kan afvikle forløb med guidet iKAT.

Hvad angår krav til IT-udstyr så indikerer analysen, at afviklingen af iKAT forløb ikke kræver IT-udstyr ud over det, der kan anses som normalt udstyr post Covid-19. Det eneste, der fremhæves som ekstraordinært udstyr, er en god mikrofon.

Hvad angår krav til IT-plattform og fagligt indhold, så fremgår det af ovenstående, at platform og fagligt indhold er sammenhængende og begge dele er nødvendige for at kunne afvikle iKAT forløb. Fælles for IT-plattform og fagligt indhold er, at begge dele enten kan indkøbes eller udvikles. En købt IT-portal er ofte mere driftssikker, og størstedelen af arbejdet med datasikkerhed er placeret hos udbyderen. Til gengæld er en købt portal ufleksibel, og det kan derfor være udfordrende og tidskrævende at implementere fagligt indhold med nyudviklede funktionaliteter. Det modsatte gør sig gældende for en selv-udviklet portal, idet datasikkerheden er en stor opgave, men fleksibiliteten ift. samspillet med det faglige indhold er høj. Således er der fordele og ulemper ved både en købt løsning og en selvudviklet løsning. Lignende konklusioner gør sig også gældende for det faglige materiale, hvor det ligeledes er muligt at købe et velafprøvet materiale, men hvor det ofte vil være nødvendigt efterfølgende at tilpasse til en dansk kontekst, hvilket er medvirkende til, at begge aktører har udviklet eget faglige materiale.

Hvad angår krav til organisation og medarbejdere er det ligeledes tydeligt, at iKAT er markant anderledes end ansigt-til-ansigt terapi, og terapeuter skal tilpasse sig til det digitale arbejde. For at sikre

bæredygtighed skal organisationen gøre sig overvejelser om sammensætningen af opgaveporteføljer og eventuelt sætte grænser for antal onlineforløb, hvilket kan bidrage til at undgå, at medarbejderne oplever 'digitalt burnout'.

8.3 Resultater for undersøgelsesspørgsmål 6 – Sammenhængen mellem guidet iKAT og det resterende sundhedsvæsen

Formålet med undersøgelsesspørgsmålet er at belyse, hvilke implikationer, der kan være forbundet med at initiere behandlingsforløb uden forudgående henvisning fra egen læge, og belyse sammenhængen mellem sådanne forkøb og resten af sundhedsvæsenet. Dette ud fra en opmærksomhed på, at flere udbydere både i udlandet og Danmark anvender selvhenvisning til borgere med psykiske lidelser såsom angst og depression, hvilket kan udgøre en risiko for at miste kontinuitet i behandlingen, hvis det selvinitierede behandlingsforløb ikke formår at afhjælpe vedkommende, og patientens egen læge ikke er informeret herom.

Undersøgelsesspørgsmål 6a	Hvordan er sammenhængen mellem guidet iKAT og det resterende sundhedsvæsen sammenlignet med et standardforløb til personer med moderat depression?
Undersøgelsesspørgsmål 6b	Hvilke Organisatoriske implikationer er der forbundet ved at tilbyde guidet iKAT uden forudgående henvisning?

Undersøgelsesspørgsmålet belyses med udgangspunkt i fund fra de udvalgte studier og suppleres af fund fra de to fokusgruppeinterviews med Center for Digital Psykiatri og Afdeling for Funktionelle Lidelser.

Sammenhænge mellem guidet iKAT forløb og egen læge

Spørgsmålet om henvisning til personer i psykisk mistrivsel er blevet undersøgt sporadisk de seneste 20 år. På trods heraf har det ikke været muligt at finde studier, der sammenligner samlede behandlingsforløb, der er opstartet via egen læge eller via selvhenvisning og/eller egenbetaling. Noget af det mest relevante, det har været muligt at finde, er en opgørelse fra Internetpsykiatrien, der viser, hvordan de ansøgende patienter har hørt om tilbuddet. Her viser tallene, at 36 % er blevet anbefalet Internetpsykiatrien eller har snakket om det hos egen læge, og 29 % har fundet det på nettet [61]. Den resterende del har enten hørt om det på jobcentret, fra venner eller familier, fra medier eller også ved de det ikke.

Da det ikke har været muligt at få indsigt i det samlede behandlingsforløb for personer, der gennemgår iKAT forløb, har fagudvalget undersøgt, i hvilken grad lægerne til de selvhenviste patienter, der gennemgår et onlineforløb, får oplysninger om behandlingen. Center for Digital Psykiatri har oplyst, at cirka 90 % af alle ansøgere til behandlingen i 2022 samtykkede til, at Centret måtte dele oplysninger om behandlingen med patientens egen læge. Lignende tendens kan findes ved Afdeling for Funktionelle Lidelser, hvor det for stort set samtlige patienter gør sig gældende, at de samtykker til, at deres egen læge får et opstartsnotat og et afslutningsnotat efter endt behandling, så de er informeret om, hvilken behandling, der er foregået. Disse tal fortæller ikke noget om, hvad der efterfølgende sker med patienterne, men de vidner om, at to af de store udbydere af onlineterapi i Danmark, der tilbyder behandling til selvhenvisere, i langt de fleste tilfælde sørger for, at patientens egen læge

bliver orienteret om behandlingen. Dermed øges muligheden for at skabe kontinuitet i behandlingen. En anden pointe, der er væsentlig ift. at etablere en sammenhæng med det resterende sundhedsvæsen for de personer, der modtager behandling for depression, er, at Sundhedsstyrelsen i en retningslinje beskriver, at det for mange patienter kan være gunstigt at kombinere kognitiv adfærdsterapi med medicinsk behandling, hvilket Internetpsykiatrien ikke har mulighed for at ordinere¹⁴.

Er selvhenvisere bare bekymrede raske?

I nedenstående afsnit undersøges en anden problematik, der ofte forbindes med selvhenvisning, der omhandler, at selvhenvisning tiltrækker for mange bekymrede raske, og dermed tager behandlingskapacitet fra dem, der har brug for behandling. Der er foretaget flere studier, der omhandler ligheder og forskelle mellem selvhenvisere og henviste til behandling af psykisk mistrivsel herunder angst, depression mm. Det har derimod ikke været muligt at finde studier, der har en population, der er identisk med populationen i nærværende rapport. I England har man siden slutningen af årtusindeskiftet beskæftiget sig med at imødekomme modviljen til at søge formel hjælp, hvilket er set som et stort problem i forsøget på at reducere forekomsten af angst og depression. Derfor har man i England forsøgt at tilbyde alternative behandlingsformer, der ikke kræver henvisning fra egen læge, som blandet andet kan være forbundet med stigma, hvilket kan medvirke til, at nogle undlader at konsultere deres læge om deres mentale helbredsudfordringer [62]. En Tværseksionsanalyse af 196 personer, der selvhenviste sig til community-workshops, blev udført ved hjælp af den kliniske interviewplan (CIS-R) inden for psykiatrisk interview og selvrapporteringsevalueringer ved hjælp af Beck Depression Inventory (BDI) og Spielberger Trait Anxiety Inventory (STAI-T) skalaen. Resultaterne af undersøgelsen viste, at 72,2 % af alle selvhenvisende personer til workshoppen om Self-Confidence¹⁵ (n=106) havde en ICD-10 diagnose. Ud af alle selvhenviste personer, der fik konstateret en ICD-10 diagnose, havde 20 % aldrig set deres læge omkring angst/depressions problematikker [63]. Dette studie medvirkede til udviklingen af det britiske sundhedsinitiativ '*Improving Access to Psychological Therapies*' (IAPT), som bl.a. førte til at udvide et KAT tilbud i Newham til at acceptere selvhenvisere. Da Newham netop var en del af IAPT, var opfordringen til lægerne at henvise alle med depression og alle angstlidelser (inklusive OCD og PTSD), samt nogle andre almindelige mentale sundhedsproblemer. En evaluering af tilbuddet fra 2009 finder, at 203 personer (22,8%) henviste sig selv, mens 688 (77,2%) blev henvist af praktiserende læger. I de sidste tre måneder af evalueringen var andelen af selvhenvisere steget til 42 %. Ved den initiale måling scorede 76 % af personerne over den kliniske tærskelværdi for depression på PHQ-9 (en score på 10 eller højere), hvoraf 28% blev betragtet som "alvorlige" (20 eller højere). I evalueringsrapporten betragtes patienter som en klinisk 'sag', hvis patienterne scorer over den kliniske tærskelværdi på PHQ-9 eller GAD-7, og derudfra havde 86 % af de henviste personer kliniske tilfælde af depression og/eller angstlidelser. En central konklusion fra evalueringen er, at sammenligninger af selvhenvisende og lægehenviste patienter viste, at selvhenvisende patienter havde tilsvarende høje PHQ-9- og GAD-7-score som lægehenviste, men de havde tendens til (uden signifikans) at have haft deres problem i længere tid [64]. Derudover viste studiet i Newham, at selvhenvisere ikke var mindre tilbøjelige til at komme sig end de lægehenviste [65]. Et stort komparativt studie fra Australien med >9000 patienter, der sammenligner lægehenviste og selvhenviste, finder, at der blandt de behandlede er lignende depressionssymptomer og gode behandlingsresultater for både de henviste og de selvhenviste patienter. Andelen af patienter, der starter i behandling, er dog større blandt de lægehenviste, men årsagen hertil fremgår ikke tydeligt [66].

¹⁴ Det samme gør sig også gældende i forkøb hos privatpraktiserende psykologer

¹⁵ Et fund fra de første forsøg med workshops var, at der var meget få tilmeldere til workshops om depression, og derfor ændrede de navnet på workshoppen til Self-Confidence

En bredere målgruppe

Et andet vigtigt fund, der går på tværs af studierne forud for og efter IAPT-initiativet er, at selvhenvise mere præcist matcher den etniske sammensætning i samfundet (minoriteter var underrepræsenteret blandt læge-henviste) og havde højere forekomster af PTSD (posttraumatisk stresslidelse) og social fobi, begge tilstande, der traditionelt har tendens til at blive undervurderet [65]. I Norge opstartede 'Rask psykisk helsehjælp' i perioden fra 2010-2014 med udgangspunkt i IAPT. Et studie af interventionen (n=526) finder modsat de forrige studier fra England ikke, at forskelle i henvisningstype var forbundet med nogen af de inkluderede demografiske variabler (alder, køn, uddannelsesniveau, civilstand, beskæftigelsesstatus, indvandrerbaggrund), og selvhenvisning bidrog derfor ikke til at forbedre adgangen for typisk underrepræsenterede grupper [67].

Erfaringer med selvhenvisning fra Danmark

Som tidligere beskrevet har både Center for Digital Psykiatri og Afdeling for Funktionelle Lidelser erfaringer med at arbejde med selvhenvisning. Under interviewet med Afdeling for Funktionelle lidelser informerer de om, at der opstartes lige så mange procent af de selvhenviste som af de henviste, og de ser dermed ikke tegn på, at lægerne er bedre til at henvise de rigtige patienter, end borgeren selv er. Den faglige leder derfra nævner dog også en ulempe, der er forbundet med selvhenvisning:

"Man kan få nogle patienter, der ikke er helt så klar over, hvad de egentlig går ind til. Og du måske har en eller anden forestilling om det er noget andet. Hvis du bliver henvist, så får du en indkaldelse og møder op ad hospitalsafdeling, så er der ikke meget tvivl om, hvad det her er, men hvis du sådan lidt hurtigt og spontant henvender dig eller logger ind med mitID, udfylder et spørgeskema du måske ikke helt er klar over, hvad er det egentlig, der skal foregå, og der kan også være noget motivation, som kan være mere svingende. Til gengæld er fordelene så, at man kan omgå noget af den ventetid der ligger i de processer."

Faglig leder, Afdeling for Funktionelle Lidelser

Derudover nævner den faglige leder også, at patienten måske ikke er klar over, hvilke konsekvenser det kan have at opstarte et forløb, idet der bliver udarbejdet notater, der kommer til at ligge i deres sundhedsjournaler, hvilket en selvhenviser typisk ikke er klar over. Begge de interviewede udbydere pointerer også en række fordele ved selvhenvisninger, såsom at det ikke kræver henvendelse til egen læge, hvilket kan være en udfordring både for de mennesker, der ikke har tid, og for dem, der helst undgår kontakt med egen læge, eller som ikke har lyst til at italesætte mentale helbredsudfordringer over for deres læge, [68].

På trods af en række fordele ved selvhenvisning, ser Center for Digital Sundhed og Afdeling for Funktionelle Lidelser fordele i at være et tilbud, som borgeren skal henvises til. En del af årsagen skyldes, at begge aktører har oplevet udfordringer ved at gå fra udvikling til drift, hvor særligt økonomien og indgåelse af aftaler med regionerne har udfordret. Derudover fortæller den faglige leder fra Center for Digital Psykiatri, at ulempen ved udelukkende at arbejde med selvhenvisning er, at mange potentielt relevante patienter henvises til privatpraktiserende psykologer, selvom et forløb i Internetpsykiatrien for mange sandsynligvis havde været tilstrækkeligt, hvilket bl.a. skyldes, at lægerne ikke har mulighed for at henvise patienterne til Internetpsykiatrien på nuværende tidspunkt. Det handler dog i høj grad også om, hvor kendt et tilbud Internetpsykiatrien er for de praktiserende læger, da de ellers ikke kan orientere patienterne om tilbuddet.

8.3.1 Opsummering for undersøgelsesspørgsmål 6

Sammenfattende har det ikke været muligt at finde studier, der beskriver sammenhængen mellem guidet iKAT og det resterende sundhedsvæsen sammenlignet med et standardforløb til personer med moderat depression. Interviews med Center for Digital Psykiatri og Afdeling for Funktionelle Lidelser har dog vist, at langt størstedelen af patienterne samtykker til, at Centret må dele informationer om den behandling patienten har modtaget med patientens egen læge, hvorved der skabes sammenhæng til det resterende sundhedsvæsen.

Gennem litteraturen har det været muligt at identificere en række implikationer forbundet med at tilbyde behandling, om end ikke iKAT, til personer med let eller moderat depression, uden forudgående henvisning. På baggrund af de inkluderede studier kan det konstateres, at der i cirka 25 år har været forsøg med selvhenvisning til tilbud for mentale helbredsudfordringer, herunder primært angst og depression. Studier fra England og Australien har vist, at størstedelen af selvhenvisere og lægehenviste har tilsvarende høje depressionssymptomer målt på PHQ9 og GAD-7. Et andet fund i studierne er, at muligheden for selvhenvisning øger deltagelsen blandt nogle af de befolkningsgrupper, der normalt er underrepræsenterede, omend dette ikke gør sig gældende i alle studier. Generelt indeholder den inkluderede litteratur i overvejende grad positive fund ved selvhenvisning, herunder særligt, at selvhenvisning kan være en oplagt mulighed for at øge tilgængeligheden af behandling for patienter med mentale helbredsudfordringer såsom depression og angst. Center for Digital Psykiatri og Afdeling for Funktionelle Lidelser nævner også positive elementer ved selvhenvisninger, men fremhæver også negative elementer såsom besværlig økonomi og manglende sammenhæng til resten af sundhedsvæsenet, hvilket gør, at begge aktører ser fordele i at være et tilbud, der kan henvises til.

8.4 Resultater fra undersøgelsesspørgsmål 5 – Medarbejderressourceforbrug

Undersøgelsesspørgsmål 7 har til formål at undersøge, om der kan registreres forskelle i det tidsforbrug, der relaterer sig til at afvikle et digitalt forløb med guidet iKAT for voksne med let-moderat depression og et lignende behandlingsforløb ansigt til ansigt. Mere specifikt ser sammenligningen nærmere på tidsforbruget per patientforløb hos hhv. Internetpsykiatrien, egen læge og privatpraktiserende psykolog.

Undersøgelsesspørgsmål 7

Hvilket medarbejderrelateret ressourceforbrug er forbundet med at afvikle et guidet iKAT forløb sammenlignet med at afvikle et lignende tilbud ansigt til ansigt?

Undersøgelsesspørgsmålet belyses hovedsageligt af Rasmussen et al 2023 og suppleres af fund fra fokusgruppeinterviewet med Center for Digital Psykiatri og af udtalelser fra fagudvalget.

Afvigelse fra design

I analysedesignet var undersøgelsesspørgsmålets fokus udelukkende moderat depression, fordi det er et tema i Organisatorisk implikationer, at se på sammenhænge i sundhedsvæsenet og fordi patienter med let depression typisk ikke henvises til udredning og behandling. Af hensyn til resten

af rapportens fokus tilpasses målgruppen og de inkluderede interventioner for undersøgelses-spørgsmålet til at matche resten af rapporten

Guidet iKAT i Internetpsykiatrien

Medarbejderressourceforbruget i internetpsykiatrien er belyst i Rasmussen et al 2017 og bliver desuden drøftet i interviewet med Center for Digital Psykiatri. I Rasmussen et al 2017 angives medarbejderressourceforbruget til 6,9 timer per forløb [69]. I interviewet med Center for Digital Psykiatri præciserer den faglige leder, at tallet ligger stabilt på syv timer. Tidsforbrug inkluderer det samlede tidsforbrug forbundet med den enkelte patient, herunder alt fra screening og forsamtale til afsluttende notat.

Samtaleterapi ved egen læge

Ses der på medarbejderressourceforbruget forbundet med et samtaleterapiforløb ved egen læge, så angiver Rasmussen et al 2017, at egen læge kan tilbyde syv samtaleterapiforløbsydelser pr. patient pr. løbende år. I særlige tilfælde kan der dog efter denne aftale ydes op til 12 samtaleterapiforløbsydelser pr. patient pr. løbende år. I rapporten skønnes det, at et typisk forløb består af fem samtale-sessioner. Hver samtaleterapisession har en varighed på 30 minutter og medarbejderressourceforbruget forbundet med et typisk samtaleterapiforløb ved egen læge er derfor omkring 2,5 timer.

KAT hos privatpraktiserende psykolog

Medarbejderressourceforbruget per patientforløb hos de privatpraktiserende psykologer belyses ligeledes i Rasmussen et al 2017. En henvisning til privatpraktiserende psykolog giver mulighed for op til 12 psykologsamtaler, som har en varighed på 45–60 minutter. Ifølge interviews foretaget ifm. rapporten er en patient typisk færdigbehandlet efter 6-12 samtaler, men derudover planlægges ofte en opfølgende samtale med patienten efter 1-2 måneder. Hvis patienten ikke er færdigbehandlet efter 12 måneder, har patienten mulighed for at konsultere egen læge med henblik på at få vurderet indikationen for en genhenvisning til yderligere maksimalt 12 samtaler. I Rasmussen et al angiver de på baggrund af en evaluering af Fjeldsted og Christensen, at det gennemsnitlige timeforbrug per forløb hos privatpraktiserende psykologer er 8,9 timer[58].

8.4.1 Opsummering for undersøgelsesspørgsmål 7

Undersøgelsesspørgsmål 7 har til formål at besvare, om der kan registreres forskelle i det tidsforbrug, der relaterer sig til at afvikle et digitalt forløb med guidet iKAT for voksne med let-moderat depression og et lignende behandlingsforløb ansigt til ansigt. Baseret på de tilgængelige data er medarbejderressourceforbruget per patientforløb i gennemsnit syv timer for iKAT i Internetpsykiatrien, 2,5 timer for samtaleterapi ved egen læge og 8,9 timer for KAT hos privatpraktiserende psykologer.

8.5 Evidensens kvalitet

Med henblik på at vurdere tilliden til resultaterne præsenteret i afsnit 7, vil validiteten og overførbareheden af den inkluderede litteratur diskuteres. Der er ikke foretaget en formel evidenskvalitetsvurdering af den inkluderede videnskabelige litteratur, da den blev anvendt til at identificere og belyse overordnede tematikker, der har betydning for de Organisatoriske implikationer.

For at finde tilstrækkeligt litteratur, var det nødvendigt at inddrage studier, der dels ikke håndterer de Organisatoriske implikationer komparativt med de udvalgte komparatorer, og dels at inkludere studier af interventioner, der ikke er præcist overførbare til guidet iKAT. Eksempler på dette er Brown et al og Clark et al, der ikke undersøger selvhenvisning til et internetbaseret tilbud, men derimod til lavintensitets-communityworkshops til voksne med angst og depression. Alligevel er der generelt betydelige overlap mellem de fund, der gøres i litteraturen og som afdækkes gennem de to fokus-gruppeinterviews.

Til trods for nuancerne i interventionen og patientpopulationen, der analyseres i litteraturen, vurderer fagudvalget, at tematikkerne, der er afdækket, er valide og repræsentative for en dansk kontekst for arbejdet med guidet iKAT til behandling af voksne med depression.

8.6 Samlet vurdering

Undersøgelsesspørgsmål 5 omhandler, hvad det kræver af en organisation at kunne afvikle guidede iKAT forløb. Besvarelsen indikerer, at det ikke kræver IT-udstyr ud over det, der kan anses som normalt udstyr post Covid-19. Det kræver en IT-plattform og fagligt indhold, der begge enten kan indkøbes eller udvikles. En købt IT-plattform er ofte mere driftssikker, og størstedelen af arbejdet med datasikkerhed er placeret hos udbyderen. Til gengæld er en købt IT-plattform ufleksibel, og det kan derfor være udfordrende og tidskrævende at implementere nyt fagligt indhold. Det modsatte gør sig gældende for en selvudviklet portal, idet opbygningen af portalen og det løbende arbejde med datasikkerheden er store opgaver, men fleksibiliteten ift. samspillet med det faglige indhold er høj. Således er der fordele og ulemper ved både en købt løsning og en selvudviklet løsning. Lignende konklusioner gør sig også gældende for det faglige materiale, hvor det ligeledes er muligt at købe velafprøvet materiale, men hvor det ofte vil være nødvendigt efterfølgende at tilpasse til en dansk kontekst. Endeligt afdækkes krav til organisation og medarbejdere, hvor det fremhæves, at det er markant anderledes at arbejde med guidet iKAT end med ansigt-til-ansigt terapi, og at terapeuter dermed skal tilpasse sig til det digitale arbejde. For at sikre et ordentligt arbejdsmiljø og fastholdelse af medarbejdere fremhæves det, at organisationen skal gøre sig overvejelser om sammensætningen af opgaveporteføljer og sætte grænser for antal patientforløb for at undgå, at terapeuterne oplever 'digitalt burnout'.

Undersøgelsesspørgsmål 6 omhandler sammenhængen mellem guidet iKAT og det resterende sundhedsvæsen sammenlignet med et standardforløb til personer med moderat depression. Det har ikke været muligt at finde relevante studier til at afdække spørgsmålet. Interviews med Center for Digital Psykiatri og Afdeling for Funktionelle Lidelser har dog vist, at de informerer langt størstedelen af patienternes egne læger om den behandling, som patienten har modtaget. Derudover afdækker undersøgelsesspørgsmål 6 implikationer forbundet med at tilbyde behandling til personer med let eller moderat depression uden forudgående henvisning. Studier fra England og Australien har vist, at selvhenvisere og lægehenviste i stor udstrækning har tilsvarende depressionssymptomer. Et andet fund i studierne er, at muligheden for selvhenvisning øger deltagelsen af nogle af de befolkningsgrupper, der normalt er underrepræsenterede, hvilket dog ikke gør sig gældende i alle studier. Generelt indeholder den inkluderede litteratur i overvejende grad positive fund ved selvhenvisning, herunder særligt at selvhenvisning kan være en oplagt mulighed for at øge tilgængeligheden af behandling for mentale helbredsudfordringer såsom depression og angst. Center for Digital Psykiatri og Afdeling for Funktionelle Lidelser nævner positive aspekter ved selvhenvisninger, men fremhæver også negative elementer såsom besværlig økonomi og manglende sammenhæng til resten af sundhedsvæsenet, hvilket gør, at de begge ser fordele i at arbejde med behandlingstilbud, der kan henvises til.

Undersøgelsesspørgsmål 7 omhandler medarbejderressourceforbrug. Baseret på de tilgængelige data er medarbejderressourceforbruget per patientforløb i gennemsnit syv timer for guidet iKAT i Internetpsykiatrien, 2,5 timer for samtaleterapi ved egen læger og 8,9 timer for KAT hos privatpraktiserende psykologer.

Fagudvalget vurderer, at guidet iKAT bør varetages af sundhedsprofessionelle eller medarbejdere med en terapeutisk uddannelse, samt at alle, der arbejder med guidet iKAT, bør undervises i formatet, ligesom supervision er afgørende. Derudover pointerer fagudvalget, at der med alle nye initiativer bør være et skærpet fokus på løbende kvalitetssikring. Fagudvalget bemærker desuden, at der i lyset af den digitale udvikling bør udvikles en fælles-dansk platform, som udbydere af digital psykologisk behandling kan arbejde i.

Fagudvalget vurderer, at det er vigtigt, at der eksisterer en stærk sammenhæng mellem sundhedsydelser, hvorfor fagudvalget bemærker, at behandlingsforløb med guidet iKAT bør initieres gennem henvisning fra egen læge. Fagudvalget vurderer dog, at der kan være væsentlige gevinster forbundet med også at tillade selvhenvisning til den undersøgte målgruppe, men pointerer vigtigheden af grundig screening for at sikre, at det er de rigtige, der får tilbudt behandling.

9 Sundhedsøkonomi

I dette afsnit præsenteres metoden samt resultaterne bag de sundhedsøkonomiske analyser. Fagudvalget har opstillet nedenstående undersøgelsesspørgsmål inden for det sundhedsøkonomiske perspektiv.

Undersøgelsesspørgsmål 8

Hvad er omkostningseffektiviteten ved guidet iKAT til voksne med let eller moderat depression?

Undersøgelsesspørgsmål 9

Hvad er de budgetmæssige konsekvenser af en national implementering af guidet iKAT?

På baggrund af undersøgelsesspørgsmålene er der udført en omkostningsanalyse og en budgetkonsekvensanalyse (BIA). Specifikationerne for de udførte analyser er angivet i Tabel 15. I de næste afsnit fremgår datagrundlag, analyse og resultaterne for hvert undersøgelsesspørgsmål. Til sidst præsenterer fagudvalget en samlet vurdering af de sundhedsøkonomiske resultater.

Afvigelse fra analysedesign

Der skulle ifølge designet udarbejdes en omkostningseffektivitetsanalyse. Dette er ikke fundet relevant, grundet resultaterne fra Klinisk effekt og sikkerhed, da der ikke er identificeret en klinisk entydig effektforskel mellem tilbuddene, se afsnit 6.2. Ydermere er de identificerede sundhedsøkonomiske studiers population ikke fundet sammenlignelige med nærværende analyses population eller af en kvalitet, der kunne overføres til dansk kontekst, da data omhandlende effekten ikke stemte overens med det bagvedliggende RCT, eller ikke stammede fra en population i behandling. Derfor udarbejdes i stedet en omkostningsanalyse.

Der er ikke udført PSA, da omkostningsestimaterne baseres på ranges og ikke gennemsnit.

Tabel 15 - Rammer for den sundhedsøkonomiske analyse og budgetkonsekvensanalysen.

	Sundhedsøkonomisk analyse	Budgetkonsekvensanalyse
Alternativ(er)	• Samtaleterapi ved egen læge • Kognitiv adfærdsterapi ved uddannet behandler - KAT	
Analysemetode	Omkostningsanalyse	Kasseøkonomisk analyse
Effektmål	Ikke relevant	
Tidshorisont	Et gennemsnitligt forløb	5 år
Metode til ekstrapolering	Ikke relevant	
Omkostningsperspektiv	Begrænset samfundsperspektiv	Regionale sundhedsbudgetter, beregnet samlet for de fem regioner
Omkostningskomponenter, der som minimum skal estimeres	Forløbsomkostninger til guidet iKAT Patienternes tid, transport og egenbetaling Takster for almen praksis Takster til psykolog under tilskudsordning	Forløbsomkostninger til guidet iKAT
Følsomhedsanalyser	• One-way analyser • Scenarieanalyser	• Scenarieanalyser

9.1 Datagrundlag og analyse

Datagrundlaget og inputs til den sundhedsøkonomiske analyse og budgetkonsekvensanalysen udgøres af en række datakilder, som vil blive præsenteret i de følgende afsnit. Derudover præsenteres databehandlingen herunder metoder og rammer for hver af analyserne.

9.1.1 Litteratursøgning

Der er foretaget en systematisk litteratursøgning efter reviews og efterfølgende primærstudier. Litteratursøgningerne er udført af Behandlingsrådets interne søgespecialist ud fra anvisning af sekretariatet og fagudvalget, der har identificeret nøgleordene, der danner grundlag for søgestrategierne. Følgende databaser er afsøgt: PubMed, Embase, Cochrane Library og CINAHL. Ved analysens overordnet søgning, blev et review fra 2021 fundet, søgningen er derfor en opdatering herefter. Litteratursøgningerne er derfor begrænset til videnskabelig litteratur fra 01-01-2020 og er afgrænset til sprogene; dansk, engelsk, norsk og svensk. Søgningerne er foretaget 16-05-2023. Se oversigt over søgeresultater for hver database samt søgestrengene i Bilag 9.

Litteraturudvælgelsen af systematiske reviews og primærstudier er udført af sekretariatet vha. *Covidence systematic review software* (Veritas Health Innovation, Melbourne, Australia, www.covidence.org). Studierne er gennemgået på titel/abstract-niveau og efterfølgende på fuldttekstniveau. Litteraturudvælgelsen baserer sig på opstillede inklusions- og eksklusionskriterier, som fremgår af Tabel 16.

Tabel 16 – In- og eksklusionskriterier for den identificeret litteratur til det Sundhedsøkonomiske perspektiv.

Inklusion	Eksklusion
Guidet iKAT	selvhjælp
Mild eller moderat depression	Venteliste som komparator
KAT	Un-guidet
TAU	
Omkostningseffektivitetsanalyser, omkostningskonsekvensanalyser, cost-utility analyser.	

9.1.1.1 Inkluderede studier

Der er i alt identificeret fire studier; et review samt tre primærstudier, der undersøger omkostningseffektiviteten af guidet iKAT til behandling af let eller moderat depression og sammenligner med TAU og KAT. Studiekarakteristika for de identificerede studier ses i Tabel 17.

De identificerede studier passer på analysens in- og eksklusionskriterier, men er ikke fundet relevante til at danne datagrundlag for en omkostningseffektivitetsanalyse, da data ikke vurderes at kunne afspejle en dansk kontekst samt effektdata fremgår ikke i Klinisk effekt og sikkerhed, da de ikke stemmer overens med de bagvedliggende RCT-studier. Ydermere finder Klinisk effekt og sikkerhed ikke nogen entydig effektforskel mellem intervention og komparator, se afsnit 6.2. Derfor består besvarelsen af undersøgelsesspørgsmål 8 af en omkostningsanalyse, der belyser, hvad det koster per patientforløb at indgå i de enkelte tilbud, i en dansk kontekst.

Tabel 17 – Studiekarakteristika på identificerede studier

Forfatter, år, land	Titel	Formål og effektmål	Primære fund
Mitchell et al., 2021, USA [70]	Economic Evaluations of Internet-Based Psychological Interventions for Anxiety Disorders and Depression: A Systematic Review	Undersøger omkostningseffektivitet af iKAT. Inklusionskriterierne var: 1) vedrørte behandling eller forebyggelse af angstlidelser eller depression; 2) evaluerede brugen af en internetbaseret psykologisk intervention; 3) rekrutterede deltagere; og 4) rapporterede omkostninger eller omkostningseffektivitet.	Af de 6.069 identificerede artikler målrettede 33 sig mod angst (N=13) og depression (n=20) og opfyldte inklusionskriterier. Otte studier rapporterede omkostningerne ved udvikling af interventionen. Af de 27 studier, der undersøgte omkostningseffektivitet, var 81% af interventionerne omkostningseffektive. Kvaliteten af de inkluderede studier var høj, baseret på en kvalitetsvurderingscheckliste for økonomiske evalueringer. Flere studier havde dog ikke definitioner af omkostningskomponenter eller adskillelse mellem omkostninger på patientniveau og systemniveau. Studier varierede i metodik, hvilket gjorde det svært at drage konklusioner om omkostningseffektivitet. Generaliserbarheden af disse resultater er uklar.
Holst et al., 2018 Sverige [71]	Cost-effectiveness analysis of internet-mediated cognitive behavioural therapy for depression in the primary care setting: results based on a controlled trial	At udføre en CEA af iKAT i forhold til TaU for patienter med mild til moderat depression i Sverige. Der benyttes både sundheds- og samfundsperspektiv og effekten måles ved BDI-II score og QALY. Resultatet præsenteres som inkrementelle omkostningseffektivitetsratio (ICER) ved 12 måneders opfølgning.	De samlede omkostninger pr. patient for iKAT var 4.044 svenske kroner (SEK) (€426) (sundhedsperspektiv) og SEK 47.679 (€5028) (samfundsperspektiv). De samlede omkostninger pr. deltager for TaU var SEK 4.434 (€468) (sundhedsperspektiv) og SEK 50.343 (€5308) (samfundsperspektiv). I begge grupper var den største omkostning, identificeret i samfundsperspektiv, forbundet med patienternes produktivitetstab. Forskellene i omkostninger pr. patient var ikke statistisk signifikante. Gennemsnitlig reduktion i BDI-II-score var henholdsvis 13,4 og 13,8 ved iKAT og TaU. Gennemsnitlige QALYs pr. deltager var 0,74 og 0,79 i iKAT- og TaU-grupperne, henholdsvis. Forskellene i reduktionen af BDI-II-score og gennemsnitlige QALYs var ikke statistisk signifikante. Usikkerheden i studiets skøn, indikerede, at der ikke kunne drages en fast konklusion.

Baumann et al., 2020, Tyskland [72]	Cost–Utility of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Unipolar Depression: A Markov Model Simulation	Omkostningseffektiviteten af iKAT i forhold til KAT via en Markov-model målt i QALY. Modellede en tidshorisont på tre år med seks tilstande (remission, deprimeret, spontan remission, under behandling, behandling afsluttet, død). Anvendte et samfundsperspektiv.	Modellen genererede for iKAT 0,260 QALYs og sparer €2.536 pr. patient i forhold til KAT. Den deterministiske sensitivitsanalyse antyder, at resultaterne fra base-casen er robuste. Den probabilistiske sensitivitsanalyse antyder, at iKAT med stor sandsynlighed er den dominerende strategi (69,7%) i forhold til KAT. Scenarieanalysen viste, at resultaterne fra base-casen er robuste over for variationer i forskelle i tid til behandling. iKAT har et stort potentiale til at imødekomme efterspørgsel og udbud af kognitiv adfærdsterapi for depression ved at reducere terapeutens tid pr. patientforløb. Det kan med stor sandsynlighed generere flere QALYs og reducere omkostninger. Derudover kan iKAT have yderligere positive virkninger, såsom at frigøre kapaciteter til de mest alvorligt deprimerede patienter.
Piera-Jiménez et al., 2021, Spanien [73]	Guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression: Implementation Cost-Effectiveness Study	At vurdere omkostningseffektiviteten af implementering af et samfundsinternetbaseret kognitiv adfærdsterapi-intervention (Super@, det spanske program for MasterMind-projektet) til behandling af depression.	Analysen blev udført med data fra 229 patienter, der brugte Super@-programmet. Resultaterne viste, at interventionen var dyrere end standard behandling; ICER €29.367 per vundet QALY. Ifølge de deterministiske sensitivitsanalyser ville en potentiel reduktion af omkostningerne i forbindelse med opskalering af interventionen reducere ICER for interventionen, selvom den forblev dyrere end standard behandling. Ikke desto mindre ville dens implementering i Spanien være omkostningseffektiv, med den anvendte betalingsvillighed på €30.000 i forhold til standard behandling.

9.1.2 Databehandling og analyse for undersøgelsesspørgsmål 8

– Omkostningsanalyse

Det følgende beskriver omkostningsanalysens komponenter, hvilke antagelser, der er gjort, samt hvordan usikkerheder er undersøgt gennem følsomhedsanalyser. På baggrund af resultaterne fra Klinisk effekt og sikkerhed har omkostningsanalysen en "alt andet lige" tilgang. Det vil sige, at det antages, at effekten er den samme uanset tilbud, samt at patienterne er demografisk sammenlignelige.

9.1.2.1 Patientpopulation

Populationen er som tidligere beskrevet i afsnit 4.1.

9.1.2.2 Tidshorisont

Omkostningsanalysen afspejler et patientforløb ved henholdsvis Internetpsykiatrien.dk, samtaleterapi ved egen lægen samt KAT ved privatpraktiserende psykolog. Det kan variere i og imellem hvert tilbud, hvilket afspejles i min. og maks. estimer af antal samtaler. Der diskonteres ikke, da alle forløb er under ét år.

9.1.2.3 Omkostninger

Baseret på omkostningsperspektivet for analysen (begrænset samfundsperspektiv), inkluderes omkostninger for alle berørte sektorer i sundhedsvæsenet samt omkostninger afholdt af patienterne. Omkostningsestimer er baseret på data fra eksisterende litteratur, oplysninger om udbydere af platform til guidet iKAT, gældende honorar-takster for perioden (1. okt. 2023) samt ekspertudtalelser fra fagudvalget og fra Internetpsykiatrien.dk. For hvert estimat er der angivet, for hvem omkostningerne afholdes. Alle omkostningsestimerne er angivet med min. og maks. værdi. I 2016 udførte KORA en rapport omhandlende opstarten af Internetpsykiatrien.dk og i denne forbindelse undersøgte de, via interviews med Internetpsykiatrien.dk, alment praktiserende læger samt privatpraktiserende psykologer, hvilke omkostninger, der er forbundet med de forskellige tilbud [6]. Rapporten er i denne analyse anvendt til at kortlægge hvilke ydelser og forbrug af ydelser, der forekommer, men opdateret til 2023 forhold.

Patienttid og transport

Værdisætningen af patientens tid sker for at afspejle patientens tidsforbrug, og fordi tid tillægges værdi, om end der ikke nødvendigvis ses en udbetaling af løn i denne forbindelse. Derfor skal tidsforbruget værdisættes, uanset om patienterne forventes at være i arbejde eller ej. Værdisætning af tidsforbrug for patienten tager udgangspunkt i den gennemsnitlige timeløn for en lønmodtager i Danmark før skat med udgangspunkt i de seneste estimer af den standardberegnedes timefortjeneste fra Danmarks Statistiks Statistikbank. Den standardberegnedes timefortjeneste for 2022 (nyeste tal) er 277,84 DKK/time. [74] Behandlingsrådet antager, at den gennemsnitlige afstand til alment praktiserende læge er 10 km. som base-case - og fem km. som min. og 15 km. som maks. - da patienter ifølge overenskomsten maksimalt må have 15 km. til egen læge. [75] Til privatpraktiserende psykolog antages en afstand på 15 km. i base-case og 10 og 20 km. som min. og maks. hver vej.

9.1.2.4 Følsomhedsanalyser

For at undersøge robustheden af omkostningsanalysens resultater er der udført deterministiske følsomhedsanalyser. I nedenstående afsnit beskrives den metodiske tilgang til udførelsen af følsomhedsanalyserne.

Deterministiske følsomhedsanalyser

Der er foretaget deterministiske one-way følsomhedsanalyser på relevante enkeltstående inputparametre i analysen. Usikkerheden af inputparametrene er defineret på baggrund af min- og maksimumværdier baseret på fagudvalgets vurderinger. One-way følsomhedsanalyserne er præsenteret i et tornadodiagram og fremgår i afsnit 9.2.4.1 .

I tillæg til one-way analyserne, er der udført følgende to scenarieanalyser, som har til formål at undersøge, hvordan resultatet af analysen påvirkes, når enkeltparametre varieres til ekstreme, men plausible værdier:

Scenarieanalyse 1: Omkostningsanalyse uden patienttid

Scenariet belyser konsekvenserne for omkostningsanalysen, hvis der ikke tages højde for patienternes tid. Det kan være svært at sammenligne patienternes tid i de tre undersøgte tilbud. Patientperspektivet fandt (se afsnit 7.3.1.1) at patienterne finder guidet iKAT yderst fleksibelt og kan gennemføres uden påvirkning på f.eks. arbejde eller andre daglige aktiviteter. Derfor kan den afsatte tid ikke sammenholdes med den tid, som patienterne bruger fysisk ved egen læge eller psykolog. Det tager den anvendte metode ikke højde for, hvorfor det er relevant at se omkostningsforskelle uden denne parameter.

Scenarieanalyse 2: Omkostningsanalyse med antagelse om obligatorisk henvisning til guidet iKAT gennem egen læge.

Ved nuværende praksis skal patienter ikke henvises fra egen læge for at opstarte et forløb ved Internetpsykiatrien.dk, men kan henvende sig selv direkte. Skal patienterne henvises fra egen læge, vil der være øget omkostninger forbundet med dette, til konsultation, test samt tid og transport afholdt af patienten. Derfor undersøger scenarieanalysen hvilke konsekvenser dette har, da Organisatoriske implikationer finder, at frafaldsraten ved guidet iKAT på nuværende tidspunkt er den samme, uanset om patienten er henvist fra egen læge eller ej, se afsnit 8.3. Der er et ønske fra Internetpsykiatrien.dk om, at der indføres henvisningspraksis fra egen læge, da det formodes at kunne hjælpe med at oplyse om tilbuddet, at få rette patient til rette tilbud og på sigt mindske frafaldsrater fra forsamtale til opstart.

9.1.3 Databehandling og analyse for undersøgelsesspørgsmål 9 - Budgetkonsekvensanalyse

For at undersøge de budgetmæssige konsekvenser, der er forbundet med at tilbyde guidet iKAT som behandling af patienter med let eller moderat depression, udføres en BIA som en kasseøkonomisk analyse, der tager udgangspunkt i de regionale sundhedsbudgetter, beregnet samlet for de fem regioner. BIA'en reflekterer de estimerede samlede regionale udgifter forbundet med en national implementering af guidet iKAT til behandling af en andel af de patienter, der er diagnosticeret med depression. I BIA'en sammenlignes to scenarier; den nuværende markedssituation samt en ny markedssituation, der reflekterer en positiv anbefaling fra Behandlingsrådet, som beskrevet nedenfor.

9.1.3.1 Rammer og antagelser

Det er ikke fagudvalgets forventning, at guidet iKAT kan eller skal erstatte nuværende praksis. For nogle vil guidet iKAT være første og eneste behandling, og for andre vil det være et ud af flere behandlingsforløb, og derved et nyt og supplerende behandlingstilbud. Derfor undersøger denne BIA udelukkende, hvilke budgetmæssige konsekvenser det vil få ved at udvide det allerede eksisterende guidet iKAT tilbud i Danmark – Internetpsykiatrien.dk fra Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark. Tilbuddet anvendes allerede af alle regioner, men med begrænset kapacitet og med begrænset kendskab. Det skal bemærkes, at et eventuelt udbud på andre platforme (nuværende Mind-District) eller ønsket om at udvikle egen platform end den anvendt til Internetpsykiatrien.dk ville

ændre rammerne for analysen og dermed ændre analysens resultat. Ydermere skal det bemærkes, at den femårige tidshorisont ikke 1:1 afspejler den anbefalede implementeringstid, heller ikke den estimeret populationsstørrelse for opskalering og derved det årlige optag. Analysen anbefaler dermed ikke, hvor stor skaleringen skal være, men kommer med et bud på, hvordan økonomien ser ud ved denne opskalering. Den endelige hastighed og det endelige omfang er Regionernes beslutning.

9.1.3.2 Det sammenlignede scenarie

I det nedenstående afsnit er antagelserne for sammenlignede scenarier i analysen kort beskrevet.

Det nuværende scenarie

I det nuværende scenarie inkluderes de patienter, der årligt kommer til en forsamtale til et guidet iKAT forløb ved Internetpsykiatrien.dk. Alle regioner bruger tilbuddet, men i varierende grad. På nuværende tidspunkt betaler regionerne Internetpsykiatrien.dk per påbegyndt patientforløb ved forsamtale. Internetpsykiatrien.dk har 22 psykologer ansat til at varetage alle forløb, ikke blot patienter med depression.

Det nye scenarie

Det nye scenarie afspejler konsekvensen ved en mulig opskalere af Region Syddanmarks tilbud – Internetpsykiatrien.dk i alle fem regioner. Scenariet antager, at der over en femårig periode kan opstartes 27.500 patientforløb med et jævnt fordelt optag, som er fastsat af fagudvalget på baggrund af ekspertvurderinger fra Internetpsykiatrien.dk. Scenariet kræver ekstra bemanning og tager i dette eksempel ikke højde for, at de ansatte arbejder med alle lidelser og ikke kun patienter med depression. Det antages, at der vil være øget interesse, hvis der offentliggøres en positiv anbefaling.

9.1.3.3 Tidshorisont og patientpopulation

Budgetkonsekvensanalysen er udført over en femårig tidshorisont jf. Behandlingsrådets metodevejledning. Fagudvalget vurderer, at analysen tager udgangspunkt i år 2024 til og med år 2028.

Det er vanskeligt at estimere en potentiel populationsstørrelse, da patienterne kan modtage flere tilbud i løbet af et år, og patienter kan opleve tilbagefald og begynde anden eller yderlig behandling. Der er heller ingen oversigt over let depression, og der kan derfor forekomme et stort mørketal for denne gruppe. Derfor fremgår der ikke nogen samlet populationsstørrelse i dette perspektiv.

9.1.3.4 Opgørelse af udgifter

Opgørelsen af udgifterne i BIA'en er gennemført ved hjælp af omkostningsanalysen, hvor det udelukkende er de regionale omkostninger, der er medtaget i BIA'en. Der er ligeledes inddraget ekspertvurderinger fra Internetpsykiatrien.dk samt fagudvalgets vurdering af behovet for opskalering, og hvad det betyder for ressourceforbruget.

9.1.3.5 Følsomhedsanalyser

I designet havde fagudvalget vurderet, at der som minimum skulle udarbejdes følsomhedsanalyser på patientpopulationens størrelse. Dette har ikke været muligt, og følsomhedsanalyser omhandler udelukkende guidet iKAT som et supplerende behandlingstilbud, men betydningen af størrelsen på optaget er undersøgt.

Følsomhedsanalyse 1: Minimum – 10 % mindre optag

Antal forsamtaler mindskes med 10 % årligt.

Følsomhedsanalyse 2: Maksimum – 10% større optag

Antal forsamtaler øges med 10% årligt.

9.2 Resultater for undersøgelsesspørgsmål 8 – Omkostningsanalyse

Undersøgelsesspørgsmålet har til formål at belyse alle relevante omkostninger forbundet med guidet iKAT, samtaleterapi ved egen læge og KAT.

Undersøgelsesspørgsmål 8

Hvad er omkostningseffektiviteten ved guidet iKAT til voksne med let eller moderat depression?

I nedenstående afsnit præsenteres resultaterne af omkostningsanalysen, hvor omkostninger per forløb ved guidet iKAT og de to komparatorer listes, dernæst præsenteres resultaterne af de udførte følsomhedsanalyser.

9.2.1 Behandling ved Internetpsykiatrien.dk

Ved henvendelse til Internetpsykiatrien.dk estimeres et samlet forløb til 3.500 kr.. Et forløb starter ved forsamtale og består herefter af 12 moduler. Omkostningerne dækker syv psykologtimer, udvikling og vedligeholdelse af platformen samt omkostninger til selve platformen - *MindDistrict*, der opbevarer data mm. Udvikling og vedligeholdelsesomkostninger består af programudvikling, grafiker, studentermedhjælper og medarbejdere til korrektur, lyd og videoer, softwareudvikling og kommunikation, og løber samlet op i 2,5 mio. kr. fordelt udover teknologiens "levetid", der er estimeret til fem år. Denne omkostning og levetid fordeles ud på alle patienter, svarende til det antal, der kommer til forsamtale, både med depression og angst. I 2022 havde Internetpsykiatrien.dk 2.500 ansøgninger hvoraf 1.700 kom til forsamtale og 540 blev tilbudt behandling. Af dem var 227 patienter med depression, hvoraf ca. 150 gennemførte behandlingen.[61]

Patienttiden er estimeret på baggrund af drøftelser med patientrepræsentanterne fra fagudvalget. Det er meget personafhængigt, men også varierende fra modul til modul. Denne analyse estimerer som base-case en time til opstartsmøde, en time per modul plus 15 min. til feedback fra terapeut per modul. Ved minimum ændres det fra en til en halv time og ved maksimum fra en time til halvanden timer. Det vil sige patienterne i base-case estimeres til at bruge 17 timer på modulerne (min.: 11 timer, maks.: 23 timer). Af tabel 18 fremgår den gennemsnitlige patienttid svarende til 4.723 kr. Minimum og maksimumomkostningerne, der er angivet, illustrerer den usikkerhed, der forventes at være forbundet med patientafholdte omkostninger.

Resultatet ses i Tabel 18 og estimeres til en gennemsnitsomkostning på 8.223 kr. per forløb.

Tabel 18 - Ydelser ved et guidet iKAT forløb ved Internetpsykiatrien.dk

Internetpsykiatrien.dk	Ydelse	Timeløn, DKK	Omkostninger DKK		
			Min.	Base-case	Maks.

Samlet forløb	Starter ved forsamtale, herefter syv timer til psykologen samt udvikling, vedligeholdelse og teknologiomkostninger		3.500	3.500	3.500
Patientomkostninger					
Patienttid*	Antal timer brugt på 12 moduler	277,84 kr. pr. time	3.056	4.723	6.390
Total			6.556	8.223	9.890

9.2.2 Samtaleterapi ved egen læge

Ved henvendelse hos egen læge grundet symptomer på depression, registreres den første kontakt hos egen læge som en 'almen konsultation' (ydelseskode 0101). Vurderer lægen, at personen har en depression, jf. de diagnostiske kriterier for depression, gennemføres der ofte en eller flere psykometriske depressionstest (ydelseskode 2149) for at vurdere depressionens sværhedsgrad. Hertil bruges som oftest MDI, som er et selvvrurderingsskema, der bruger de diagnostiske kriterier fra ICD-10. Alternativt anvendes HAM-D, som omfatter 17 spørgsmål om symptomer og tegn på depression, hvor tilstedeværelsen af disse vurderes af lægen. For at afvise bagvedliggende somatisk sygdom til depressionssymptomer udføres der som oftest blodprøve (ydelseskode 2101) og/eller ved nogle et elektrokardiogram (EKG) (ydelseskode 7156). De psykometriske depressionstest og de fysiske tests udføres i forbindelse med en eller to konsultationer. Når det er fastslået, at personens funktionsevne er nedsat i lettere til moderat grad af depression, kan behandlingen igangsættes. [6]

Samtaleterapi med egen læge honoreres med en højere takst (ydelseskode 6101) end den, der anvendes for en almindelig konsultation, og der skal afholdes mindst to og højst syv samtalekonsultationer pr. løbende år pr. patient. [76] Samtaleterapi skal udføres af en læge som har modtaget supervision. Samtaleterapien er fastsat til ca. 30 minutter per gang. Samtaleterapien finder typisk sted med 2-12 ugers mellemrum. Den praktiserende læge kan monitorere udviklingen af patientens depression ved brug af psykometriske tests. Forløbet afsluttes, når lægen vurderer, at patienten har opnået remission. Dette vurderes ved brug af de løbende psykometriske tests og en klinisk lægefaglig vurdering. [6]

Arbejdsgange og procedurer samt omkostninger ved behandling af personer med let eller moderat depression, når behandlingen primært foregår ved samtaleterapi ved egen læger, ses i Tabel 19.

Tabel 19 - Ydelser ved samtaleterapi ved egen læge.

Ydelser ved Alment praktiserende læge	Ydelseskode	Antal ydelser	Takst DKK	Omkostninger DKK		
				Min	Base-case	Maks
Konsultation	0101	1-2-5	156,39	156	313	782
Psykometrisk test	2149	0-5-10	233,41	0.0	1.167	2.334
Blodprøve	2101	0-1-1	58,4	0.0	58	58
EKG	7156	0-0-1	131	0.0	0.0	131
Samtaleterapi	6101	3-5-7	442	1.327	2.212	3.097

Uddannelse *			13	15	16
Patient omkostninger					
Patienttid og transport **	Tid og transport	277,84 kr. pr. time, 3,74 kr. pr. km.	524	908	1.544
Total			2.020	4.673	7.962

*23900/1645 (halvdelen af uddannelsesbudgettet / gennemsnitlig antal patienter)

**1 konsultation af 15 min. samt samtaler af 30 min. henholdsvis 3, 5 eller 7 gange. Transport 5 km, 10 km eller 15 km – 3,74 kr. pr. km.

9.2.3 Behandling med KAT

Rasmussen et al., har gennem kvalitative fund estimeret forbruget af samtaleterapi ved psykolog for patienter med let til moderat depression [6]. Undersøgelsen viser, at patienterne i gennemsnit modtager afrundet ni samtaler. Dette estimat er anvendt i denne omkostningsanalyse. I beregningen indgår herudover udredning ved alment praktiserende læge (konsultation, test, blodprøver og evt. EKG). Tilsvarende, som det gør sig gældende for estimererne for alment praktiserende læger, er der også en vis usikkerhed forbundet med det skønnede forbrug og dermed omkostningerne, når beregningerne vedrører patientforløb, der primært varetages af praktiserende psykologer. Denne usikkerhed er væsentligst relateret til forbruget af konsultationer og ydelser ved praktiserende læger, idet det forventede antal ydelser ved praktiserende psykologer er baseret på en vurdering af forbrug. Ydelserne er opgjort på basis af takster for afregning af sygesikringsydelser hos privat praktiserende psykologer. Praktiserende psykologer modtager ikke basishonorar pr. patient, de har i behandling, og har heller ikke særlige ressourcer til kurser, hvorfor disse ikke medregnes. [77]

De samlede resultater ved det forventede forbrug af konsultationer og øvrige ydelser i forbindelse med primær behandling hos privatpraktiserende psykologer ses i Tabel 20. Patienterne er inden konsultation hos praktiserende psykolog under Tilskudsordningen blevet udredt og diagnosticeret hos en alment praktiserende læge. Heraf udgør omkostningerne ved lægekonsultationer 448 kr., mens omkostningerne ved samtaleterapi hos psykolog estimeres til 5.215 kr. Dette estimat er baseret på et gennemsnitligt forbrug på i alt ni psykologkonsultationer [6]. Forskellen mellem base-case omkostninger, og min. og maks. tilskrives antallet af konsultationer ved psykolog. I minimumsestimatet, indgår en 1. konsultation + fem efterfølgende konsultationer, mens der i maks. estimatet indgår i alt 12 konsultationer, hvilket er det maksimale antal konsultationer, der kan gives under Tilskudsordningen uden genhenvisning fra egen læge. Patienternes egenbetaling for psykologbehandling estimeres til 3.477 kr. (min.: 2.343 kr. og maks.: 4.610 kr.) Patienttid estimeres til en time per konsultation og transport til 15 km hver vej (minimum: 10 og maksimum: 20). Patientens tid dækker over: 45 min. konsultation ved psykolog og 15. min ved egen læge. Patientens tid estimeres til 2.132 kr. (min.: 1.432 kr. maks.: 3.013 kr.). Samlet estimeres et gennemsnitligt forløb ved privat praktiserende psykolog under tilskudsordning til 7.795 kr. (min.: 5.103 kr. og maks.: 10.898 kr.)

Tabel 20 - Ydelser ved et KAT forløb ved privatpraktiserende psykolog

Ydelser ved privatpraktiserende psykolog	Ydelses-kode	Antal ydelser	Takst, DKK	Omkostninger DKK		
Alment praktiserende læge				Min.	Base-case	Maks.
Konsultation	0101	1-1-2	156,39	156	156	313

Psykometrisk test	2149	0-1-2	233,41	0	233	467
Blodprøve	2101	0-1-1	58,4	0	58	58
EKG	7156	0-0-1	130,98	0	0	131

Psykolog

1. konsultation. *	0210	1-1-1	679,83	680	680	680
Efterfølgende konsultationer**	0211	5-8-11	566,87	2.834	4.535	6.2367

Patient afholdt omkostninger

Patienttid og transport***	Tid og transport	277,84 kr. pr. time og 3,74 kr. pr. km.	1.432	2.132	3.013
Patientens egenbetaling 40%* **			2.343	3.477	4.610
60% offentligt betalt tilskud			5.103	7.795	10.898
Total			7.445	11.271	15.508

*Ved 1. Konsultation: Samlet honorar 1133,05 kr., offentlig andel: 679,83 kr., Patient andel: 453,22 kr.

**Ved efterfølgende konsultationer: Samlet honorar 944,79 kr., offentlig andel: 566,87 kr., Patient andel: 377,92 kr.

*** Patienttid of transport: 45 min per session plus 15 min. per konsultation ved egen læge. Transport 10, 15 eller 20 km – 3,74 kr. pr. km.

De samlede resultater ses i Tabel 21, KAT har den højeste gennemsnitsomkostning på 11.271 kr. bemærk dog, at det skyldes patienternes egenbetaling på 3.477 kr. Omkostninger til guidet iKAT resulterede i 8.223 kr., men det antal timer, som patienterne bruger på behandling, er markant større ved guidet iKAT sammenholdt med samtaleterapi ved egen læge og omkostningerne afspejler dette.

Tabel 21 - Base-case resultat af omkostningsanalysen ved et gennemsnitligt forløb ved de tre forskellige tilbud til patienter med let eller moderat depression.

Intervention	Totalomkostning, DKK
Guidet iKAT ved Internetpsykiatrien.dk	8.223
Samtaleterapi ved egen læge	4.673
KAT ved privatpraktiserende psykolog	11.271

9.2.4 Følsomhedsanalyser

Der er udført følsomhedsanalyser på omkostningsanalysens resultater for at undersøge robustheden heraf. Resultaterne af følsomhedsanalyserne gennemgås i nedenstående afsnit.

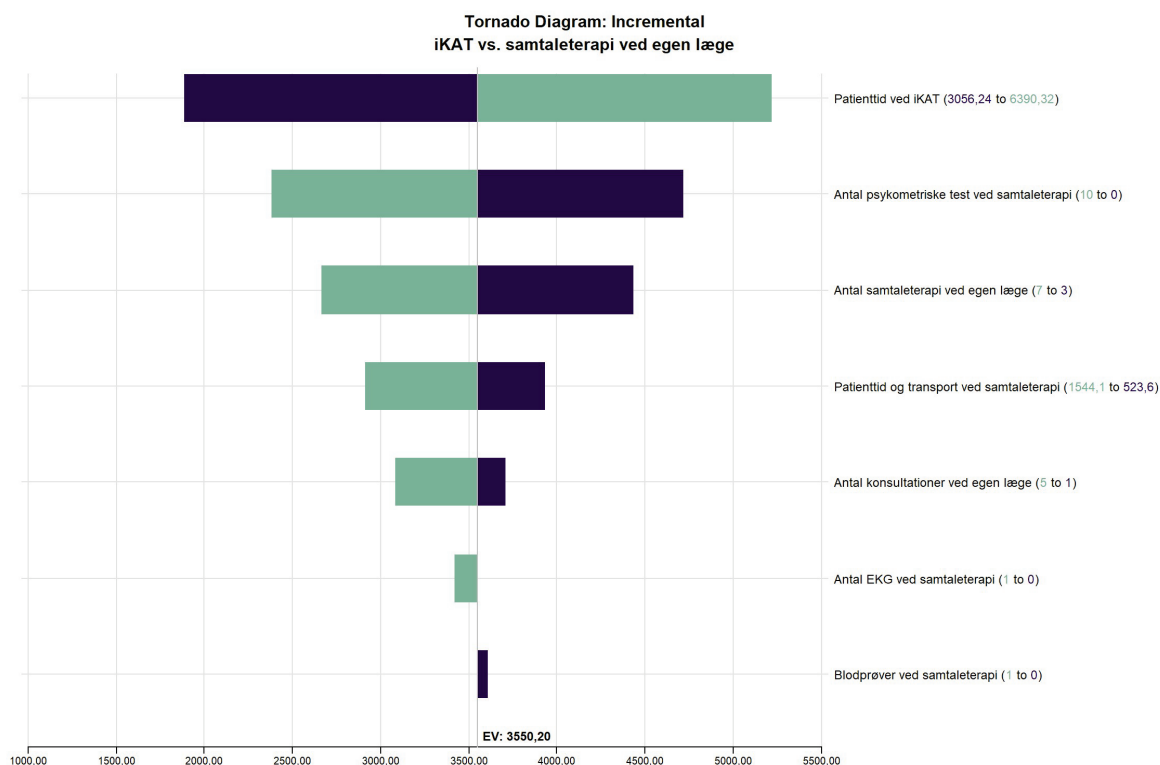
9.2.4.1 Deterministiske følsomhedsanalyser

De deterministiske følsomhedsanalyser har til formål at undersøge, hvordan resultatet af analysen påvirkes, når enkeltparametre varieres til ekstreme, men plausible værdier. Værdier for de

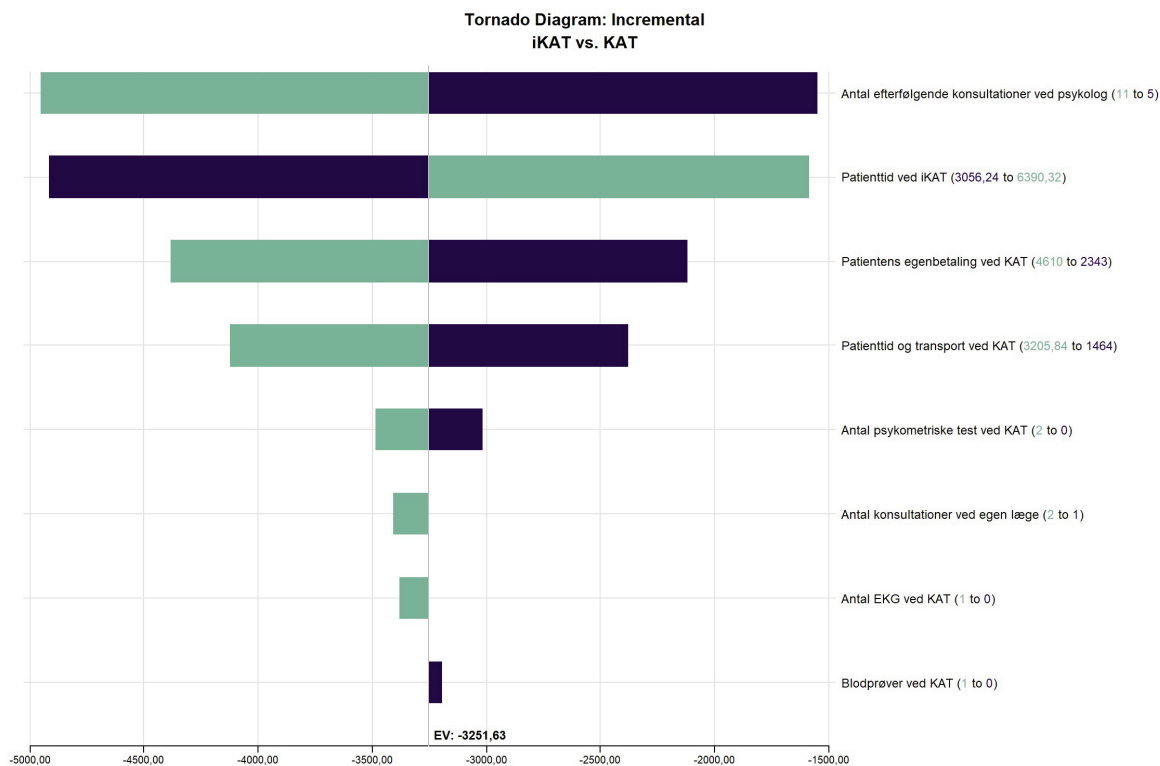
undersøgte inputparametre samt minimum- og maksimumsværdier er angivet i Tabel 18, Tabel 19 og Tabel 20. De *deterministiske one-way* analyser fremgår af tornadodiagrammerne (Figur 12 og Figur 13), der rangerer parametrene efter størst indvirkning på analysens resultat.

I tornadodiagrammet (Figur 12), ses de parameter, hvis usikkerhed har størst betydning for analysens resultat, når guidet iKAT sammenholdes med samtaleterapi ved egen læge. Blå bjælker illustrerer den resulterende omkostning ved parameterens minimumsværdi og grønne bjælker illustrerer den resulterende omkostning ved parameterens maksimumsværdi. Analysen viser, at de parametre, der er størst usikkerhed omkring, er patienttid ved guidet iKAT, antal af psykometriske test ved egen læge, antallet af samtaleterapier med egen læge samt patienttid og transport ved samtaleterapi ved egen læge. Guidet iKAT er forventeligt 4.418,5 kr. dyrere end samtaleterapi ved egen læge per forløb. Der er ingen af de inkluderede parametre, der kan ændre på dette resultat, da den forventede værdi (EV) ikke overskrider 0. Tornadodiagrammet viser, at det parameter, der giver størst usikkerhed, er patientens tid ved guidet iKAT. Hvis patienten bruger minimumsværdien (11 timer) ændres resultat til en forventet forskel på 2.700 kr. og i værste tilfældet ved maksimumsværdien (23 timer) vil forskellen være 6.200 kr. per forløb.

Figur 12 – Tornadodiagram viser de inputparametre, der har størst påvirkning af resultatet. Brede søjler repræsenterer, at parameteren har stor påvirkning på resultatet og smalle søjler en mindre påvirkning. De blå søjler repræsenterer parameterens minimumsværdi, mens de grønne søjler viser parameterens maksimumsværdi.



Figur 13 – Tornadodiagram viser de inputparametre, der har størst påvirkning af resultatet. Brede søjler repræsenterer, at parameteren har stor påvirkning på resultatet og smalle søjler en mindre påvirkning. De blå søjler repræsenterer parameterens minimumsværdi, mens de grønne søjler viser parameterens maksimumsværdi.



I tornadodiagrammet (Figur 13), ses de parameter, hvis usikkerhed har størst indvirkning på analysens resultat, når guidet iKAT sammenholdes med KAT. Antallet af efterfølgende konsultationer og patienttid har stor indvirkning på forskellen, men ingen parametre ændre på, at KAT er det dyreste behandlingstilbud med en forventet forskel på 3.252 kr.

I tillæg til *one-way* analyserne, er der udført scenarieanalyser, der undersøger betydningen af at ændre på en eller flere parametre. I det første scenarie, er betydningen af patientens tid undersøgt. Det er ifølge tornadodiagrammerne en af de mest usikre parametre og scenariet viser, at tages denne parameter helt ud, er det fortsat KAT, der er det dyreste tilbud, og guidet iKAT og samtaleterapi ved egen læge er næsten det samme. Det næste scenarie afspejler et scenarie, hvor patienterne skal henvises til guidet iKAT fra egen praktiserende læge. Det giver yderlige omkostninger, men potentielt også at den "rette" patient henvises til Internetpsykiatrien.dk.

Tabel 22 - Oversigt over resultater af scenarieanalyser omhandlende patienttid og obligatorisk henvisning.

Følsomhedsanalyse	Ændring	Totalomkostning, DKK
Scenarieanalyse 1	Patienttid ekskluderes fra analysen	
Guidet iKAT	Uden patienttid	3.500
Samtaleterapi ved egen læge	Uden patienttid og transport til samtaleterapi	3.765

KAT	Uden patienttid og transport til terapi	9.140
Scenarieanalyse 2 Obligatorisk henvisning fra egen læge		
Guidet iKAT	Base-case tillagt to konsultationer, en blodprøve et EKG og en psykometrisk test	8.959
Samtaleterapi ved egen læge	Uforandret base-case	4.673
KAT	Uforandret base-case	11.271

9.2.5 Opsummering for undersøgelsesspørgsmål 8

Resultaterne viser, at KAT grundet patientens egenbetaling på 40% er det dyreste behandlingstilbud. Ses der bort fra egenbetalingen er forskellen dog kun 400 kr. mellem KAT og guidet iKAT, mens samtaleterapi ved egen læge har færrest omkostninger forbundet med behandling. Følsomhedsanalyserne viser, at patienttid er en af de mest usikre parameter, og det kan være afgørende for det endelige resultat. Skal alle patienter fremover henvises fra egen læge, vil dette øge omkostningerne ved guidet iKAT.

9.3 Resultater for undersøgelsesspørgsmål 9 – Budgetkonsekvensanalyse

Undersøgelsesspørgsmålet har til formål at belyse de budgetmæssige konsekvenser ved en positiv anbefaling og herved en udvidelse af det allerede eksisterende tilbud, Internetpsykiatrien.dk, i Region Syddanmark.

Undersøgelsesspørgsmål 9

Hvad er de forventede budgetmæssige konsekvenser af national implementering af guidet iKAT

Det estimeres, at Internetpsykiatrien.dk kan opskalere fra 2.500 til 10.000 forsamtaler over de kommende fem år. Det vil kræve, at der ansættes ca. 30 ekstra psykologer, da hver psykolog kan varetage 200 forsamtaler og potentielle forløb om året, hvilket Internetpsykiatrien.dk vurderer muligt. Det skal bemærkes, at Internetpsykiatrien.dk også behandler angstlidelser og de derfor formentlig vil indgå i optaget. På baggrund af budgetkonsekvensanalysen estimeres det, at en national implementering af guidet iKAT til voksne med let eller moderat depression, i form af Internetpsykiatrien.dk i Region Syddanmark, vil summere til en samlet budgetkonsekvens på ca. 96,3 mio. kr. over en fem-årig periode. Resultatet for budgetkonsekvensanalysen er afrapporteret i Tabel 23.

Tabel 23 - Oversigt over budgetkonsekvenser ved implementering af guidet iKAT på nationalt plan

Budgetkonsekvens	År 1 (DKK)	År 2 (DKK)	År 3 (DKK)	År 4 (DKK)	År 5 (DKK)	Total, DKK
Guidet iKAT forløbsomkostninger pr. patient	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	
Optag – antal forsamtaler	2.500	3.000	5.000	7.000	10.000	27.500

Budgetkonsekvenser ved anbefaling	8,75 mio.	10,5 mio.	17,5 mio.	24,5 mio.	35 mio.	96,3 mio.
--	-----------	-----------	-----------	-----------	---------	------------------

9.3.1 Følsomhedsanalyser

Følsomhedsanalysen er beskrevet i afsnit 9.1.3.5 og resultaterne heraf er angivet i Tabel 24. Det er undersøgt min. og maks. værdier. Min. og maks. resulterede i 86,6 mio. kr. og 106 mio. kr. over en femårig periode.

Tabel 24 - Oversigt over resultater for følsomhedsanalyser udført for budgetkonsekvensanalysen

Følsomhedsanalyse	År 1 (DKK)	År 2 (DKK)	År 3 (DKK)	År 4 (DKK)	År 5 (DKK)	Total (DKK)
Følsomhedsanalyse 1 - Minimum	7,9 mio.	9,5 mio.	15,8 mio.	22 mio.	31,5 mio.	86,6 mio.
Følsomhedsanalyse 2 - Maksimum	9,6 mio.	11,6 mio.	19,3 mio.	27 mio.	38,5 mio.	106 mio.

9.3.2 Opsummering for undersøgelsesspørgsmål 8

Denne budgetkonsekvensanalyse estimerer konsekvenserne ved at opskalere det allerede eksisterende tilbud – Internetpsykiatrien.dk. En opskalering fra 2.500 til 10.000 forsamtaler over fem år resulterer i en budgetkonsekvens på 96,3 mio. kr. Det forventes dog, at det vil være et miks af patienter med depression og angst. Betaling til Internetpsykiatrien.dk fra andre regioner forelægger ved nuværende betalingsmodel ved forsamtale.

9.4 Samlet vurdering

Det Sundhedsøkonomiske perspektiv har til formål at undersøge omkostningsforskelle mellem guidet iKAT og samtaleterapi ved egen læge, og mellem guidet iKAT og KAT. De budgetmæssige konsekvenser af en national implementering af guidet iKAT over en femårig periode er også undersøgt.

Resultaterne viser, at iKAT koster 8.223 kr., samtaleterapi ved egen læge 4.673 kr. og KAT 11.271 kr. per forløb. Patienttid – tiden patienten bruger på behandlingen, er i denne analyse en af de mest usikre parameter og kan være afgørende for det endelige sundhedsøkonomiske resultat. Ligesom patientens egenbetaling ved KAT på 3.477 kr. kan ændre resultatet. Skal alle patienter fremover henvises fra egen læge, vil dette øge omkostningerne ved guidet iKAT.

Budgetkonsekvensanalysen estimerer konsekvenserne ved at opskalere det allerede eksisterende tilbud – Internetpsykiatrien.dk. En gradvis opskalering fra 2.500 forsamtaler til 10.000 forsamtaler fordelt over fem år er undersøgt. Resultatet viser en national budget-konsekvens på 96,3 mio. Kr.. Det forventes, at det vil være en blanding af patienter med depression og angst, som vil blive tilbudt denne type behandling.

Fagudvalget vurderer, at omkostningsanalysen ikke finder betydelige økonomiske forskelle, når man ser bort fra patientens egenbetaling. Denne egenbetaling findes ikke ved guidet iKAT, hvilket for nogle patienter kunne have betydning for præferencen for og tilgængeligheden af guidet iKAT. Omkostningerne ved samtaleterapi ved egen læge er det billigste behandlingstilbud, men det understreges af fagudvalget, at det heller ikke er et direkte sammenligneligt terapeutisk forløb med guidet iKAT og KAT. Ydermere er det heller ikke en ydelse, som alle alment praktiserende læger tilbyder, og

derfor heller ikke et tilbud, der er tilgængeligt for alle patienter, hvorfor det kan medvirke til at øge uligheden i behandlingen af denne patientgruppe. Fagudvalget bemærker, at de tre undersøgte behandlingstilbud er forskellige i interaktion- og kommunikationsformer, og derfor må det formodes, at de henvender sig til forskellige patientgrupper. Tilbuddene varierer i indhold og i tidsforbrug, og der bør ved valg af behandling være overvejelser om, hvilke patienter, der passer til hvilke behandlings-tilbud, f.eks. ud fra motivation, graden af depression, tidligere behandling, afstand til behandler mm.

Patientrepræsentanterne i fagudvalget understreger, at der er stor usikkerhed ved analysens estimeringen af patientens tidsforbrug - at tidsforbruget varierer, både fra modul til modul i guidet iKAT, men også ved mængden af patientens arbejde mellem behandlinger ved psykolog og samtaleterapi ved egen læge. Det er derfor vanskeligt at estimere, hvor meget tid patienterne sammenlagt bruger på guidet iKAT. Både hvad angår tiden på øvelser foran skærmen og reflektering, mens de er væk fra skærmen. Det samme gør sig gældende for forløb med KAT, hvor der også gives opgaver, der skal løses eller arbejdes med imellem sessionerne. Ved samtaleterapi ved egen læge forventes patienten at skulle bruge tid på at udfylde psykometriske test mm.

Budgetkonsekvensanalysen undersøger kun opskalering af det allerede eksisterende tilbud, Internetpsykiatrien.dk, da det ikke er fagudvalgets forventning, at implementering af guidet iKAT ændrer på efterspørgslen af KAT og samtaleterapi ved egen læge. Fagudvalget understreger, at ved en opskalering ved man fortsat ikke, hvad man får for pengene, som resultaterne fra Klinisk effekt og sikkerhed tydeliggør. Fagudvalget bemærker ydermere, at betaling foreligger ved en forsamtale og ikke ved påbegyndelse eller gennemførsel. I 2022 havde Internetpsykiatrien.dk 1.700 forsamtaler, 540 patienter blev tilbudt at opstarte et forløb og af dem var 227 patienter med depression - 150 af disse gennemførte. Fagudvalget bemærker i denne forbindelse, at der er risiko for, at der betales uforholdsmæssigt meget for forsamtaler i forhold til udbyttet.

10 Referencer

1. Kessing L. Depression, behandling [Internet]. Sundhed.dk. 2021 [cited 2023 Feb 23]. Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/depression/depression-behandling/>
2. Pedersen P. Evaluering af internetbehandling til patienter med depression. Defactum. 2020;
3. Statens Institut for Folkesundhed. 2022 Sygdomsbyrden i Danmark — sygdomme. Sundhedsstyrelsen. 2022 [cited 2023 Mar 21];
4. Kessing L. Depression, en oversigt [Internet]. Sundhed.dk. 2021 [cited 2023 Mar 21]. Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/depression/depression-en-oversigt/>
5. sundhed.dk. Depression, behandling - Patienthåndbogen på sundhed.dk [Internet]. [cited 2023 Feb 23]. Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/depression/depression-behandling/>
6. Rasmussen SR, Wentzer SH, Fredslund EK. Psykologstøttet internetpsykiatrisk behandling af let til moderat depression Evaluering af demonstrationsprojekt i Region Syddanmark. 2016. 116 p.
7. Perrild B. Depression, enkeltepisode voksne [Internet]. Sundhed.dk. 2020 [cited 2023 Mar 31]. Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/almen-praksis/patientforloeb/pakkeforloeb/psykiatri-pakker/depressiv-enkeltepisode-voksne/>
8. PLO. Overenskomst om almen praksis 2022.
9. Sygehusmedicin R for A af D. Behandlingsvejledning for almen praksis unipolar depression. 2015;
10. Gautam M, Tripathi A, Deshmukh D, Gaur M. Cognitive Behavioral Therapy for Depression. Indian J Psychiatry. 2020 Jan 1 [cited 2023 Mar 22];62(Suppl 2):S223.
11. F. Munoz R, Miranda J. Individual Therapy Manual for Cognitive-Behavioral Treatment of Depression. 1996 [cited 2023 Mar 22];86.
12. Cameron SK, Rodgers J, Dagnan D. The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in cognitive behaviour therapy for adults with depression: A meta-analytic review. Clin Psychol Psychother. 2018 May 1 [cited 2023 Feb 24];25(3):446–56.
13. Videbech P, Kristensen KJ, Øgard GC. SSRI, antidepressivum [Internet]. Sundhed.dk. 2021 [cited 2023 Apr 24]. Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/laegemidler/ssri-antidepressivum/>
14. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningsline for non-farmakologisk behandling af unipolar depression. 2016 [cited 2023 Feb 23];
15. Dansk Psykolog Forening. Ventetid på psykologbehandling er lang. 2021;

16. Health Quality Ontario. Internet-Delivered Cognitive Behavioural Therapy for Major Depression and Anxiety Disorders: A Health Technology Assessment. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2019;19(6):1–199.
17. Ørjasæter IK, Stoinska-Schneider A, Smedslund G. Tereapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser - en fullstendig metodevurdering. 2018;1–89.
18. Ho C, Severn M. e-Therapy Interventions for the Treatments of Patients with Depression: A Review of Clinical Effectiveness. 2018;1–19.
19. PLO. vejledning_overenskomst_2022_web.
20. Littlewood E, Duarte A, Hewitt C, Knowles S, Palmer S, Walker S, et al. A randomised controlled trial of computerised cognitive behaviour therapy for the treatment of depression in primary care: The Randomised Evaluation of the Effectiveness and Acceptability of Computerised Therapy (REEACT) trial. *Health Technol Assess (Rockv).* 2015;19(101):1–174.
21. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Internet-Delivered Cognitive Behavioural Therapy for Major Depression and Anxiety Disorders: A Review of Clinical Effectiveness. 2018;1–48.
22. Schwarzer G, Carpenter JR, Rücker G. *Meta-Analysis with R.* Cham: Springer International Publishing; 2015. 107–141 p. (Use R!).
23. Deeks JJ, Higgins JPT, Altman DG. Chapter 10: Analysing data and undertaking meta-analyses. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 62. 2021;3(February).
24. Button KS, Kounali D, Thomas L, Wiles NJ, Peters TJ, Welton NJ, et al. Minimal clinically important difference on the Beck Depression Inventory - II according to the patient's perspective. *Psychol Med.* 2015 Nov 1 [cited 2023 Oct 30];45(15):3269.
25. Díaz-Arribas MJ, Fernández-Serrano M, Royuela A, Kovacs FM, Gallego-Izquierdo T, Ramos-Sánchez M, et al. Minimal Clinically Important Difference in Quality of Life for Patients With Low Back Pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2017 Dec 15 [cited 2023 Oct 30];42(24):1908–16.
26. Titzler I, Saruhanjan K, Berking M, Riper H, Ebert DD. Barriers and facilitators for the implementation of blended psychotherapy for depression: A qualitative pilot study of therapists' perspective. *Internet Interv.* 2018 Jun 1;12:150–64.
27. Schmidt ID, Forand NR, Strunk DR. Predictors of Dropout in Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression HHS Public Access. *Cognit Ther Res.* 2013;43(3):620–30.
28. Karyotaki E, Efthimiou O, Miguel C, Bermpohl FMG, Furukawa TA, Cuijpers P, et al. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression: A Systematic Review and Individual Patient Data Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2021;78(4):361–71.
29. Knowles SE, Toms G, Sanders C, Bee P, Lovell K, Rennick-Egglestone S, et al. Qualitative Meta-Synthesis of User Experience of Computerised Therapy for Depression and Anxiety. *PLoS One.* 2014 Jan 17 [cited 2023 Aug 21];9(1):84323.
30. Knowles SE, Lovell K, Bower P, Gilbody S, Littlewood E, Lester H. Patient experience of computerised therapy for depression in primary care. *BMJ Open.* 2015 Nov 1 [cited 2023 Nov 23];5(11):e008581.

31. Bur OT, Bielinski LL, Krauss S, Häfliger A, Guggisberg J, Krieger T, et al. Working alliance and adherence mediate the effect of guidance in a web-based program for participants with mild to moderate depressive symptoms: A secondary mediation analysis. *Internet Interv.* 2022 Dec 1;30:100593.
32. Donker T, Batterham PJ, Warmerdam L, Bennett K, Bennett A, Cuijpers P, et al. Predictors and moderators of response to internet-delivered Interpersonal Psychotherapy and Cognitive Behavior Therapy for depression. *J Affect Disord.* 2013 Oct 1;151(1):343–51.
33. Fuhr K, Schröder J, Berger T, Moritz S, Meyer B, Lutz W, et al. The association between adherence and outcome in an Internet intervention for depression. *J Affect Disord.* 2018;229(December 2017):443–9.
34. Gonzalez Salas Duhne P, Delgadillo J, Lutz W. Predicting early dropout in online versus face-to-face guided self-help: A machine learning approach. *Behaviour Research and Therapy.* 2022 Dec 1;159:104200.
35. Karyotaki E, Kleiboer A, Smit F, Turner DT, Pastor AM, Andersson G, et al. Predictors of treatment dropout in self-guided web-based interventions for depression: An “individual patient data” meta-analysis. *Psychol Med.* 2015;45(13):2717–26.
36. Catarino A, Bateup S, Tablan V, Innes K, Freer S, Richards A, et al. Demographic and clinical predictors of response to internet-enabled cognitive-behavioural therapy for depression and anxiety. *BJPsych Open.* 2018 Sep [cited 2023 Oct 20];4(5):411–8.
37. Lillevoll KR, Wilhelmsen M, Kolstrup N, Høifødt RS, Waterloo K, Eisemann M, et al. Patients’ experiences of helpfulness in guided internet-based treatment for depression: Qualitative study of integrated therapeutic dimensions. *J Med Internet Res.* 2013 Jun 20 [cited 2023 Oct 20];15(6):e2531.
38. Wilhelmsen M, Lillevoll K, Risør MB, Høifødt R, Johansen ML, Waterloo K, et al. Motivation to persist with internet-based cognitive behavioural treatment using blended care: a qualitative study. *BMC Psychiatry.* 2013 Nov 7 [cited 2023 Nov 23];13:296.
39. Du E, Quayle E, Macleod H. A qualitative study of patients’ experiences and acceptance of computerised cognitive behavioural therapy in primary care, Scotland. *the Cognitive Behaviour Therapist.* 2021 [cited 2023 Sep 19];14:e24.
40. Preschl B, Maercker A, Wagner B. The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive-behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry.* 2011;11.
41. Hadjistavropoulos HD, Pugh NE, Nugent MM, Hesser H, Andersson G, Ivanov M, et al. Therapist-assisted Internet-delivered cognitive behavior therapy for depression and anxiety: Translating evidence into clinical practice-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>). *J Anxiety Disord.* 2014 [cited 2023 Sep 19];28:884–93.
42. Zagorscak P, Heinrich M, Schulze J, Böttcher J, Knaevelsrud C. Factors Contributing to Symptom Change in Standardized and Individualized Internet-Based Interventions for Depression: A Randomized-Controlled Trial. *Psychotherapy.* 2020;57(2):237–51.
43. Bendelin N, Hesser H, Dahl J, Carlbring P, Nelson KZ, Andersson G. Experiences of guided Internet-based cognitive-behavioural treatment for depression: A qualitative study. *BMC Psychiatry.* 2011;11(1):107.

44. Hadjistavropoulos HD, Schneider LH, Edmonds M, Karin E, Nugent MN, Dirkse D, et al. Randomized controlled trial of internet-delivered cognitive behaviour therapy comparing standard weekly versus optional weekly therapist support. *J Anxiety Disord.* 2017;52(July):15–24.
45. Lindner P, Olsson EL, Johnsson A, Dahlin M, Andersson G, Carlbring P. The impact of telephone versus e-mail therapist guidance on treatment outcomes, therapeutic alliance and treatment engagement in Internet-delivered CBT for depression: A randomised pilot trial. *Internet Interv.* 2014;1(4):182–7.
46. Richards D, Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2012;32(4):329–42.
47. Rozental A, Boettcher J, Andersson G, Schmidt B, Carlbring P. Negative Effects of Internet Interventions: A Qualitative Content Analysis of Patients' Experiences with Treatments Delivered Online. Vol. 44, *Cognitive Behaviour Therapy*. Taylor & Francis; 2015. p. 223–36.
48. Parker G, Fletcher K, Berk M, Paterson A. Development of a measure quantifying adverse psychotherapeutic ingredients: The Experiences of Therapy Questionnaire (ETQ). *Psychiatry Res.* 2013 Apr 30;206(2–3):293–301.
49. Andersson G, Titov N, Dear BF, Rozental A, Carlbring P. Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation. *World Psychiatry.* 2019 Feb 1;18(1):20–8.
50. Advocat J, Lindsay J. Internet-based trials and the creation of health consumers. *Soc Sci Med.* 2010 Feb 1;70(3):485–92.
51. Du E, Quayle E, Macleod H. A qualitative study of patients' experiences and acceptance of computerised cognitive behavioural therapy in primary care, Scotland. *the Cognitive Behaviour Therapist.* 2021 [cited 2023 Nov 23];14:e24.
52. Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy.* 2011 [cited 2023 Sep 18];48(1):9–16.
53. Wehmann E, Köhnen M, Härter M, Liebherz S. Therapeutic Alliance in Technology-Based Interventions for the Treatment of Depression: Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2020 Jun 1 [cited 2023 Oct 20];22(6).
54. Svartvatten N, Segerlund M, Denhag I, Andersson G, Carlbring P. A content analysis of client e-mails in guided internet-based cognitive behavior therapy for depression. *Internet Interv.* 2015;2(2):121–7.
55. Andersson G, Paxling B, Wiwe M, Vernmark K, Felix CB, Lundborg L, et al. Therapeutic alliance in guided internet-delivered cognitive behavioural treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 2012;50(9):544–50.
56. Fenski F, Rozental A, Heinrich M, Knaevelsrud C, Zagorscak P, Boettcher J. Negative effects in internet-based interventions for depression: A qualitative content analysis. *Internet Interv.* 2021;26:100469.
57. Folker AP, Mathiasen K, Lauridsen SM, Stenderup E, Dozeman E, Folker MP. Implementing internet-delivered cognitive behavior therapy for common mental health disorders: A comparative case study of implementation challenges perceived by therapists and managers in five European internet services. *Internet Interv.* 2018 Mar 1;11:60–70.

58. Digitale tilbud til behandling af angst og depression : forskningsrapport: Videnssøgning i Danmark. KORA; 2017.
59. Zhao X, Stadnick NA, Ceballos-Corro E, Castro J, Mallard-Swanson K, Palomares KJ, et al. Facilitators of and Barriers to Integrating Digital Mental Health into County Mental Health Services: Qualitative Interview Analyses. *JMIR Form Res.* 2023;7.
60. Folker AP, Mathiasen K, Lauridsen SM, Stenderup E, Dozeman E, Folker MP. Implementing internet-delivered cognitive behavior therapy for common mental health disorders: A comparative case study of implementation challenges perceived by therapists and managers in five European internet services. *Internet Interv.* 2018 Mar 1;11:60–70.
61. Damgaard-sørensen U. Årsrapport 2022 Internetpsykiatrien Fællesregionalt internetbaseret behandlingstilbud for angst og depression Indholdsfortegnelse. 2022;
62. Brown JSL, Lisk S, Carter B, Stevelink SAM, Van Lieshout R, Michelson D. How Can We Actually Change Help-Seeking Behaviour for Mental Health Problems among the General Public? Development of the 'PLACES' Model. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Mar 1;19(5).
63. Brown JSL, Boardman J, Elliott SA, Howay E, Morrison J. Are self-referrers just the worried well? A cross-sectional study of self-referrers to community psycho-educational stress and self-confidence workshops. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005 May;40(5):396–401.
64. Clark DM, Layard R, Smithies R, Richards DA, Suckling R, Wright B. Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy.* 2009 Nov;47(11):910–20.
65. Clark DM. Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annu Rev Clin Psychol.* 2018 May 7;14:159–83.
66. Staples LG, Webb N, Asrianti L, Cross S, Rock D, Kayrouz R, et al. A Comparison of Self-Referral and Referral via Primary Care Providers, through Two Similar Digital Mental Health Services in Western Australia. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Jan 1;19(2).
67. Lervik LV, Knapstad M, Smith ORF. Process evaluation of Prompt Mental Health Care (PMHC): The Norwegian version of Improving Access to Psychological Therapies. *BMC Health Serv Res.* 2020 May 19;20(1).
68. Brown JSL, Lisk S, Carter B, Stevelink SAM, Van Lieshout R, Michelson D. How Can We Actually Change Help-Seeking Behaviour for Mental Health Problems among the General Public? Development of the 'PLACES' Model. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Mar 1;19(5).
69. Digitale tilbud til behandling af angst og depression : forskningsrapport: Videnssøgning i Danmark. KORA; 2017.
70. Mitchell LM, Joshi U, Patel V, Lu C, Naslund JA. Economic Evaluations of Internet-Based Psychological Interventions for Anxiety Disorders and Depression: A Systematic Review. *J Affect Disord.* 2021;284(May 2020):157–82.
71. Holst A, Björkelund C, Metsini A, Madsen JH, Hange D, Petersson ELL, et al. Cost-effectiveness analysis of internet-mediated cognitive behavioural therapy for depression in the primary care setting: Results based on a controlled trial. *BMJ Open.* 2018;8(6):1–10.

72. Baumann M, Stargardt T, Frey S. Cost–Utility of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Unipolar Depression: A Markov Model Simulation. *Appl Health Econ Health Policy*. 2020;18(4):567–78.
73. Piera-Jiménez J, Etzelmueller A, Kolovos S, Folkvord F, Lupiáñez-Villanueva F. Guided internet-based cognitive behavioral therapy for depression: Implementation cost-effectiveness study. *J Med Internet Res*. 2021;23(5):1–13.
74. Behandlingsrådet. Teknisk bilag: Omkostningsopgørelse. 2022;1–37.
75. Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren. 2023;2021(1056).
76. Samtaleterapi og krisesamtaler i almen praksis - sundhed.dk [Internet]. [cited 2023 Nov 17]. Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/syddanmark/almen-praksis/administration/paragraf-2-og-samarbejdsaftaler/paragraf-2-aftaler/samtaletterapi-og-krisesamtaler/>
77. Dansk Psykolog Forening. Praksishonorar for psykologer med ydernummer. 2023.

11 Fagudvalgets sammensætning

Sammensætning af fagudvalget vedr. guidet, internetbaseret kognitiv adfærdsterapi til voksne med let eller moderat depression.

Formand	Indstillet af
Christian Legind Overlæge	LVS
Medlemmer	Udpeget af
Nicolai Ladegaard Specialpsykolog i psykiatri	Region Midtjylland
Maria Nielsen Psykolog og ambulatorieleder	Region Nordjylland
Mette Øllgaard Afsnitsledende overlæge	Region Hovedstaden
Sidse Arnfred Cheflæge, Professor, forskningschef	Region Sjælland
Angelina Isabella Mellentin Lektor, autoriseret klinisk psykolog	Region Syddanmark
Lisbeth Frostholt ledende psykolog/professor	Region Midtjylland
Anna Laursen Afdelingsleder	KL
Emil Rense Wægter Juridisk Rådgiver	RFI
Ninna Askou Praktiserende Læge	LVS
Louise Linde Patientrepræsentant, Læge, Ph.d. studerende	Danske Patienter
Erik Mønsted Pedersen Patientrepræsentant, psykolog, 1. næstformand i Sind	Danske Handicaporganisationer
Tidligere medlemmer	Udpeget af
Mia Beck Lichtenstein (Deltog fra februar-juni 2023)	Region Syddanmark

© Behandlingsrådet, 2024.

Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

www.behandlingsraadet.dk

Niels Jernes Vej 6A, 9220 Aalborg Ø Versionsnummer: 1.0

Sprog: Dansk

Udgivet af Behandlingsrådet, d. 13. februar 2024

Behandlingsrådet