



Susanne Reindahl Rasmussen, Helle Sofie Wentzer og
Eskild Klausen Fredslund

Psykologstøttet internetpsykiatrisk behandling af let til moderat depression

Evaluering af demonstrationsprojekt i Region Syddanmark



Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning

Psykologstøttet internetpsykiatrisk behandling af let til moderat depression – Evaluering af demonstrationsprojekt i Region Syddanmark

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatterne, 2016

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-855-0

Projekt: 10564

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Telemedicinsk behandling bliver stadig mere udbredt inden for den somatiske behandling i det danske sundhedsvæsen. Der er imidlertid mere sparsom erfaring med og viden om udvikling og implementering af programmer til internetbaseret behandling af mennesker med psykisk sygdom. Organiseringen og udfordringer ved at tilbyde internetbehandling til psykisk syge og de økonomiske konsekvenser herved er heller ikke velbeskrevet.

I denne rapport har vi undersøgt, om internetbaseret kognitiv adfærdsterapi kan ses som et attraktivt supplement til fremtidens tilbud til personer med let til moderat depression. Rapporten evaluerer et demonstrationsprojekt i Region Syddanmark, hvor mennesker med depression selv kan henvende sig over nettet og anmode om at komme i internetpsykiatrisk behandling. Behandlingen, der er gratis for patienterne, varetages af psykologer i Telepsykiatrisk Center, Region Syddanmark.

Evalueringen tager udgangspunkt i konceptet for Medicinsk Teknologi med separate analyser af teknologi, patient, organisering og økonomi efterfulgt af en samlet konklusion og perspektivering. I rapporten præsenteres indledningsvis de forskningsmæssige resultater, der er opnået i udlandet ved afprøvning af internetpsykiatrisk behandling af depression – både i forhold til effekt og omkostningseffekt. Der er således ikke foretaget en analyse af effekten af det internetpsykiatriske tilbud i Danmark. Herefter beskrives den internetpsykiatriske behandling, sådan som den er udviklet og afprøvet i Region Syddanmark, patienternes vurdering af behandlingen, samt i hvilket omfang den har imødekommet behov og hjulpet med håndtering af problemer. Endvidere identificeres og beskrives de informations- og kommunikationsteknologiske kerneopgaver, som psykologerne varetager i forbindelse med patientbehandlingen, samt rækken af sociotekniske arbejdsopgaver, der følger med organiseringen af det internetpsykiatriske tilbud. Herudover præsenteres beregninger af omkostninger ved behandling af mennesker med depression på basis af forskellige scenarier og under givne antagelser. Afslutningsvis belyses og diskuteres relevante faktorer og forudsætninger for eventuel implementering og udrulning af internetpsykiatri til personer med depression i de øvrige regioner i Danmark.

Rapporten henvender sig generelt til personer med interesse for behandling via internettet og specifikt i forhold til regionernes beslutningstagere, der fremadrettet skal tage stilling til, om internetpsykiatrisk behandling skal udrulles i alle regioner.

Vi takker alle samarbejdspartnere for et godt samarbejde og for stor tålmodighed i forbindelse med organiseringen af interviews, workshop, observation og levering af andet datamateriale. Vi vil også rette en tak til dem, der har givet sig tid til at svare på spørgsmål og har stillet op til interviews mv. Endelig vil vi rette en tak til de to eksterne reviewere for deres konstruktive kommentarer.

Evalueringen af projekt 'Internetpsykiatri' er foretaget på opdrag af Region Syddanmark. Projektet er finansieret af Region Syddanmark og Fonden for Velfærdsteknologi.

Susanne Reindahl Rasmussen og Helle Sofie Wentzer

Februar 2016

Indhold

Oversigt over anvendte forkortelser og begreber.....	6
Resumé	8
1 Indledning	12
1.1 Baggrund	12
1.2 Demonstrationsprojektets formål og succeskriterier.....	14
1.3 Formål med nærværende evaluering	14
1.3.1 Afgrænsning	15
1.4 Evalueringens grundlag.....	16
1.5 Interventionen – kort beskrevet.....	16
1.6 Opdragsgiver, finansiering og samarbejde om evalueringen.....	17
1.7 Rapportens opbygning	17
2 Data og metode.....	19
2.1 Teknologi	19
2.2 Patient.....	22
2.3 Organisation.....	23
2.4 Økonomi	24
3 Teknologi – resultater.....	31
3.1 International viden om internetbaseret depressionsbehandling	31
3.1.1 Behandlingseffekt af iCBT ved depression.....	31
3.1.2 Omkostningseffekt af iCBT ved depression	33
3.1.3 Sammenfatning (evidens og omkostningseffekt)	34
3.2 Demonstrationsprojektet i Region Syddanmark	35
3.2.1 Internetpsykiatrisk depressionsbehandling	36
3.2.2 Den tekniske udvikling i interventionen	38
3.3 En patient-case af en ikt-medieret forundersøgelse	41
3.4 Tilgængelighed	43
3.4.1 Alment praktiserende læge.....	43
3.5 Anmodninger og forundersøgelser	44
3.5.1 Antal patienter i behandling.....	45
3.5.2 Månedlige anmodninger og patienter i påbegyndt behandling	46
3.5.3 Antal gennemførte moduler	48
3.6 Sammenfatning	48
4 Patient – resultater	50
4.1 Sammenfatning	52
5 Organisation – resultater	54
5.1 Arbejdsgange og kompetencer i internetpsykiatrisk behandlingsforløb	54
5.1.1 Vagtordning til suicidale e-anmodninger.....	55
5.1.2 Forundersøgelsen.....	56
5.1.3 Støtte til gennemførelse af behandlingsprogrammet	57

5.1.4	Afslutnings samtalen	58
5.2	Ikt kerneopgaver	58
5.2.1	Forundersøgelse (visitation)	58
5.2.2	Skriftlig kommunikations- og motivationsarbejde	59
5.2.3	Afsluttende samtale	62
5.2.4	Dokumentation (forundersøgelsen)	62
5.2.5	Dokumentation (den afsluttende samtale)	62
5.3	Socioteknisk arbejde	62
5.3.1	Opgave 1: Daglig vagtordning	63
5.3.2	Opgave 2-4: Konference, teammøde og supervision	63
5.3.3	Opgave 5: Tekniske udfordringer med programmet	64
5.3.4	Opgave 6: Udarbejdelse af procedurebeskrivelser mv.	64
5.3.5	Opgave 7: Rekruttering af patienter	65
5.3.6	Opsamling	65
5.4	Tilbuddets fremtid	65
5.4.1	Den nære fremtid: To års drift i Psykiatrien i Region Syddanmark	67
5.4.2	Udbredelse til andre regioner: Drift fra 2017	68
5.4.3	Det afgørende patientgrundlag: Rekruttering	71
5.5	Sammenfatning	73
6	Økonomi – resultater	75
6.1	Omkostninger ved nuværende behandling	75
6.1.1	Behandling hos alment praktiserende læge	75
6.1.2	Behandling hos praktiserende psykologer	76
6.2	Omkostninger ved internetpsykiatrisk behandling	79
6.2.1	Den kliniske afprøvningsperiode	79
6.2.2	Estimerede omkostninger og sub-maksimal kapacitetsudnyttelse	81
6.2.3	Følsomhedsanalyser: Omkostninger pr. patient ved estimeret drift	82
6.3	Sammenligning: Internetpsykiatrisk behandling versus nuværende behandling ...	84
6.4	Sammenfatning	85
7	Business case	86
7.1	Samfundsperspektiv	88
7.2	Sammenfatning	89
8	Sammenfatning og konklusion	91
8.1	Samlet konklusion	94
9	Perspektivering	96
	Litteratur	98
Bilag 1	Forandringsmodel	103
Bilag 2	Økonomi	106
Bilag 3	Udenlandske studier	110

Oversigt over anvendte forkortelser og begreber

Udtryk eller forkortelse	Forklaring
APAs evidenskrITERIE	American Psychologist Associations højeste niveau for evidens af 'veldokumenteret behandling' omfatter ny behandling, der i denne sammenhæng er a) overlegen (superior) i forhold til psykologbehandling, piller eller psykologisk placebo i to RCT'er af uafhængige undersøgelsesgrupper eller b) ekvivalent til veldokumenteret behandling i to RCT'er af uafhængige undersøgelsesgrupper eller c) viser effektivitet i mindst ni enkeltstående casestudier.
Biblioterapi	Det er en terapiform, hvor læsning af fx selvhjælpslitteratur og samtale herom er i fokus.
CBT eller kat	Cognitive Behavior Therapy, på dansk kognitiv adfærdsterapi. En psykoterapeutisk retning, der tager udgangspunkt i uhenigtsmæssig tænkning og handlingsmønstre og søger at ændre herpå.
CES-D	Center for Epidemiological Studies-Depressio'-skala er et screeningsværktøj til undersøgelse af symptomer på depression i den almindelige befolkning.
Cohens d-værdi og Hedges g-værdi	Udtryk for en effektstørrelse. Kan fx bruges ved sammenligning af to gruppers behandlingseffekt ex-post: Beregnes som effektforskelle mellem kontrol- og behandlingsgruppe divideret med den fælles standardafvigelse. Ved beregning af Cohens d-værdi bruges en version, hvor der divideres med N, mens der i Hedges g-værdi anvendes en version af standardafvigelsen, hvor der divideres med N-1. 'Hedges g' eller 'Cohens d' er skalarfrie, hvilket betyder, at man kan beregne effektværdier på tværs af forskellige effektmål.
DAGS-takster	Dansk ambulante grupperingsystem, som bruges til afregning af ambulante sygehusydelse.
DSAM	Dansk Selskab for Almen Medicin.
Fearfighter	Det internetpsykiatriske behandlingsprogram for patienter med angst.
GRADE-system	Grading of Recommendation Assessment, Development and Evaluation System, er et internationalt brugt system til at vurdere kvaliteten af evidens og til at give anbefalinger. Højeste niveau, 'stærkt empirisk grundlag', er baseret på studier af høj eller moderat kvalitet og ingen svaghedsfaktorer i den samlede bedømmelse (baseres bl.a. på risiko for bias, inkonsistens, unøjagtighed, hvor indirekte evidensen er samt risikoen for publikations-bias). Høj kvalitet er et udtryk for, at der er sikkerhed for, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt, mens moderat kvalitet er udtryk for, at det er sandsynligt, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt, men der er mulighed for, at der er væsentlig forskel.
HAM d17	Hamilton Depression Scale. Et redskab til at rate sværhedsgraden af depression.
ICBT eller ikat	Internetbaseret kognitiv adfærdsterapi.
Ikt	Informations- og kommunikationsteknologi.
Internetpsykiatrisk behandling eller internetbaseret psykiatrisk behandling	Terminologien bruges i denne evaluering om den internetbaserede psykologstøtte (uden medicinsk behandling), der gives i demonstrationsprojektet 'Internetpsykiatri' i Region Syddanmark. Det er synonymt med internetpsykologisk behandling, som er den svenske betegnelse.
Medianen	Den midterste værdi i et sorteret datasæt.
MDI	Major Depression Inventory af Per Bech. Et psykometrisk testredskab til screening af depressionsgraden.
M.I.N.I.	Mini Internationalt Neuropsykiatrisk Interview: Et screeningskema, der her indgår i forundersøgelsen med videosamtale (dansk version 5.0.0).

Udtryk eller forkortelse	Forklaring
Multimodal	Der gøres brug af forskellige kommunikationsredskaber (fx pc, videokonference, mobiltelefon, NoDep, patientjournal) og flere modaliteter, fx skrift, billeder, lyd, levende billeder, skemaer, telefonopkald og e-mails.
MTV	Medicinsk Teknologivurdering.
Multivariat følsomhedsanalyse	Flere ting ændres samtidig med det formål at undersøge, hvordan en samling af flere univariate ændringer påvirker det initiale estimat.
NoDep	Det internetpsykiatriske behandlingsprogram for patienter med depression.
OPI-aftale	Offentlig-Privat Innovationsaftale.
Privat praktiserende psykologer under tilskudsordningen	Her refereres til psykologer, der arbejder i henhold til 'Bekendtgørelse om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper. BEK nr. 663 af 25/06/2012. Omtales også nogle steder i rapporten som 'praktiserende psykologer'.
PSE	Present State Examination, psykometrisk sceningsredskab til et lidt bredere psykiatrisk interview.
Psykoedukation	Omfatter strukturerede forløb, der har til formål at bibringe patienten mestringsstrategier og indsigt i egen lidelse samt forebyggelse af tilbagefald.
RCT	Randomiseret Controlled Trial, på dansk randomiseret kontrolleret forsøg.
RSI	Regionernes Sundheds-it.
SCID II	Structured Clinical Interview til udredning for personlighedsforstyrrelser.
Submaksimal kapacitetsudnyttelse	Bruges i indeværende rapport som et udtryk for, at den maksimale kapacitetsudnyttelse af psykologernes arbejdstid er reduceret med 5 %, hvilket efterlader ca. 15 minutters dagligt uspecificeret arbejde.
Synkron – asynkron	Bruges her om kontakten mellem psykolog og patient. Ved synkron behandling har psykolog og patient samtidig kontakt med hinanden, fx ved forundersøgelse med video eller telefonsamtale. Ved asynkron behandling bruger psykolog og patient ikke tiden sammen, fx ved støttende behandling via et sikkert tekstmodul.
Socioteknisk	En kombination af sociale og tekniske elementer.
Univariat følsomhedsanalyse	Én ting ændres ad gangen for at se påvirkningen på det initiale estimat.
Videosamtale	Bruges her om kommunikation mellem psykolog og patient ved forundersøgelsen og den afsluttende samtale.
95 % konfidensinterval	Statistisk test for, hvorvidt Cohens d-værdi er forskellig fra nul. Intervaller, der omfatter nul, vurderes sædvanligvis ikke at kunne tages som udtryk for en statistisk signifikant forskel mellem to grupper.

Resumé

Baggrund

I denne rapport evalueres et demonstrationsprojekt med tilbud om psykologstøttet internetbaseret kognitiv adfærdsterapi uden egenbetaling til patienter med let til moderat depression. Evalueringen er baseret på en klinisk afprøvningsperiode på 8½ måned (16. juni 2014-28. februar 2015) i Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark. Det overordnede formål med demonstrationsprojektet har været *'med udgangspunkt i positive erfaringer fra udlandet – at afprøve brugen af internetbaseret kognitiv adfærdsterapi på patienter med let til moderat grad af depression'*. Demonstrationsprojektet har herudover skullet vise, om internetbaseret behandling med selvhenvielse kan fungere i en dansk kontekst, samt hvorvidt udgiften til behandling af let til moderat depression kan reduceres ved hjælp af denne behandlingsmetode.

Evalueringens formål

Formålet med nærværende evaluering er at evaluere projektet 'Internetpsykiatri i Region Syddanmark', der med støtte fra Fonden for Velfærdsteknologi sigter mod at afprøve internetbaseret behandling af personer med aktuel depressiv episode af let til moderat grad.

Evalueringen bidrager dermed til at give regionale og nationale beslutningstagere et grundlag for at vurdere, om internetpsykiatri kan ses som et attraktivt supplement til fremtidens tilbud til personer med depression.

Rapportens samlede konklusion

Den overordnede konklusion på evalueringen er, at psykologstøttet, internetbaseret, kognitiv adfærdsterapi til patienter med let til moderat depression kan indgå som et meningsfuldt supplement til den nuværende behandling med samtalerapi ved alment praktiserende læger henholdsvis privat praktiserende psykologer under tilskudsordningen¹.

De forventede gennemsnitlige omkostninger pr. patient ved internetpsykiatrisk behandling forventes at beløbe sig til ca. 7.850 kr. pr. behandlet patient. Beregningerne er baseret på de sidste 1½ år af en toårig driftsperiode i Region Syddanmark (1. marts 2015-28. februar 2017). Når omkostningerne ved vagtordning og forundersøgelse for ikke-inkluderede patienter er udeladt af beregningerne af hensyn til sammenligning med den nuværende behandling, er de gennemsnitlige omkostninger reduceret til 6.780 kr. Til sammenligning er de forventede offentlige sygesikringsomkostninger ved behandling hos praktiserende psykologer 4.820 kr. (7.810 kr. når patientens egenbetaling indregnes). En business case, der rækker længere ud i fremtiden end februar 2017, vil være baseret på et hypotetisk grundlag, hvilket også vil være tilfældet, hvis man forsøger sig med beregninger, der omfatter øvrige regioners drift.

Anbefalinger

KORA har følgende forslag og anbefalinger for den videre proces med at kvalificere beslutninger om udbredelse af den internetpsykiatriske behandling. Forslag og anbefalinger er indbyrdes og successivt afhængige af hinanden.

Teknologien skal stabiliseres i en driftsmoden version, og Danske Regioner skal afklare regionernes indbyrdes interesser i et fælles udbud med henblik på at indgå ny leverandør- og licensaftale(r). Region Syddanmark er primus motor i forhold til at udarbejde kravspecifikationerne hertil på baggrund af deres erfaringer fra demonstrationsprojektet og den toårige driftsperiode i Telepsykiatrisk Center.

¹ Bekendtgørelse om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper. BEK nr. 663 af 25/06/2012.

Der bør skabes evidens for behandlingen. I den forbindelse bør det undersøges, om den internetpsykiatriske behandling medvirker til en reduktion af den absolutte ulighed i sundhed, således at ressourcestærke og ressourcesvage patienter ikke blot har lige adgang til og modtager behandling i samme omfang, men også at behandlingseffekt og livskvalitet som minimum er lige så stor (og helst større) for ressourcesvage som ressourcestærke patienter.

Delkonklusioner

Resultaterne fra udenlandske undersøgelser viser, at det er for tidligt at konkludere på, om effekten af støttet internetpsykiatrisk behandling med kognitiv adfærdsterapi af patienter med depression adskiller sig fra sædvanlig ansigt-til-ansigt behandling af personer med let til moderat depression. Det står således heller ikke klart, om internetpsykiatrisk behandling med kognitiv adfærdsterapi er omkostningseffektivt sammenlignet med ansigt-til-ansigt-behandling af depressive.

Region Syddanmark har i løbet af projektperioden fået udviklet og klinisk afprøvet en prototype til internetstøttet kognitiv behandling af patienter med let til moderat depression. Herudover har regionen udviklet og afprøvet et nyt behandlingstilbud, der indbefatter nye kompetencer hos psykologerne og i organisationen i forhold til at varetage internetpsykiatrisk behandling for selvhenvendte patienter.

Patienterne er tilfredse med behandlingen, men der er behov for, at patientrekrutteringen bliver yderligere cementeret gennem stabil drift efter ophør af projektperioden.

Organisatorisk er det lykket for regionen at udvikle et fagligt miljø, der kan varetage psykologstøttet, internetpsykiatrisk behandling. Herudover har Telemedicinsk Center fået etableret et forsknings- og innovationsmiljø, der målrettet kan arbejde med dataindsamling og validering af effekt. Med midler bevilget af Regionsrådet i Region Syddanmark og De nære sundhedsmidler er der sikret rammer for drift i en toårig periode med henblik på at stabilisere interventionen og opnå øget integration med det eksisterende sundhedsvæsenets infrastruktur. I evalueringen bliver der peget på tre fremtidsscenerier for en eventuel landsdækkende udbredelse: en centraliseringsmodel, hvor al behandling i hele landet varetages af én region (ét regionshospital), og to decentrale modeller, hvor tilbuddet enten udrulles til de øvrige fire regioner eller forankres i den primære sundhedssektor. Fordele og ulemper ved de tre modeller er beskrevet i rapporten.

Det vurderes, at der fra et rent samfundsøkonomisk perspektiv vil være en økonomisk gevinst ved behandling med internetbaseret, kognitiv adfærdsterapi af patienter med depression. Sundhedsvæsenets omkostninger ved behandling af en patient med internetbaseret behandling vurderes dog – ud fra en alt andet lige-betragtning – at ville være højere end det nuværende tilbud om samtalerterapi ved privat praktiserende psykologer under tilskudsordningen. For patienterne vil der derimod være tale om en væsentlig gevinst, idet der ikke er egenbetaling ved internetpsykiatrisk behandling, samtidig med at behandlingen ikke er forbundet med transporttid og kørselsomkostninger (patienternes omkostninger ved tidsforbrug til socioteknisk arbejde er ikke undersøgt). Hvorvidt internetpsykiatrisk behandling fører til reducerede indirekte omkostninger som følge af et mindre kort- og langvarigt sygefravær, er der ikke et tilstrækkeligt grundlag for at vurdere; hertil er litteraturen for sparsom. Hvis sundhedsvæsenets omkostninger ved internetbaseret kognitiv adfærdsterapi (iCBT) fremadrettet skal reduceres, er følgende parametre væsentlige – uanset organiseringsmodel: et stabilt patientgrundlag, submaksimal kapacitetsudnyttelse af psykologernes arbejdstid samt reduktion af deres sociotekniske arbejde. Sidstnævnte kan formentlig reduceres ved mere stabil drift/et mere etableret tilbud samt højere faglighed blandt psykologerne.

Evalueringen giver ikke grundlag for at vurdere, om tilbuddet når ud til en gruppe af patienter, der ellers ikke ville modtage behandling eller alternativt kommer senere i gang med et behandlingsforløb end de konventionelle tilbud om samtaleterapi.

Evalueringens design

Evalueringen tager afsæt i den danske model for medicinsk teknologivurdering (MTV)² med sideordnede analyser af teknologi, patient, organisation og økonomi efterfulgt af en samlet konklusion. Evalueringen bidrager således med viden og analyser af:

1. Teknologi: Viden om internetbaseret kognitiv adfærdsterapi fra litteraturen henholdsvis erfaringer med og fra en afprøvningsperiode i dansk kontekst, herunder at forstå teknologiens betydning og rolle såvel retrospektivt som fremadrettet.
2. Patient: Patienternes vurdering af kvaliteten af behandlingen, herunder hvorvidt behandlingen levede op til det forventede samt imødekom behov og hjælp til håndtering af problemer.
3. Organisation: Analyse af psykologernes praksis og kompetencer ved den internetpsykiatriske depressionsbehandling i den kliniske afprøvningsperiode samt fremtidsscenarier for projektets fremtid i forhold til overgang fra en toårig drift i Region Syddanmark til eventuel udrulning til andre regioner.
4. Økonomi: Sammenligning af estimerede gennemsnitlige omkostninger pr. patient ved internetpsykiatrisk behandling versus nuværende tilbud om behandling med samtaleterapi (ud fra en alt andet lige-betragtning). Der er foretaget en vurdering af mulige konsekvenser ved udenlandske studiers fund af effekt og omkostningseffekter af internetbaseret kognitiv adfærdsterapi for dansk internetpsykiatrisk behandling af depression. Tilsammen danner det grundlag for belysning af et eventuelt effektiviseringspotentiale ved landsdækkende udrulning af internetpsykiatri.

Datagrundlaget for evalueringen varierer fra analyse til analyse:

1. Teknologi: i) Viden om effekter og omkostningseffekter ved internetbaseret kognitiv adfærdsterapi af depression er baseret på en litteraturgennemgang, ii) den kvalitative beskrivelse og analyse af teknologien er baseret på observationer, fokusgruppeinterviews, workshop samt telefoninterviews, og iii) en deskriptiv analyse af tilbuddets tilgængelighed og antal patienter i den kliniske afprøvningsperiode er baseret på fokusgruppeinterviews henholdsvis udtræk fra projektets database.
2. Patient: Undersøgelsen af patienternes oplevelse af behandlingen er baseret på en spørgeskemaundersøgelse.
3. Organisation: Analysen af organiseringen af klinikens daglige arbejde og personalets og ledelsens samlede oplevelse af interventionen, herunder fordele og ulemper ved forskellige modeller for en eventuel fremtidig udrulning af internetpsykiatri til depressive, er samlet set baseret på dokumentationsanalyse, observation, fokusgruppeinterviews og en fremtidsrettet workshop.
4. Økonomi: Omkostningsberegningerne for den internetpsykiatriske behandling er baseret på driftsregnskab, skønnet tidsforbrug og antagelse om submaksimal kapacitetsudnyttelse, mens omkostningerne ved samtaleterapi er baseret på sygesikringshonorarer samt lægers og psykologers skøn af antal konsultationer. Konsekvenser af effekter og omkostningseffekter ved internetbaseret adfærdsterapi er baseret på litteraturgennemgangen.

² Det er ikke en fuld MTV, idet den ikke omfatter effekt af interventionen i demonstrationsprojektet, samtidig med at patientperspektivet ikke er fuldt udfoldet. Komparative analyser af andre måder at organisere tilbuddet på er heller ikke inddraget.

Finansiering

Evalueringen af projekt 'Internetpsykiatri' er foretaget på opdrag af Region Syddanmark. Projektet er finansieret af Region Syddanmark og Fonden for Velfærdsteknologi.

1 Indledning

Depression er både en sundhedsmæssig og en økonomisk udfordring. Denne rapport undersøger, om internetbaseret psykiatrisk behandling af patienter med let til moderat depression er en farbar vej for det danske sundhedsvæsen. Undersøgelsen fokuserer på danske erfaringer og inddrager resultater fra internationale studier. Formålet er at få et samlet vidensgrundlag for at bedømme behandlingens konsekvenser for patienter, for organisation og økonomi for dermed at give regionale beslutningstagere et grundlag for vurdering af, hvorvidt internetpsykiatri kan ses som et attraktivt supplement i fremtidens tilbud til mennesker med depression.

I dette kapitel beskrives baggrunden for opstarten af et demonstrationsprojekt i Region Syddanmark. Evaluering af erfaringerne fra demonstrationsprojektet bidrager til et beslutningsgrundlag for, hvorvidt internetpsykiatrisk behandling fremadrettet skal tilbydes landsdækkende, fx som supplement til de nuværende tilbud om samtaleterapi hos alment praktiserende læger og privat praktiserende psykologer under tilskudsordningen.

Evalueringen gennemføres som en MTV, der tager afsæt i demonstrationsprojektets formål og succeskriterier med henblik på empirisk at undersøge teknologiens anvendelse (dens karakteristika, tilgængelighed og patientvolumen), patienternes oplevelse af behandlingen, organisationens arbejde med at udvikle og realisere tilbuddet og endelig de økonomiske omkostninger ved internetpsykiatrisk intervention.

I afsnit 1.3 og 1.4 præciseres formålet og grundlaget for nærværende evaluering. Som afslutning på kapitlet findes en oversigt over rapportens analytiske og rapportmæssige struktur.

1.1 Baggrund

Depression er en sundhedsmæssig og økonomisk udfordring både i Danmark og internationalt. WHO vurderer således, at depression³ i 2020 vil være på andenpladsen over de mest belastende sygdomme (i betydningen disability) på verdensplan og på førstepladsen i de rige lande (2).

Danske udfordringer

Forekomsten af depression i den danske befolkning er på 5-7 % i løbet af et år ifølge en arbejdsgruppe under den tidligere regerings udvalg om psykiatri (Arbejdsgruppe 2013). Det svarer til, at ca. 283.000-396.200 personer hvert år har depression⁴. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø skønner imidlertid, at forekomsten kan være helt oppe på 10 % i befolkningen (4).

Alle patienter med depression bør ifølge Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) modtage en eller anden form for samtaleterapi. Personer med let til moderat depression kan behandles med samtaleterapi i almen praksis⁵ eller henvises til psykologbehandling efter tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren (psykologordningen), hvor det i sidstnævnte tilfælde kræves, at personen er 18 år eller ældre. I nogle tilfælde er det nødvendigt at henvise til eller konferere med psykiatrisk speciallægepraksis eller i tilfælde af svære kognitive symptomer at viderehenvise til indlæggelse på psykiatrisk afdeling (1). Behandlingen ved de privat praktiserende psykologer består typisk af individuelle terapiforløb, som i nogle tilfælde bliver kombine-

³ Depression defineres i henhold til ICD-10-klassifikationen som en tilstand med flere samtidige symptomer, som har været til stede det meste af tiden næsten hver dag i de sidste 14 dage. De depressive kernesymptomer omfatter nedtrykthed, nedsat lyst eller interesse og/eller nedsat energi eller øget træthed (1).

⁴ Ved det nuværende befolkningstal pr. 1. januar 2015: 5.659.715 (3).

⁵ Pr. 1. april 2011 blev ydelsen en del af landsoverenskomsten, hvilket bl.a. betyder, at samtaleterapien skal varetages af en læge (5).

ret med medicinsk behandling, der varetages af den alment praktiserende læge. Antallet af personer med depression, som modtager tilskudsberettiget psykologbehandling, har været støt stigende i perioden 2008-2013. I 2008 blev der åbnet op for, at 18-37-årige med let til moderat depression kunne henvises til psykologbehandling efter tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren. Med virkning fra 1. juli 2012 blev det øvre alderskriterie ophævet som følge af satspuljeaftalen for 2012-2015 (6), hvilket formentlig har medvirket til, at et stigende antal patienter har gjort brug af ordningen. I 2013 var der således 17.170 personer (ud af i alt 84.300 personer), som modtog psykologbehandling for depression under tilskudsordningen (7), hvilket svarer til 0,8 % af alle danskere, som er 18 år eller ældre. I 2013 var der i alt 54.700 nye patienter i psykiatrisk speciallægepraksis (8). Depression udgjorde 29-37 % af alle påbegyndte forløb i psykiatrisk speciallægepraksis i 1996-2007 baseret på udpluk af praksis (9).

Omkostningerne ved behandling af depression er betragtelige. I 2013 udgjorde de 106,1 mio. kr., hvilket svarer til ca. 45 % af de samlede offentlige omkostninger ved psykologbehandling på ca. 237 mio. kr. (7). De samfundsøkonomiske omkostninger ved psykisk sygdom er imidlertid endnu højere, idet der heri indregnes nedsat arbejdsevne, sygefravær og førtidigt arbejdsophør. De samlede samfundsmæssige omkostninger ved psykisk sygdom skønnes således at udgøre ca. 55 mia. kr. (2008) (4), hvor det skønnes, at omkostningerne ved depression beløber sig til mere end 10 mia. kr. årligt i Danmark (10).

Det er imidlertid langt fra alle personer med psykisk sygdom, som bliver behandlet, hvilket betyder, at de er i risiko for, at sygdomstilstanden forværres. I et debatoplæg fra Danske Regioner m.fl. er det skønnet, at ca. 30 % med en psykisk lidelse af ikke-psykotisk karakter (depression, angst og spiseforstyrrelse) ikke modtager behandling (11). Dette kan der være flere grunde til. Af internationale studier fremgår det, at depressives barrierer for at modtage behandling ansigt-til-ansigt omfatter frygt for stigmatisering, mangel på tid, ventetid på behandling, geografisk lang afstand til behandler og uvilje mod at videregive oplysninger om psykiske problemer (12). I den sammenhæng kan det konstateres, at ventetiden til psykologisk behandling under tilskudsordningen er forholdsvis lang i Danmark. I 2013 var den således på gennemsnitlig 8 uger (7). Hertil kommer, at patienter, som gør brug af psykologordningen, har en egenbetaling på 40 % af de gældende takster på området, hvilket alle måske ikke har råd til.

I et økonomisk trængt sundhedsvæsen med mangel på læger i yderområder af Danmark og et sundhedsvæsen, hvor praktiserende psykologer har vanskeligt ved at efterkomme behandlingsbehovet for personer med depression, kan der derfor være gode grunde til at afsøge og afprøve andre former for behandlingstilbud end de nuværende. Internetpsykiatrisk behandling af depressive har været afprøvet i mere end 15 år i udlandet. I Stockholms len har man gennem flere år haft et etableret tilbud om internetpsykiatrisk behandling til patienter med depression⁶.

Internetpsykiatrisk behandling i en dansk kontekst

Med den Nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin (juni 2012) ønskede parterne Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Ministeriet for Sundhed og forebyggelse, Social- og Integrationsministeriet, Erhvervs- og Vækstministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Finansministeriet at iværksætte forsøg med udbredelsen af telemedicin gennem storskala-forsøg (13). Demonstrationen af 'Internetpsykiatri' er ét af fem projekter i planen. Ved siden af dette besluttede Regionernes Sundheds-it (RSI), at projektet skulle være et af pejlemærkerne for RSI/den regionale udvikling af it, og at tilbuddet skulle udbredes til samtlige regioner afhængig af evalueringen af projektet (14). Med inspiration fra den internetpsykiatriske behandling i Stockholm udarbejdede en af Danske Regioner nedsat arbejdsgruppe en beskrivelse af

⁶ www.internetpsykiatri.se.

interventionen. Region Syddanmark påtog sig opgaven som en del af dens telemedicinske profilering og kompetenceopbygning på området. Regionen valgte at udvikle softwaren i et OPI-samarbejde, og i modsætning til tilbuddet i Stockholm (www.internetpsykiatri.se) at organisere et patientforløb, hvor patienten ikke henvender sig fysisk til forundersøgelse. Efter ansøgning fik Region Syddanmark i 2012 tilsagn om tilskud fra Fonden for Velfærdsteknologi til at udvikle og afprøve et internetbaseret tilbud med støtte til personer med let til moderat depression (15).

1.2 Demonstrationsprojektets formål og succeskriterier

Formålet med demonstrationsprojektet 'Internetpsykiatri' i Region Syddanmark er – med udgangspunkt i positive erfaringer fra udlandet – at afprøve brugen af internetbaseret, kognitiv adfærdsterapi på patienter med let til moderat grad af depression i Danmark.

Den internetbaserede behandling muliggør, at patienten ikke er afhængig af at befinde sig i fysisk nærhed af behandlingsstedet, og behandlingen er endvidere tidsuafhængig, hvilket skaber en stor fleksibilitet for både patienter og behandlere.

Projektet skal vise, om internetbaseret behandling med selvhenvielse kan fungere i en dansk kontekst, samt hvorvidt udgiften til behandling af let til moderat depression kan reduceres ved hjælp af denne behandlingsmetode (15).

Herudover fremgår det af den nationale handlingsplan, at initiativet skal sikre, at behandling når ud til en gruppe af patienter, der ikke modtager behandling eller alternativt kommer senere i gang med et behandlingsforløb. Samtidig forventes tilbuddet at øge behandlingskapaciteten til målgruppen i kraft af en mere optimal udnyttelse af behandlingsressourcerne (13).

Det fremgår yderligere af projektansøgningen til Fonden for Velfærdsteknologi, at det er et succeskriterium, at i) 75 % af patienterne, der påbegynder behandlingen gennemfører, og ii) 90 % af de patienter, der gennemfører behandlingen, er tilfredse med resultatet og formen af behandlingen (15).

1.3 Formål med nærværende evaluering

Det overordnede formål med nærværende evaluering er at evaluere projektet 'Internetpsykiatri i Region Syddanmark', der med støtte fra Fonden for Velfærdsteknologi sigter mod at afprøve internetbaseret behandling af personer med aktuell depressiv episode af let til moderat grad. Projektet evalueres på tre dimensioner – en økonomisk, en organisatorisk og med et patientperspektiv.

Af hensyn til forståelsen af det organisatoriske perspektiv har vi valgt særskilt at belyse teknologiens rolle i organiseringen af arbejdet og udviklingen af organisationen. Evalueringen tager udgangspunkt i et MTV-koncept med separate analyser af teknologi, patient, organisation og økonomi, som samlet danner afsæt for en samlet vurdering af forudsætninger for og konsekvenser af en given medicinsk teknologi (16). Det skal indledningsvis bemærkes, at der ikke er tale om en komplet MTV, idet der fx ikke er foretaget en evaluering af effekten af demonstrationsprojektets intervention, kvalitative studier af patientperspektivet eller komparative analyser af behandlingens organisering, ligesom det er forudsat, at kognitiv adfærdsterapi har effekt. Det har ligget uden for evalueringens budgetmæssige rammer.

Evalueringen er således tilrettelagt ud fra følgende delformål:

- *Teknologi*: Formålet med teknologidelen er at opsamle viden og erfaring om internetbaseret, kognitiv adfærdsterapi fra henholdsvis litteraturen og i dansk sammenhæng. Dette foregår ved: i) at afsøge resultater fra udenlandske studier af effekt og omkostninger ved internetpsykiatrisk behandling af personer med depression med henblik på at kunne vurdere mulige implikationer heraf i en dansk sammenhæng, ii) at gennemføre et mindre kvalitativt studie af demonstrationsprojektet med særlig henblik på at forstå teknologiens betydning og rolle retrospektivt og fremadrettet samt samspillet med de praktiserende læger, og iii) at foretage en deskriptiv analyse af, hvor mange personer der har henvendt sig og anmodet om behandling, hvor mange der er blevet inkluderet, og i hvilken grad de inkluderede har fuldført behandlingen. Den fremadrettede behandlingskapacitet søges belyst på basis af disse opgørelser.
- *Patient*: At undersøge den patientoplevede kvalitet af de af internetpsykiatrien leverede ydelser, nærmere bestemt at undersøge patienternes tilfredshed og vurdering af behandlingen, herunder hvorvidt behandlingen lever op til det forventede, om behandlingen opfylder behovet, samt hvorvidt behandlingen giver øget funktion til den enkelte patient.
- *Organisation*: At beskrive og analysere psykologernes oplevelse og erfaringer med at arbejde med internetpsykiatri, herunder at afdække muligheder, barrierer og eventuelle risici med henblik på at få beskrevet den læring, der er sket i organisationen, som kan bruges ved en eventuel senere implementering i andre regioner. Det er yderligere et formål at afdække organisatoriske rammer og faktorer med betydning for implementering og eventuel fremtidig drift af tilbuddet.
- *Økonomi*: Formålet med den økonomiske evaluering er tredelt. Det omfatter: i) en bestemmelse og sammenligning af de gennemsnitlige omkostninger pr. patient ved forløb med internetpsykiatrisk behandling versus de gennemsnitlige omkostninger pr. patient ved forløb med behandling hos alment praktiserende læger henholdsvis privat praktiserende psykologer under tilskudsordningen, ii) vurdering og konsekvenser af betydningen af effekt og omkostningseffekt fra udenlandske studier i forhold til internetpsykiatrisk behandling af depression i Danmark, og iii) beregninger af omkostninger og eventuelt effektiviseringspotentiale ved landsdækkende udrulning af internetpsykiatri på basis af resultaterne fra ovenstående evaluering.

1.3.1 Afgrænsning

Der er følgende afgrænsninger i forhold til evalueringens opdrag:

- *Teknologi*: Det fremgår af den nationale handlingsplan, at initiativet skal sikre, at behandlingen når ud til en gruppe af patienter, der ikke modtager behandling eller alternativt kommer senere i gang med et behandlingsforløb, men dette er ikke et fokusområde i nærværende evaluering. Tilsvarende indgår det heller ikke som en del af nærværende evalueringens opdrag at undersøge, om patienterne får færre kliniske symptomer på depression efter behandlingens ophør⁷. Det har således også ligget uden for rammerne af nærværende evaluering af demonstrationsprojektet at undersøge, om der grundlæggende er evidens for effekt af kognitiv adfærdsterapi, herunder hvilke grupper denne behandlingsform er særlig effektiv over for. En undersøgelse af, hvorvidt der er evidens for omkostninger og omkostningseffekter af andre former for organisering end den, der benyttes i Region Syddanmark med psykologstøttet, internetbaseret adfærdsterapi, er også uden for rammerne af nærværende evaluering, som har fokus på sammenligning af internetpsykiatrisk behandling i Region Syddanmark versus den nuværende ansigt-til-ansigt behandling ved alment praktiserende læger henholdsvis praktiserende psykologer under tilskudsordningen.

⁷ Denne evaluering tilhører den tidligere projektleder Kim Mathiasen, cand.psych., ph.d.-studerende, Telepsykiatrisk Center.

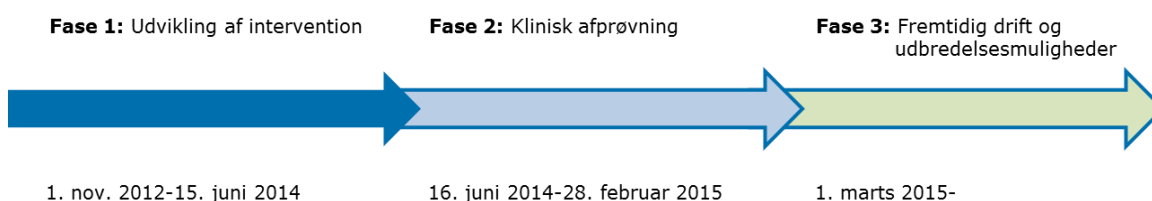
- *Patient:* Det ligger uden for opdraget at sammenligne med resultater fra lignende interventioner (danske såvel som udenlandske), ligesom det også har været uden for opdraget at foretage en kvalitativ undersøgelse af patienternes perspektiv og oplevelser af tilbuddet.
- *Organisation:* Det er ikke en del af den organisatoriske analyse at foretage en komparativ analyse til andre måder at organisere tilbuddet på. KORA evaluerer ikke på Region Syddanmarks beslutninger om organisering af tilbuddet, herunder selv at udvikle teknologien i et OPI-samarbejde.
- *Økonomi:* Der gøres opmærksom på, at omkostningerne ved medicinsk behandling og patienternes egenbetaling til psykologisk behandling og omkostninger ved transport ikke er en del af den indgåede aftale om evaluering af projektet.

1.4 Evalueringens grundlag

Den internetpsykiatriske intervention er udviklet og afprøvet i en projektperiode fra 1. november 2012-til 28. februar 2015 i Region Syddanmark. Denne evaluering fokuserer på 8½ måneders klinisk afprøvningsperiode med patienter (16. juni 2014-28. februar 2015).

Herudover tager evalueringen afsæt i baggrunden for opstart af projektet og hele dets projektperiode (1. november 2012-28. februar 2015) (se Figur 1.1) med henblik på at beskrive perspektiver for projektets fremtidige status med eventuel udrulning til patienter i alle regioner.

Figur 1.1 Demonstrationsprojektet 'Internetpsykiatri' i Region Syddanmark fordelt på faser.



Den bagvedliggende forandringsmodel for evalueringen kan læses i Bilag 1.

1.5 Interventionen – kort beskrevet

Personer med let til moderat depression kan selv henvende sig via internettet og anmode om at komme i internetpsykiatrisk behandling. Enhver, der henvender sig, bliver inviteret til en forundersøgelse, som varetages af psykologer. Hvis psykologerne vurderer, at patienterne er egnede til behandlingsformen, får de adgang til et computerbaseret behandlingsprogram på internettet med 6-8 moduler, som indeholder tekster, film, øvelser og spørgeskemaer. Behandlingen, der er gratis, er baseret på kognitiv adfærdsterapi⁸. Psykologerne har mulighed for at give patienterne ugentlig støtte gennem 10 uger. Kommunikationen mellem psykologer og patienter foregår via videosamtale (ved forundersøgelse og en afsluttende samtale), mobiltelefon samt et indbygget og sikkert tekstmodul i programmet. Psykologerne har adgang til patienternes besvarelser af spørgsmål, hvilket betyder, at de kvalificeret kan vurdere patienternes fremgang og behov for støtte. En uddybende beskrivelse af interventionen kan læses i kapitel 3.

⁸ Eventuel medicinsk behandling indgår ikke som en del af psykologernes arbejde, men varetages af patientens egen læge.

1.6 Opdragsgiver, finansiering og samarbejde om evalueringen

På opdrag fra Region Syddanmark har KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, evalueret projektet 'Internetpsykiatri'. Projektet er finansieret af Region Syddanmark og Fonden for Velfærdsteknologi. I forbindelse med evalueringen af projektet har personale i Region Syddanmark velvilligt stillet deres tid til rådighed i forbindelse med interviews, møder, workshop, udsendelse af spørgeskema og levering af en lang række data.

Seniorprojektleder Susanne Reindahl Rasmussen, ph.d. i sundhedsvidenskab, Master of Public Health (MPH), har været projektleder og hovedansvarlig for evaluering af patient og økonomi. Seniorprojektleder Helle Sofie Wentzer, adjungeret professor, ph.d. i informationsvidenskab, cand.mag. i filosofi og massekommunikation, har været hovedansvarlig for evaluering af organisation. Helle og Susanne har sammen bidraget til og er i fællesskab ansvarlige for evalueringen af teknologi. Projektleder Eskild Klausen Fredslund, cand.scient.oecon., har bidraget med udfærdigelse af projektbeskrivelse og indsamling af data og beskrivelser af økonomi i de indledende faser af projektevalueringen samt har godkendt den endelige version af rapporten. Seniorprojektleder Kåre Jansbøl, ph.d., cand.scient.anth., har bidraget med en indledende dataindsamling, som fortrinsvis har dannet udgangspunkt for beskrivelse af interventionen. Bibliotekar Anne Nørgaard-Pedersen, master i biblioteks- og informationsvidenskab, har forestået søgningen af den udenlandske litteratur.

1.7 Rapportens opbygning

Kapitel 2 omfatter en beskrivelse af evalueringens datagrundlag og de mange forskellige metoder, der er anvendt i evalueringens delelementer: teknologi, patient, organisation og økonomi. Herefter følger fire kapitler med resultater fra de fire delelementer, der alle afsluttes med en kort sammenfatning.

Kapitel 3 indledes med en beskrivelse og afgrænsning af, hvad der forstås ved internetpsykiatrisk behandling i international og dansk kontekst (Bilag 3 omfatter en mere detaljeret gennemgang af studierne), som efterfølges af sammenfatninger af effekt og omkostningseffekt fra udenlandske studier. Herefter beskrives centrale elementer i interventionen i Region Syddanmark, herunder rekruttering og hvilke patientgrupper, interventionen er udviklet til, og hvordan interventionen gennemføres fra patienthenvendelse til afslutning af behandlingen. Kapitel afsluttes med en opgørelse af patienter og deres brug af tilbuddet i den kliniske afprøvningsperiode. Denne opgørelse bruges efterfølgende som grundlag for de økonomiske beregninger i kapitel 6.

Kapitel 4 er forholdsvis kort, idet det alene omfatter en beskrivelse af patienternes vurdering af deres tilfredshed med behandlingen, samt hvorvidt den har imødekommet deres behov og hjælp til håndtering af problemer.

Kapitel 5 er en beskrivelse og analyse af organisation og organisering af konkrete opgaver og kompetencer, der indgår i internetpsykiatrisk depressionsbehandling, og forestillinger om dens fremtidige muligheder for drift og udbredelse. Psykologernes skønnede tidsforbrug til varetagelse af forskellige arbejdsopgaver præsenteres og benyttes efterfølgende som grundlag for de økonomiske beregninger.

Kapitel 6 indledes med en opgørelse af det forventede forbrug og omkostninger ved samtaleterapi hos alment praktiserende læger henholdsvis privat praktiserende psykologer. Herefter følger bestemmelsen af omkostninger ved internetpsykiatri, når denne er baseret på den kliniske afprøvningsperiode henholdsvis på estimerede driftsomkostninger og submaksimal kapacitets-

udnyttelse. Disse beregninger leder over i en sammenligning af omkostninger ved nuværende praksis versus internetpsykiatrisk behandling samt en business case, hvor sidstnævnte er beskrevet i kapitel 7.

I kapitel 8 har vi foretaget en sammenfatning af resultaterne fra evalueringens fire delelementer, hvorefter der følger en samlet konklusion efterfulgt af kapitel 9 med en perspektivering.

Rapporten afsluttes med litteraturliste og bilag.

2 Data og metode

I dette kapitel beskrives datagrundlag og de anvendte metoder. Der er i henhold til anbefalingerne i Den Nationale Handlingsplan for udbredelse af telemedicin taget afsæt i en MTV-ramme⁹. Kapitlet er inddelt i henhold til de fire evalueringsformål, der vedrører teknologi, patient, organisation og økonomi. Der skal gøres opmærksom på, at der ikke er tale om en fuldstændig MTV, da der ikke er foretaget analyser af effekten af demonstrationsprojektet, ligesom patientperspektivet ikke er undersøgt ud fra en kvalitativ vinkel, og der heller ikke er foretaget en komparativ organisatorisk analyse. Dette lå ikke inden for rammerne af de bevilligede midler til evalueringen.

2.1 Teknologi

I dette afsnit beskrives de mange forskellige metoder, der er anvendt med henblik på at belyse det teknologiske delelement af evalueringen. De omfatter dels en litteraturgennemgang af effekt og omkostningseffekt, som de fremgår af metanalyser og reviews af internetbaseret psykiatrisk behandling, dels kvalitative metoder med henblik på at få en forståelse af arbejdet i klinikken og personalets og ledelsens oplevelse af interventionen (herunder observationer af psykologernes arbejde efterfulgt af uddybende fokusgruppeinterview og workshop med ledelse og psykologer samt telefoninterviews med to alment praktiserende læger, som har informeret patienter om behandlingstilbuddet). Herudover er der foretaget en deskriptiv analyse med henblik på at belyse tilbuddets tilgængelighed og antal patienter, som har anmodet om behandling i den kliniske afprøvningsperiode og efterfølgende er påbegyndt behandling.

Gennemgang af udenlandske studier af effekt og omkostningseffekt

Med fremkomsten af internettet er der kommet en ny mulighed for at give kognitiv adfærdsterapi (CBT) – internetbaseret CBT (iCBT). Danske patienter med depression har ikke tidligere haft mulighed for at blive behandlet med iCBT. Vi har derfor gennemgået den udenlandske litteratur med henblik på at afsøge, hvilke resultater der er opnået internationalt med hensyn til effekt og omkostningseffekt ved iCBT.

Behandling med iCBT kan beskrives som online biblioterapi med terapeutkontakt via internettet¹⁰. Det generelle koncept er, at patienten gennemgår samme komponenter som ved CBT ansigt-til-ansigt, bortset fra at psykoedukationelt materiale og instrukser om adfærdændringer leveres via en internetbaseret behandlingsplatform (18). Terapeutkontakten kan være såvel asynkron (tekstbeskeder og e-mails) som synkron med samtidighed ved brug af internet og webkamera eller telefon. Internetbaseret behandling kan herudover inddeles efter, hvorvidt internettet primært bliver brugt til kommunikation og/eller til at levere information.

Faktaboks 2.1

Kort beskrivelse af internetbaseret kognitiv adfærdsterapi i Region Syddanmark

Interventionen med internetpsykiatri i Region Syddanmark er karakteriseret ved at være: En multimodal internetbaseret intervention baseret på kognitiv adfærdsterapi med terapeutstøtte i form af asynkron mail-beskeder, eventuelle telefonopkald samt en indledende forundersøgelse henholdsvis en afsluttende videosamtale (synkron) til personer med let til moderat depression.

⁹ MTV er en alsidig, systematisk vurdering af forudsætningerne for og konsekvenserne af at anvende medicinsk teknologi. Formålet med MTV er at forbedre beslutningsgrundlaget til prioritering og planlægning af sundhedsområdet. MTV vurderer behandlingsmetoder for at udbrede viden om den bedste anvendelse af medicinske teknologier og bidrager til kvalitetsudvikling og effektiv ressourceudnyttelse i det danske sundhedsvæsen (17).

¹⁰ En terapiform, hvor læsning af fx selvhjælplitteratur og samtale herom er i fokus.

Med henblik på at undersøge, om der i udenlandske studier er fundet effekt af tilsvarende interventioner som i det danske demonstrationsprojekt (se eventuelt Faktaboks 2.1), har vi søgt efter metaanalyser og reviews, som på basis af randomiserede kliniske forsøg (RCT'er) har publiceret effekter af terapeutstøttet, internetbaseret, kognitiv adfærdsterapi (iCBT) til voksne personer med depression¹¹.

I forbindelse med søgning efter litteratur har vi afgrænset os fra litteratur, som alene vedrører computerbaseret kognitiv adfærdsterapi (cCBT). Denne afgrænsning er baseret på følgende betragtning: at det primære formål med litteraturgennemgangen er at afsøge og gennemgå den internationale litteratur med henblik på en sammenligning af effekt og omkostningseffekter af iCBT versus ansigt-til-ansigt behandling. Til trods for, at interventionsformerne cCBT og internetbaseret CBT (iCBT) har mange ligheder, adskiller de sig fra hinanden på to væsentlige områder. Ved cCBT er der ikke online terapeutstøtte på distancen – sådan som det er tilfældet med det internetpsykiatriske tilbud i Region Syddanmark – samtidig med, at det er nødvendigt at have programmet installeret på en computer, hvilket heller ikke er en forudsætning for tilbuddet i Region Syddanmark.

Vi fokuserer endvidere på terapeutstøttet iCBT, hvilket i litteraturen oftest omtales som guidet eller supporteret iCBT, omend det i nogle tilfælde kan være baseret på støtte fra lægmænd. Vi medtager dermed ikke den omfattende litteratur, som alene fokuserer på og omtales som automatiseret, selv-guidet iCBT eller iCBT uden guidning (19). De internetbaserede interventioner uden støtte (omtales undertiden også som webbaserede interventioner i litteraturen) kan omfatte samme elementer som ved støttet iCBT, fx tekster, billeder, lydfiler og streamede videoer. De internetbaserede interventioner uden støtte kan også have automatiske påmindelser i form af fx automatiserede/standardiserede postkort eller e-mails, men det vigtigste i forhold til at adskille de to typer er, at automatiseret/selv-guidet iCBT/iCBT uden guidning ikke inddrager kommunikation med en terapeut, hvilket i øvrigt kræver en sikker kommunikationsplatform.

Endelig afgrænser vi os også fra studier, som har opgjort effekten af internetbaseret terapi, der udelukkende er baseret på synkrone interventioner i form af fx chat eller video med en terapeut, hvor internettet bliver brugt som et samtidigt kommunikationsredskab som erstatning for ansigt-til-ansigt behandling.

Den fuldstændige søgning findes i Bilag 3, og her følger en kort beskrivelse. Der er foretaget søgninger i databaserne PubMed, Cochrane, Embase, PsycInfo og Cinahl. De sproglige afgrænsninger er: engelsk, dansk, norsk og svensk, og der er foretaget en tidsafgrænsning, som omfatter studier efter 2008 og frem til primo september 2015. Søgningerne på metaanalyser, reviews/systematiske reviews er udført – afhængig af den enkelte database – med kombinationer af søgeord (både basernes kontrollerede vokabular/Mesh-termer og fritekstord), der relaterer til:

- Lidelsen depression (Mental Disorders; mental disease; Depression; Depressive Disorder)
- Behandlingsform (Psychiatry; Cognitive Therapy; Cognitive Behavior/Behavior Therapy; psychiatric treatment; Psychotherapy; psychological and psychiatric procedures)
- Internetbehandling (Therapy; Computer-assisted; Internet; internet-delivered web-based; computer based; computer-assisted; computerized/computerised; self-guided; semi self-guided; guided self-help; face-to-face; asynchronous; iCBT)
- Effekt (Treatment Outcome; treatment response; Effectiveness; Comparative Effectiveness Research; Program Evaluation; Treatment effect; Effect)

11 I henhold til Sundhedsstyrelsens evidenshierarki tilhører systematiske reviews og metaanalyser af homogene randomiserede studier et højere evidensniveau end enkeltstående randomiserede og kontrollerede studier (20).

- Diverse omkostningsberegninger (Cost-Benefit Analysis; Cost and Cost-Analysis; cost-utility; cost-effectiveness; cost-effective)

Søgningen har – efter frasortering af dubletter – givet 9 metaanalyser/reviews i forhold til effekt og 71 metaanalyser/reviews af omkostningsstudier. Førsteforfatteren til rapporten har gennemlæst titler/abstract på de søgte artikler. Det har imidlertid vist sig at være vanskeligt at finde metaanalyser og reviews, som udelukkende har undersøgt effekter/omkostningseffekter af 'støttet iCBT målrettet voksne med depression'. Evaluator har derfor valgt også at inddrage metaanalyser og reviews (efter 2009), der hovedsagelig er relateret til internet-/computer-baseret psykoterapi/CBT, idet det er vurderet, at flere af disse analyser kan bidrage med væsentlig information om betydning af fx støttet versus ikke-støttet behandling, asynkron versus synkron støtte. På dette grundlag er der inkluderet otte metaanalyser/reviews af effekt¹² og tre reviews af omkostningseffekter¹³.

Erfaring med internetpsykiatrisk behandling i dansk kontekst

Demonstrationsprojektet i Region Syddanmark har over en kort årrække oparbejdet erfaringer med at udvikle software og organisation til at afprøve internetpsykiatrisk behandling på patienter. Disse erfaringer er inddraget i evalueringen gennem et mindre etnografisk studie med observation, spotinterviews og to fokusgruppeinterviews (21,22) med de personer og aktører, som har været centrale for den teknologiske løsningsudformning, for patientforløbet og for organiseringen af den kliniske praksis hertil. Disse er dels de udførende psykologer, dels ledelsen i form af tidligere projektleder, sekretær i Region Syddanmarks styregruppe og afdelingschefen i Telepsykiatrisk Center, der huser projektet, herefter refereret til som ledergruppen.

Da interventionen står ved en skillevej mellem projektstatus og fremtidige drift, er der afholdt en fremtidsworkshop med en ledelsesgruppe, en repræsentant for psykologerne og i forlængelse heraf et telefoninterview med den lægefaglige direktør for Region Syddanmarks Psykiatri med henblik på også at forstå, hvorledes disse aktører ser interventions fremtid, relevans og forhindringer. Telefoninterviews med to alment praktiserende læger er ligeledes afholdt, dels fordi de traditionelt er tovholdere for deres patienters udredningsforløb og behandling, dels fordi de to læger aktivt har bidraget til afprøvningen af interventionen ved at informere deres patienter om muligheden for internetpsykiatrisk behandling i Telepsykiatrisk Center. Samlet har det empiriske materiale bidraget til beskrivelser af:

- Selve interventionen
- Dens elementer i forhold til en forundersøgelse med henblik på diagnose, selve handlingsforløbet og dets afslutning
- Selve patientkommunikationen, sådan som den medieres med teknologierne og psykologens støtte
- De krav, som interventionen stiller til psykologernes kompetencer
- Krav til sikkerheden/stabiliteten af teknologien og til kvaliteten af resultatet

Dele af disse analyseresultater præsenteres i evalueringen af teknologi, mens andre er at finde i evalueringen af organisation.

Teknologievalueringen inddrager særligt de tekniske elementer og krav i behandlingen, mens den organisatoriske ser på organisering af opgaverne og ressourceforbruget. Analysen beror på

¹² Efter frasortering af dubletter er der yderligere frasorteret 10 artikler, fordi det ikke var metaanalyser/reviews, 196 vedrørte ikke depression, 127 vedrørte ikke iCBT, 5 omfattede ikke den rette aldersgruppe, og 5 havde et andet fokus end effekt. Af de resterende 39 artikler var der 30, som ikke blev fundet relevante.

¹³ Af 71 artikler: 2 artikler er frasorteret, fordi det ikke var metaanalyser/reviews, 26 vedrørte ikke depression, 25 vedrørte ikke iCBT, 4 var dubletter – af de resterende 14 var der 11, som ikke blev fundet relevante.

praksiologi (23-26), organisations- og kommunikationsstudier (27,28) og softwareudviklingsteori (29,30).

Deskriptiv analyse

Indledningsvis har vi afsøgt omtalen og tilgængeligheden af det internetpsykiatriske behandlingstilbud. Dette er sket ved at udspørge projektets ledelse og de behandlende psykologer om, hvorledes potentielle patienter har kunnet indhente viden om det internetpsykiatriske tilbud om behandling for personer med let til moderat depression. Herudover er der foretaget et telefoninterview med to alment praktiserende læger med henblik på at få deres erfaringer med patienter i behandlingen og deres generelle holdning til fremadrettet behandling af patienter med let til moderat depression, herunder tilbud om internetpsykiatrisk behandling.

Den del af den deskriptive analyse, der omfatter en opgørelse af, hvor mange patienter der har anmodet om at få behandling i løbet af den kliniske afprøvningsperiode, har fået en forundersøgelse og efter følgende er påbegyndt behandling, er baseret på Region Syddanmark database for projektet.

Region Syddanmark har i anonymiseret form leveret data på individniveau, som omfatter: dato for anmodning, køn, alder, inklusion/eksklusion i projektet, dato for påbegyndt behandling samt antal gennemførte moduler. På basis heraf er der for den kliniske afprøvningsperiode foretaget følgende opgørelser:

- Antal og den procentvise fordeling af personer, der har anmodet om behandling, fordelt på køn og alder
- Antal og den procentvise fordeling af patienter, der er inkluderet, fordelt på køn og alder
- Antal og den procentvise fordeling af patienter, der er påbegyndt behandling, fordelt på køn og alder
- Månedsvise opgørelse af antal patienter, der har anmodet om behandling, og antal patienter, der er begyndt behandling
- Det samlede antal gennemførte moduler
- Det gennemsnitlige og mediane antal gennemførte moduler pr. person, der mindst har fuldført ét modul, fordelt på køn og alder.

Evalueringen er som udgangspunkt baseret på de 8½ måneder (16. juni 2014-28. februar 2015), hvor den kliniske afprøvning af interventionen har fundet sted. Inkluderede patienter, som har anmodet om behandling i den kliniske afprøvningsperiode, er fulgt gennem hele deres behandlingsforløb med hensyn til, hvornår de er begyndt behandling, og antal gennemførte moduler.

2.2 Patient

Til undersøgelse af de inkluderede patienters oplevelse af kvaliteten af tilbuddet om internetpsykiatri har vi brugt det standardiserede spørgeskema 'Client Satisfaction Assessments' (CSQ8). Spørgeskemaet omfatter 8 items om den brugeroplevede kvalitet af behandlingen, herunder om behandlingen stod mål med det ønskede, var passende i omfang, og hvorvidt den har opfyldt behovet og sat patienten i stand til mere effektivt at kunne løse problemer i dagligdagen. Spørgeskemaet besvares ved at 'afkrydse' den mest dækkende svarkategori, og der er ikke mulighed for at tilføje kommentarer (31).

Spørgeskemaet er udsendt elektronisk af projekt 'Internetpsykiatri'. Patienterne er i henhold til gældende praksis på området blevet informeret i en følgeskrivelse, som indeholder formål med

undersøgelsen, præcisering af at deltagelse er frivillig, og at det er uden konsekvenser for behandlingen at afslå at udfylde spørgeskemaet. Herudover er der anført en kontaktperson ved eventuelle spørgsmål i forbindelse med spørgeskemaet. Besvarelserne er i anonymiseret format videresendt til KORA, som har foretaget den videre bearbejdning af data.

Intentionen var, at spørgeskemaerne skulle have været udsendt fortløbende til patienterne efter deres sidst gennemførte modul, men grundet teknologiske problemer og versionsproblemer med spørgeskemaet skete dette ikke. Det betyder, at spørgeskemaet er udsendt ca. 3 måneder efter projektets afslutning (3. juni 2015); rykkerskrivelse er udsendt efter 13 dage, og dataindsamlingen er afsluttet 23 dage efter første udsendelse. Tiden fra sidst gennemførte modul til modtagelse af spørgeskemaet er således ikke den samme for patienterne. Dette er der efterfølgende søgt at justere for i den multiple lineære regressionsanalyse¹⁴. I vurderingen af analyseresultaterne har vi anvendt 5 % ($\alpha = 0,05$) som signifikansniveau¹⁵.

2.3 Organisation

Organisationsstudiet er gennemført ad to omgange: første gang i foråret 2015, hvor det primære formål var at indhente forforståelse af interventionen. Dataindsamlingen dannede grundlag for den generelle beskrivelse af interventionen i kapitel 3. Anden dataindsamling er gennemført i september 2015 med etnografiske, kvalitative metoder (21-23) med henblik på at få en dybere forståelse af klinikkens daglige arbejde og personale og ledelses samlede oplevelse af interventionen. Dataindsamlingen beror på:

- En dags observation af klinisk praksis inkl. spot- og fokusgruppeinterview med tre psykologer. I observationen indgik observation af vagtordning, en forundersøgelse med en patient og af aktiviteter med mailkorrespondance, dokumentation og behandlingsbreve til egen læge.
- Et fokusgruppeinterview med den tidligere projektleder, afdelingschefen for Telepsykiatrisk center og sekretæren for Region Syddanmarks styregruppe, herefter benævnt ledelsesgruppen.
- En fremtidsrettet workshop med førnævnte ledelsesgruppe inkl. en repræsentant for psykologerne og i forlængelse heraf telefonkontakt med den faglige direktør i psykiatrien, Region Syddanmark.
- Dokumentanalyse. Som en del af forberedelse til interview og workshop er der indgået dokumentanalyser.
- To praktiserede læger med erfaringer med patienter i internetpsykiatrisk behandling har endvidere deltaget i hver 30 minutters telefoninterview.

Alle informanter har forud for interview fået tilsendt informationsbrev og interviewguides.

Formålet med det samlede undersøgelsesdesign er via observationsstudiet at få indblik i, hvorledes arbejdet konkret udføres i handling. Interviewene har bidraget til at få observationsnoter uddybet samt få begrebsligt indblik i, hvorledes både en primær brugergruppe af teknologien – psykologerne – tænker deres arbejde, samt hvilke problematikker og retningslinjer lederne finder væsentlige at formidle og forstå.

I analysen anvendes der begreber som 'multimodal kommunikation', der beror på kommunikations- og interaktionsteori (27,28), og 'socioteknisk' arbejde, der referer til Aktør-Netværksteori (24,25). En væsentlig del af artikulationsarbejdet i fokusgruppeinterviewene med både

¹⁴ En statistisk analysemetode, der søger at bestemme sammenhænge mellem en responsvariabel og en række forklarende variable.

¹⁵ Sandsynligheden for at et resultat måtte kunne være fremkommet ved en tilfældighed.

psykologer og ledere er gået ud på at metakommunikere om typer af arbejde, der indgik i den kliniske afprøvning af tilbuddet, herunder skøn af tidsforbrug til de særskilte opgaver. Disse samlede opgaver giver et analytisk indblik i centrale handlinger og aktiviteter, herunder kompetencer som udgør klinikens praksis ved internetbaseret psykiatri. De danner grundlag for de tidlige estimater, som indgår i den økonomiske beregning af omkostninger i forhold til arbejdstid. Disse er ingenlunde objektive tidsmålinger, men skøn, der er fremkommet ved fælles kortlægning, diskussion og refleksion af, hvorledes arbejdet har udfoldet og stabiliseret sig fra projektets start til en tilstand af formodet stabil drift i fremtiden. Informanterne er så vidt muligt alle lovet anonymitet. Underforstået at det er en begrænset kreds, der beskæftiger sig med internetpsykiatrisk behandling.

Interviewene er delvist transskriberet og analyseret tematisk og historisk i forhold til at forstå udviklingen af tilbuddet, de nuværende erfaringer og mulige konflikter, herunder forventninger til fremtiden. I interviewene er der fremkommet mange aspekter. Ikke alle er repræsenteret i analysen, men fremdeles de aspekter, der er væsentlige for udformning af business casen og en generel forståelse af rammerne for dens 'forudsigelseskraft' i forhold til fremadrettede beslutninger om varetagelse af internetpsykiatrisk behandling med programmet NoDep.

2.4 Økonomi

I den økonomiske analyse sammenholdes de gennemsnitlige omkostninger ved nuværende behandling (samtaletterapi ved alment praktiserende læger henholdsvis privat praktiserende psykologer under tilskudsordningen) med gennemsnitlige omkostninger pr. behandlet patient i internetpsykiatrisk behandling.

Sammenligningen (nuværende omkostninger versus internetpsykiatriske omkostninger) er foretaget med henblik på at undersøge, om der for sundhedsvæsenet kan være et effektiviseringspotentiale ved at implementere internetpsykiatrisk behandling. En sammenligning, der er foretaget ud fra en alt andet lige betragtning: a) effekten af behandlingen er den samme, og b) patienterne med depression er demografisk sammenlignelige (fx i forhold til alder, køn, sygdommens sværhedsgrad og andre sociale og socioøkonomiske forhold¹⁶).

Der skal gøres opmærksom på, at omkostningsbestemmelsen ved den nuværende henholdsvis den internetpsykiatriske behandling er baseret på to forskellige tilgange, idet omkostningerne ved en given ydelse grundlæggende er fastsat forskelligt. Alment praktiserende læger såvel som praktiserende psykologer er selvstændige erhvervsdrivende, som får deres indkomster via overenskomstmæssige aftaler, som indbefatter ydelsesspecifikke honorarer/takster, der også dækker overhead. Der findes ikke DAGS-takser for internetpsykiatriske ydelser¹⁷, hvorfor beregningerne for den internetpsykiatriske behandling tager udgangspunkt i månedslønninger samt omkostninger ved overhead.

Omkostninger ved nuværende behandling

Beregningerne af de nuværende omkostninger¹⁸ er foretaget for to mulige behandlingsscenarier for målgruppen: i) behandling varetaget af alment praktiserende læger, og ii) behandling som primært er varetaget af praktiserende psykologer under psykologordningen.

¹⁶ På det foreliggende datagrundlag er det kun muligt at vurdere, om der er forskel i køn og alder på patienter, der konsulterer privat praktiserende psykologer versus de patienter, der gør brug af internetpsykiatrisk intervention.

¹⁷ DAGS-takster for telemedicin: Dansk ambulans grupperingssystem omfatter indtil videre (2015) alene afregning for tre telemedicinske ydelser (pacemakerkontrol, lungefunktionsundersøgelse og type 2-diabeteskontrol) (32).

¹⁸ Omtales undertiden som nulpunktsmåling (33).

i) Behandling ved alment praktiserende læge

Det er ikke muligt via registertræk at udskille samtaleterapi til patienter med depression fra de øvrige patienter, som modtager ydelsen. Det betyder, at det gennemsnitlige antal konsultationer med samtaleterapi og andre ydelser til patienter med depression hos alment praktiserende læger ikke er kendt. Behandlingsforløbet for denne gruppe af patienter er derfor baseret på interviews med alment praktiserende læger med henblik på at få beskrevet tidsforbrug og brug af ydelseskoder ved almene konsultationer, samtaleterapi og øvrige relevante ydelser.

På basis af interviews med fem alment praktiserende læger (et ansigt-til-ansigt og fire telefoninterviews i foråret 2015) samt vejledninger på området (1,34) er der foretaget et kvalificeret skøn af det forventede gennemsnitlige forbrug af almene konsultationer og konsultationer med samtaleterapi ved behandling af personer med let til moderat depression. Øvrige ydelser hos alment praktiserende læger er ligeledes fastsat på basis af det af de interviewede læger skønnede forbrug (psykometrisk test, blodprøve og EKG). Der indgår således omkostninger ved udredning og behandling. Ydelserne er efterfølgende omkostningsfastsat på basis af takster for afregning af sygesikringsydelser i almen praksis (35).

Herudover er der i henhold til økonomisk evaluering af sundhedsindsatser foretaget en følsomhedsanalyse, som omfatter beregninger af omkostninger ved et lavere henholdsvis højere forbrug af ydelser (betegnes 'lavt' henholdsvis 'højt' forbrug) (36), idet omkostningsestimaterne er forbundet med en vis usikkerhed, når de baserer sig på skøn af antal konsultationer. Ud fra en pragmatisk vurdering er det besluttet, at følsomhedsanalysens lavere henholdsvis højere forbrug af det af lægerne forventede antal konsultationer med samtaleterapi er mindsket henholdsvis øget med 40 %. Blodprøver og EKG, som lægerne vurderer ikke bruges så hyppigt i forbindelse med samtaleterapien, indgår kun i det høje forbrug. Herudover indgår lægernes årlige basishonorar pr. gruppe 1-sikrede i det forventede høje estimat, mens halvdelen indgår i det forventede og det lave estimat. Endelig er halvdelen af det beløb, som alment praktiserende læger har til rådighed til såvel selvvalgt (16.800 kr.) som systematisk efteruddannelse (8.611 kr. i 2016) (37) fordelt på det gennemsnitlige antal patienter i behandling pr. læge pr. år¹⁹ og lagt til alle estimater (lavt, forventet og højt estimat). Det skal bemærkes, at eventuelle omkostninger forbundet med de alment praktiserende lægers brug af praksiskonsulenter ikke indgår i beregningerne, da forbruget og dermed omkostningerne hertil ikke er kendte og er svære at afgrænse meningsfyldt, samtidig med at de vurderes at være af mindre økonomisk betydning for sammenligningen. Endelig skal der gøres opmærksom på, at konsultationer, hvor depression har været en mindre del af en almen konsultation, men ikke fører til undersøgelse eller behandling herfor, ikke indgår i beregningerne, da det ikke er muligt at kvantificere omfanget.

ii) Behandling ved praktiserende psykolog under tilskudsordningen

På basis af interviews med fem psykologer (et ansigt-til-ansigt og fire telefoninterviews i foråret 2015) samt resultater fra Fjeldsted og Christensens evaluering af ordningen (40) er der ligeledes foretaget et kvalificeret skøn af forbrug af psykologkonsultationer med samtaleterapi pr. patient, som har let til moderat depression. Det fremgår af evalueringen, at en patient med depression i gennemsnit modtager 8,9 samtaler (40). Dette estimat er anvendt i forbindelse med beregningen af omkostningerne ved det forventede forbrug. I beregningerne indgår herudover alment praktiserende lægers udredning inden henvisning til samtaleterapi ved praktiserende psykolog (konsultation, psykometrisk test, blodprøve og EKG). Tilsvarende som det gør sig gældende for estimaterne 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 dog

¹⁹ Estimeret på basis af antal personer i Danmark, den procentvise andel af befolkningen, som årligt modtager en konsultation ved alment praktiserende læge (38) og antal læger (39).

væsentligst relateret til forbruget af konsultationer og ydelser ved praktiserende læger, idet det forventede antal ydelser ved praktiserende psykologer er baseret på en undersøgelse af forbrug.

I følsomhedsanalysen er det lavere henholdsvis det højere forbrug – svarende til konsultationerne i lægepraksis – mindsket henholdsvis øget med 40 %. Som det senere fremgår i kapitel 6 om økonomi, er det i god overensstemmelse med det af psykologerne skønnede forbrug. Ydelserne er omkostningsfastsat på basis af takster for afregning af sygesikringsydelser hos privat praktiserende psykologer (41). Praktiserende psykologer modtager ikke basishonorar pr. patient, de har i behandling, og de har heller ikke et kursusbudget, de kan gøre brug af som de alment praktiserende læger, hvorfor der ikke indgår sådanne omkostninger.

Omkostninger ved internetpsykiatrisk behandling

De gennemsnitlige omkostninger ved internetpsykiatrisk behandling er opgjort på basis af henholdsvis den kliniske afprøvningsperiode henholdsvis på basis af estimerede omkostninger og antagelse om submaksimal kapacitetsudnyttelse i de sidste 1½ år af en toårig driftsperiode i Region Syddanmark.

Omkostninger pr. behandlet patient – klinisk afprøvningsperiode

Intentionen var, at der skulle have været foretaget tidsstudier af psykologernes tidsforbrug med henblik på at beregne omkostninger pr. patient behandlet i internetpsykiatrien. Der er imidlertid ikke blevet inkluderet så mange patienter som forventet i den kliniske afprøvningsperiode, så det var vanskeligt at gennemføre et brugbart tidsstudie. Da psykologerne ikke på forhånd var blevet bedt om at tidsregistrere, har evaluator derfor valgt at bede psykologer og ledelsesrepræsentanter foretage kvalificerede skøn af det gennemsnitlige tidsforbrug ved internetpsykiatrisk behandling af patienter med let til moderat depression. Disse skøn er indsamlet via ansigt-til-ansigt-interviews med opfølgende mailkorrespondance, telefonsamtaler m.m. Psykologernes skønnede tidsforbrug er angivet som et interval (minimum-maksimum tidsforbrug i minutter) og opdelt i a) patientbehandling (forundersøgelse²⁰, ugentlig støtte, afsluttende samtale, dokumentation i form af journalskrivning og orientering af patientens egen læge i forbindelse med forundersøgelse og afsluttende samtale), og b) andet socioteknisk arbejde (vagtordning, konference, teammøde, supervision, tekniske udfordringer med programmet, udarbejdelse af procedurebeskrivelser, rekruttering af patienter samt forundersøgelse og dokumentation heraf for ikke-inkluderede patienter), se eventuelt Bilagstabel 2.1.

På basis af det skønnede tidsforbrug er der beregnet et middelestimat, der anvendes som 'det forventede estimat for tidsforbrug', når der foretages sammenligning med den nuværende behandling med samtaleterapi hos alment praktiserende psykologer henholdsvis praktiserende psykologer, mens det som 'minimum' skønnede tidsforbrug anvendes som udgangspunkt for 'det lave estimat' og den skønnede maksimale tid anvendes som udgangspunkt for 'det høje estimat'. Når psykologernes skønnede tidsforbrug til patientbehandling og socioteknisk arbejde ses i sammenhæng med antallet af til rådighed værende arbejdstimer i perioden, resterer der et antal uspecificerede timer ved middelestimatet (det forventede tidsforbrug) henholdsvis ved det lave estimat. Det antages at være brugt på uspecificeret socioteknisk arbejde (kategoriseres som 'andet'). Øvrigt tidsforbrug til administrativ sekretærbistand og ledelse (oplæg på konferencer, møder med praktiserende psykologer, supervision af psykologerne m.m.) er fastsat på basis af det af ledelsen skønnede tidsforbrug. Når tidsforbrug og dermed omkostninger er baseret på skøn, er det forbundet med en vis usikkerhed svarende til som ved det skønnede forbrug ved alment praktiserende læger. Skønnet af det administrative og ledelsesmæssige tidsforbrug kan således have betydning for de gennemsnitlige omkostninger pr. patient, mens

²⁰ Denne forundersøgelse svarer til de alment praktiserende lægers lægers udredning i forbindelse med henvisning til samtaleterapi ved privat praktiserende psykologer under tilskudsordningen.

dette ikke er tilfældet for psykologernes skøn – her er der alene tale om usikkerhed på fordelingen af omkostninger ved patientbehandling henholdsvis socioteknisk arbejde.

Tidsforbruget er omkostningsfastsat på basis af lønomkostninger i henhold til oplysninger om faktuelle lønomkostninger i den kliniske afprøvningsperiode, antal arbejdsdage på et år og under hensyntagen til afholdelse af ferie og frokost²¹. En timeløn er således estimeret til 360 kr. for en psykolog, 325 kr. pr. sekretærtid og 370 kr. pr. ledelsestime i den kliniske afprøvningsperiode, hvilket fremgår af Bilagstabel 2.3, hvor årsløn og ugentligt timeantal er fordelt på psykologer, sekretær og ledelse.

Øvrige omkostninger (overhead) til kursusaktivitet, konsulentbistand til it-systemet, varer og materialer (pc'er, kontorinventar mv.), fællesudgifter til husleje (herunder el, vand og varme) er primært baseret på Region Syddanmarks opgørelse af forbrug pr. 24. februar 2015 for hele projektperioden (1. november 2012-24. februar 2015, se eventuelt Bilagstabel 2.4)²². I det følgende er antagelser og beregninger specificeret:

- Kursusaktivitet og rejser er estimeret som 1/5 af forbruget pr. 24. februar 2015 (8½ måned/40 måneder = 0,21), hvorved omkostningerne beløber sig til 11.370 kr.²³
- Konsulentbistand er ligeledes estimeret som 1/5 af forbruget pr. 24. februar 2015, omkostningerne hertil er dermed 2.570 kr.
- Omkostninger ved indkøb og forbrug af 'varer og materialer' pr. 24. februar 2015 er afskrevet lineært over hele projektperioden på 3 år og 4 måneder²⁴, hvorved de beløber sig til 20.710 kr.
- Fællesudgifter er baseret på Region Syddanmarks driftsbudget (28. september 2015), idet der ikke formelt har været afholdt omkostninger hertil i den kliniske afprøvningsperiode. Herved er 12 måneders driftsomkostninger omregnet til omkostninger i 8½ måned, hvilket svarer til 12.030 kr.

Der er ikke indregnet omkostninger til udvikling af teknologi, da sådanne omkostninger ligger forud for den kliniske afprøvningsperiode, og der ikke har været et indlysende grundlag for at vurdere, hvor mange af omkostningerne der skulle inddrages, og over hvor mange patienter/år de retteligen burde afskrives.

I beregningen af omkostninger pr. patient i internetpsykiatrisk behandling i den kliniske afprøvningsperiode indgår antal patienter, som har modtaget en forundersøgelse og efterfølgende er påbegyndt behandling (i alt 80 patienter).

Omkostninger pr. behandlet patient – estimeret drift og submaksimal kapacitetsudnyttelse

Psykologer og projektleder har, som det vil fremgå af kapitel 5 om organisation, brugt forholdsvis meget tid i den kliniske afprøvningsperiode på at få tilbuddet om internetpsykiatrisk behandling til at fungere teknisk, organisatorisk og med høj kvalitet i behandlingen. Evaluator har derfor vurderet, at de estimerede omkostninger pr. patient i internetpsykiatrisk behandling i den kliniske afprøvningsperiode ikke vil være et velegnet grundlag for at estimere de forventede omkostninger i de sidste 1½ år af den toårige driftsperiode i Region Syddanmark, ej heller for eventuel opskalering på nationalt niveau.

²¹ Det er forudsat, at psykologerne har afholdt 4 ugers ferie i den kliniske afprøvningsperiode, 6 uger i driftsperioden og ½ times frokost dagligt uanset periode.

²² KORA har ikke haft adgang til detaljerede regnskabsdata.

²³ Disse beløb er i teksten afrundet til nærmeste hele 10 kr.

²⁴ Hvilket er i god overensstemmelse med Moderniseringsstyrelsens retningslinjer for afskrivning af it-udstyr og lignende indkøb (3-5 år) samt Region Syddanmarks praksis på it-området (3-5 år).

Godt et halvt år efter afslutningen af den kliniske afprøvningsperiode er psykologerne i stedet blevet bedt om at give et skøn for det forventede gennemsnitlige tidsforbrug til patientbehandling og andet socioteknisk arbejde i den nærmeste fremadrettede driftsperiode i regionen. Dette tidsforbrug, der kan findes i Bilagstabel 2.1, er brugt til estimation af omkostninger i de sidste 1½ år af den toårige driftsperiode i Region Syddanmark. Tilsvarende som for den kliniske afprøvningsperiode er der beregnet et lavt, et forventet (midleestimat) og et højt estimat for psykologernes tidsforbrug. Middelværdien for tidsforbruget til vagtordningen anvendes i beregningerne for det lave og det forventede estimat, mens det maksimale tidsforbrug anvendes i det høje estimat. Dette resulterer – svarende til den kliniske afprøvningsperiode – i et uspecificeret tidsforbrug, når det skønnede tidsforbrug til patientbehandling og socioteknisk arbejde ses i sammenhæng med til rådighed værende arbejdstimer for psykologerne i forbindelse med det lave estimat henholdsvis midleestimatet. Den tidligere projektleder og den nuværende afdelingschef vurderer, at den uspecificerede tid vil kunne bruges på at tage flere patienter i behandling – altså at den uspecificerede tid ikke anvendes på socioteknisk arbejde i en driftsperiode. Dette begrundes væsentligst med, at der i den kliniske afprøvningsperiode fx har været brugt tid på implementering af et andet og nyt behandlingsprogram (software) til angst, samtidig med at der har været ansat nyt personale, som har skullet oplæres. Herudover forventes tidsforbruget til integration og udvikling af klinikken at blive reduceret, herunder integrationen med den elektroniske patientjournal.

Det maksimale antal patienter, som psykologerne forventes at kunne forundersøge henholdsvis have i støttende behandling ved maksimal kapacitetsudnyttelse, er reduceret med 5 % (submaksimal kapacitetsudnyttelse)²⁵. Kapaciteten baseres på normeringen i den kliniske afprøvningsperiode (61 psykologtimer) samt under hensyntagen til det årlige antal arbejdstimer når ferie, fridage/helligdage og frokost er fratrukket²⁶. Ved submaksimal kapacitetsudnyttelse resterer der ca. 15 minutter dagligt pr. ansat psykolog, som ikke er specificeret. Ledelsen har vurderet, at tidsforbruget til administrativ sekretærbistand vil være uændret 7½ time ugentligt, mens timer til ledelse forventes at kunne reduceres fra 6 timer ugentligt i den kliniske afprøvningsperiode til 4 timer ugentligt i Region Syddanmarks nærmeste toårige driftsperiode. Der skal ifølge afdelingschefen ikke bruges helt så mange ledelsestimer i driftsperioden som i den kliniske afprøvningsperiode, idet der eksempelvis ikke i samme grad skal bruges tid på udvikling af teams med nye medarbejdere eller til en række nye udviklingstiltag. Tidsforbruget for psykologer og sekretærer er omkostningsbestemt med de samme timelønninger, som er anvendt for den kliniske afprøvningsperiode, mens ledelsestimerne er omkostningsfastsat med timelønnen for en afdelingschef (se Bilagstabel 2.3).

Øvrige omkostninger til kursusaktivitet, konsulentbistand, varer og materialer og fællesudgifter er som udgangspunkt baseret på Region Syddanmarks reviderede driftsbudget pr. 28. september 2015 (se eventuelt Bilagstabel 2.5):

- Kursusaktivitet og rejser er baseret på Region Syddanmarks driftsbudget: 20.000 kr.
- Omkostningerne til konsulentbistand er baseret på, at ledelsen har skønnet, at 1/4 af de budgetsatte omkostninger er relevante for denne opgørelse: 20.000 kr.²⁷

²⁵ Denne reduktion er foretaget af hensyn til en tilnærmelse til det, der vurderes at være realistisk i en driftsperiode, hvilket bør være udgangspunktet, jf. Digitaliseringsstyrelsens vejledning (33).

²⁶ Der er indregnet 31 arbejdsuger i den kliniske afprøvningsperiode på 8½ måned og 38,8 arbejdsuger på et år i beregningerne for estimerede omkostninger med fuld kapacitetsudnyttelse.

²⁷ De i budgettet fastsatte 80.000 kr. til konsulentbistand omfatter ifølge ledelsespersonalet meget mere end det, der er relevant for nærværende beregninger, fx omkostninger til data manager i forbindelse med udarbejdelsen af forskningsresultater vedrørende effekt.

- Omkostninger ved 'varer og materialer' gennem 12 måneder med drift antages at være 1,4 gange større end i den kliniske afprøvningsperiode på 8½ måned ($12/8,5 = 1,4$), idet der ikke indgår omkostninger ved 'varer og materialer' i Region Syddanmarks driftsbudget pr. 28. september 2015.
- Fællesudgifter på 17.000 kr. (husleje, el, vand og varme) er baseret på Region Syddanmarks driftsbudget.

Der skal gøres opmærksom på, at de estimerede gennemsnitlige omkostninger pr. patient i internetpsykiatrisk behandling i en driftsperiode således har en hypotetisk karakter, idet de er baseret på bedste skøn 1) af psykologernes, sekretærens og ledelsens tidsforbrug, 2) antagelser om øvrige omkostninger for den nærmeste fremtidige drift i Region Syddanmark, samt 3) antal patienter i behandling inden for den til rådighed værende normering. Dette betyder, at de estimerede omkostninger er forbundet med forholdsvis stor usikkerhed, som i væsentlig grad har betydning for de gennemsnitlige omkostninger pr. patient i internetpsykiatrisk behandling. De vil imidlertid kunne anvendes som en rettesnor for de sidste 1½ år af den toårige driftsperiode i Region Syddanmark, idet det antages, at driftsomkostningerne ikke forventes at stige væsentligt i det sidste af de to driftsår.

Følsomhedsanalyser

Som beskrevet ligger der en del skøn og antagelser til grund for de økonomiske beregninger. Der er derfor foretaget følsomhedsanalyser, der kan vise, i hvilken udstrækning beregningerne er følsomme over for ændringer af skøn og antagelser (36). Der er således foretaget følsomhedsanalyser, der knytter sig til det af psykologerne skønnede tidsforbrug, som kan være fejlvurderet, hvilket kan have betydning for antallet af patienter, der kan behandles (analyserne 1a og 1b samt 2), dels til det skønnede tidsforbrug til administration og ledelse (analyse 3). Herudover er der foretaget følsomhedsanalyser, der relaterer til antagelser om omkostninger ved konsulentbistand (analyse 4) og omkostninger ved varer og materialer henholdsvis kurser og rejser (analyse 5). Disse følsomhedsanalyser omfatter alene de estimerede omkostninger med submaksimal kapacitetsudnyttelse. Følsomhedsanalyserne tager således ikke højde for følsomheder relateret til de øvrige estimerede værdier, der indgår i beregningsgrundlaget. Følsomhedsanalyserne er foretaget som en række envejs-følsomhedsanalyser (univariate), hvor én forudsætning ændres ad gangen. Endelig er der foretaget multivariate følsomhedsanalyser, hvor flere parametre er ændret samtidig (analyserne 7, 7a og 7b).

Ændringer af personalets tidsforbrug og antal patienter i behandling:

1. På basis af det af psykologerne skønnede tidsforbrug til patientbehandling er der som tidligere beskrevet også beregnet et højt estimat (analyse 1a) og et lavt estimat (analyse 1b)
2. Det årlige antal patienter til forundersøgelse/støttende behandling, er sammenlignet med den kliniske afprøvningsperiode, kun øget med 10 % (248/118 patienter) (analyse 2)
3. Tidsforbruget for administration og ledelse er øget med 40 % (fra 7½ time til 10½ time henholdsvis fra 4 timer til 5,6 timer) (analyse 3). Det har ikke været muligt at skaffe oplysninger om Region Syddanmarks administrative overhead (fx administrering af løn)

Ændringer af omkostninger:

1. Omkostningerne ved konsulentbistand er øget med 40 % fra 20.000 kr. til 20.800 kr. (analyse 4)
2. De samlede omkostninger ved kursusaktivitet, rejser og andre varer og materialer er øget fra 49.242 kr. til 68.200 kr., hvilket svarer til overhead for to personaleårsværk, jf. oplys-

ninger fra 'Økonomi, Økonomisk Sekretariat, Region Syddanmark'²⁸ (analyserne 5, 5a og 5b).

3. Omkostninger ved kursusaktivitet, rejser og andre varer og materialer er øget med 38,5 % fra 49.242 kr. til 68.200 kr.

Multivariate ændringer:

1. Følsomhedsanalyserne 5 og 6 er kombinerede: forventet estimat (analyse 7)
2. Følsomhedsanalyserne 5a og 6 er kombinerede: højt estimat (analyse 7a)
3. Følsomhedsanalyserne 5b og 6 er kombinerede: lavt estimat (analyse 7b)

Omkostninger ved internetpsykiatri: Business case og med et samfundsperspektiv

I nærværende evaluering indgår der 1) en business case (af de kasseøkonomiske konsekvenser) og 2) en samfundøkonomisk analyse, hvori andre effekter også indgår. På basis af den indhentede viden fra udenlandske studier om effekt og omkostningseffekt samt oplysninger om driftsomkostninger og antal skønnede patienter i internetpsykiatrisk behandling er mulighederne for en business case vurderet og diskuteret. Herefter er der foretaget betragtninger, jf. nedenstående beskrivelse af beregninger set i et samfundøkonomisk perspektiv.

I en økonomisk analyse set fra et samfundsperspektiv inddrages flere omkostninger end blot de umiddelbare behandlingsomkostninger. Analysen omfatter ideelt set summen af direkte og indirekte omkostninger (undertiden kaldet produktionstab) (36). Til de direkte omkostninger hører i denne sammenhæng behandlingsomkostninger ved depression, uanset hvem der afholder omkostningen: patienten²⁹ eller sundhedsvæsenet³⁰. De indirekte omkostninger vedrører samfundets omkostninger af produktions-/arbejds-mæssig karakter i form af kort- og langvarigt sygefravær fra arbejdsmarkedet (sygefravær, førtidspension eller anden nedsat produktivitet som følge af depression og i værste fald for tidlig død). Opgørelser af effekt (enten som ændringer i symptomer på depression eller via kvalitetsjusterede leveår) indgår fx i omkostnings-effektanalyser henholdsvis i omkostningsnytteanalyser. Sidstnævnte effekter indgår imidlertid ikke som et led i denne evaluering.

²⁸ Sekretariatet i Økonomi, Region Syddanmark, oplyser, at der i forhold til administrationen i regionshuset er et overhead på 34.100 kr. pr. årsværk i 2014. Dette dækker kurser, forplejning, kørsel, it-udstyr og kontorinventar mv. Der kan argumenteres for, at overheadet måske bør være højere, men hvor meget højere er der så vidt vides ikke belæg for at afgøre. Ifølge sekretariatet i Økonomi, Region Syddanmark, kan fordelingsregnskaberne for sygehusene ikke bruges hertil. En nyligt udgivet rapport, der er udarbejdet i 2015 som led i en national strategi for velfærd vedrørende patientrapporterede oplysninger, er der anvendt et overhead på 25 % (42).

²⁹ Patientens omkostninger kan fx omfatte omkostninger ved eget tidsforbrug på behandling, transport samt eventuel egenbetaling for behandling.

³⁰ Heri indgår såvel omkostninger ved at implementere en given intervention/behandling som omkostninger ved selve behandlingen (interventionssomkostninger). Andre direkte omkostninger omfatter sundhedsomkostninger i såvel primær- som sekundærsektoren.

3 Teknologi – resultater

Følgende kapitel præsenterer viden om internetbaseret psykiatri, som den forekommer i den internationale forskningslitteratur og er udviklet i demonstrationsprojektet i Region Syddanmark.

Væsentligt for at forstå både litteratursøgningen og demonstrationsprojektet er, at teknologien, herunder behandlingskonceptet bag, ingenlunde er en hyldevare eller tilstrækkeligt velafprøvet. Region Syddanmark valgte at udvikle softwaren i et OPI-samarbejde. Litteratursøgningen har indkredset reviews og metaanalyser, hvor fokus er rettet mod internetbaseret, kognitiv terapi med terapeutstøtte. Resultaterne heraf præsenteres for henholdsvis effekt og omkostningseffekt (afsnit 3.1). Demonstrationsprojektet har udviklet en prototype til psykologstøttet kognitiv adfærdsterapi og afprøvet denne i en beta-version på patienter i en klinisk afprøvningsperiode. I afsnit 3.2 beskrives de centrale elementer i Region Syddanmarks intervention, herunder rekruttering, hvilken patientgruppe interventionen er udviklet til, og hvordan den gennemføres fra patienthenvendelse til afslutning af behandlingen. Herefter belyses tilgængeligheden af tilbuddet (afsnit 3.4) efterfulgt af opgørelser af antal patienter, der har anmodet om og modtaget behandling samlet set og måned for måned i den kliniske afprøvningsperiode (afsnit 3.5). Endelig præsenteres der i afsnit 3.6 en model for at forstå samspillet mellem teknologiudvikling, klinisk evidens og patientrekruttering.

3.1 International viden om internetbaseret depressionsbehandling

Internetbaseret, kognitiv adfærdsterapi til patienter med depression er en behandlingsform, som har været afprøvet i udlandet siden sidst i 1990'erne. Den bygger i udgangspunktet på, at patienterne selv arbejder med et internetbaseret computerprogram, der i sin grundform er baseret på kognitiv adfærdsterapi. Antallet af moduler kan variere på tværs af landegrænser, og det samme kan behandlingsforløbets længde samt den støtte, der gives, og varigheden heraf. Her følger en kort sammenfatning af resultater og konklusioner baseret på gennemgang af udenlandske metaanalyser og reviews af RCT'er, der har undersøgt effekt (afsnit 3.1.1) henholdsvis omkostningseffekt (afsnit 3.1.2) af terapeutstøttet iCBT til voksne med depression. Læsere, der ønsker en uddybende beskrivelse af de bagvedliggende studier af effekt, deres resultater og konklusioner, henvises til Bilag 3.

3.1.1 Behandlingseffekt af iCBT ved depression

Resultaterne fra de forskellige metaanalyser og reviews kommer frem til lidt forskellige resultater, hvilket vi vurderer bl.a. afhænger af sammenligningsgrundlaget, herunder i) hvorvidt der både indgår cCBT og iCBT i den poolede interventionsgruppe, ii) om interventionen er givet med eller uden støtte, iii) hvilke kontrolgrupper der sammenlignes med (fx venteliste eller sædvanlig behandling, der generelt ikke er nærmere specificeret), iv) tidspunkt for opfølgning, og v) hvorvidt der er foretaget en sammenligning af iCBT versus ansigt-til-ansigt behandling med CBT. Endelig tyder det også på, at resultater og konklusioner af effekten ved iCBT afhænger af kriterier for evidens³¹.

³¹ Evidenskræterier fra American Psychologist Association (APA) <http://www.apa.org/practice/guidelines/> versus GRADE-systemet (hjemmeside: <http://www.gradeworkinggroup.org>). GRADE bruges i øvrigt af den danske sundhedsstyrelse i arbejdet med at udarbejde nationale kliniske retningslinjer. Rapportens indledende ordforklaring giver en kort indføring i de to eksempler på evidenskræterier.

Efterfølgende præsenteres resultaterne fra to metaanalyser af Andersson m.fl. (19) og Richards og Richardssons (43) samt et systematisk review af Hedman m.fl. (18). Alle studier har undersøgt effekten ved interventionsophør.

Resultaterne fra Andersson m.fl.s (2014) metaanalyse (19) tyder på, at behandlingseffekten³² efter afsluttet behandling (ved posttest) er lige så god i en interventionsgruppe, der modtager iCBT, sammenlignet med en kontrolgruppe, som får CBT ansigt-til-ansigt. Forfatterne finder således, at effektstørrelsen er større ved støttet iCBT end ved ansigt-til-ansigt CBT, om end forskellen ikke er signifikant ($g = 0,12$ (95 % KI: $-0,08-0,32$)). Det skal dog bemærkes, at for et af de i alt fire inkluderede RCT'er (i alt 336 patienter) er iCBT givet uden støtte, mens iCBT i et andet af studierne har været suppleret med to besøg på klinik³³. Forfatterne konkluderer, at støttet iCBT er en lovende behandling af depression.

Hedman m.fl. (2012) (18) finder i et systematisk review af 20 RCT'er af iCBT til depression og/eller depressive symptomer, at effektstørrelsen for iCBT på tværs af studiearme varierer fra $d = 0,38$ til $d = 2,27$ med et gennemsnit på $d = 0,94$ (95 % KI: $0,77-1,11$), hvilket jf. Cohens forslag til forståelse af effektstørrelse³⁴ indikerer en stor effekt. På basis af APA-kriterier³⁵ for evidens har forfatterne klassificeret iCBT til depression som værende veldokumenteret. Kontrolgrupperne omfatter imidlertid en blanding af studier, hvor kontrolgruppen er patienter på venteliste henholdsvis sædvanlig behandling (ikke specificeret). Herudover skal det bemærkes, at der både indgår studier med og uden støtte, samt at den estimerede effektstørrelse ikke er justeret for studiekvalitet og antal deltagere.

Richards og Richardssons review og metaanalyse (2013) (43) viser, at der ved behandlingens afslutning er opnået signifikant behandlingseffekt ($p < 0,001$) ved internet- og computerbaseret psykologisk behandling sammenlignet med den samlede kontrolgruppe. De inkluderede RCT'er er imidlertid ikke afgrænset til kun at omfatte iCBT, og nogle studier er uden støtte, samtidig med at kontrolgrupperne både omfatter patienter på venteliste og patienter, der modtager sædvanlig behandling (ingen nærmere specifikation). På tværs af 19 RCT'er (i alt 2.996 patienter) er der fundet en poollet effektstørrelse på $d = -0,56$ (95 % KI: $-0,71-0,41$)³⁶, hvor der i 17 af studierne er givet CBT, og mindst 12 af dem er iCBT. I 7 af de 19 RCT'er er der givet terapeutstøtte; 9 af studierne er uden støtte, og de øvrige studier er med teknisk støtte. 10 studier anvender venteliste som kontrolgruppe, mens sædvanlig behandling er brugt i 8 studier, og en anden type kontrol er benyttet i 1 studie. Forfatterne konkluderer, at review og metaanalyser giver støtte til, at der er effekt (efficacy og effectiveness) af computerbaseret psykologisk behandling af depression i forskellige settings og med forskellige populationer.

Subgruppeanalyser i Richards og Richardsons metaanalyse (43) viser, at:

- Den fundne effektforskel er modificeret af en signifikant forskel ved støttet behandling versus behandling uden støtte
- Effektforskellen er signifikant større, når kontrolgruppen er 'venteliste', end hvis kontrolgruppen er 'sædvanlig behandling' eller 'andet'

³² Vi skal gøre opmærksom på, at betegnelsen (behandlings)effekt eller effektstørrelse er baseret på 'Cohens d-værdi' eller 'Hedges g-værdi'. 'Hedges g' og 'Cohens d' er beregnet ved at dividere differencen af eksperimentgruppens og kontrolgruppens gennemsnit med den fælles standardafvigelse. 'Hedges g'/'Cohens d' er således skalafrie, hvilket betyder, at det er muligt at beregne effektværdier på tværs af forskellige effektmål.

³³ Den samlede betydning heraf er ikke indlysende, da det må forventes, at iCBT med støtte har større effekt end ingen støtte, mens det omvendt er usikkert, hvilken betydning det har for effekten at supplere iCBT med ansigt-til-ansigt kontakt på en klinik.

³⁴ Cohen (1992) har foreslået følgende tommelfingerregel for en forståelse af størrelsesordenen af effekten: En effektstørrelse på 0,2 er lille, en effekt på 0,5 er medium, mens en effekt på 0,8 er stor (44).

³⁵ Evidenskriterier fra American Psychologist Association (APA).

³⁶ Der skal gøres opmærksom på, at der er anvendt omvendt fortegn i dette studie.

- Effektstørrelsen i studier med under 8 moduler er signifikant højere end for studier med mindst 8 moduler
- Studier med asynkron støtte har en ikke signifikant højere effektstørrelse end studier med synkron støtte.

Opfølgning

Det er usikkert, hvor længe effekten kan opretholdes. På et ikke nærmere præciseret opfølgningstidspunkt (det varierer fra studie til studie) finder Richards og Richardsson (2012) (43), at den poolede interventionsgruppe, der modtager internet-/computerbaseret behandling, fortsat har signifikant bedre effekt end kontrolgrupperne ($d = -0,20$ (KI 95 %: $-0,71-0,41$) ($p < 0,01$)). Forfatterne påpeger, at forskellen er knap så stor som den, de fandt ved afslutningen af behandlingen ($d = -56$) (43).

Ved en specifik tidsmæssig afgrænsning for opfølgningstidspunkt finder So m.fl. (2013) (45) i deres metaanalyse, at der ikke er signifikant forskel i depressionssymptomer 6 måneder efter interventionen, når iCBT sammenlignes med kontrolgrupper (omfatter 5 studier med venteliste henholdsvis sædvanlig behandling i et enkelt studie): Den standardiserede gennemsnitlige forskel er estimeret til $-0,05$ (KI 95 %: $-0,19--0,09$)³⁷.

Studie med prædefineret mindste klinisk relevante effektstørrelse

Arnberg m.fl. (2014) (46) sammenligner i et systematisk review iCBT med eksisterende individuel terapeutledet CBT og analyserer herpå. Analysen er baseret på et forholdsvis restriktivt design, hvori der indgår en prædefineret margin for mindste kliniske relevante effektstørrelse. Den mindste kliniske relevante forskel er i studiet prædefineret til $d = -0,2$ ³⁸. 6 studier, hvori der er inkluderet patienter med let til moderat depression, har moderat risiko for bias. Ingen af disse studier viser non-inferioritet og dermed heller ikke superioritet. De finder herudover, at den poolede effekt for 5 studier, hvor iCBT af depression sammenlignes med patienter på venteliste til behandling af let til moderat depression, er $0,83$ (KI 95 %: $0,59-1,07$). Forfatterne finder på basis af det internationale GRADE-system for gradinddeling af evidens, at kvaliteten af evidens er moderat for terapeutstøttet iCBT, hvilket væsentligst tilskrives, at kontrolgruppen er 'venteliste'.

3.1.2 Omkostningseffekt af iCBT ved depression

Antallet af metanalyser og reviews, der har fokuseret på omkostningseffekt af iCBT ved depression, er yderst begrænset, idet der kun er fundet tre reviews af henholdsvis Hedman (18), Arnberg (46) og Donker (47), hvori der er inkluderet to studier med støttet iCBT. Resultaterne herfra er efterfølgende gennemgået hver for sig. Den interesserede læser finder i Bilag 3 yderligere et omkostningseffektstudie, men her er iCBT givet uden støtte.

I et RCT fra Storbritannien af Hollinghurst m.fl. (2010) (48) er omkostningseffekten af chatstøttet iCBT (149 patienter – 10 sessioner à 55 minutter, hvor terapeut og patient kan skrive synkron besked (chat)) sammenlignet med sædvanlig behandling (148 patienter – ved egen læge). Evalueringen er foretaget efter 8 måneder. Studiet har et samfundsøkonomisk perspektiv og medtager direkte omkostninger ved sundhedsydelse, personlige omkostninger for patienten samt værdien af produktionstab. Effekten er opgjort som kvalitetsjusterede leveår henholdsvis behandlingseffekt baseret på Beck Depression-skalaen. De samlede gennemsnitlige sundhedsomkostninger er højere i interventionsgruppen (£ 764) end i kontrolgruppen (£ 295).

³⁷ Det er ikke angivet, om effektstørrelsen er opgivet som en d- eller g-værdi.

³⁸ Hvis det fremgår med statistisk sikkerhed, at der ikke foreligger nogen klinisk relevant forskel til fordel for etablerede behandlinger (ved sammenligning af ny behandling med etableret behandling), tyder resultaterne på, at den nye behandling er mindst lige så god som den etablerede behandling (non-inferior). Hvis der derimod med statistisk sikkerhed kan påvises effektforskelle til fordel for den fremfor den anden behandling, vurderes denne behandling at være den anden behandling overlegen (superior).

Kontrolgruppen har dog højere gennemsnitlige samlede omkostninger ved egenbetaling og produktionstab (£ 1.235) end interventionsgruppen (£ 778). Resultaterne viser, at iCBT er dyrere end sædvanlig behandling, selvom effekten er bedre i iCBT-gruppen end i gruppen, der modtager sædvanlig behandling. Omkostningerne beløber sig til £ 17.173 pr. QALY fra sundhedsvæsenets perspektiv (produktionstab indgår ikke) (£ 10.083 når manglende data er indregnet) henholdsvis £ 3.528 pr. patient, der efter behandling har et lavere score end 10 point på Beck Depressions-skalaen. Sandsynligheden for, at iCBT er omkostningseffektiv sammenlignet med sædvanlig behandling, er 56 % ved en betalingsvilje på £ 20.000³⁹. Det konkluderes, at terapeutstøttet iCBT sandsynligvis vil være omkostningseffektiv sammenlignet med sædvanlig behandling, hvis der er en betalingsvilje på mindst £ 20.000 pr. QALY, kan det være et nyttigt alternativ til CBT ansigt-til-ansigt.

I et RCT fra Nederlandene af Warmerdam m.fl. (2010) (49) indgår der tre behandlingsarme: i) iCBT (88 patienter – e-mail-guidet støtte i 12 uger), ii) internetbaseret problemløsningsterapi (iPST) (88 patienter – e-mail-guidet støtte i 5 uger) og iii) venteliste (87 patienter) for voksne med depression. Evaluering foretages ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv ved 12-ugers-opfølgningen (omfatter direkte omkostninger ved intervention, sundhedsydelser, herunder medicin og patienternes egne omkostninger, samt indirekte omkostninger som følge af produktionsstab). Foruden en omkostningseffektanalyse, hvori effekten er opgjøret på basis af den hollandske version af CES-D⁴⁰, er der også foretaget en cost-utility analyse med brug af QALY baseret på EQ-5D. Gruppen med iCBT har samfundsmæssige meromkostninger sammenlignet med iPST-gruppen på € 256 (€ 2.814-€ 2.558), mens gruppen med iPST har samfundsmæssige meromkostninger på € 147 (€ 2.705-€ 2.558) sammenlignet med ventelistegruppen. Disse resultater er drevet af højere behandlingsomkostninger, da begge interventionsgrupper har lavere omkostninger forbundet med tabt arbejdsfortjeneste end gruppen på venteliste. De faktiske behandlingsomkostninger er på € 501 ved iCBT henholdsvis € 338 ved iPST. Efter 12 uger har begge interventionsgrupper (iCBT henholdsvis iPST) insignifikant højere score i livskvalitet (QALY) og lavere depressionsscore end gruppen på venteliste. Cost-utility analysen viser, at den mediane inkrementelle omkostningseffektratio (ICER) for iCBT versus ventelistegruppen er € 22.609 pr. vundet QALY. Herved skal forstås, at for hver vundet QALY, der opnås ved at tilbyde iCBT, koster det € 22.609 sammenlignet med venteliste. Cost-utility ICER'en for iPST versus venteliste er € 11.523. Ved en betalingsvilje på € 0 pr. kvalitetsjusterede leveår er det fundet, at iCBT med 30 % sandsynlighed er omkostningseffektiv sammenlignet med venteliste. I cost-effectiveness analysen er ICER'en udtrykt i ekstra omkostninger pr. klinisk signifikant ændring i sværhedsgraden af depressive symptomer. Den mediane ICER for iCBT versus venteliste er € 1.817. Der er således ekstra omkostninger på € 1.817 for hver deltager, der opnår en pålidelig sundhedsgevinst. Der er en 69 % sandsynlighed for, at en deltager vil ændre sig med iCBT, men altså med ekstra omkostninger til følge. Ved en betalingsvilje på € 0 er det fundet, at iCBT med 30 % sandsynlighed er omkostningseffektiv sammenlignet med venteliste. Yderligere beregninger viser, at iCBT har forholdsvis høj sandsynlighed (91 %) for at være omkostningseffektiv ved moderat betalingsvilje (€ 10.000) for klinisk signifikante ændringer i depressionssymptomer. Ved en betalingsvilje på € 30.000 for ét kvalitetsjusteret leveår har iCBT 52 % sandsynlighed for at være mere acceptabel end venteliste. Der er ingen viden om omkostningseffekter af iCBT efter 12-ugersopfølgningen.

3.1.3 Sammenfatning (evidens og omkostningseffekt)

Det er ikke muligt på basis af gennemgangen af metaanalyser og systematiske reviews entydigt at konkludere på effekt af iCBT til personer med let til moderat depression. Konklusionerne

³⁹ Af NICE-guidelines fremgår det, at interventioner med omkostningseffektivitet og mindre end £ 20.000 pr. QALY har stor sandsynlighed for at blive anbefalet.

⁴⁰ CES-D: 'Center for Epidemiological Studies-Depression' skala er et screeningsværktøj til undersøgelse af symptomer på depression i den almindelige befolkning.

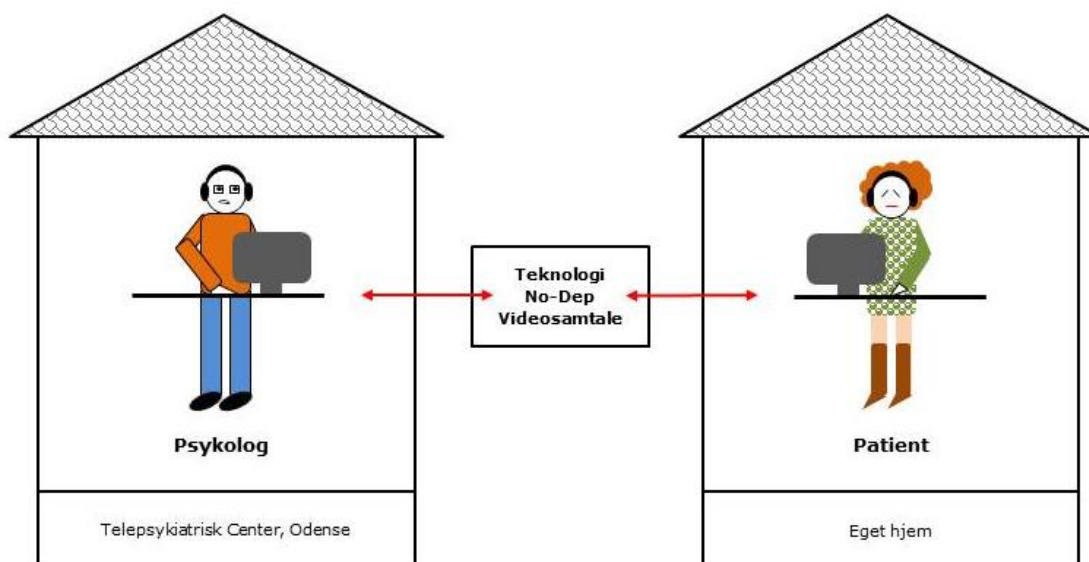
rækker over, 'at støttet iCBT er en lovende behandlingsform' (Andersson (2014) (19), at 'evidensen for effekt er moderat ved iCBT versus patienter på venteliste' (Arnberg (2014) (46) over 'review og metaanalyse giver støtte til effekt (efficacy og effectiveness) af computerbaseret psykologisk behandling af depression i forskellige settings og med forskellige populationer' (Richards og Richardson (2013) (43) til 'iCBT er veldokumenteret behandling (Hedman (2012) (18). Når metaanalyser og reviews kommer frem til forskellige resultater og konklusioner for effekt af iCBT, kan det bl.a. tilskrives, at sammenligningsgrundlaget for analyserne har været meget forskelligt.

Det er heller ikke muligt at konkludere på omkostningseffekt af iCBT, idet der kun er fundet to RCT'er, hvor iCBT enten er sammenlignet med sædvanlig behandling ansigt-til-ansigt eller med venteliste. I det ene studie fremgår det, at sundhedsvæsenets omkostninger ved at tilbyde iCBT er £ 17.173 pr. QALY 8 måneder efter baseline, når der sammenlignes med sædvanlig ansigt-til-ansigt behandling, mens det fremgår af det andet studie, at omkostningerne er på € 22.609, når iCBT sammenlignes med venteliste ved 12-ugersopfølgningen.

3.2 Demonstrationsprojektet i Region Syddanmark

Region Syddanmark har udviklet en intervention til internetpsykiatrisk behandling af patienter med let til moderat depression. Interventionen er i god overensstemmelse med forhold, som har vist sig at have betydning for opnåelse af effekt i henhold til resultaterne fra den internationale litteratur. Den omfatter psykologstøttet hjælp til selvhjælp via internetbaseret, kognitiv terapi. Behandlingsprogrammet består af 6-8 kursusmoduler med psykoedukation og øvelser. Psykoedukationen foregår via video og tekstmateriale i programmet efterfulgt af øvelser, skriftlige test og støttende, tekstbaseret korrespondance med psykolog i Telepsykiatrisk Center:

Figur 3.1 Kommunikative relationer i internetbehandling af let til moderat depression i Region Syddanmark



Tilbuddet gives til borgere i Region Syddanmark. De kan over internettet anmode om behandling i Telepsykiatrisk Center, Psykiatrien i Region Syddanmark. Centeret er beliggende i Oden-

se, men patienten møder på intet tidspunkt fysisk frem i konsultationen⁴¹. På baggrund af e-anmodning tilbydes patienten en forundersøgelse med en psykolog via videosamtale. Tildeles patienten behandling, modtager denne en introduktion til behandlingsprogrammet samt 10 ugers støtte til at gennemføre programmet. Forløbet afsluttes med endnu en videosamtale. Egen læge informeres via brev om behandlingens påbegyndelse og afslutning, såfremt patienten giver tilsagn om deling af oplysninger.

I interventionen indgår følgende hjælperedskaber og teknologier i kommunikationen mellem psykolog og patient:

- Anmodningslink på internettet: www.psykiatriensyddanmark.dk/wm434059
- NemID
- Digitalt patientspørgeskema med psykometrisk depressionstest, Major Depression Inventory (MDI) (50)
- Sikker tekstbaseret system mellem Telepsykiatrisk Center og borgeren
- Krypteret system, Cisco, til videosamtale til forundersøgelse (visitation)
- M.I.N.I.-screeningsskema (51), der indgår i forundersøgelsen med videosamtale
- Patientjournal til psykologfaglig dokumentation
- Sundhed.dk, Borger, 'Min sundhedsjournal'
- NoDep: internetprogram med kognitiv terapi. I programmet indgår 8 moduler med informationsmaterialer på film, tekst, ugentligt spørgeskema, grafiske fremstillinger af testresultater og progression i behandlingsforløbet, et 'skrivebord' med overblik over gennemførte moduler og et skrivemodul til tekstbaseret korrespondance mellem psykolog og patient
- Telefon i tilfælde af akut hjælp, tekniske problemer eller udeblivelser
- Brevskabelon til patientens egen læge

Interventionen bliver uddybet i det efterfølgende afsnit i forhold til tidsrummet for afprøvningen på patienter, målgruppen for behandlingen, selve strukturen i et behandlingsforløb og ved et eksempel på en patientcase. Patientcasen demonstrerer interaktionen mellem psykolog og patient set fra psykologens oplevelsesperspektiv og giver indblik i, hvorledes forskellige informations- og kommunikationsteknologier – ikt – medierer interaktionen mellem dem, ikke mindst psykologens forståelse af patientens behov for støtte. Endelig følger en opgørelse over, hvor mange patienter der har indgået i afprøvning af interventionen.

3.2.1 Internetpsykiatrisk depressionsbehandling

Demonstrationsprojektet har i en klinisk afprøvningsperiode på 8½ måned (15. juni 2014-28. februar 2015) tilbudt behandling til personer⁴² med depression over internettet⁴³. Patienterne tilgår og gennemfører behandlingen fra deres hjem eller et andet sted valgt af patienten. Patienterne udredes via en forundersøgelse, der udføres af projektansatte psykologer, som ligeledes yder støtte til patienterne under behandlingen.

3.2.1.1 Målgruppe og anmodning

Behandling med internetpsykiatri er for mennesker over 18 år med let til moderat depression, som bor i Region Syddanmark og har adgang til en computer eller tablet med bredbåndsinter-

⁴¹ Herved adskiller tilbuddet sig fra den svenske model, hvor patienterne møder fysisk frem på sygehuset til forundersøgelsen. I stedet for fysisk fremmøde anvendes et krypteret videosystem, Cisco, til forundersøgelse med patienten.

⁴² Omtales efterfølgende som patienter.

⁴³ Data for dette afsnit stammer fra deltagerobservation og interviews med psykolog og projektleder.

netforbindelse⁴⁴. Eksklusionskriterierne er: personer, som i) er selvmordstruede, ii) har et behandlingskrævende misbrug, iii) er psykotiske og iv) er i samtalebehandling et andet sted.

Patienterne anmoder selv om behandling over internettet. Patienterne kan kende til den internetpsykiatriske behandling fra fx internettet, fra medieomtale eller gennem venner. Endvidere er personalet ved jobcentrene i samtlige kommuner i regionen blevet informeret om tilbuddet og kan derfor opfordre patienten til at tage kontakt. Patienterne kan også være blevet anbefalet behandlingen i forbindelse med behandling hos egen læge eller af sygehuspersonale.

Anmeldelsen sker på en sikker forbindelse, hvor patienterne skal anvende NemID. Udfyldelsen af den validerede psykometriske depressionstest MDI Test indgår som led i anmodningen.

3.2.1.2 Forundersøgelse – udredning

Efter patienten har anmodet om at modtage internetpsykiatrisk behandling, modtager patienten en invitation til en videobaseret forundersøgelse med henblik på visitation. Forundersøgelsen varer 1-1½ time. Under første del af samtalen spørger psykologen om, hvorfor patienten har søgt behandling. Under denne del hjælper psykologen patienten til at beskrive sin situation og lidelse bedst muligt. I anden del af samtalen anvender psykologen spørgeguiden M.I.N.I. – Mini Internationalt Neuropsykiatrisk Interview (dansk version 5.0.0)⁴⁵. Spørgeguiden indeholder spørgsmål, som skal besvares med 'ja' eller 'nej'. Under interviewet afkrydser psykologen patientens svar. Svarene opsummeres i et skema og giver dermed indikationer på patientens psykiske tilstand⁴⁶. Hvis det efter forundersøgelsen vurderes, at patienten vil kunne få gavn af internetpsykiatrisk behandling, modtager patienten en kode, som giver ham eller hende adgang til det internetpsykiatriske online program. Hvis patienten ikke vurderes egnet til internetpsykiatrisk behandling, taler psykolog og patient om eventuelle andre behandlingsmuligheder.

3.2.1.3 Behandlingsforløb

Behandlingen omfatter 6-8 moduler over en periode på op til 10 uger. Patienten går selv trinvis videre fra modul 1-5. Efter fuldførelse af modul 5 evaluerer psykologen forløbet og åbner for modul 6 samt indgår aftale med patienten om muligheden for at fortsætte med modul 7 og 8, hvis patienten er klar til det og interesseret heri. Modulerne varer 35-45 minutter. Udover at gennemføre modulerne skal patienterne arbejde med øvelser dagligt, hvilket tager 10-15 minutter. Indholdsmæssigt er de centrale dele af internetpsykiatri selvhjælpsvejledninger, som bygger på kognitiv adfærdsterapi (kat). Internetpsykiatri er således hjemmebehandling, hvor patienten læser tekster, ser oplysende videoer, udfylder selvsvurderingsskemaer og løser opgaver. Nogle øvelser foregår under modulet, mens andre foregår mellem modulerne. Har patienten spørgsmål til tekster eller øvelser, kan han/hun sende dem til psykologen via det indbyggede tekstmodul. Patientens sidste modul består af en opsamling på det, han/hun har lært. Fokus ligger her på at modvirke tilbagefald gennem fortsat anvendelse af de psykologiske teknikker.

Efter 10 ugers behandling følger ca. ½ times afsluttende videosamtale med den psykolog, som har fulgt patienten fra visitationen og gennem behandlingen. Under videosamtalen gennemgår psykolog og patient de oplevelser, som patienten har haft i behandlingen, og psykologen vur-

⁴⁴ <http://www.psykiatrienisyddanmark.dk/wm434059>

⁴⁵ I størstedelen af afprøvningsperioden anvendte psykologerne PSE, Present State Examination, og SCIDII, Structured Clinical Interview (diagnosebestemmelse). Disse blev vurderet for tunge og tidsskrævende og blev mod slutningen af afprøvningsperioden erstattet af M.I.N.I.

⁴⁶ M.I.N.I. kan bruges til at afklare, om patienten har én eller flere af følgende psykiatriske lidelser: depressiv med/uden melankoliforme træk, dysthymi (mere end to års lettere depressiv forstemning uden egentlig depression), suicidalitet (tanker om/risiko for selvmord), hypomani/manisk episode, panikangst, agorafobi (sygelig angst for at færdes på åbne pladser), socialfobi, obsessiv-kompulsiv tilstand (tvangstanker/handlinger), posttraumatisk stressreaktion, alkoholaafhængighed/-misbrug, medicin-/stofafhængighed, psykotisk tilstande, anorexia/bulimia nervosa (spiseforstyrrelser), generaliseret angst og dyssocial personlighedsstruktur.

derer patientens tilstand og rådgiver om, hvordan patienten kan få yderligere hjælp, hvis denne vurderes at have behov for det.

Psykologens respons til patienten bygger på patientens arbejde med de terapeutiske opgaver og forskellige tests⁴⁷. Computerprogrammet behandler besvarelsenerne, således at psykologen på en enkel måde får et overblik over patientens tilstand, fremgang og/eller tilbagefald. Psykologen får dermed også viden om forhøjet risiko for frafald og selvmord. Der er fastsatte procedurer for, hvordan forskellige grader af forhøjet risiko for frafald og selvmord skal håndteres.

Psykologernes support til patienterne kan kaldes 'skræddersyet', idet behandleren tilpasser supporten til patientens behov. Nogle patienter modtager således meget lidt eller ingen støtte af psykologerne. Psykologens primære arbejde med disse patienter er at holde øje med dem og sikre, at de vedbliver med at have fremgang i behandlingen. Andre patienter har behov for mere støtte fra psykologerne, hvilket primært bliver efterkommet i form af skriftlig kommunikation, hvor patient og psykolog skriver sammen om patientens forhold. Kommunikationen mellem psykolog og patient foregår gennem et sikkert tekstmodul, som er en del af programmet. Ved forhøjet risiko for selvmord kan der også bruges telefon.

3.2.2 Den tekniske udvikling i interventionen

Afgørende for at forstå udviklingen af interventionen er, at der teknisk hverken er tale om en 'hyldevare', der kan købes eller bestilles ud af huset⁴⁸, eller organisatorisk om en faglig standardydelse. I komplementære processer med udvikling af software og af service er NoDep-programmet og dets sundhedsfaglige forankring blevet skabt til et samlet internetpsykiatrisk behandlingstilbud i Telepsykiatrisk Center.

Reelt er der tale om en både tværfaglig og tværorganisatorisk proces med flere faser. Den første vedrørte udvikling af en prototype til internetbaseret, kognitiv adfærdsterapi. Denne fandt sted i en toårig OPI-aftale mellem Region Syddanmark og det danske firma Context Consulting, designfirmaet LeapCraft og en konsulent, Krista Nielsen Straarup, psykolog i psykiatri. Den næste fase gik ud på at afprøve prototypen – nu forbedret til en beta-version – på patienter. Indeværende evaluering af den kliniske afprøvning på patienter beror på data fra denne fase. Interventionen er i mellemtiden gået ind i en 3. fase, der handler om konsolidering af projektet til drift, herunder fremtidige muligheder for drift. Samlet lader faserne sig opsamle til:

1. fase: Udvikling af prototype til internetpsykiatrisk depressionsbehandling (2012-2014)
2. fase: Klinisk afprøvning af internetpsykiatrisk patientbehandling med beta-version, NoDep (2014-2015)
3. fase: Fremtidige drift, kravspecifikationer til en markedsparat version 1.0 og udbredelsesmuligheder (2015-2017, 2017-?)

De følgende afsnit præsenterer de enkelte faser med henblik på at skabe en forståelse hos læseren for den første fase:

- Den nære sammenvævning mellem udvikling af teknikken og udviklingen af en ny service i psykiatrien, herunder et delprodukt i forhold til at have skabt nye innovations- og psykotekniske kompetencer i organisationen.

⁴⁷ I starten af forløbet indgår der et spørgeskema til afdækning af depressive symptomer (The Inventory Depressive Symptomatology (IDS)) (52) henholdsvis livskvalitet (EQ-5D): <http://www.euroqol.org/about-eq-5d.html>). Den løbende opfølgning omfatter brug af spørgsmål fra MDI samt et suicidalelement fra IDS. Ved afslutningen af forløbet anvendes de samme spørgeskemaer som ved start (IDS og EQ-5D) plus et spørgeskema om tilfredshed (CSQ-8 fra spørgeskemaet Service Evaluation Questionnaire (SEQ)).

⁴⁸ Danske Regioner var heller ikke interesseret heri, da man gerne vil opnå ejerskab frem for at betale licenser.

Den anden fase, den kliniske afprøvning på patienter, giver indblik i dels patientperspektivet, dels organisationsperspektivet på, hvorledes arbejdet er organiseret, og hvorledes psykologerne oplever dette. Disse bliver udfoldet i kapitel 4 og 5. Endelig giver den kliniske afprøvningsfase også mulighed for at:

- opsamle kliniske data på, hvor mange patienter der har anmodet og modtaget behandling i den kliniske afprøvningsperiode
- evaluere strategien for patientrekruttering

Den tredje fase omhandler interventionens mulige fremtid både i forhold til drift og de økonomiske rammer herfor, men også en række parametre, som er betingelser for et velfungerende tilbud i forhold til kvalitet, sikkerhed (teknisk stabilitet) og ressourceforbrug:

- Sikkerhedsmæssigt skal softwarens stabilitet og brugervenlighed forbedres til en driftssikker og markedsmoden version. Kravspecifikationer hertil skal udarbejdes på baggrund af driftserfaringerne i Region Syddanmark i perioden 2015-2017
- OPI-aftalen ophører, herunder licensaftalen med Context Consulting, så softwareprogrammet skal på baggrund af kravspecifikationer, der er udviklet på i driftsperioden, i offentligt udbud i 2017 med henblik på ny leverandøraftale
- Kvalitets- og ressourcemæssigt skal der også træffes nogle valg i forhold til rekruttering af patienter.

Tilstrækkelig rekruttering af patienter er både væsentlig i forhold til kvalitet, da der skal et tilstrækkeligt stort antal patienter i behandling med henblik på at kunne dokumentere klinisk effekt, og evidensen af behandlingen. Den lægefaglige direktør sammenfatter:

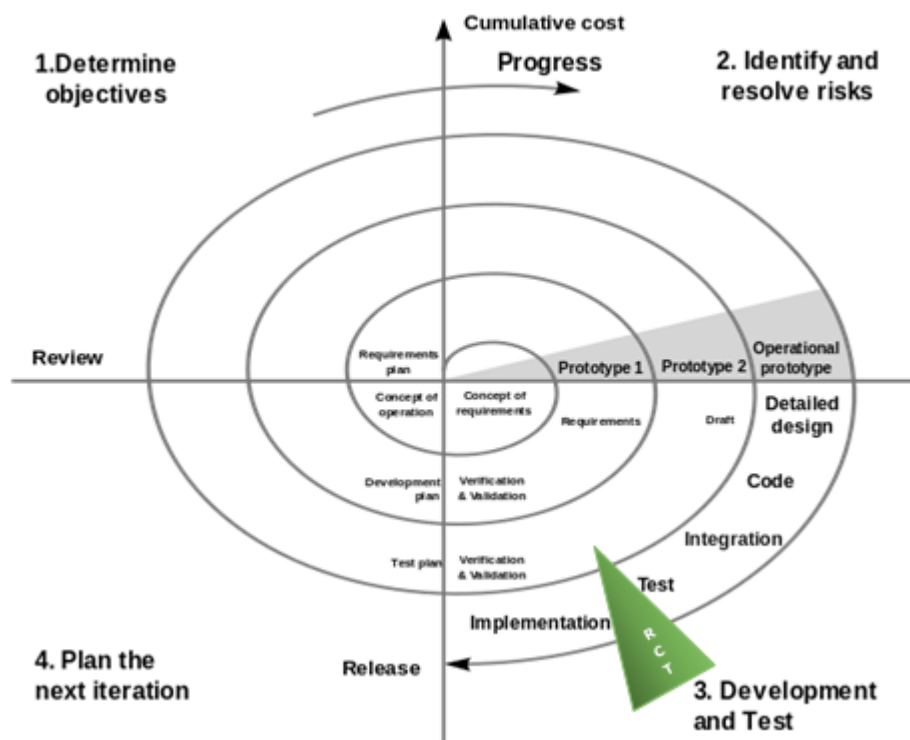
Vi vil jo ikke have noget i vores instrumentarium, som ikke har vist sin værdi på en eller anden måde. Så det er ikke sådan, at vi bare vil det her, fordi det er sjovt. Det skal være, fordi at det enten virker lige så godt eller bedre end noget andet, eller fordi at patienterne decideret foretrækker den her tilgang, fordi det kan være, det passer bedre ind i deres liv og sygdom. Og så har det jo også en værdi. Så det skal være noget, der duer, ellers skal det smides væk igen. Det er tilgangen.

Endelig er stabil rekruttering af patienter også i relation til spørgsmålet om udbredelse af tilbuddet i fremtiden afgørende for at kunne vurdere ressourceforbruget og de omkostningerne ved tilbuddet, se også i kapitel 7.

3.2.2.1 Den tekniske udvikling af softwareprogrammet NoDep

Softwareprogrammet NoDep er blevet til i en iterativ design- og udviklingsproces inden for rammerne af en OPI-aftale. I processen har organisationen samarbejdet med programmører og designer ligesom en skuespiller er blevet hyret til at figurere 'psykolog' i programmets videoklip med psykoedukation. Denne iterative proces karakteriseres også i softwareudviklingstraditionen som en spiralproces (Boehm 1988), hvor prototypen gradvis udvikles, testes og justeres fra begrebsniveau og kravspecifikation til 'release' af en færdig version til markedet, jf. Figur 3.2. I praksis involverer det, ifølge projektlederen, "tusinder af linjers kodning" og mod forventning er det "rocket science" i betydningen af, at der hele tiden viser sig nye fejl og forhindringer, som kræver tid og nye løsninger. Dette betyder også, at NoDep i den kliniske afprøvningsperiode ikke er færdigudviklet. Den er stadig en prototype, men i beta-version og moden til afprøvning på patienter. Den er således ikke i en færdig produktversion, der er klar til spredning til et større antal licenshavere eller brugere.

Figur 3.2 Spiralmodel med tilføjelse af grøn kile med RCT i testfasen



Note: Original er fra Boehm 1988:

[https://commons.wikimedia.org/wiki/File%3ASpiral_model_\(Boehm%2C_1988\).png](https://commons.wikimedia.org/wiki/File%3ASpiral_model_(Boehm%2C_1988).png)

En forudsætning for spredning til andre regioner er, at interventionen har vist tilstrækkelig effekt. Spiralmodellen er derfor tilføjet en grøn kile til angivelse af, at det specialiserede sundhedsvæsen sætter specielle krav til validering, bl.a. i form af RCT. Produktsiden af softwareudviklingen har således i sammenhæng med patienter *en tæt forbindelse til etablering af klinisk evidens*, ligesom en sikker afprøvning på rigtige patienter *forudsætter en organisatorisk forankring*, både med henblik på at sikre patientforløb, skabe hensigtsmæssige arbejdsgange og rekruttere patienter nok (særlig med henblik på at sikre patienter nok til RCT).

I kapitel 5 om organisation uddybes NoDep's integration i arbejdsgange og til sikre patientforløb via forundersøgelser- og afslutningssamtalen samt informationsbrev til egen læge. Integrationen af interventionen i det specialiserede sundhedsvæsen byder på flere udfordringer i forhold til dataopbevaring og sikkerhed i programmet, integration af psykologernes patientjournaler i hospitalets EPJ-system, patienttilsagn i forhold til deling af informationer med almen praksis og kvalitetssikring. Den tidligere projektleder uddyber:

Vi har en kvalitetssikringsdatabase oprettet i internetpsykiatrien, så samler vi tilfredsheds mål og symptommål både før og efter behandlingen og også undervejs i behandlingen. Dem vil vi løbende kunne følge og regne på: Lever det op til, hvad vi syntes, det bør leve op til et sådan sted her. Derudover har vi oprettet en forskningsenhed i Telepsykiatrisk Center, hvor vi vil forske i at anvende digitale løsninger i psykiatriens tilbud". Tidligere projektleder, nu ph.d.-studerende

Kvalitetssikring og test af teknologien, den internetpsykiatriske behandling, er således forbundet med omfattende, organisatoriske opgaver og rammer i forhold til dataopsamling, dataopbevaring og forskningsmiljø. En fortsat udfordring for den teknologiske modenhed er således

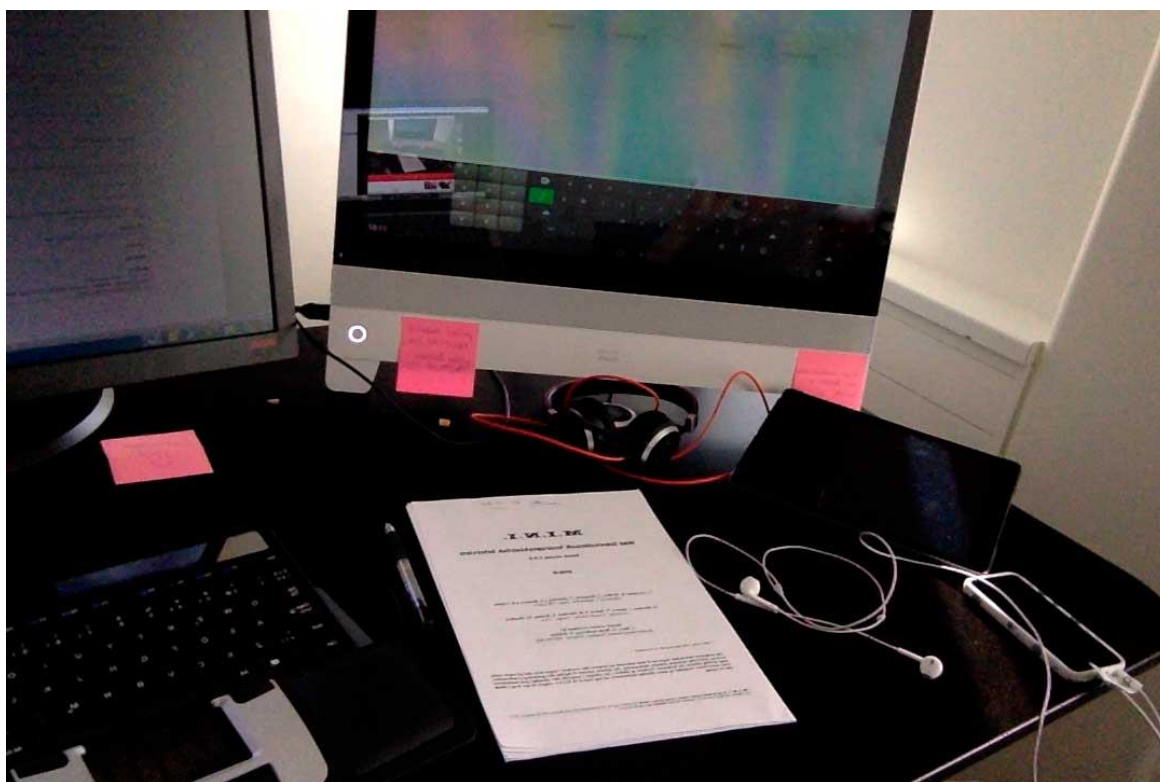
både den fortsatte forbedring af teknologien henimod en markedsmoden version⁴⁹ såvel som en stadig patientrekruttering og kvalitetssikring af behandlingen henimod evidens.

3.3 En patient-case af en ikt-medieret forundersøgelse

Følgende case giver læseren et indblik i opstarten af en patient i et internetpsykiatrisk behandlingsforløb af let til moderat depression, herunder særligt den it-medierede kommunikation mellem patient og psykolog og de 'sociotekniske kompetencer', der indgår i psykologens faglige dømmekraft med henblik på at lave sin diagnose.

Casen er opstået på baggrund af observation af en forundersøgelse suppleret med psykologens gengivelse heraf. Patienten er på ingen måde et typisk eksempel på en anmodning om behandling, men snarere et grænsetilfælde, der netop som et sådant giver en forståelse af, hvad interventionen kræver af kompetencer hos personalet med henblik på at matche det internetpsykiatriske tilbud med patientens behov og forudsætninger. Selve samtalen varede 1 time og 25 minutter og forløb i tre faser over skiftende teknologier til tre sociotekniske tematikker. Tematikkerne giver indblik i noget af det oversættelsesarbejde, som psykologerne gør for at få interventionen til at glide i praksis. Arbejdsopgaverne og den medgåede tid bliver uddybet i kapitel 5.

Billede 3.1 Telepsykologens skrivebord parat til forundersøgelse med pc-skærm med NoDep og patientjournal, skærm til videokonsultation med touch-screen tastatur, mobiltelefon, høretelefoner til mobiltelefon, andet par til videokonsultation, M.I.N.I.-screeningspapirer, kuglepen til noter, post-it og pc-tastatur. På begge skærme er monteret webkameraer.



⁴⁹ Region Syddanmark har frem til 2017 til at omsætte tekniske og organisatoriske erfaringer til kravspecifikationer til software, der på baggrund heraf kan sættes i udbud med henblik på at få en ny leverandøraftale med Context Consulting eller anden leverandør. Som en del af kontrakten vil der formentlig indgå en form for licensaftale for brug af leverandørens softwareløsning.

Første sociotekniske tematik, etablering af it-medierede kontakt: Forundersøgelsen var booket af sekretæren til at finde sted via en videokonference. Men patienten er ikke til stede i videokonferencerummet til det aftalte tidspunkt. Psykologen tjekker derfor patientens anmodnings-skema, hvor det fremgår, at han er en midaldrende mand, som også har et alkoholproblem. Behandleren overvejer derfor, om patienten måske er udeblevet, fordi han er påvirket. Hun finder hans telefonnummer på samme skema og ringer op. Patienten svarer, og hun reviderer sin opfattelse: han er ikke påvirket. Men da han kommunikativt er meget svær og utydelig at forstå over hendes mobilhøretelefoner, tænker hun, at han måske ikke er kvik nok til at bruge programmet. Kort efter lykkes det patienten at ringe op til videokonferencerummet efter psykologens anvisninger. Billedet kommer på et kort øjeblik, nok tid for psykologen til at se, at patientens udtalebesvær skyldes, at han læser. Samtalen fortsætter igen via mobiltelefon. Videoproblemet forbliver uafklaret, men behandleren lover at kontakte it-supporten, som kan hjælpe ham med at få det op at køre.

Anden sociotekniske tematik, gennemførelse af screeningsinterviewet: Psykologen gennemfører patientinterviewet på baggrund af gængse anamnetiske spørgsmål og spørgsmålene i M.I.N.I.-screeningsskemaet. Heraf fremgår, at patienten har haft meningitis som barn, at han er svært ordblind, at hans mor led af depressioner, og at han ikke tidligere har haft depressive episoder. Meningitissen i barndommen forklarer patientens vanskelighed ved lydudtalelsen. Da han er svært ordblind, spørger psykologen, hvordan han har fundet frem til hjemmesiden med Telepsykiatrisk Centers tilbud og anmodningsskemaet. Patienten svarer, at egen læge har oplyst ham om tilbuddet, og at han har fået det læst op af sin ekskæreste og også selv har fundet hjælpeprogrammer på internettet, der kan læse tekst højt for ham. Han havde tænkt sig også at bruge disse hjælpeværktøjer til at gennemgå tekstmaterialet i NoDep.

Tredje sociotekniske tematik, beslutning om diagnose og behandlingstilbud: I denne patientcase har patienten umiddelbart ikke forudsætningerne for at få behandlingstilbuddet med NoDep grundet sit alkoholforbrug og ordblindhed. Alkoholforbruget viser sig dog i løbet af samtalen ikke at være et misbrugsproblem. Patienten har forsøgt at medicinere sig selv med alkohol, men opgav forsøget, da det ikke virkede. Endvidere passer han symptomæssigt på diagnosen lettere til moderat depression, ligesom han er meget selvstændig og motiveret for at komme i gang. Alternativet til NoDep er ventetid hos psykiateren, ligesom patienten ikke har råd til psykologbehandling. Der er lang vej fra det sydfynske øhav, hvor han bor, til konventionel behandling, fx i Odense, særligt også når hans lidelse gør, at han ikke har meget energi. Psykologen beslutter derfor i denne 3. fase at tilbyde patienten at komme i NoDep-behandling. De aftaler, at patienten selv underretter egen læge, da han har en aftale et par dage efter, og han aftaler tid og sted for ny kontakt med henblik på at få teknikken – videokonsultationen – op at køre.

Denne patientcase er et eksempel på, hvorledes psykologens faglige vurdering af patienten langsomt tager form, og at den er medieret gennem forskellige teknologier (web-spørgeskemaet, mobiltelefonen, videoskærmen og psykologens spørgeguide (M.I.N.I.)). Disse bidrager alle særskilt med nye patientindtryk. Sammenspillet mellem teknologierne gør det muligt for psykologen at skabe sig et helt billede af den ikke-fysiske tilstedeværende patient. I denne proces korrigerer psykologen sin vurdering af patienten gennem følgende fem trin: i) et førstehåndsindtryk af, at patienten har et misbrugsproblem, ii) patienten har ikke et misbrug, iii) patienten er for evnesvag til at gennemføre programmet, iv) patienten er ordblind og har taleproblemer og v) patienten har evner og motivation til at hjælpe sig selv. NoDep-programmets krav til patientens læse- og skrivefærdigheder har patienten afhjulpes ved at finde et softwareprogram, der kan læse teksten højt, samt en person, der kan hjælpe ham med at skrive.

Patienten i casen adskiller sig fra patienttypen, som NoDep er designet til – nemlig patienter, der ikke har læse- og skrivevanskeligheder. Casen viser herudover noget generelt i forhold til de krav, der stilles til psykologens ikt-kompetencer, idet hun ved hjælp af input fra forskellige teknologier skal kunne vurdere patientens behov og forudsætninger for at deltage i behandlingen.

3.4 Tilgængelighed

Målsætningen for projektet 'Internetpsykiatri' er ifølge den Nationale handleplan for telemedicin at 'sikre, at behandling når ud til en gruppe af patienter, der ikke modtager behandling eller alternativt kommer senere i gang med et behandlingsforløb' (13). Hensigten er, at der kun bør være indtil to ugers ventetid, fra patienterne henvender sig og anmoder om behandling, til de modtager tilbud om at få en forundersøgelse. Hvorvidt denne målsætning er realiseret, kan evaluator ikke vurdere på det foreliggende datagrundlag, da det i sagens natur er vanskeligt at vurdere, hvad patienten ville eller ikke ville have modtaget af tilbud som eventuelt alternativ til den internetpsykiatriske behandling.

Behandlingstilbuddet har i den kliniske projektperiode været tilgængeligt for over 18-årige mennesker med depression, der ikke har et behandlingskrævende misbrug, ikke er selvmordstruede og ikke er psykotiske, er bosiddende i Region Syddanmark og har adgang til en computer eller tablet med bredbåndsinternetforbindelse.

Projekt 'Internetpsykiatri' er omtalt på Region Syddanmarks hjemmeside 'Psykiatrien'⁵⁰ og på Depressionsforeningens hjemmeside⁵¹. Projektet har herudover været omtalt i de to landdækkende aviser Jyllands Posten⁵² og Politiken⁵³ samt i de regionale nyheder i Syd⁵⁴ henholdsvis i aftenshowet på TV2⁵⁵.

Der er systematisk udsendt information og patientrettede flyers om projektet og behandlingstilbuddet til samtlige praktiserende læger i Region Syddanmark, til de praktiserende psykologer i regionen og til sygedagpengecheferne i de kommunale jobcentre i regionen. Herudover har psykologer og ledelse været ude og præsentere projektet på konferencer og forskellige mødefora, fx Dialogforum mv.

Ifølge de interviewede psykologer ser det ud til, at kendskabet til projekt 'Internetpsykiatri' har ændret sig undervejs i projektførelsen. I starten af den kliniske afprøvningsperiode kom alle anmodninger fra patienter, som selv havde fundet frem til behandlingen ved at læse om den på internettet eller ved omtale fra venner og bekendte. Mod slutningen af den kliniske afprøvningsperiode var flere af patienterne blevet informeret om tilbuddet af egen læge eller af kommunens sagsbehandlere. Der har således været en udvikling i retning af, at aktører i det etablerede system i højere grad har oplyst patienter eller borgere om internetpsykiatrien.

3.4.1 Alment praktiserende læge

I to telefoninterviews med alment praktiserende læger kom det til udtryk, at deres klinikker dagligt har patienter i konsultationen med let til moderat depression, og at de over årene har oplevet en stigning i antallet af patienter. Begge læger synes generelt, at tilbuddet om inter-

⁵⁰ <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm434059>.

⁵¹ <http://depressionsforeningen.dk/gratis-behandling-via-nettet-i-region-syddanmark/>.

⁵² 3. september 2013: <http://jyllands-posten.dk/politik/ECE6025475/depressioner-skal-bekaempes-over-nettet/>.

⁵³ 15. november 2015: <http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/sygdom/ECE2453765/deprimeret-blev-behandlet-paa-nettet-man-vil-ikke-udstille-sig-i-ventevaerelset>

⁵⁴ 30. september 2013: <http://www.dr.dk/nyheder/regionale/syd/faa-psykiatrisk-behandlig-nettet/>.

⁵⁵ 28. februar 2015: <http://nyhederne.tv2.dk/samfund/2015-02-28-lone-lider-af-depression-saadan-hjaelper-internetterapi-hende>

netpsykiatrisk behandling giver mening, både som et supplement til deres eget tilbud og som en kvalitetsforbedring, der kan nå patienter, de ellers ikke når. Det skyldes både, at lægerne ikke er psykologuddannede, at patientkontakten kan være vanskelig, at der er ventetider ved henvisning til praktiserende psykolog, og fordi patienten ikke har råd. En læge sammenfatter:

Jeg kan lytte og komme med nogle gode håndregler, men jeg er jo ikke uddannet psykolog, så det er vidt forskelligt tilbud. (...) Jeg fortæller patienterne, hvilke muligheder der er, og så lader jeg det være op til dem. Alment praktiserende læge

De ser ikke, at interventionen, som et gratis selvhenvi­snings­tilbud, erstatter den lægefaglige konsultation fuldstændig. Det skyldes både, at let til moderat depression deler symptomer med alvorlige, somatiske sygdomme som kræft og andre sygdomme, fx kalk-ubalance.

Det er et gratis tilbud på nuværende tidspunkt. Hende, jeg fik tilbagemelding fra, hun havde faktisk økonomisk ikke mulighed for det (betale psykolog). Og da mit tilbud var udløbet her, og hun havde faktisk ikke havde rykket sig meget, og jeg ikke havde mere at tilbyde hende, så var tilbuddet faktisk kærkomment, og det passede hende super fint. Jeg kan anbefale det. Jeg tænker især de yngre aldersgrupper. Og så dem jeg ikke skal følge medicinsk. Alment praktiserende læge

Generelt kan det være svært at afgrænse let til moderat depression fra eksistentielle problemer, herunder fx mangel på dialogpartnere og struktur i hverdagen hos unge mennesker til selv at sætte mål og tage ansvar. Lægerne vurderer her, at et behandlingsprogram, der giver hjælp til selvhjælp, netop kan bidrage til at løse nogle af de udfordringer, som deres patienter – særligt unge – har med at sætte mål og gøre sig erfaringer med, at de også godt selv kan. På spørgsmålet, om oprettelse af en psykiatrisk patientjournal på deres patienter kunne afholde patienterne fra at tage imod tilbuddet, underforstået at psykiske lidelser kan være stigmatiserende, svarede de ja i tilfælde af, at patienten i livsforsikrings­ssammenhænge havde brug for en udskrift, og igen nej, idet selve diagnosen 'let til moderat depression' ikke er alvorlig nok til at få forsikringsmæssig betydning. Lægerne giver udtryk for, at det afgørende er, at hvis en patient først har henvendt sig til dem med et problem, så er de også klar til at tage ansvar for det, og en del af behandlingen er også at forstå, at sygdommen er almindelig. Det kan ske for alle, "naboen har den også" – og den kan behandles. Internetpsykiatrisk behandling vurderedes endvidere særlig relevant for de unge patienter og for samfundsøkonomien, idet ubehandlede depressioner kan give (alvorlige) tilbagefald og er en udgift i sygedage.

3.5 Anmodninger og forundersøgelser

Det følgende afsnit giver indblik i, hvor mange patienter der har gjort brug af tilbuddet om selvhenvendelse i perioden for den kliniske afprøvning i Region Syddanmark.

Det fremgår af de i projekt 'Internetpsykiatri' leverede data, at der i alt har været 168 personer (108 kvinder (64 %) og 60 mænd (36 %)), som har anmodet om at modtage internetpsykiatrisk behandling i den kliniske afprøvningsperiode. Alle henvendelser har resulteret i en video-baseret forundersøgelse. Gennemsnitsalderen er 41 år (39 år for kvinder og 45 år for mænd). I Tabel 3.1 ses antal personer, som har anmodet om internetpsykiatrisk behandling, fordelt på aldersgruppe og køn.

Tabel 3.1 Antal personer, som har anmodet om at modtage internetpsykiatrisk behandling fordelt på køn, aldersgrupper og procentvis fordeling. Projekt 'Internetpsykiatri', 16. juni 2014-28. februar 2015.

Aldersgruppe	Anmodet om deltagelse					
	Kvinder		Mænd		Alle	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
< 30 år ¹	29	27	9	15	38	23
30-39 år	29	27	13	22	42	25
40-49 år	26	24	16	27	42	25
50+ år	24	22	22	37	46	27
I alt	108	100	60	100	168	100

1: Én person er yngre end 18 år.

Kilde: Baseret på data leveret af projekt 'Internetpsykiatri'.

Bortset fra én person har alle, der har anmodet om at modtage internetpsykiatrisk behandling, været fyldt 18 år, svarende til projektets aldersafgrænsning. Det ses yderligere af Tabel 3.1, at samlet set er de, der har anmodet om deltagelse, aldersmæssigt jævnt fordelt på de fire aldersgrupper <30-årige, 30-39-årige, 40-49-årige og 50+-årige. Hvis man ser kønsspecifikt, fremgår det, at mere end halvdelen af kvinderne (54 %) er yngre end 40 år, mens hovedparten af mændene er 40 år eller ældre (64 %).

3.5.1 Antal patienter i behandling

På basis af de 168 anmodninger om internetpsykiatrisk behandling og de efterfølgende forundersøgelser har psykologerne inkluderet 85 relevante patienter som værende egnede til behandlingsformen (50,6 % (85 af de 168 personer, som har anmodet om behandling)). Disse patienter har således let til moderat depression, og psykologerne har vurderet, at de ikke har et behandlingskrævende misbrug, ikke er selvmordstruede og ikke er psykotiske.

Der er i alt 80 patienter⁵⁶ (52 kvinder (65 %) og 28 mænd (35 %)), som har modtaget internetpsykiatrisk behandling, idet de er begyndt på et modul. Det svarer til 47,6 % af antallet af patienter, som har modtaget en forundersøgelse (80 af de 168 personer). Patienterne, der er påbegyndt behandling, er gennemsnitligt 42 år (40 år for kvinder og 47 år for mænd). I Tabel 3.2 ses antal patienter, som har været i internetpsykiatrisk behandling, fordelt på aldersgruppe og køn.

⁵⁶ Der er 71 af de 80 patienter, som er påbegyndt behandling inden for den kliniske afprøvningsperiode (16. juni 2014-28. februar 2015). De resterende 9 patienter er startet behandling i marts 2015. 2 af de 5 personer, som er blevet inkluderet uden at være påbegyndt behandling inden udgangen af marts 2015, har anmodet om behandling ultimo februar 2015, mens 3 har anmodet om behandling inden udgangen af 2014.

Tabel 3.2 Antal patienter med depression, som er begyndt på internetpsykiatrisk behandling¹ fordelt på køn og aldersgrupper. Projekt 'Internetpsykiatri', 16. juni 2014-28. februar 2015.

Aldersgruppe	Påbegyndt behandling					
	Kvinder		Mænd		Alle	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
19-29 år	12	23	4	14	16	20
30-39 år	14	27	4	14	18	23
40-49 år	14	27	7	25	21	26
50+ år	12	23	13	46	25	31
I alt	52	100	28	100	80	100

1: Disse patienter har mindst gennemført ét af otte moduler.

Kilde: Baseret på data leveret af projekt 'Internetpsykiatri'.

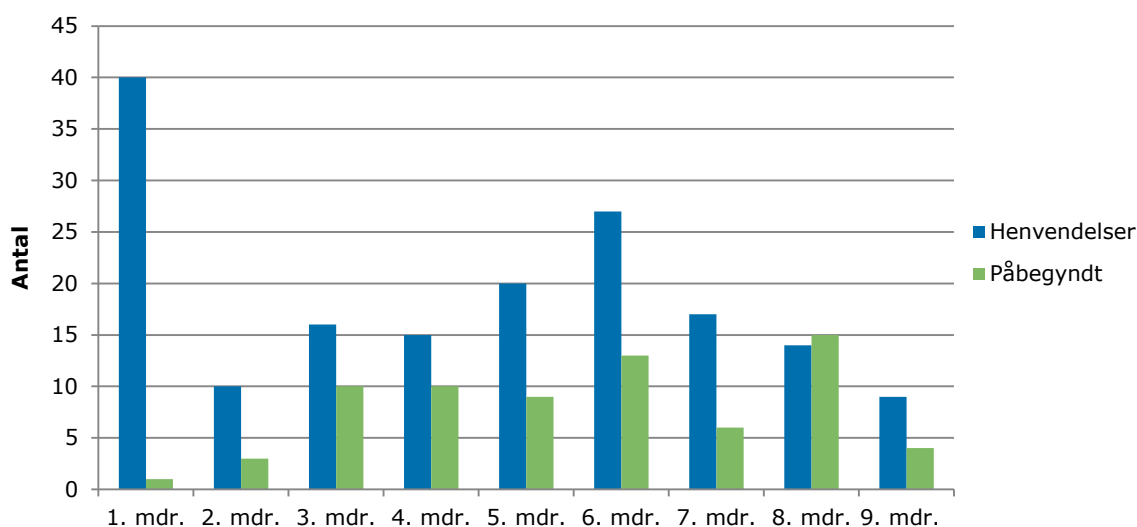
Det fremgår af Tabel 3.2, at antal patienter, der er påbegyndt internetpsykiatrisk behandling, samlet set stiger med alderen. I alt er der 31 % i aldersgruppen 50+-årige versus 20 % i alderen 19-29 år. For mændene er stigningen særlig udtalt, idet 46 % af mændene er 50+-år versus 20 % i aldersgruppen 19-29 år. Kvinderne er fortrinsvis at finde i de to midterste aldersgrupper (i alt 54 % i aldersgruppen 30-49 år), mens der er 23 % i både den yngste aldersgruppe (19-29 år) og den ældste aldersgruppe (50+-årige). Der ses nogenlunde samme køns- og aldersfordeling blandt patienter med depression, der gør brug af praktiserende psykologer under tilskudsordningen, idet godt 70 % er kvinder og ca. 55 % af både mænd og kvinder er i alderen 25-44 år (2013) (7).

Det er lykkedes for Region Syddanmark at rekruttere patienter med depression i internetpsykiatrisk behandling i den kliniske afprøvningsperiode, om end det kun er godt 25 % af det forventede antal på 300 personer. Dette forhold er uddybet nærmere i kapitel 5 om organisation. Det kan herudover konstateres, at det internetpsykiatriske behandlingstilbud i den kliniske afprøvningsperiode i Region Syddanmark kun i meget begrænset omfang har aflastet den nuværende behandling med samtaleterapi ved privat praktiserende psykologer. I 2013 var der på landsplan mere end 37.000 personer, som blev behandlet for depression ved privat praktiserende psykologer under tilskudsordningen (befolkningstallet i Region Syddanmark udgør godt 1/5 af den samlede befolkning i Danmark). Hvorvidt det er muligt og ønskeligt at øge antallet af rekrutterede patienter, diskuteres ligeledes i organisationskapitlet.

3.5.2 Månedlige anmodninger og patienter i påbegyndt behandling

I Figur 3.3 ses måned for måned, hvor mange patienter der har anmodet om behandling, og hvor mange af disse patienter som er påbegyndt behandling.

Figur 3.3 Antal patienter, der har anmodet om internetpsykiatrisk behandling, og antal patienter, der begynder behandling fordelt på måneder¹. Projekt 'Internetpsykiatri', 16. juni 2014-28. februar 2015.



1: Opgjort månedsvis regnet fra starten af den kliniske afprøvningsperiode, hvilket betyder, at eksempelvis den første måned omfatter perioden 16. juni 2014-15. juli 2014, og anden måned omfatter 16. juli 2014-15. august 2014. Den niende måned omfatter kun ½ måned (16. februar 2015-28. februar 2015).

Kilde: Baseret på data leveret af projekt 'Internetpsykiatri'.

Det ses af Figur 3.3, at der er forholdsvis stor variation i, hvor mange patienter der har henvendt sig og anmodet om behandling i løbet af en måned. Det mediane⁵⁷ antal personer, der anmoder om behandling i løbet af de første 8 måneder af den kliniske afprøvningsperiode, er 17 personer⁵⁸. I den første måned er der 40 personer, som henvender sig – antallet falder herefter i den anden måned til 10 anmodninger, hvorefter det stiger forholdsvis jævnt til 27 personer i den 6. måned (16. november 2014-15. december 2014), hvorefter det falder igen til 14 anmodninger i den 8. måned.

Herudover fremgår det af Figur 3.3, at antallet af personer, som er begyndt behandling i givne måneder, varierer en del. Af de 80 patienter, som har modtaget internetpsykiatrisk behandling, er 71 af dem påbegyndt behandlingen inden for den kliniske afprøvningsperiode (16. juni 2014-28. februar 2015). De resterende 9 patienter er startet behandling i marts 2015.

I de første to måneder af den kliniske afprøvningsperiode ligger antallet, der er påbegyndt behandling, så lavt som 1-3 personer. I de følgende fire måneder stiger det månedlige antal til 9-13 personer, som begynder på behandling, mens det i den 7. måned efter starten af den kliniske afprøvningsperiode (15. december 2014-15. januar 2015) falder til 6 personer for atter at stige til 15 personer i den 8. måned. Det mediane antal patienter, som er begyndt behandling i løbet af de første otte afprøvningsmåneder, er 10 personer.

Den månedsvise fordeling på antal personer, som er ikke er tilbudt behandling (ekskluderet), fremgår ikke af de leverede data fra projektets database.

⁵⁷ Medianen er den midterste værdi i et sorteret datasæt.

⁵⁸ Den 9. måned omfatter kun ½ måned, hvorfor den ikke er medtaget i medianen.

3.5.3 Antal gennemførte moduler

Tilsammen har de 80 patienter gennemført 387 moduler. Af øvrige opgørelser fremgår det, at 13 af de 80 patienter, som er begyndt på det første modul, ikke har gennemført et helt modul (16 %) mens 44 patienter (55 %) har gennemført 6-8 moduler og 75 % har gennemført mindst halvdelen af modulerne (mindst 3 moduler). Det mediane antal gennemførte moduler er 7 for både mænd og kvinder. I Tabel 3.3 ses det gennemsnitlige antal gennemførte moduler blandt patienter, der har gennemført mindst ét modul, fordelt på aldersgruppe og køn.

Tabel 3.3 Det gennemsnitlige antal gennemførte moduler blandt patienter med let til moderat depression, som har gennemført mindst ét modul¹, fordelt på aldersgruppe og køn. Projekt 'Internetpsykiatri', 16. juni 2014-28. februar 2015.

Aldersgruppe	Kvinder	Mænd	Alle
19-29 år	4,4	5,3	4,6
30-39 år	5,8	1,5	2,0
40-49 år	4,9	5,4	5,4
50+ år	5,9	4,8	6,9
I alt	5,1	4,4	5,5

1: Omfatter 67 patienter.

Kilde: Baseret på data leveret af projekt 'Internetpsykiatri'.

Det ses af Tabel 3.3, at det gennemsnitlige antal gennemførte moduler samlet set er 5,5 (5,1 for kvinder og 4,4 for mænd). Blandt kvinderne er det den yngste aldersgruppe, som har det laveste gennemsnitlige antal moduler (4,4 moduler), mens det er de 30-39-årige mænd, som har det laveste gennemsnit (1,5 moduler). Der skal gøres opmærksom på, at antallet af patienter, som har gennemført mindst ét modul, er forholdsvis lavt (i alt 67 patienter), hvorfor de alders- og kønsspecifikke gennemsnit bør tages med forbehold.

3.6 Sammenfatning

Det samlede kapitel har præsenteret viden om internetbaseret behandling, som det kendes i litteraturen og fra demonstrationsprojektet i Region Syddanmark. Det er ikke muligt på basis af gennemgangen af metaanalyser og systematiske reviews entydigt at konkludere på effekt af iCBT til personer med let til moderat depression. Konklusionerne rækker over et kontinuum fra 'støttet iCBT er en lovende behandlingsform' (Andersson) til 'iCBT er veldokumenteret behandling' (Hedman). Forskellige resultater og konklusioner kan i væsentligt omfang tilskrives forskelligt sammenligningsgrundlag og kriterier for evidens. Det er heller ikke muligt at konkludere på omkostningseffekt af iCBT; hertil er antallet af studier for spinkelt, idet der kun er fundet to RCT'er, hvor støttet iCBT sammenlignes med sædvanlig ansigt-til-ansigt behandling henholdsvis med patienter på venteliste til behandling.

Demonstrationsprojektet i Region Syddanmark har udviklet en intervention, som er i god overensstemmelse med litteraturen i forhold til at være terapeutstøttet, og ved at programmet ikke overstiger otte moduler.

Interventionen er udviklet i flere faser, hvoraf softwaredelen i første fase har resulteret i en prototype, der i en beta-version kaldet NoDep er afprøvet på patienter i den næste fase (den kliniske afprøvningsperiode). Teknologien bliver stadig udviklet med henblik på at finde fejl og afstemme med kliniske krav. Det handler dels om at gøre systemet stabilt og fejlfrit i drift, så det er sikkert at anvende i forhold til datasikkerhed og nedbrud, dels at det er sikkert i betyd-

ningen effektivt og sikkert for psykologerne at anvende i forhold til deres faglige ansvar for patienten – og endelig, at patienten oplever det sikkert i betydningen et trygt forløb ved internetpsykiatrisk behandling af sin lidelse. Teknologiens anvendelse i klinisk praksis forudsætter særlige støtteværktøjer og sociotekniske kompetencer hos psykologerne med henblik på at sikre den rigtige diagnose og behandlingsstøtte til patienterne. Specificering af hjælperedskaber som screenings- og dokumentationsværktøjer, standardbreve til alment praktiserende læger og kvalitetsdatabase er udviklet parallelt i organisationen med henblik på at skabe sammenhæng i patientforløb og kvalitet. Udbredelse og drift af interventionen vil øge kravene til integration med det øvrige sundhedssystem. Den forestående tredje udviklingsfase handler dels om at sikre nok patientoptag til at validere interventionen, dels om at sætte en færdig version 1.0 i udbud og drift.

Det foreløbige kendskab til projekt 'Internetpsykiatri' er øget blandt fagpersoner i projektforsøbet. Mod slutningen af den kliniske afprøvningsperiode er flere patienter blevet oplyst om behandlingsmuligheden af egen læge eller af kommunernes sagsbehandlere. Antallet af henvendelser har imidlertid ikke været helt så stort som forventet. Der har i alt været 168 patienter, som har anmodet om behandling og modtaget en forundersøgelse. Dette har resulteret i, at der i den kliniske afprøvningsperiode har været 80 patienter, som er påbegyndt behandling, hvilket kun er godt 25 % af det forventede antal på 300 personer. I alt har 55 % af patienterne, der er påbegyndt behandling, gennemført 6-8 moduler, hvilket også ligger under det forventede succeskriterie på 75 %. Evalueringens datagrundlag giver ikke mulighed for at vurdere, om behandlingen når ud til en gruppe af patienter, der ikke modtager behandling eller alternativt kommer senere i gang med et behandlingsforløb.

4 Patient – resultater

Patienternes vurdering af den hjælp, de har modtaget gennem den internetpsykiatriske behandling, begrænser sig til besvarelsen af en tilfredshedsundersøgelse via internettet. Spørgeskemaet 'Client Satisfaction Questionnaire, CSQ-8' omfatter otte spørgsmål, som samlet set vedrører tre områder: i) patientens tilfredshed med behandlingen, ii) imødekomme af behov og hjælp til håndtering af problemer samt iii) hvorvidt patienten vil anbefale den internetpsykiatriske behandling til andre. I dette kapitel præsenteres resultaterne af patienternes besvarelse, og disse sammenholdes til slut med det af Region Syddanmark opstillede succeskriterie for patienttilfredshed.

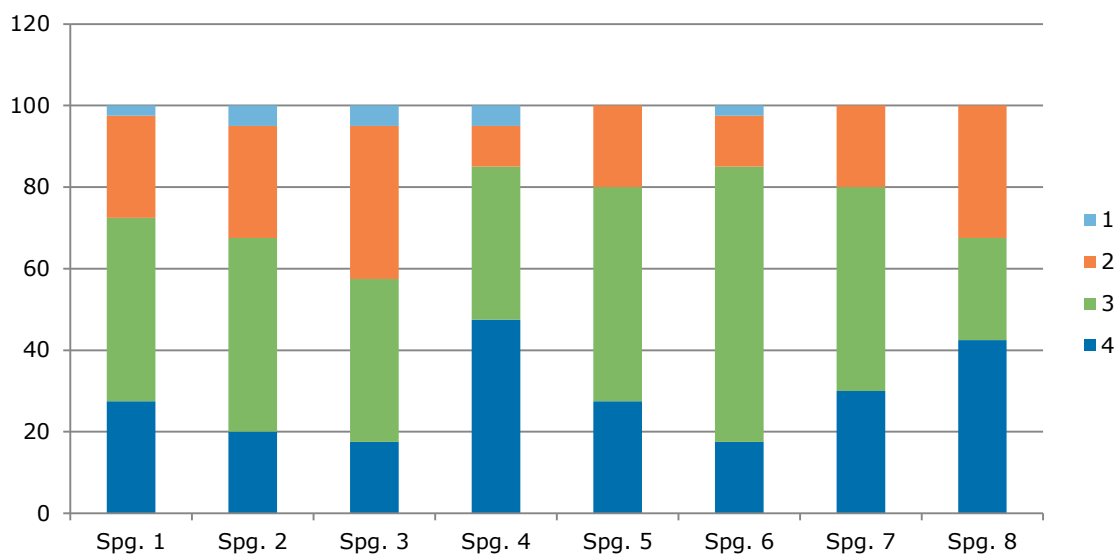
Af de 80 patienter, som er påbegyndt behandling i løbet af projektperioden, har 40 patienter (50 %) besvaret spørgeskemaet med en overvægt af kvinder (28 kvinder (70 %) og 12 mænd (30 %)). Gennemsnitsalderen er 44 år samlet set – kvinderne er gennemsnitligt 9 år yngre end mændene (41 år for kvinderne og 50 år for mændene).

I spørgeskemaet er der ikke konstrueret enslydende svarkategorier, hvorfor indhold af spørgsmål og den tilhørende graduering af svarmuligheder (fra 1-4, hvor '4' er udtryk for den bedste kvalitet eller den største grad af tilfredshed) kan ses efterfølgende:

1. spørgsmål: Bedømmelse af kvaliteten af behandlingen (fremragende; god; tilstrækkelig; dårlig)
2. spørgsmål: Fik vedkommende den ønskede hjælp (ja, helt bestemt; ja, overordnet set; nej ikke rigtig; nej, bestemt ikke)
3. spørgsmål: Grad af imødekomme af behov (næsten alle behov er opfyldt; de fleste behov er opfyldt; kun nogle få behov er opfyldt; ingen behov er opfyldt)
4. spørgsmål: Anbefaling af behandlingen til en ven (ja, helt bestemt; ja, det tror jeg; nej, det tror jeg ikke; nej bestemt ikke)
5. spørgsmål: Tilfredshed med den modtagne hjælp (meget tilfreds; tilfreds; neutral eller let utilfreds; ret utilfreds)
6. spørgsmål: Graden af, hvorvidt behandlingen har hjulpet effektivt til håndtering af problemer (ja, det har virkelig hjulpet; ja, det har hjulpet i nogen grad; nej, det hjalp ikke rigtig; nej, det forværede tingene)
7. spørgsmål: Alt i alt, hvor tilfreds er vedkommende med den modtagne behandling (meget tilfreds; tilfreds; neutral eller let utilfreds; ret utilfreds)
8. spørgsmål: Ved behov for hjælp igen, hvorvidt vedkommende vil henvende sig igen (ja, bestemt; ja, det tror jeg; nej, det tror jeg ikke; nej, bestemt ikke).

I Figur 4.1 ses de 40 patienters besvarelse af spørgeskemaet med graduering på en skala fra 1-4.

Figur 4.1 Den patientoplevede vurdering af den hjælp, som patienter med depression¹ har oplevet gennem internetpsykiatrisk behandling fordelt på svarkategorier².



1: Baseret på 40 patienters besvarelse.

2: I spørgeskemaet anvendes der en skala fra 1-4, hvor '4' er udtryk for den bedste kvalitet eller største grad af tilfredshed, og '1' er udtryk for den dårligste kvalitet eller mindste grad af tilfredshed.

Kilde: Baseret på data leveret af projekt 'Internetpsykiatri'.

Medianen for patienternes besvarelse er 24 point ud af 32 mulige (8*4), hvilket er baseret på en median på '3' for hvert af spørgsmålene.

Spørgsmål og svar (jf. Figur 4.1) kan overordnet set opstillet i tre kategorier:

Tilfredshed med behandling

- > 70 % vurderer kvaliteten af behandlingen som god/fremragende (spørgsmål 1)
- 80 % er tilfredse/meget tilfredse med behandlingen (spørgsmål 5)
- 80 % er alt i alt tilfredse med behandlingen (spørgsmål 7)

Imødekomelse af behov og hjælp til håndtering af problemer

- > 65 % giver udtryk for, at de helt bestemt/overordnet set fik den ønskede hjælp (spørgsmål 2)
- > 55 % fik næsten alle/de fleste behov opfyldt (spørgsmål 3)
- 85 % giver udtryk for, at behandlingen har hjulpet effektivt til håndtering af problemer (spørgsmål 6)

Anbefaling og brug af internetpsykiatrisk behandling

- 85 % vil formentlig anbefale behandlingen til en ven (spørgsmål 4)
- > 65 vil formentlig henvende sig igen, hvis der skulle opstå et behov (spørgsmål 8)

Overordnet set kan det konstateres, at patienterne overvejende har vurderet det internetpsykiatriske tilbuds kvalitet og tilfredsheden hermed som positiv, idet der mindst er 55 %, som for hvert spørgsmål har givet et svar, der ligger på værdierne 3-4. Hovedparten af patienterne giver endvidere udtryk for, at behandlingen har hjulpet effektivt på håndteringen af deres pro-

blemer. De fleste vil formentlig anbefale den psykiatriske behandling til en ven og formentlig også selv henvende sig igen.

Projekt 'Internetpsykiatri' har som tidligere beskrevet opstillet et succeskriterium, hvor det fremgår, at 90 % af patienterne, som gennemfører behandlingen, er tilfredse med resultatet og formen af behandling. Vi har derfor undersøgt besvarelserne fra de 28 patienter (53 %), som har gennemført behandlingen (7-8 moduler) og deres tilfredshed med resultaterne (spørgsmål 2 og 6 om imødekommelse af behov og hjælp til håndtering af problemer (2 og 6) samt tilfredshed med formen af behandlingen (spørgsmål 1 og 5). Evalueringen viser, at der er 53 %, som fik den hjælp, de ønskede, og 68 % giver udtryk for, at behandlingen har hjulpet effektivt til håndtering af problemer. Kvaliteten af behandlingen vurderes af 55 % af de 28 patienter, som har gennemført den, som god/fremragende, og 63 % er tilfredse/meget tilfredse med behandlingen. Det kan på basis heraf konstateres, at 53-68 % af patienterne, som har gennemført behandlingen, er tilfredse med resultaterne henholdsvis med behandlingen, men besvarelserne når ikke op på projektets højt satte succeskriterium på 90 %. Den multiple lineære regression viser, at køn, alder og tid siden påbegyndt behandling ikke har signifikant betydning for, hvilket svar patienterne afgiver. Dog ses det, at et stigende antal gennemførte moduler har signifikant (5 %-niveauet) betydning i forhold til, at patienterne vurderer, at de fik den ønskede hjælp (spørgsmål 2), henholdsvis at behandlingen har hjulpet effektivt til håndtering af problemer (spørgsmål 6).

Af de 40 patienter, som har besvaret spørgeskemaet, er der én patient, som ikke har gennemført ét modul: 30 patienter (75 %) har gennemført 6-8 moduler, mens de øvrige 9 patienter (23 %) har gennemført 1-5 moduler. Til sammenligning har 12 patienter (30 %) af de 40 patienter, som ikke har besvaret spørgeskemaet, ikke gennemført et helt modul; 14 patienter (36 %) har gennemført 6-7 moduler, mens de øvrige 14 patienter (35 %) har gennemført 1-5 moduler.

Som forventet er der en større andel, som har gennemført behandlingen (6-8 moduler) blandt dem, der har besvaret spørgeskemaet sammenlignet med dem, der ikke har besvaret spørgeskemaet, mens andelen, som ikke har gennemført et helt modul, er størst blandt dem, der ikke har svaret.

Afslutningsvis bør det bemærkes, at der grundet de økonomiske rammer for projektet ikke er foretaget en kvalitativ undersøgelse af patienternes oplevelse af interaktion med computer og den internetmedierede støtte fra psykologen. Det betyder, at der fx ikke er opnået viden om, hvordan patienterne oplever de krav, der stilles ved deres brug af computerprogrammet, og de ressourcer patienten skal kunne tilvejebringe i form af tekniske og kommunikative færdigheder for at kunne opnå læring, indsigt og udvikling. Det er heller ikke undersøgt, hvorledes patienterne oplever den støtte, der gives af psykologen af teknisk og behandlingsmæssig art, fx i forhold til støttens omfang, hyppighed og form – og dermed heller ikke om psykologernes indsats kan eller bør optimeres.

4.1 Sammenfatning

De patienter, som har brugt det internetpsykiatriske behandlingstilbud i den kliniske afprøvningsperiode, har overvejende vurderet tilbuddets kvalitet og tilfredsheden hermed positivt. Hovedparten af patienterne giver endvidere udtryk for, at behandlingen har hjulpet effektivt på håndteringen af deres problemer. Kvaliteten af behandlingen vurderes af 55 % af dem, som har gennemført behandlingen, som god/fremragende, og 63 % er tilfredse/meget tilfredse med behandlingen. Tilfredsheden med behandlingen når ikke op på Region Syddanmarks højt satte succeskriterium på 90 %.

Datagrundlaget er en besvarelsesprocent på 50, hvilket må anses for tilfredsstillende, når forsinkelse i udsendelse af spørgeskemaet tages i betragtning. Hvorvidt besvarelserne er repræsentative for de patienter, der har modtaget behandling i den kliniske afprøvningsperiode, er ikke umiddelbart let at vurdere. Det kan dog konstateres, at andelen, der har gennemført behandlingen, er dobbelt så stor blandt respondenterne af spørgeskemaet som blandt non-respondenterne. Hvorvidt respondenterne i højere grad er tilfredse med behandlingen og den støtte, de har modtaget i forhold til imødekomme af behov og hjælp til håndtering af problemer end non-respondenterne, vides ikke. Dette ville have krævet, at non-respondenterne skulle være kontaktet igen og have stillet få spørgsmål fra den oprindelige spørgeskemaundersøgelse.

Der er ikke foretaget en kvalitativ undersøgelse af patienternes oplevelse af interaktion med computer og den internetmedierede støtte fra psykologen, hvilket kunne have givet dybere indsigt og mulighed for læring i den internetpsykiatriske organisation, men det har ligget uden for de økonomiske rammer for denne evaluering.

5 Organisation – resultater

Formålet med følgende afsnit er at give læseren indblik i de konkrete opgaver og kompetencer, der indgår i internetpsykiatrisk depressionsbehandling og forestillinger om dets fremtidsmuligheder med hensyn til drift og udbredelse. Analysen beror på observationer, fokusgruppeinterviews med psykologer og med ledelsespersoner, en fremtidsworkshop med selv samme leder inkl. en repræsentant for psykologerne, og opfølgende telefoninterviews med en faglig direktør i psykiatrien og med to alment praktiserende læger.

Komplementært til den teknologiske udvikling – hvis tre faser er beskrevet i kapitel 3 – er den organisatoriske udvikling af arbejdsgange og kompetencer, der kan sikre faglig kvalitet i tilbudet og sammenhæng i patientforløb, når disse er medieret via kommunikation med it. Udviklingen heraf er karakteriseret ved fire overgangsproblematikker i ikt-medieret patientforløb, se Boks 5.1.

Boks 5.1 Fire overgangsproblematikker i ikt-medieret patientforløb

- Selvhenvendelsen og risikoen for suidale patienter blandt e-anmodningsskemaerne
- Screeningsprocedurer, der sikrer den rette diagnose som forudsætning for korrekt behandling
- Asynkron støtte til motivation af patienterne i selve behandlingsforløbet med NoDep
- Afslutning af behandlingsforløb

Med ikt-medieret behandlingsforløb sigtes der til, at patienten ikke på noget tidspunkt møder fysisk op i klinikken, eller omvendt at psykologen (eller lægen) laver et hjemmebesøg, men at al kontakt er medieret via kommunikationsteknologier, jf. også listen i kapitel 3 om støtteredskaber.

De følgende afsnit uddyber dels hvorledes disse overgange varetages som centrale arbejdsgange i klinikken, dels består af konkrete arbejdsopgaver, der leverer input til at vurdere personalets tidsforbrug. Personalets tidsforbrug fordeler sig på patientbehandling og andre organisatorisk og teknisk orienterede arbejdsopgaver (socioteknisk arbejde). Disse indsigter i arbejdets kerneaktiviteter og tidsforbrug er vigtige for vurdering af ressourceforbruget i behandlingen, herunder tilbuddets mulige fremtid i forhold til overgang til drift og landsdækkende udbredelse. Kapitlet afsluttes med mulige fremtidsscenerier.

5.1 Arbejdsgange og kompetencer i internetpsykiatrisk behandlingsforløb

I den kliniske afprøvningsperiode af internetpsykiatrisk behandling af patienter med let til moderat depression har Telepsykiatrisk Center tre deltidsansatte psykologer ansat (i alt 61 timer ugentligt), en deltidsansat sekretær (15 timer ugentligt) og en projektleder på fuld tid. Fra 1. marts 2015 er projektet overgået til en toårig driftsperiode og udvidet til seks psykologer, hvoraf en er teamleder, en administrativ medarbejder på deltid (15 timer ugentligt) og en afdelingschef. Samtidig er Telepsykiatrisk Centers behandlinger udvidet med internetpsykiatri for angst.

I den kliniske afprøvningsperiode har de tre deltidsansatte psykologer arbejdet forskudt af hinanden, så der altid er 1-2 psykologer i dagvagt mandag til fredag (kl. 9-15.30, 8-16, 8-16, 8-16 og 8-14). Deltidsansættelse på 20 eller 21 timer ugentlig betyder, at psykologerne i anden sammenhæng kan udføre kognitiv terapi ansigt-til-ansigt med patienter. Udøvelsen af den konventionelle behandlingsform er et krav for at kunne blive autoriseret psykolog⁵⁹. Organiseringen af personalets arbejdstid (almindelig arbejdstid) begrænser imidlertid tilbuddets tilgængelighed for patienterne. For selvom patienterne kan anmode om behandling, når det passer dem i alle døgnets 24-timer og ugedage, så kan forundersøgelsessamtale med psykologen (op til 90 minutter) kun gennemføres inden for normal arbejdstid, ligesom psykologens læsning af anmodninger, e-mail og e-mailbesvarelser også kun foregår i dagtimerne på hverdage.

De fire overgangsproblematikker i patientforløb med psykologstøttet internetpsykiatrisk behandling løses gennem fire aktiviteter eller arbejdsgange, nemlig:

1. En vagtordning til screening af anmodning pr. mail
2. Forundersøgelser af alle selvhenvendte patienter via videosamtale
3. Skriftlig støtte i de 6-8 behandlingstrin i NoDep-programmet
4. Afslutningssamtale over videosamtale/telefon

Med ikt-medieret behandlingsforløb sigtes der til, at patienten ikke på noget tidspunkt møder fysisk op i klinikken, men at al kontakt er medieret via kommunikationsteknologier, jf. listen over støtteredskaber i kapitel 3.

De følgende afsnit giver indblik i disse arbejdsgange, herunder de kompetencer og opgaver, som personalet har udviklet og lært som del af at deltage i innovationsprojektet og dets kliniske afprøvning.

5.1.1 Vagtordning til suicidale e-anmodninger

I det nuværende tilbud kan borgerne i Region Syddanmark anmode om behandling på Psykiatrien i Region Syddanmarks hjemmeside, <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm434059>. Ved at oplyse deres NemID får borgerne adgang til et spørgeskema, hvorigennem de anmoder om internetpsykiatrisk behandling. Borgerne kan i princippet være svært depressive og derfor i risiko for selvmord. Det betyder for psykologernes praksis, at man dagligt skal sikre sig i forhold til indkommende anmodninger i den fælles e-mailboks, at der ikke ligger anmodninger med en høj score i spørgeskemaet, der tyder på, at patienten er suicidal. En sådan kræver et hurtigt indgreb, fx ved at ringe til patienten. Selvhenvendelsesformen involverer derfor i praksis en screeningprocedure for at sikre hurtig opfølgning på suicidale henvendelser. Både screeningen såvel som opfølgningen på selvhenvendelser fra risikopatienter forudsætter, at det faglige team har udviklet procedurer for håndtering af de daglige læsninger af patientanmodninger samt procedurer for at yde den rette behandling til risikopatienter.

Blandt de anmodninger, som klinikken modtager, får ca. halvdelen tilbud om internetbehandling, mens den anden del af forskellige grunde ikke egner sig til at gennemføre behandlingen. Det kan skyldes andre lidelser og misbrugsproblemer, der samlet gør, at tilbuddet ikke egner sig til den konkrete patient. Denne skal så i stedet have informationer om, hvad han eller hun kan gøre. Samlet betyder dette arbejde med at læse anmodninger, vurdere selvhenvendte patienters behov og matche dem til tilbuddet (eller andre), at det er en central arbejdsgang i psykologernes behandling. I afprøvningsperioden skønner psykologerne at have taget kontakt til 8-

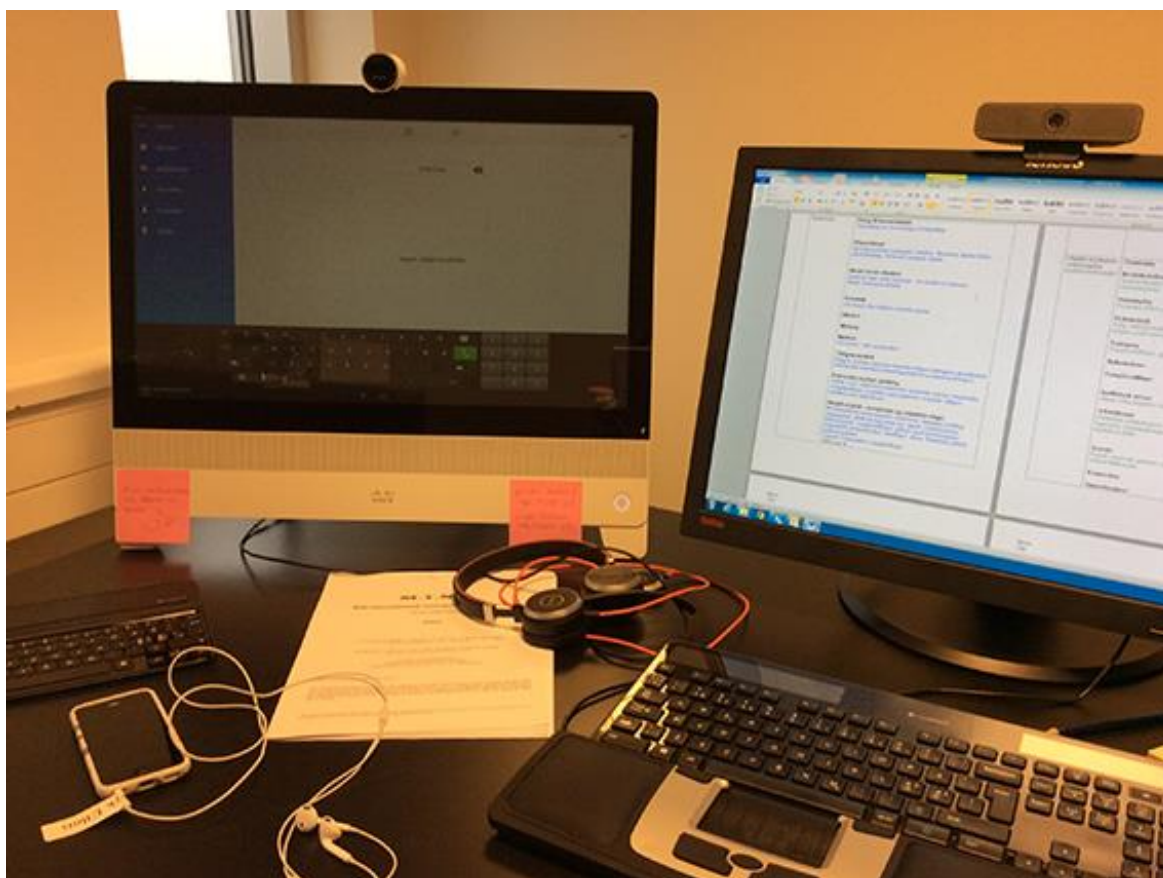
⁵⁹ De kan ansøge om autorisation, når den toårige praktiske uddannelse efter kandidatuddannelsen i bl.a. psykologi er gennemført. Arbejdsforløbet skal indeholde konfrontationer med udredning og interventioner ansigt-til-ansigt i klinikken (Psykolognævnet).

10 patienter på anmodningsniveau og foretaget suicidalitetsudredning. I to tilfælde har det ført til indlæggelse frem for behandling i internetpsykiatrien.

5.1.2 Forundersøgelsen

Udfordringen ved det nye arbejde er forstærket af, at al kommunikation med patienten er it-medieret, inkl. mobiltelefoner i de tilfælde, hvor den synkrone videoforbindelse ikke fungerer.

Billede 5.1 Psykologernes kommunikation er multimodal i forhold til brug af forskellige kommunikationsredskaber, pc, NoDep, videosamtale, mobiltelefon, patientjournal og papirskemaer, ligesom den har mange modaliteter: skrive, tale, læse, lytte, kropssprog, fortolke 'mellem linjerne' med henblik på, at psykologen får et så overbevisende billede af patientens situation som muligt.



Denne multimodale kommunikation i psykologernes praksis og patientkontakt indebærer en række af teknikker og redskaber, der medierer deres arbejde og patientkontakt. For det første er skriften bærende for patientkontakten, både i form af selve e-mailanmodningen og i softwareprogrammet. Samtidig er denne skriftlige kommunikation stærkt styret af prædefinerede spørgsmål og svarmuligheder i form af spørgeskemaer og test, der vejleder store dele af interaktionen i selve behandlingsprogrammets forskellige trin og i den asynkrone kommunikation med psykologen over e-mail. Der er fritekstmuligheder i både spørgeskemaer og e-mail-korrespondancen, men selve kommunikationen vedbliver med at være skriftlig og mere refleksiv end ved den direkte tale ansigt-til-ansigt. Videosamtalen, der indleder og afslutter et hvert helt patientbehandlingsforløb med programmet, giver mulighed for den mere direkte kommunikation med grader af kropssprog til at støtte både psykologens fortolkning af patientens behov såvel som patientens oplevelse af at få personlig hjælp. Mobiltelefonen har også en vigtig kommunikativ rolle i forhold til, at psykologerne mere direkte kan tage kontakt til patienten,

såvel som den er et vigtigt redskab for support, når videokonferencen og programmet ikke virker som tilsigtet. Alt andet lige udgør kommunikationen mellem psykolog og patient, der er det psykoterapeutiske grundlag, den terapeutiske dialog – og hele tiden afhængig af og båret af, at teknikken virker. Uden dette finder der ingen behandling sted.

Den psykiatriske patientjournal er et andet, skriftligt redskab, som psykologerne bruger til at skabe kontinuitet i behandlingen. De tager noter hertil, mens de gennemfører forundersøgelsen med M.I.N.I.-screeningsskemaet og skriver resultaterne herfra ind i patientens journal. Selve journalen skriver de færdig umiddelbart efter videosamtalen. De bruger derefter journalen "mindst en gang under forløbet for at følge op på, hvad der er sket og huske, hvilke støttepersoner patienter har, fx til at lave en øvelse. Og også når patienten afsluttes".

5.1.3 Støtte til gennemførelse af behandlingsprogrammet

Psykologerne spiller en afgørende rolle for at "føre patienten ind i det digitale behandlingsrum", dvs. forklare, hvordan behandlingen forløber, interaktionen med programmet, støtte dem med de tekniske forudsætninger og skabe motivation for at gennemføre trinene. En psykolog sammenfatter:

Det (NoDep-programmet) er en stangvare, men det er jo det, de fleste af os går i, og det hjælper! Og der, hvor der er behov for ligesom at skræddersy det, dér sidder vi, og det kan være på det tekniske. Det kan være mere på motivationen: 'Hvordan går det? Har du været inde og arbejde med programmet?'. 'Det kan være rigtig godt, hvis du skriver til mig, hvordan du har det'. Den der hjælpen-i-gang og 'holdt varm', eller det kan være hjælp direkte ind i nogle af øvelserne. Og så er vi der faktisk også, hvis vi rent faktisk kan SE, at de får det dårligere. Vi kan jo se på programmet i deres spørgeskemabesvarelser (besvares ugentligt, red.), om deres symptomer bliver forværret. Vi følger dem jo, hvis de skriver, hvis de kommunikerer med os. Og så bliver vi jo promptet direkte fra spørgeskemaet, hvis de scorer højt på selvmordstanker. Psykolog

Citatet siger noget grundlæggende om, at det nye ikke er kognitiv behandling, 'stangvare', men det tekniske univers for at mediere kontakten mellem behandler og patient. Det skal 'skræddersyes' til patientens individuelle situation og behov. Dette oversættelses- og supportarbejde mellem patientens verden og behandlingsprogrammet udfører psykologen gennem sin e-mailkorrespondance med patienten og ved overvågning af patientens aktiviteter i programmet, herunder nævnte promptninger, hvis udviklingen i behandlingen ikke går som tilsigtet. Skærmladen har også selv et rødt felt, som patienten kan klikke på for at få oplysninger, hvis denne har brug for akut hjælp. Psykolog og program prøver således i et 'socioteknisk fællesskab' at guide patienten til mere indsigt i sin sygdom og give nye løsninger til, hvordan patienten selv kan få en hverdag, der ikke dræner dem for energi, men bidrager med energi i hverdagen på en opbyggelig og vedvarende måde:

Det programmet (NoDep) gør i samarbejde med os, det er rent faktisk at strukturere det for folk: at sige det er dét og dét du skal igennem. Der er mange, der har søgt viden om depression, for eksempel noget med, at jeg skal begynde at løbe, jeg skal spise sundt, det er godt for mig at motionere. Man har nogle stumper af, hvad der er godt for én, og så løber man afsted i tre dage og brænder sammen. Kunsten er meget at hjælpe via programmet, men også via vores støtte; hjælpe dem til at fokusere og strukturere og overkommeliggøre de ting, de sætter sig for. Det er terapi, og det er behandling og ikke kun viden og pædagogik. Psykolog

Psykologen beskriver selv, at 'kunsten' i hendes behandling sammen med programmet er at hjælpe patienten til at fokusere og gennemføre ting, som patienten selv sætter sig for. Herved synliggøres både psykologens aktive fortolkende rolle med at oversætte program og behandling til patientens mål, men også behandlingens samlede formål om at give patienten hjælp til selvhjælp. Formålet om hjælp til selvhjælp er således en ledetråd i selve udformningen og gennemførelsen af behandlingen. Denne vender vi tilbage til i afsnittet om rekruttering og det centrale spørgsmål om en fremtidig finansieringsmodel for interventionen.

5.1.4 Afslutningssamtalen

Ikke alle patienter gennemfører behandlingsprogrammets 6-8 moduler. Nogle er ophørt inden, fordi de har fået det bedre, andre af andre grunde. Psykologen kontakter dem først over e-mail, hvis hun ikke hører fra dem og derefter telefonisk, hvis de ikke skriver tilbage. I alle tilfælde noterer hun udfaldet i patientens journal. De patienter, der gennemfører alle programmets moduler, hvoraf det 7. og 8. modul er for patienter med særligt engagement og reflektivt overblik, tilbydes alle en afsluttende videosamtale. I denne samler psykologen op på det samlede forløb, herunder hvad hun indledningsvis i forundersøgelsen skrev i patientens journal som dennes problem(er), selve behandlingsforløbet og dets resultater. Efter tilsagn fra patienten sender psykologen også et brev til egen læge om behandlingsafslutningen. Patienten bliver opfordret til at gentage øvelserne i programmet, som vedkommende har fri adgang til i seks måneder, dog uden terapeutstøtte.

5.2 Ikt kerneopgaver

De overordnede arbejdsgange består af nogle kerneopgaver i forhold til den ikt-medierede patientkontakt og andre støtteopgaver, der er afgørende for at realisere den samlede behandling. I de efterfølgende afsnit sondres der mellem disse to typer af opgaver:

1. Psykologernes kerneopgaver i internetpsykiatri, som samlet består af fem kerneopgaver med patientbehandling
2. Psykologernes øvrige sociotekniske arbejde, som i alt omfatter syv sociotekniske opgaver.

Gennemgangen giver indblik i karakteristika og formålet for de enkelte opgaver (med enkelte gentagelser fra forrige afsnit), såvel som estimerer for, hvor lang tid psykologerne bruger på aktiviteterne. Afsnittene afsluttes med en samlet opgørelse over tidsforbruget på henholdsvis de patientrettede ikt-opgaver og de sociotekniske opgaver. Disse tidsopgørelser ligger til grund for beregningen af ressourceforbruget i den økonomiske analyse – de er skøn, som er udviklet i dialog med de tre psykologer samt den tidligere projektleder, den nuværende afdelingsleder og sekretæren for Regions Syddanmarks styregruppe.

5.2.1 Forundersøgelse (visitation)

Formålet med forundersøgelsen er at på baggrund af en ikt-medieret samtale enten med videokonference (eller med mobiltelefon ved manglende forbindelse) at vurdere, om patienten kan have gavn af internetpsykiatrisk behandling med NoDep. Samtalen er struktureret af et spørgeskema kaldet M.I.N.I., som psykologen udfylder undervejs. M.I.N.I. er en flere siders guideline, som psykologen bruger til at udrede patienten. Der spørges bl.a. ind til temaer som medicin⁶⁰, livsforandringer, hyppighed og varighed af tristhed, vægt, søvn, koncentration, selvskade, misbrug, udsving i aktivitetsniveau, angstanfald, social fobi, tvangshandlinger, voldsomme hændelser og vrangforestillinger (Sheehan, dansk version 5.0.0). Patientens svar på

⁶⁰ Patienter, der modtager medikamentel behandling, er inkluderet, ligesom patienten opfordres til at søge egen læge, hvis psykologen vurderer, at patienten vil have gavn af medicinsk behandling.

alle disse emner indgår samlet i psykologens bedømmelse af, hvilke behandlingstilbud der kunne være relevant for patienten. Det kunne være meget andet, fx at opsøge egen læge eller henvende sig i psykiatriens akutafdeling. Indikerer samtalen med patienten, at denne er selvmordstruet, har behandleren også en guideline til at vurdere, om patienten er suicidal. Dette vil der kunne gå yderligere 1 time med. Afhængig af udfaldet vil patienten kunne blive opfordret til at henvende sig i psykiatriens akutafdeling.

Psykologens vurderingskompetence

Anbefales NoDep som behandlingsform, sker dette ikke kun på baggrund af, at scoringen i M.I.N.I. bekræfter, at patienten har let til moderat depression (og ikke andre psykiske lidelser og/eller et misbrug), men også at patienten har de fornødne boglige færdigheder ('literacy') til at ville kunne bruge programmet. Behandlingsprogrammet forudsætter, at brugeren kan læse og skrive dansk⁶¹ og er begavet nok til at forstå informationerne, samt at patienten er tilstrækkelig motiveret til at tage ansvar for sin behandling.

Denne vurdering af patientens personlige selvstændighed og kompetencer til at kunne gennemgå behandlingen og få gavn af programmet er en væsentlig internetpsykiatrisk kompetence hos psykologerne. I denne vurderingskompetence indgår ikke kun kendskab til de to nævnte screeningsværktøjer, men også til selve behandlingsprogrammet og dets forskellige trin.

Som en del af udredningssamtalen spørger behandleren ind til patientens uddannelse, arbejdsstatus og rammer i hjemmet for at bruge en pc, have netforbindelse, høretelefoner, rolige omgivelser, lyd og lysforhold såvel som hun instruerer, hvis der er brugerproblemer med fx logon, at få en film til at køre eller andre praktiske og tekniske forhold, som patienten også skal have på plads for at kunne lade sig 'behandle på afstand'.

Denne tekniske instruktion og stillingtagen, herunder introduktion til programmet og Telepsykiatrisk Center, så patienten ved og forstår, hvad det er for et sundhedstilbud, der tilbydes, indgår i alle udredningssamtaler. Af de 1½ time, der afsættes til samtalen, går der ca. 15 minutter af behandlerens tid med den tekniske introduktions- og supportdel, som må regnes som en uadskillelig del af behandlingstilbuddet.

5.2.2 Skriftlig kommunikations- og motivationsarbejde

Den øvrige patientbehandling på en arbejdsdag består i at læse og kommentere e-mails fra de patienter, der har fået tilbudt behandling med NoDep.

Nogle patienter korresponderes der meget med, og andre kører selv. Det er en konstant terapeutisk afvejning, om man skal bruge så meget tid på dem, der kræver meget tid, og så lidt tid på dem, der ikke kræver så meget tid. Psykolog

Med NoDep-patienter er denne asynkrone kommunikation en ugentlig opgave på ca. 15-20 minutter pr. patient over 8-10 uger. En behandler skønner, at en fuldtidsansat i afprøvningsperioden ville kunne have op mod 15 patienter i behandling samtidig. Hvis en patient, der netop er opstartet i behandling, ikke har skrevet efter en uge, herunder udfyldt det spørgeskema, som afslutter patientens første behandlingstrin af seks mulige, kontakter behandleren patienten, fx via telefon.

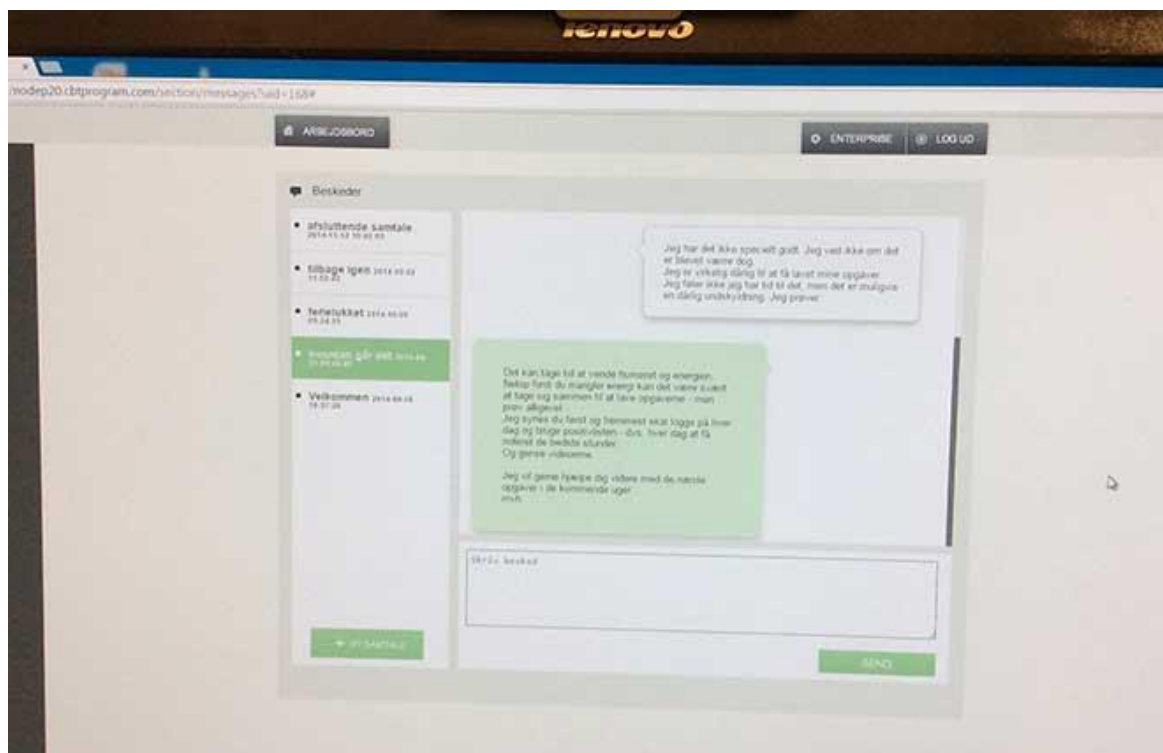
⁶¹ At programmet kun er dansksproget, har også ekskluderende konsekvenser for patienter, der ikke i tilstrækkeligt omfang læser og skriver dansk.

Indledningsvis laves der en kontrakt med patienten om, at man skal skrive sammen en gang om ugen som del af behandlingen. Der sendes en velkomstbesked til patienterne om, hvad der forventes af dem. Hvis patienterne har problemer, skal de bede om hjælp. De skal kontakte deres psykolog i NoDep-programmet under menupunktet 'beskeder'.

Psykologen yder også support til tekniske problemer, fx hvis patienterne ikke anvender webbrowseren Google Chrome, eller hvis de bruger trådløst internet. Psykologen forsøger at løse de tekniske problemer med patienten, men hvis det ikke lykkes, kontakter hun en superbruger blandt sine to kollegaer, og hvis denne ikke løser det, tager hun kontakt til programmørerne.

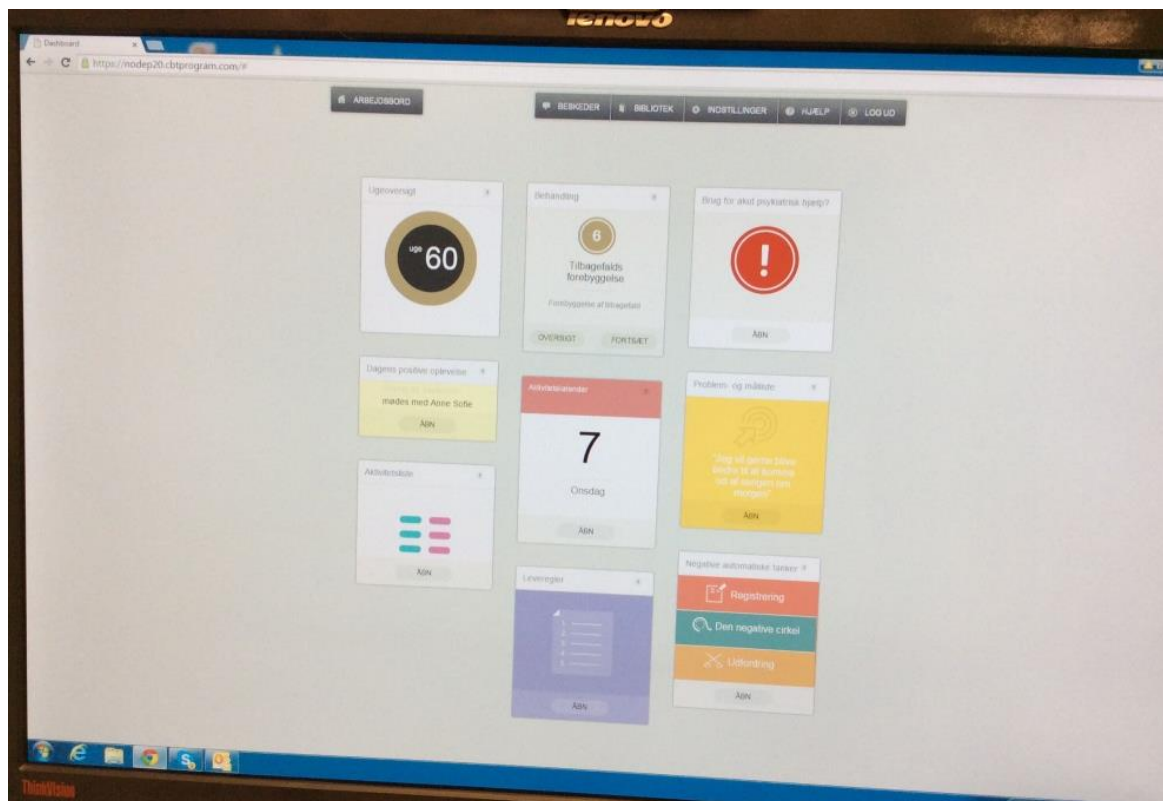
I trin 1, der som alle trinene indledes med en informationsvideo til psykoedukation, får patienten til opgave at lave en problem- og målliste over de ting, der henholdsvis tager (negativ) energi og giver (positiv) energi. De arbejder henimod målene i de næste fire trin. På trin 5 vurderer psykologen på baggrund af de foregående resultater og de grafiske fremstillinger af patientens udvikling, om denne er klar til trin 6/modul 6. Denne trinvis og ugentlige støtte foregår skriftligt i selve programmet:

Billede 5.2 Skærbillede fra NoDep med skriftlig e-mailkorrespondance i form af dialogtråde mellem patient og psykolog.



Nogle patienter korresponderer psykologerne meget med, og andre kører selv. Det er en konstant terapeutisk afvejning, om man skal bruge så meget tid på dem, der kræver meget tid, og så lidt tid på dem, der ikke kræver så meget. Psykologen tjekker i NoDep, hvor meget hver patient bruger programmet hver uge. Hun kan se, hvornår de har været logget ind, og om de har lavet de øvelser, der hører til trinnet. Hun kan desuden se på en graf for, hvordan det går med de depressive symptomer og på den baggrund vurdere den videre behandling.

Billede 5.3 Patientens skrivebord, som viser en oversigt over de trinelementer, han eller hun har været igennem. Her et helt behandlingsløb, hvor patienten bl.a. har lært om 'Tilbagefaldsforebyggelse', bevidstgørelse om 'Positive oplevelser', 'Leveregler', 'Grublerier', 'Problem og muligheder', udfærdiget 'Aktivitetsliste'. Der er også et 'Akut'-felt til, hvorledes patienten kan få mere hjælp hvis påkrævet.



Denne indledningsvise kontrakt og motiverende støtte for at komme i gang, både med at bruge programmet og lave de øvelser, der knytter sig til hvert trin, er en vigtig forankring af relationen mellem patient og behandler/programmet/centeret. Dette gør patienterne også opmærksom på, når de afslutter behandlingen ti uger senere. At de etablerer en x-kontakt til enten psykologen eller den skuespiller, som optræder som behandler i programmets små informationsfilm.

Behandlingsforløbet på ti uger forklares ved, at patienten ideelt set bruger én uge på hvert trin. Et trin tager ca. 15-30 minutter at lære i form af afspilninger af de informationsvideoer og tekster til psykoedukation, som trinnet består af, der gør patienten klogere på, hvad depression er. Herefter følger 10-15 minutter med øvelser, som brugeren laver dagligt, og hvor patienten bruger informationer og spørgsmål i programmet til selv at forstå sin depression og øve nye måder at få energi og glæde ind i hverdagen. Det kan dog variere, om brugeren får lavet alle sine øvelser inden for en uge, ligesom der kan være en uge med ferie. Samtidig har behandleren mulighed for at tilbyde patienten ekstra behandling i form af to tillægstrin eller øvelser kaldet A: Leveregler og B: Grublerier. Disse øvelser tilbydes de patienter, som på baggrund af aktiviteterne og engagementet i trin 1-6 har udvist et særligt refleksivt overskud til ikke blot i trin 1-6 at have fået nogle øvelser og en større forståelse og selvindsigt i, hvad der skaber depression i hverdagen, og hvordan de kan 'styre udenom', men også tænke egne handlemønstre i en større sammenhæng, herunder skabe leveregler, der kan fremme hensigtsmæssige mønstre fremover.

5.2.3 Afsluttende samtale

Afslutningssamtalen foregår som ved forundersøgelsen også synkront med videomedieret kommunikation. Den varer ca. 30 minutter. Patienten har mulighed for at fortsætte med at træne i programmet op til seks måneder, men den sundhedsfaglige støtte ophører efter afslutningssamtalen, og behandlingen er dermed formelt afsluttet. Ikke alle patienter, der har påbegyndt behandlingen afslutter denne. Nogle gennemfører ikke alle trin, fordi de allerede har fået det bedre og derfor ikke har det samme behov længere. Andre hører op af andre grunde. Psykologerne udtrykker alle enighed om, at behandlingstilbuddet er godt og relevant for patienterne.

5.2.4 Dokumentation (forundersøgelsen)

Andre opgaver, der knytter sig til det patientrelaterede arbejde, er dokumentation. Ved hver forundersøgelse opretter psykologen en patientjournal med et elektronisk notat. Skabelonen herfor er udviklet af psykologerne i projektperioden. Den opbevares sikkert på psykiatriens interne drev. Behandleren tilgår i øvrigt sin patientjournal i selve behandlingsforløbet, når hun skal genopfriske informationer om patienten, og når hun afslutter patientbehandlingen. Psykologen sender også et brev med patientens tilsagn til dennes egen læge med orientering om resultatet af forundersøgelsen. Psykologens arbejdstid med at dokumentere forundersøgelsen varierer mellem 30-60 minutter i patientjournalen og 10 minutter til lægeorientering, altså i alt 40-70 minutter. Tiden til dokumentation er vigtig i forhold til at opsamle de noter og overvejelser, som psykologen har gjort sig undervejs i samtale med patienten på videokonferencen. Hun skriver M.I.N.I.-testscoren fra forundersøgelsen i journalen og gør sig nogle samlede refleksioner over, hvad patientens problem er, og hvorledes og hvordan NoDep-behandlingsprogrammet kan gøre en forskel for denne.

5.2.5 Dokumentation (den afsluttende samtale)

Efter den afsluttende samtale dokumenterer psykologen behandlingsresultaterne i patientens journal og underretter egen læge, igen pr. brev. Brevet er fysisk, men skal på sigt integreres i e-boks/digitalpost. Tiden fordeler sig på 10-15 minutter til journalskrivning og 10-20 minutter til lægeorientering, altså samlet mellem 20-35 minutter til afsluttende dokumentation af internetpsykiatrisk behandling.

Disse fem kerneopgaver i psykologernes patientbehandling skønnes sammenlagt at være 5-8,8 timer pr. patient i behandling med lettere til moderat depression. Af disse timer går der ca. fra 1 time til 1 time og 45 minutter (ca. 25 %) til dokumentation. En samlet oversigt over psykologernes tidsforbrug til patientbehandling findes i Bilagstabel 2.1.

5.3 Socioteknisk arbejde

Psykologernes ikt-kerneopgaver med patienterne er på mange måde betinget af et forudgående fagligt og organisatorisk arbejde, hvor psykologerne i fællesskab har valgt og udviklet en række retningslinjer, der skal hjælpe dem med at sikre kvaliteten i deres behandling samt nogle fælles rammer for at få de daglige opgaver til at glide. Der er særlig tale om tid til at varetage den daglige vagtordning, en ugentlig, faglig konference om patienterne, et ugentligt teammøde om arbejdsgange og rutiner, månedlig supervision, tekniske udfordringer med programmet, udarbejdelse af procedurebeskrivelser og rekruttering. Disse syv 'sociotekniske opgaver' vil blive uddybet i det følgende.

I Bilagstabel 2.2 findes en samlet oversigt over psykologernes tidsforbrug i slutningen af den kliniske afprøvningsperiode, hvor tiden fordeler sig på andet faglige arbejde end selve patient-

behandlingen. Dette sociotekniske organiseringsarbejde fordeler sig på syv opgaver, som beskrives nedenfor.

5.3.1 Opgave 1: Daglig vagtordning

Alle psykologer påtager sig skiftevis den daglige vagtordning, hvor alle indkomne anmodninger på behandling screenes for patienter, der er i suicidal risiko og derfor skal henvises til akut behandling. Screeningen kan vare fra 10-20 minutter, afhængig af, hvor mange nye anmodninger, der venter i systemet. Anmodningerne er sendt af borgere via internetpsykiatriens hjemmeside, hvor de med deres digitale signatur kan søge om gratis og uvisiteret internetterapi i centeret. På www.psykiatrisyddanmark.dk/wm434059 oplyses patienten også om følgende kriterier for behandling:

Vi kan hjælpe dig, hvis du:

- er over 18 år
- er bosiddende i Region Syddanmark
- har angst eller let til moderat depression

Vi kan desværre ikke hjælpe dig, hvis du:

- samtidig lider af skizofreni, bipolar lidelse eller beslægtede lidelser
- har et misbrug af alkohol eller stoffer
- aktuelt er i anden psykoterapeutisk behandling

Hvis vi af den ene eller anden grund ikke kan hjælpe dig, skal du henvende dig til din egen læge.

Den første læsning af anmodninger på behandling udføres altid af den psykolog, der har vagten den dag. Når hun logger på hospitalets computer om morgenen, ser hun, hvor mange nye anmodninger der skal behandles. Opgaven består i, at brugeren hurtigt aflæser de felter, som borgeren har krydset af, samt enkle fritekstfelter og en samlet score, der angiver risikograden.

Er der ingen anmodning fra patienter med selvmordsrisiko, flyttes anmodningerne, hvoraf der gennemsnitligt er én om dagen, over i en mappe på en til projektet oprettet server med 'Anmodninger' til behandling. Sekretæren booker dernæst de nye patienter til 1½ times forundersøgelse i psykologernes Outlook-kalendere. Sekretæren sender borgeren en e-mail med dato, link og kode til det videomøderum, hvor hun/han kan møde behandleren til en indledende udredningssamtale og information om behandlingsmulighederne. Centeret sigter mod at behandle og svare på borgernes anmodninger om behandling inden for en uge og at tilbyde dem tid til udredning inden for to uger. Personalet har enkelte gange oplevet længere ventetider end 14 dage. I forhold til tilrettelæggelsen af deres eget arbejde ser de gerne, at de har deres kalender booket to uger frem med én udredning via videosamtale pr. arbejdsdag. De er udsatte i forhold til at fylde deres kapacitet og arbejdstid ud, når patienter udebliver eller aflyser deres forundersøgelse. En psykolog kunne bl.a. fortælle om, at udeblivelser og aflysninger fra patienter kunne skabe huller i kalenderen to uger i træk.

5.3.2 Opgave 2-4: Konference, teammøde og supervision

Psykologernes opgaver består også i at udvikle og opretholde en fælles, faglig forståelse og ugentligt afholde en times konference, hvor de i fælleskab gennemgår deres patienter med hinanden. Denne form for vidensdeling er umiddelbart en velkendt del af klinisk praksis og handler om at danne sig et overblik over patienterne, koordinere og erfaringsudveksle. Mødet er dog også centralt for at udvikle faglig dømmekraft om, hvilke patienter der kan have gavn af tilbuddet, herunder afdækning af om patienten har de fornødne kompetencer for at deltage i et digitalt miljø, og hvilken support og støtte denne har gavn af.

Det ugentlige teammøde omhandler den mere overordnede tilrettelæggelse af arbejdet såsom arbejdsgange og rutiner samt uddelegering af opgaver, der skal udføres, fx opdatering af retningslinjer. I dette indgår også opgaver med hele tiden at forbedre kommunikationen og tilrettelæggelsen af arbejdet. Teammødet er centralt for psykologernes faglige identitet, som er udfordret af, at internetpsykiatrisk behandling ikke hører til traditionel psykoterapeutisk terapi, ligesom deres organisering og patientoptaget adskiller sig fra resten af psykiatrien ved, at patienterne er selvhenvendte og ikke henviste, og at de er mindre syge end psykiatriske patienter generelt.

I den kliniske afprøvningsfase har alle psykologer fået 60 minutters supervision om måneden.

5.3.3 Opgave 5: Tekniske udfordringer med programmet

En vedvarende del af internetpsykiatrisk behandling er udvikling og tilpasning af hard- og software til begge brugergrupper, altså både patientbrugersiden og psykologbrugersiden til meningsfuld brug og hensigtsmæssige arbejdsgange. I projektperioden fyldte denne del det meste af arbejdstiden, herunder at udvikle et supportnetværk til at identificere og løse problemerne. I den kliniske afprøvningsperiode er beta-versionen af programmet mere stabil, men der er stadig tale om fejlfinding og tilpasninger, ligesom brugen også er forbundet med tilpasninger til nye teknologier som videosamtale og andet. Samlet betyder det, at der i overgangen til den toårige driftsperiode er udviklet et fungerende supportnetværk: fra psykologen, der støtter patienten i brugen, til at hjælpe hinanden i behandlerteamet, oplære nye internetpsykologer og tage kontakt til den rette tekniske support eller beslutningsenhed ved tekniske og datamæssige problematikker, som psykologerne ikke selv har svar på. Psykologerne bruger dagligt 30 minutter herpå, altså 2½ time ugentlig. Disse opgaver forsvinder ikke, men det må antages, at tidsforbruget hertil mindskes, i takt med at teknologien stabiliseres og integrationen i sundhedsvæsenets øvrige infrastruktur gennemføres. Forestående opgaver er fx integration af den internetpsykiatriske behandlings dokumentationspraksis, herunder psykologernes patientjournal, til hospitalets øvrige it-infrastruktur såsom EPJ-systemet COSMIC. En fremtidig landsdækkende udbredelse vil ligeledes være forbundet med stadige tilpasninger af kommunikative snitflader, teknik og arbejdsgange.

5.3.4 Opgave 6: Udarbejdelse af procedurebeskrivelser mv.

I projektperioden har psykologerne udarbejdet retningslinjer og dokumenter til at understøtte arbejdsgange og samarbejdsrelationer i centeret. Disse er væsentlige elementer i at kunne lave den kliniske afprøvning på rigtige patienter. Følgende ti produkter understøtter kommunikation og samarbejde i internetpsykiatrisk patientbehandling:

1. Arbejdsgangsanalyser: Hvem gør hvad, hvornår og hvordan (med løbende tilpasninger)
2. Standardbrev til lægerne, som tilpasses hver patientkontakt efter udredning og afslutning
3. Skabelon til patientjournal
4. FQA til programmets patienter/brugere
5. Tjekliste til udredningssamtale
6. Procedurebeskrivelser fra anmodning til, hvem gør hvad i forhold til udeblivelser, ombooking, sygemelding og vagtordning
7. Procedurebeskrivelser af håndtering af inaktivitet hos patienten
8. Procedurebeskrivelser af håndtering ved øget mulig for suicidalitet
9. Testbeskrivelser
10. Patientlister til brug for statistik, service o.a.

Psykologerne vurderer, at de stadig bruger 1 time ugentligt på fx tilpasninger af procedurer.

5.3.5 Opgave 7: Rekruttering af patienter

Rekruttering af patienter omhandler udbredelse af kendskabet til internetpsykiatrisk behandling. Psykologerne har hver uge brugt 1 time herpå og skønner, at det vil de også komme til fremadrettet. I aktiviteten indgår diverse formidlingsaktiviteter, som er væsentlige at sikre et stabilt patientoptag til den kliniske afprøvning, men også tilbuddet generelt, da det beror på selvhenvielse. At patienterne henviser sig selv adskiller tilbuddet fra resten af patientbehandlingen på psykiatrisk hospital. Psykologerne vurderer, at selvhenvielse er en væsentlig betingelse for behandlingens succes, da den grundlæggende beror på hjælp til selvhjælp. Motivationen for patienternes gennemførelse af behandling såvel som relationen til deres psykolog beror på, at de selv tager initiativ og ansvar, fremfor at egen læge fx havde henvist dem til behandling. Ligeledes er det samlede behandlingstilbud, altså herunder forundersøgelsen, støtten og afslutningen, samt retningslinjer og breve, bygget op om et patientforløb, hvor patienten er selvhenvendt. Ændres tilbuddet til, at patienten rekrutteres i forlængelse af andre udredningsforløb og behandlinger, vil det kræve væsentlige ændringer i hele det organisatoriske arbejde såvel som i oplæringen af psykologerne.

5.3.6 Opsamling

En foreløbig opsamling på den organisatoriske del af evalueringen peger på, at det inden for en forholdsvis kort årrække er lykkedes Telepsykiatrisk Center at udvikle og afprøve et internetpsykiatrisk tilbud til depressionsramte, herunder en organisatorisk, sundhedsfaglig praksis med fælles forståelse af tilbuddets kvalitet og relevans i forhold til patientgruppen og de ikt-faglige støttekompetencer hos psykologerne. Men det fremgår også, at:

- det er ressourcekrævende, at teknikken fortsat kræver en del tid af personalet
- den it-støttede kommunikation med og om patienterne kræver særlige internetpsykologiske kompetencer hos psykologerne
- produktiviteten er sårbar over for udeblivelser eller ustabil optag af patienter
- udviklingen af det samlede tilbud er tidskrævende

Driftsafprøvningen peger derfor på, at teknikkens modenhed, patientrekruttering og internetpsykiatrisk kompetenceudvikling er væsentlige tematikker at forholde sig til i spørgsmålet om en fremtidig, landsdækkende udbredelse af interventionen.

5.4 Tilbuddets fremtid

De følgende tre afsnit uddyber forventninger i organisationen til interventionens fremtid, dvs. udvikling af dens kvalitet og dens udbredelses- og rekrutteringsmuligheder i den umiddelbare fremtid og på længere sigt.

Analysen bygger på et fokusgruppeinterview med fem ledelsespersoner, den tidlige projektleder, en repræsentant for psykologerne, en sekretær i Region Syddanmarks styregruppe og en kontaktperson til samarbejdet på tværs i regionen, afdelingschefen, der er personale og driftsansvarlig, og et efterfølgende telefoninterview med den lægefaglige direktør i Psykiatrien i Region Syddanmark. Interviewet omhandlede tilbuddets fremtid, herunder overgang fra projektf finansiering til driftsfinansiering, rekruttering og muligheder for udbredelse. Som led i at reflektere tematikker i fremtidsovervejelserne for tilbuddet er to alment praktiserende læger endvidere interviewet. Deres overvejelser indgår i afsnittet om patientrekruttering.

Efter projektperioden med udviklingsfasen og den kliniske afprøvningsfase gør den daværende projektleder og nuværende afdelingschefen status sammen (oktober 2015):

I dag er internetpsykiatrien en klinik, der har to behandlinger – en til angst og en til depression. I behandlingen er der udredning, og så er der softwareprogram. (...) Og så er der støtte, og så er der afslutningssamtale. (...) Så softwareprogrammet er bare et element i flere ting i tilbuddet. Egentlig skulle der bare stå depressions internetpsykiatri. Afdelingschef og projektleder i supplerende dialog

Det vil altså sige, at internetpsykiatrien nu er en klinik med flere behandlinger. Angstbehandling er kommet til som en opgave, der også varetages af de tre psykologer. Det er også klart, at softwaren kun er en del af tilbuddet; at klinikken varetager et helt behandlingsforløb med udredning, støtte og afslutningssamtale. Samspillet teknologi og organisation er således nået til et stadie, hvor der er tale om en klinik i udvidet drift. Den lægefaglige direktør modificerer driftsstatusen til, at den ikke er fuldt modnet endnu. Der skal tages laves nogle beslutninger endnu, før det kan bredes ud:

Lige nu er det som, at den teknologiske del af det og den human-organisatoriske del faktisk ikke er moden endnu set med mine øjne til, at man kan sprede det her. Fordi der faktisk kræves en del indsigt både i teknologien og så også den modenhed, der er blandt personalet. Før den er der, så tror jeg ikke, det er smart at sprede det. I stedet er han fortaler for at: Dét, vi er allermest optaget af, eller dét jeg er optaget af, er, at vi får den her evaluering af psykiatriprojektet på plads, så man har mulighed for at have et beslutningsgrundlag. De andre regioner ser, hvad vi laver, og om det er noget, der er omkostningseffektivt. Og før evalueringen ligger der, og der er lavet en ordentlig business case, er der ikke mulighed for at lave en beslutning for, hvordan man skal brede det ud. Lægefaglig direktør

Psykologerne selv er i en slags limbo, hvor de er klar til at drive og effektivisere tilbuddet i psykiatrien, men mangler de afgørende signaler for, hvorledes tilbuddet tænkes udbredt, og hvilke interne tilpasninger det vil kræve af dem at lave ændringer i tilbuddet. De udtrykker gennem deres repræsentant:

Det, der er det vigtige for os i klinikken, er jo at finde ud af, hvor vi hører til. Hvad vores primære indtag er, og hvad det er for en opgave. Vi kan rumme flere opgaver, men vi skal være klare på, hvad opgaven er. Det giver jo langt større klarhed i hverdagen og effektivitet. At vi ved, at vi kan forholde os til, om vi skal organisere os efter 'all fits one', eller vi skal have forskellige interne rutiner afhængig af, hvor patienterne kommer fra, aldersgrupper, målgruppe osv. Repræsentant for psykologerne

Samlet giver citaterne udtryk for, at der er en vis åbenhed og ubestemthed om interventionens fremtid. Der er udviklet et reelt behandlingstilbud; det er bare ikke teknisk og kompetencemæssigt modent til udbredelse. Teknikken skal på plads såvel som en business case for økonomien i at udbrede det. Repræsentanten for psykologerne bekræfter, at der er potentiale for fortsat udvikling og optimering af driften, når der tages beslutninger om, hvilke veje de skal gå. Ændres det eksisterende tilbud til et andet set-up for patientforløbene, ændrer det også på psykologernes praksis og organisering. Ændres tilbuddet fra selvhenvendelse til et patientforløb, der fx beror på henvisning fra arbejdsformidlingen eller til selvfinansiering med tilskud, så ændres det samlede tilbud, herunder psykologernes kommunikations- og støtteopgaver. Ændringerne vil alt andet lige også have konsekvenser for business casen.

5.4.1 Den nære fremtid: To års drift i Psykiatrien i Region Syddanmark

Interventionen bliver i de næste to år – frem til 2017 – huset i Telepsykiatrisk Center i Psykiatrien i Region Syddanmark. Driften er finansieret af 'De nære sundhedsmidler', der er en tværsektoriel pulje. Selvom behandlingen af let til moderat depression ikke hører "hjemme under sygehuset", har den lægefaglige direktør følgende begrundelse: "Fordi det her er jo ikke en sygehusopgave. Men vi har taget den på os som en udviklingsopgave". Behandlingen hører traditionelt til i primærsektoren, men kræver med henblik på bl.a. forskning og udbredelse det specialiserede sundhedsvæsen.

Projektlederen, afdelingschefen og sekretæren i styregruppen uddyber i forlængelse af hinanden, hvorfor de finder det relevant at fortsætte interventionen som en udviklingsopgave i Psykiatrien:

Jeg synes det er et godt projekt, og jeg er stolt af det. Der nogle, der siger, at når man laver projekter, så er der tre ting, man kan tage til, og man kan få to af dem. Det ene er tid, kvalitet og økonomi. Du kan godt få noget, der billigt, men så må du ofre kvalitet eller tid. Her har vi ikke ret meget tid, så vi har brugt mange penge, og så må vi knokle for at få kvaliteten op. Vi har nået vanvittigt meget. Der er ingen eksisterende tilbud i verden, som er skabt på så kort tid. Afdelingschefen forsætter: Meget handler også om vidensopbygning, da der ikke er noget eksisterende i Danmark. Og regionssekretæren sammenfatter regionens rolle: Det er født som demonstrationsprojekt, fordi man mener, vi har teknologien til at gøre det her. Men dengang var licensløsningen ikke en mulighed. Ledergruppen

Den lægefaglige direktør i Psykiatrien bekræfter det innovationspotentiale, der ligger i organisationen og i internetbaseret, kognitiv terapi, også for andre sygdomme:

Det kan både være det organisatoriske setup, som vi nu har flere erfaringer med, fordi vi har gået og rodet med det på den ene og anden måde. Både med de normale ressourcer, men også med de teknologiske. Men så er det også det med at prøve at finde ud af.... Der er noget, der tyder på, at det, der hedder kognitiv adfærdsterapi, er velegnet ind i den her teknologi. Det vil sige, at alle de sygdomme, hvor man bruger den form for terapi, der kunne man tænke sig at hele eller dele af forløbet af den kognitive adfærdsterapi blev leveret sådan her. Det er vi interesseret i at afprøve.
Lægefaglig direktør

De to års driftsmidler kan med andre ord bidrage til at opretholde det innovative forsknings- og udviklingsmiljø, som er opstået med afsæt i demonstrationsprojektet, herunder at fortsætte opdraget ved at forbedre det samlede behandlingstilbud på flere væsentlige punkter:

- En milepæl for den tekniske udvikling af softwareprogrammet er, at det skal i udbud i 2017. Udbuddet forudsætter, at organisationen videnskabsmæssigt er klar til at udarbejde de kravspecifikationer, der sikrer det bedste tilbud.
- Driftsstatussen åbner også for integration til psykiatriens og sygehusets øvrige infrastruktur. Umiddelbart forestående er integration med sygehusets EPJ-system, COSMIC.
- Der skal forskes i effekter og muligheder for internetpsykiatrisk behandling i tilknytning til andre sygdomme og patientforløb.
- Endelig åbner driftsovervejelserne også for integration til sundhedsvæsenets eksisterende infrastruktur, herunder en finansieringsmodel.

Organisering af udbud med henblik på ny leverandøraftale

Region Syddanmark har som nævnt i kapitel 3 en OPI-aftale, der udløber, hvorefter NoDep skal i udbud. Indtil da skal teknologien forbedres til et "færdigt softwareprodukt uden børnesygdomme, som er modent til markedet", "gerne en version 1.6". Et centralt spørgsmål er i den sammenhæng, hvor mange regioner der skal være med i udbuddet. Gruppen fremlægger fordele og ulemper ved henholdsvis et fælles udbud eller flere særskilte udbud, fx fra Region Syddanmark alene – og kommer frem til, at et fælles udbud vil stille dem stærkest i et leverandørsamarbejde:

Jeg vil være rigtig bekymret, hvis man sagde, at man ikke laver fælles udbud. Så ville der komme fem leverandører. Vi har brugt rigtig meget tid på leverandørhåndtering og med henblik på at lave de fejl, som de ting, de skulle have lavet anderledes. Der er også noget med at have en vis pondus som organisation for at kunne matche. Afdelingschef

Et udbud i fællesskab vil således gøre det muligt for regionerne at stå stærkere i det udfordrende samarbejde med en leverandør om licens, implementering, it-tailoring og support. Afgørende er dog at bruge den toårige driftsperiode til at fortsætte med test og evaluering med henblik på at kunne udarbejde så godt et udbudsmateriale med kravspecifikationer som muligt. Parallelt hermed skal der også indgå en afklaring af, hvor mange regioner der vil være med i tilbuddet samt en økonomisk model herfor.

5.4.2 Udbredelse til andre regioner: Drift fra 2017

Vi har jo bevidst valgt en organisering af tilbuddet, der skulle kunne nationaliseres. Det har aldrig været tænkt som en ren... jo det har været et rent Syddanmark projekt, men vi har egentlig fra starten af prøvet at tænke en national løsning også, derfor valgte vi video til udredning i stedet for fysisk fremmøde for at sige, hvis vi skal det her, hvis det virkelig skal give mening, så skal vi kunne gøre det hele vejen rundt. Altså så skal det være lige meget, om det er en borger i Odense eller en borger i Aalborg eller en borger på Grønland for den sags skyld. Sekretær for styregruppen

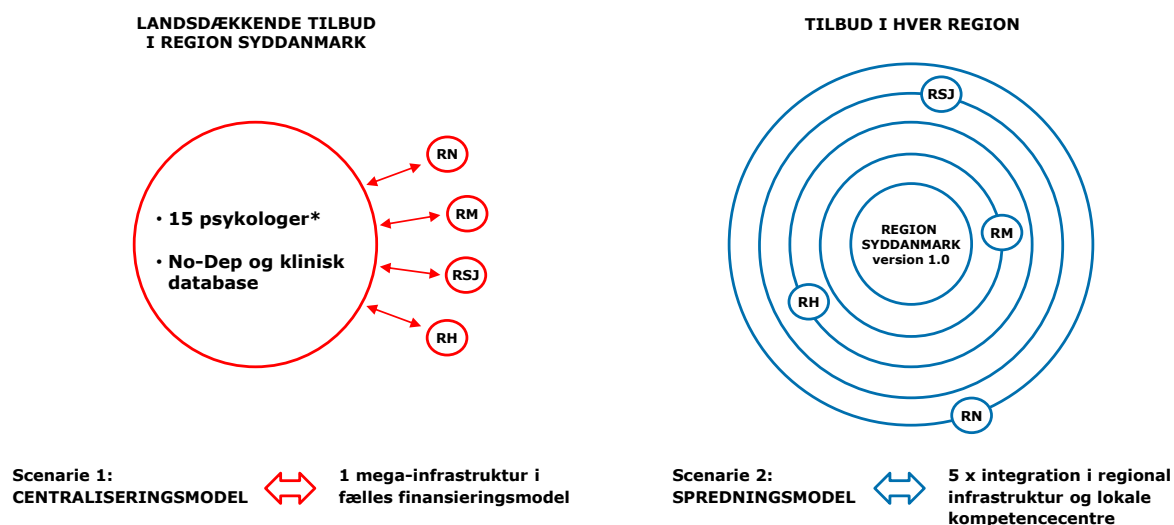
Selve patientdelen af internetpsykiatrisk behandling med NoDep kan tilgås fra enhver pc og bruger, der har internetadgang og NemID, og som sagt i citatet også "en borger på Grønland". Fra patientperspektivet kunne man således sagtens forestille sig at gøre tilbuddet nationalt tilgængeligt. Set fra behandlerens side og det organisatoriske perspektiv er varetagelsen af tilbuddet ikke så let at sprede geografisk fra, hvor det er 'født', altså Region Syddanmark. Interventionen stiller en del tekniske og organisatoriske krav, som vil være udfordrende og ressourcetrækvende for andre at overtage. Det skyldes både de tekniske løsninger, der ikke er fuldt integreret i den infrastruktur og de strukturer for patientforløb, som ellers er etableret i sundhedsvæsenet. På samme måde forudsættes ikt-kompetencer hos psykologerne, som ikke indgår i uddannelsessystemet. Organisationen, der implementerer interventionen, skal derfor også selv sørge for den fulde oplæring af psykologerne til at varetage den internetpsykiatriske behandling, herunder kendskabet til hele behandlingsprogrammet og dets otte trin. Til udbredelsesaspektet indgår derfor også organisatoriske overvejelser om, hvorvidt kompetencerne er til stede, hvordan de kan udvikles, og at de infrastrukturmæssige aspekter af integrationen er videst muligt afklaret.

Scenarier for udbredelse

Forholdet og spændingerne mellem på den ene side integration af interventionen til regional drift og på den anden siden national spredning af tilbuddet byder umiddelbart på meget for-

skellige fremtidsscenarier. I Figur 5.1 vises to modeller for landsdækkende udbredelse af tilbuddet fra fremtidsworkshoppen: *Centraliseringsmodellen*, der kort sagt går ud på – grundet det omfattende sociotekniske organisationsarbejde ved at drive tilbuddet – at beholde det internetpsykiatriske tilbud i Region Syddanmark, men herudover åbne det for borgere bosat i de fire øvrige regioner. Den anden model, *Spredningsmodellen*, går ud på gradvist – som 'ringe i vandet' – at sprede Region Syddanmarks erfaringer, således at regionerne med tiden vil have udviklet den organisatoriske og kompetencemæssige knowhow, så de vil kunne tilbyde internetpsykiatrisk behandling til deres regions borgere.

Figur 5.1 Fremtidsscenarier for landsdækkende udbredelse af telepsykiatrisk behandling af let til moderat depression



Note: * Baseret på opskalering af antal deltidsansatte psykologer i den kliniske afprøvningsperiode i Region Syddanmark.

Både centraliserings- og spredningsmodellen har nogle fordele og ulemper, som belyses nedenfor.

Centraliseringsmodellen har den fordel, at den bygger videre på Region Syddanmarks erfaringer, samtidig med at den giver mulighed for at forbedre det kliniske og forskningsmæssige aspekt. Et øget rekrutteringsgrundlag af patienter fra andre regioner vil alt andet lige sikre en mere omkostningseffektiv behandling, såvel som patientvolumen vil kunne bidrage til randomiserede studier og på sigt mere behandlingsmæssig evidens. Man vil også lettere kunne samle nationale data i tilknytning til internetpsykiatrisk behandling af depression ét sted, i en fælles database. Spredningsmodellen giver derimod mere ejerskab til regionerne, samtidig med at den politisk måske har den signalværdi, at en region kan vise, at den ikke står tilbage for andre regioner i tilbud og brug af nye teknologier. For patienter bosat i andre regioner end Region Syddanmark må man overveje, om det gør en forskel, hvorfra internetbehandlingen geografisk tilbydes.

Bagsiden af spredningsmodellen er, at den alt andet lige vil medføre, at de øvrige regioner også skal opbygge den omkringliggende infrastruktur, altså psykologkompetencer, arbejds gange, procedurer, teknisk integration til EPJ, sikring af data fra e-anmodninger og videokonsultation på krypteret server. En anden bagside af centraliseringsmodellen er, at den i en eller anden grad forudsætter en finansieringsmodel, hvor de øvrige regioner skal bidrage til, at Region Syddanmark driver tilbuddet, herunder tilslutte sig selvhenvissningsmodellen, der er utraditionel i dansk sammenhæng og ikke er i tråd med den etablerede form for udgiftsstyring via henvi-

ning og visitationsretningslinjer med alment praktiserende læger som gatekeepere. Visitationsprincippet giver ifølge sekretæren for styregruppen bedre mulighed for at styre økonomien, idet: *"... hvis man lægger det frit ud til borgeren, så giver du slip. Og så har du ikke kontrol over din økonomi"*.

Betydningen af 'økonomisk kontrol' blev diskuteret i gruppen, herunder at den økonomiske kontrol består i forestillingen om: *"At borgeren går til den praktiserende læge i egen region og så bliver afsluttet. Det er sådan en eller anden afgrænset ydelse, som man er vant til"*. Mens det i tilbuddet med selvhenvielse kan: *"... føles som et kontroltab, at man lagde det ud til borgeren selv. Og der er det så, man skal sige, prøv at hør! Det hér er ikke anderledes, end at man går ned til den praktiserende læge og får at vide: 'Du fejler ikke noget. Gå hjem igen!'"*. Det internetpsykiatriske tilbud er dog også afgrænset i varighed. Det afsluttes med psykologen, og egen læge informeres med brev. I den henseende passer det ind i den eksisterende struktur. Forskellen er, at man giver borgeren mulighed for at henvende sig et andet sted – også end hos egen læge. En deltager udtrykte frustration over forestillingen om, at 'økonomisk kontrol' bundede i "systemcentrede hensyn fremfor patientcenteret hensyn" – underforstået at interventionens fremtid rettelig burde blive bestemt af patientcenterede fremfor de system- og personalecenterede hensyn. I interviewet med alment praktiserende læger blev spørgsmålet om finansiering udlagt som et spørgsmål om "kasser". Formodningen var, at interventionen formentlig – set i samfundsøkonomisk perspektiv – vil give en øget sundhedsudgift, men kunne spare sygedagpenge.

Spredningsmodellen lægger op til, at andre regioner får adgang til Region Syddanmarks viden, fx ved at sende personale fra andre regioner i oplæring i Telepsykiatrisk Center med henblik på implementering i egen region:

Hvis man skulle lave en spredningsmodel, så tænker jeg, at det skulle være en løbende spredning. Det ville være en rigtig, rigtig god idé, at starte med at have nogle i praktik og oplæring, og hvad man nu kan sige. At man kunne have en satellitdrift som en start, hvor man kunne have noget vidensspredning. Sekretær i styregruppen

Oplæring vil dog for både værtsregion, Region Syddanmark og hjemmeregion være en ressourcetrækkende opgave. Psykologerne gav udtryk for, at man ugentligt kunne lave én forundersøgelse mindre ud af fem mulige, hvis man havde en nyansat i oplæring. Afdelingschefen gav udtryk for, at det tager et halvt år for en halvtids, nyansat psykolog at lære tilbuddet at kende. Ligeledes vil det også være svært at rekruttere ansatte på fuld tid blandt nyuddannede, når internetpsykiatrisk patientbehandling ikke giver dem autorisation. Med andre ord vil spredningsmodellen kunne give problemer i forhold til rekruttering af personale samt oplæring og fastholdelse af dem. Afdelingschefen udtrykte også, at der er et fagligt balancepunkt for fastholdelse af psykologerne i forhold til, at den tekniske del af arbejdet ikke må tage overhånd.

Kompetenceudvikling i internetpsykiatri

Kompetenceudviklingen hos psykologerne er udfordret af to forhold: i) At de autoriserede psykologuddannelser ikke kvalificerer deres kandidater til at yde ikt-medieret støtte og dialogen med patienter, samt som nævnt ii) at erfaringer hermed heller ikke anerkendes af psykolognævnet som kvalificerende til at opnå autorisation. I praksis betyder det, at det er et oplæringsarbejde, som alene pålægges regionerne at investere i:

Når den nye psykolog starter 1. august i driftsperioden, hun skal ind i ti ugers behandlingsforløbs oplæring. Hun skal kende alle modulerne. Så jeg vil tro i hvert fald mindst være omkring 3-4 uger på bare at blive klar på, hvad præcis hvad der sker i model 1-8. Afdelingschefen

Det er omfattende og forbundet med en anden faglighed, når man skal "give slip på sin patient, siger afdelingschefen.

Der er rigtig meget oplæring i det. Og der er rigtig mange arbejdsgange, der er anderledes. Nu kan de sidde sidemands og spørge, hvad skal jeg skrive her. Der er rigtig meget viden, som man ikke kan få på anden vis. Og det er helt anderledes psykologfaglighed, der kommer på spil. Sekretær i styregruppen

Der arbejdes med udvikling af praktikordninger med psykologforeningen, men det er kun i sin vorden. Sekretæren for Region Syddanmarks styregruppe fortsætter:

Selvfølgelig kan man måske sige, at man kan stå lidt på skuldrene af det eksisterende, hvis man starter det i Midtjylland. Men det bliver nogle små miljøer. Det bliver nogle meget små miljøer, hvis man starter en internetpsykiatriklínik til behandling af depression i Region Sjælland, sådan lidt stående på skuldrene af os, og have haft nogle i praktik herovre for at lære, hvordan man gør. Men det bliver et meget lille fagligt miljø og skrøbeligt. Sekretær i styregruppen

Spredningsmodellen vil derfor i forhold til en business case betyde, at hver region selv skulle opbygge egne videns- og læringscentre for at yde internetpsykiatrisk behandling, ligesom der også er en risiko for, at nyuddannede psykologer vil være mindre motiverede til arbejdet, når det ikke bidrager til autorisation. Deltidsansættelser fremfor fuldtidsansættelser vil derfor også være en præmis, som organisationen skal tage højde for i sin ansættelsespolitik.

Andre modeller for udbredelse

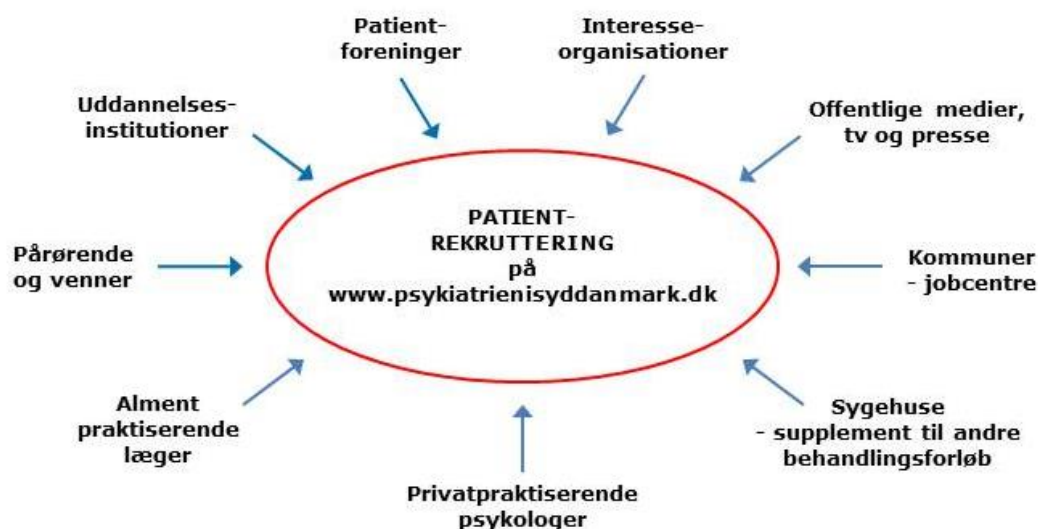
En tredje og fjerde model for udbredelse består i, at centraliserings- og spredningsmodellerne ikke udelukker hinanden på sigt. Man kunne også forsætte med fx i et fælles udbud at huse tilbuddet på tværs af regioner i Region Syddanmark for så i en næste spredningsbølge eventuelt at kunne nå direkte ud til primærsektoren som et internetbaseret tilbud, som alment praktiserende læger, privatpraktiserede psykologer og sundhedshuse selv vil kunne tilbyde altså at tilbuddet på sigt kunne integreres i den åbne henvendelsesstruktur omkring almen praksis. Dette vil dog alt andet lige forudsætte stabilitet af selve programmet, dets krav til socioteknisk infrastruktur og psykologernes kompetencer. Hvis primærsektoren skal kunne varetage denne opgave, forudsætter det, dels at personalet har erhvervet tilstrækkelige faglige kompetencer til at kunne give dette internetpsykiatriske tilbud, dels at det fungerer teknologisk. Tidshorisonten for en sådan udbredelse til primærsektoren er således svær at forudsige, da noget teknologi spredes hurtigt, når det er tilgængeligt for brugerne i den rette form, hvorimod det må formodes, at udvikling af tilstrækkeligt faglige kompetencer i primærsektoren vil være en vanskelig opgave inden for en kort tidshorisont.

5.4.3 Det afgørende patientgrundlag: Rekruttering

En væsentlig forudsætning for tilbuddets fremtidige omkostningseffektivitet er et stabilt optag af patienter. I den kliniske afprøvningsperiode var patientanmodninger mere uregelmæssige end forventet. Kendskabet til tilbuddet er som beskrevet tidligere (afsnit 3.4) spredt via en bred kommunikationsstrategi i forskellige medier og til forskellige instanser. Patientanmodningerne kom derfor også i forskellige bølger, der gav forskellige grader af belastning på psykologernes tid: fra at være tæt på at udvikle ventetider til forundersøgelsen til mangel på anmodninger. Psykologerne oplevede dog en stigende grad af patienthenvendelser på baggrund af information fra egen læge om muligheden, men generelt er der i sammenhæng med spørgsmålet om udbredelse af tilbuddet behov for en langsigtet plan for patientrekruttering. Den efterfølgende model (Figur 5.2) viser de mulige veje ind til tilbuddet, hvor forskellige instanser, som

borgeren er i kontakt med, kan informere om og/eller henvise til behandlingen – det være sig uddannelsesinstitutioner, kommuner, jobcentre, sygehuse og egen læge.

Figur 5.2 Kilder til rekruttering af patienter til selvhenvendelse



Et væsentligt aspekt i diskussionen af fremtidige patientrekrutteringsmuligheder med både ledelsen og psykologerne og i interviewet med praksislægerne var, at der er mange institutioner og organisationer, som kan have en interesse i, at deres brugere henvender sig til behandling. Disse kan overordnet sammenfattes til tre grupper, nemlig at patienterne rekrutteres fra sygehusvæsenet selv, både det somatiske og psykiatriske, som ad-on til andre behandlinger. Dette vil også "løse" finansieringsdelen ved at komme under visitationslogikken. En anden gruppe er de private borgere:

Helt almindelige jævne borgere, som egentlig var dem, som vi i udgangspunktet sagde, jamen det her er vores målgruppe, det er den helt almindelige borger, som ikke vil gå hen til den praktiserende læge og snakke om sine psykiske vanskeligheder. Som ikke bryder sig om tanken om at skulle sidde og udlevere sig selv over for en psykolog eller ikke har råd til at betale en psykolog. Sekretær i styregruppen

Disse beror på et gratis tilbud. Den tredje gruppe er henvist fra praktiserende læge eller fra kommunen, "som har fået et skub bagi, eller måske en trussel hængende over hovedet, der siger, at hvis du ikke begynder at gøre det her, så begynder vi at se på dine ydelser". Bredden vil umiddelbart se ud som et bedre finansieringsgrundlag. Det kan også udvides med privatforsikringer. Men: "man må overveje, om man vil favne hele gruppen eller snævre sig ind". Samlet set udfordrer de alternative rekrutteringsformer 'princippet med selvhenvendelse' tilbuddets "indre logik": "Hvad er det vi leverer, hvad er kerneopdraget?". Afdelingschefen uddyber:

Egentlig er det tilgængelighed. Fleksibel og tilgængelig behandling. Vi antager, at vi kommer ud til nogle målgrupper, som ellers ikke vil opsøge almindelige, privat praktiserende psykologer. Afdelingschef

Det bredest mulige rekrutteringsgrundlag vurderes i udgangspunktet som godt, idet det siger noget om tilbuddets samfundsmæssige brede relevans. Der er imidlertid også faglige forbehold.

En for tæt kobling til fx kommunernes behov for udredning af borgere eller til arbejdsgiveres interesser kan have en negativ behandlingsmæssig effekt. En alment praktiserende læge siger:

Det med arbejdsgiver, så kan jeg godt blive lidt beklemt, da den, der har det skidt, godt kan blive lidt presset ved, at det er arbejdsgiver, mens andre måske vil blive mere motiverede. Men generelt så tror jeg ikke, det vil have så god en effekt. Det kan forstærke den her fornemmelse af, at 'det er ikke noget, jeg kan gøre noget ved'. Så skal der i hvert tilfælde en ekstra (behandlings-)indsats til at få det vendt. Det, der er godt ved forløbet (internetpsykiatri, red.), er, at der er flere, der henvender sig, at det er blevet anerkendt, at man godt kan have stress og depression. Den må man godt have. Det er noget, naboen også fejler. Det kan også være, fordi folk ikke er så gode til at tage vare på sig selv. Blandt yngre, der kommer og siger 'gør noget doktor!'. Altså dér er nogle grupper af unge, der har givet op på forhånd: at der er andre, der skal gøre det for dem. Med tilbuddet får de en oplevelse af, 'at jeg også selv skal gøre noget', og 'jeg kan også rykke mig'. Til det er det rigtigt godt, at det bliver givet over til dem. Praksislæge

Psykologerne fremhæver formålet med behandlingen – herunder dens effekt – at være "støtte til selvhjælp", og at denne er bedst varetaget via selvhenvendelse. Integreres tilbuddet for meget i andre samfundsinteresser end den enkelte borgers egne, risikeres ikke kun effekten af behandlingen. Det er også i strid med behandlingens grundantagelse og motivation om "støtte til selvhjælp". Sekretæren for regionens styregruppe gør også opmærksom på, at ændres rekrutteringsgrundlaget og hermed patientforløbet, får det også konsekvenser for tilrettelæggelsen af det samlede tilbud. Jo flere samarbejdspartnere ud over patienten, jo flere tilpasninger vil der være både i det patientrettede og organisatoriske arbejde. Dette vil påvirke business casen.

5.5 Sammenfatning

Den organisatoriske devaluering af demonstrationsprojektet i Region Syddanmark viser, at det er lykkedes for regionen at få etableret en innovativ organisation med særlige kompetencer og rammer for at skabe et sikkert patientforløb for selvhenvendte patienter i psykiatrien. Organiseringen er skabt gennem fire centrale arbejdsgange: En vagtordning der screener patienternes e-anmodninger og håndterer eventuel suicidal risiko med retningslinjer for håndtering af patienter i risiko. En forundersøgelse af alle selvhenvendte patienter via ideelt set en videosamtale, men ellers via telefon. Samtalen er struktureret, så psykologen dels støtter patienten i at orientere sig i det digitale rum og forstå selve internetbehandlingstilbuddet, dels omkring M.I.N.I. – et screeningsredskab til at diagnosticere patienten, dels spørgsmål til patientens situation og erfaringer med it med henblik på samlet at tage stilling til, om tilbuddet er relevant for patienten. En tredje arbejdsgang er gennem ti uger at give ugentlig skriftlig støtte til de patienter, der får tilbudt iCBT-behandlingsprogrammet. Denne består dels i at overvåge patientens aktiviteter, svare på e-mails fra patienten, skabe motivation hos patienten og ved at skrive og siden ringe til patienten, hvis denne ikke er aktiv i programmet. Endelig afsluttes hvert påbegyndt behandlingsforløb med en samtale, hvor patient og psykolog via videosamtale (eller telefon) gør status på forløbet. Disse fire arbejdsgange består endvidere af nogle konkrete opgaver i forhold til den patientrettede kontakt (der aldrig er fysisk, ansigt-til-ansigt, men altid ikt-medieret) og i forhold til den fælles organisatoriske tilrettelæggelse og planlægning af arbejdet og dets sociotekniske karakter.

De fem kerneopgaver i den ikt-medierede patientkontakt er: i) forundersøgelse, ii) støtte via skriftlig kommunikation, iii) afsluttende videosamtale, iv) dokumentation i tilknytning til forundersøgelse og v) dokumentation i tilknytning til afsluttende samtale. De syv sociotekniske op-

gaver, hvori den daglige drift, faglige og tekniske udvikling varetages er: I) den daglige vagt-ordning, II) ugentlig fælles konference om patienterne, III) ugentligt teammøde, IV) månedlig supervision, V) tekniske udfordringer med programmet, VI) udarbejdelse af procedurebeskrivelser og VII) rekruttering af patienter.

I forhold til tilbuddets fremtid og udbredelse er der en umiddelbar fremtid, hvor interventionen er sikret drift i to år. Disse to år vil give tid til at forberede tilbuddet yderligere, herunder at udarbejde kravspecifikationer til udbud, få afprøvet interventionen med flere patienter samt afklare tilbuddets fremtid og finansieringsmodel med de øvrige regioner. Umiddelbart er der meget, der taler for at udbrede tilbuddet nationalt ved at opskalere patientoptaget til behandling i Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark. Udbredelse af internetpsykiatrisk behandling til andre regioner via spredningsmodellen lader umiddelbart til at være ressource-/omkostningstung i forhold til at få opbygget en både teknisk og organisatorisk infrastruktur, herunder teknisk integration og oplæring af personale.

Det afgørende for en landsdækkende udbredelse – om den tænkes centraliseret i Region Syddanmark eller udrullet til de øvrige fire regioner – er business casen. Alt andet lige er stabil patientrekruttering en forudsætning for at gøre tilbuddet omkostningseffektivt. For mange ændringer i, hvorledes patienter rekrutteres og finansieres, påvirker businesscasen og alt andet lige også effekten af behandlingen.

6 Økonomi – resultater

I dette kapitel fokuseres der på en sammenligning af de gennemsnitlige omkostninger pr. patient og ved nuværende praksis versus internetpsykiatrisk behandling. Sammenligningen danner grundlag for kapitel 7, hvori muligheder og begrænsninger ved en business case diskuteres.

6.1 Omkostninger ved nuværende behandling

I dette afsnit beskrives arbejdsgang og procedurer samt omkostninger ved behandling af personer med let til moderat depression, når den primært foregår hos alment praktiserende læger henholdsvis primært varetages af psykologer under tilskudsordningen.

6.1.1 Behandling hos alment praktiserende læge

Udredning i almen praksis

Når en person henvender sig til egen læge grundet symptomer på depression, registreres den første kontakt hos egen læge som en 'almen konsultation' (ydelseskode 0101). Hvis lægen vurderer, at personen har en depression, jf. de diagnostiske kriterier for depression, gennemføres der en psykometrisk depressionstest (ydelseskode 2149) for at vurdere depressionens sværhedsgrad. Hertil bruges som oftest Major Depression Inventory (MDI) (1), som er et selv-vurderingsskema, der bruger de diagnostiske kriterier fra ICD-10. Alternativt anvendes Hamilton 17 depressionsskala (HAM-d17) (53), som omfatter 17 spørgsmål om symptomer og tegn på depression⁶², hvor tilstedeværelsen af disse vurderes af lægen. For at afvise bagvedliggende fysiologiske årsager til depressionssymptomer udføres der i sjældne tilfælde en blodprøve (ydelseskode 7108) og/eller et elektrokardiogram (EKG) (ydelseskode 7156). Den 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. Behandlingen vil typisk bestå af farmakologisk behandling og/eller samtaleterapi ved den praktiserende læge eller praktiserende psykolog. Det er den praktiserende læge, som varetager den farmakologiske behandling.

Behandling

For at blive honoreret for samtaleterapi – en lidt højere takst (ydelseskode 6101) end den, der anvendes for en almen konsultation – skal der afholdes mindst to og højst syv samtalekonsultationer pr. løbende år pr. patient (23). Lægen skal herudover have gennemgået et certificeret kursus i samtaleterapi, hvilket ca. halvdelen af alle danske læger har (24). Færre eller flere samtaler afregnes til normal konsultationstakst. Samtaleterapien er fastsat til ca. 30 minutter pr. gang. Samtaleterapien i almen praksis finder sted med 2-4 ugers mellemrum. Den praktiserende læge kan monitorere udviklingen af patientens depression ved brug af psykometriske tests. Hvis der er iværksat medicinsk behandling, vil der ligeledes blive fulgt op på dette i forbindelse med samtaleterapien eller ved en separat konsultation.

Forløbet afsluttes, når lægen vurderer, at patienten har opnået remission⁶³. Dette vurderes ved brug af de løbende psykometriske tests og en klinisk lægefaglig vurdering. Hvis der er initieret medicinsk behandling, bør denne fortsætte 6-12 måneder efter remission (1). Medicinen monitoreres i forbindelse med almindelig konsultation med 1-2 måneders mellemrum.

⁶² MDI og HAM-d17 er begge psykometriske testredskaber, som kan anvendes til screening og monitorering af depressionsgraden.

⁶³ Remission: Herved forstås 'afkorte den enkelte depressive episode, opnå fuldstændig symptomfrihed og genvinde vanligt funktionsniveau' (54).

Omkostninger ved behandling hos alment praktiserende læge

Af Tabel 6.1 fremgår omkostninger ved det forventede forbrug af konsultationer og øvrige ydelser i forbindelse med behandling i almen praksis af personer, hvis funktionsevne er nedsat i lettere til moderat grad af depression. Der ses herudover en følsomhedsanalyse, hvor omkostninger ved to andre scenarier – et scenarie med et lavt forbrug henholdsvis et scenarie med et højt forbrug – er estimeret.

Tabel 6.1 Forventet antal ydelser og omkostninger (kr.) pr. patient ved forløb med primær behandling og samtaleterapi af patienter med lav til moderat depression hos alment praktiserende læge fordelt på ydelseskode og scenarier¹.

Behandler og ydelse	Ydelseskode	Forventet antal ydelser ²	Takst ³	Omkostninger (kr.)		
				Estimat Lav	Estimat Forventet	Estimat Høj
Alment praktiserende læge						
Basishonorar pr. gruppe 1 sikret (årligt)	-	½-½-1	406	203	203	406
Konsultation	0101	1-1-2	135	135	135	270
Psykometrisk test	2149	1-1-2	202	202	202	404
Blodprøve	7108	0-0-1	50	0	0	50
EKG	7156	0-0-1	114	0	0	114
Samtaleterapi	6101	3-5-7	383	1.149	1.915	2.681
Uddannelse ⁴	-			8	8	8
Total				1.697	2.464	3.934

1: Scenarier: Lavt forbrug af ydelser, højt forbrug henholdsvis det forventede forbrug af ydelser, omkostningsbestemmes ved brug af takster.

2: Det anvendte antal ydelser ved scenarierne lavt-forventet-højt forbrug.

3: Den med sygesikringen indgåede aftale om honorering pr. 1. oktober 2014 (35).

4: Omfatter halvdelen af midlerne, som lægerne har til rådighed selvvalgt og systematisk efteruddannelse.

Kilde: KORAs beregninger er baseret på det forventede antal ydelser indhentet ved interview af fem læger samt Sygesikringstakster for perioden 1. oktober 2014-31. marts 2015.

Det ses af Tabel 6.1, at de forventede omkostninger pr. patient ved et behandlingsforløb med samtaleterapi hos den alment praktiserende læge for let til moderat depression forventes at beløbe sig til ca. 2.460 kr.⁶⁴. Dette estimat er baseret på lægernes skøn af forbrug i almen lægepraksis: Én almen konsultation, én psykometrisk test og i alt fem konsultationer med samtaleterapi og uden blodprøver eller EKG, hvor scenarierne 'lav' og 'høj' beløber sig til ca. 1.490 kr. henholdsvis ca. 3.930 kr. pr. patient. Det lave omkostningsestimat adskiller sig fra det forventede estimat ved kun at inkludere tre konsultationer med samtaleterapi versus fem i det forventede estimat, mens det høje estimat både inddrager en blodprøve, et EKG, et helt basishonorar og syv fremfor fem konsultationer med samtaleterapi. For alle tre estimater er der indregnet 8 kr. pr. patient til lægernes efteruddannelse.

6.1.2 Behandling hos praktiserende psykologer

Her beskrives et typisk behandlingsforløb med henvisning fra en alment praktiserende læge efterfulgt af behandling hos en privat praktiserende psykolog under den offentlige tilskudsordning samt eventuel opfølgning ved egen læge. Dette efterfølges af de tilhørende omkostninger herved.

⁶⁴ Der afrundes i teksten til 10 kr.

Henvi sning fra alment praktiserende læge

For at modtage psykologbehandling efter tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren skal patienten henvises hertil af egen læge. I henhold til bekendtgørelsen om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren⁶⁵ skal følgende tre kriterier være opfyldt, for at patienten er omfattet af ordningen:

- i. Patienten skal være lægefagligt diagnostisk udredt i henhold til gældende kliniske retningslinjer på området, og der skal være foretaget en psykometrisk test
- ii. Patientens funktionsevne skal være nedsat i lettere til moderat grad på grund af depression
- iii. Patienten vil ifølge den lægefaglige vurdering kunne profitere af behandling hos psykolog, og det vurderes, at behandling i almen praksis ikke vil kunne stå alene.

Herudover fremgår det af Sundhedsstyrelsens faglige retningslinjer for henvisning til psykolog, at lægen bør have foretaget et diagnostisk interview med udgangspunkt i de diagnostiske kriterier for depression over mindst to samtaler. Det er imidlertid ikke eksplicit formuleret, at henvisningen til psykolog skal være baseret på ICD-10-kriterierne (34).

Henvi sning finder sted efter udredning i almen praksis som beskrevet ovenfor. Henvi sningen sendes elektronisk til det såkaldte henvisningshotel 'REFHOST'⁶⁶, hvorefter borgeren kan kontakte en psykolog med overenskomst med Sygesikringen. Personer med depression kan sideløbende med samtaleterapi i psykologpraksis modtage medicinsk behandling.

Behandling hos praktiserende psykolog under tilskudsordningen

Ventetiden på behandling er gennemsnitligt ca. otte uger, hvilket dækker over en forholdsvis stor variation, idet ventetiden er lige fra få ugers ventetid og helt op til et år hos enkelte psykologer (7). Ved første konsultation (ydelseskode 0210) udføres typisk en psykometrisk test for at vurdere, om der er sket en ændring af depressionen siden henvisning. Psykologen konsulterer eventuelt den henvisende læge telefonisk.

En henvisning giver mulighed for indtil 12 psykologsamtaler, som har en varighed på 45–60 minutter (55). Samtalerne gennemføres i starten med ca. en uges mellemrum (ydelseskode 0211). Efter tre samtaler bør der ifølge de interviewede psykologer kunne ses en bedring af symptomerne hos klienten, og hvis der, jf. Sundhedsstyrelsens retningslinjer, ikke er tydelig bedring efter 1-2 måneder psykologbehandling, bør patientens henvises til egen læge til revurdering af behandlingen (34). Efter 3-6 samtaler øges tidsrummet mellem samtalerne til to uger eller mere.

Når patienten er velbehandlet, afsluttes psykologbehandling – ifølge de interviewede psykologer sædvanligvis efter 6-12 samtaler. Der afsættes ifølge psykologerne typisk tid til en opfølgende samtale 1-2 måneder efter endt forløb. Der er ikke krav om, at psykologbehandling afsluttes med en psykometrisk test. Ved behandlingens afslutning udarbejder psykologen en kort epikrise, som efter patientens samtykke kan sendes til den praktiserende læge. Hvis psykologen efter 12 samtaler vurderer, at patienten vil kunne profitere af yderligere behandling, anføres dette i epikrisen. Patienten kan herefter konsultere egen læge med henblik på at få vurderet indikationen for en genhenvisning til yderligere samtaler (maksimalt 12 samtaler)⁶⁷.

⁶⁵ Afgrænsning af persongrupper omfattet af § 1, nr. 10 i Bekendtgørelse om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper (55).

⁶⁶ Psykologer har været tilkøbtet 'REFHOST' siden 1. april 2009 (56).

⁶⁷ Sundhedsstyrelsen peger i en nyligt udkommet rapport, at det kan overvejes at reducere antallet af konsultationer på en henvisning fra 12 til 10 samt reducere antal konsultationer på en genhenvisning fra 12 til fx 6 set i lyset af, at personer med behov for længevarende terapiforløb bør varetages i den regionale psykiatri (57).

Opfølgning ved alment praktiserende læge

Patienter, der er i behandling i psykologordningen, bliver i nogle tilfælde også fulgt i almen praksis. Hvis patienten udelukkende modtager samtaleterapi hos psykolog, kan der være en opfølgende konsultation i almen praksis hver 4.-6. måned (ydelseskode 0101). Hvis patienten er i medicinsk behandling, er der opfølgende konsultationer hver 4.-6. uge (ydelseskode 0101).

Omkostninger ved primær behandling hos psykologer under tilskudsordningen

Af Tabel 6.2 fremgår omkostninger ved det forventede forbrug af konsultationer og øvrige ydelser i forbindelse med primær behandling hos privat praktiserende psykologer af personer, hvis funktionsevne er nedsat i let til moderat grad af depression. Patienterne er inden konsultation hos praktiserende psykolog under tilskudsordningen blevet udredt og diagnosticeret hos en alment praktiserende læge. Der ses herudover en følsomhedsanalyse tilsvarende den, der fremgår ved primær behandling i almen lægepraksis.

Tabel 6.2 Forventet antal ydelser og offentlige omkostninger (kr.) pr. patient ved forløb med primær behandling og samtaleterapi af patienter med lav til moderat depression hos praktiserende psykologer under den offentlige tilskudsordning fordelt på ydelseskoder og scenarier¹.

Behandler og ydelse	Ydelseskode	Forventet antal ydelser ²	Takst ³	Omkostninger (kr.)		
				Estimat		
				Lav	Forventet	Høj
				Sygesikringens andel (60 %)		
Alment praktiserende læge			501	337	337	838
Konsultation	0101	1-1-2	135	135	135	270
Psykometrisk test	2149	1-1-2	202	202	202	404
Blodprøve	7108	0-0-1	50	0	0	50
EKG	7156	0-0-1	114	0	0	114
Psykolog			1.072	3.021	4.483	5.945
1. konsultation (individuel)	0210	1-1-1	584	584	584	584
Efterfølgende konsultation (individuel)	0211	5-8-11	487	2.437	3.899	5.361
Total				3.358	4.820	6.783

1: Scenarier: Lavt forbrug af ydelser, højt forbrug henholdsvis det forventede forbrug af ydelser, omkostningsbestemmes ved brug af takster.

2: Det anvendte antal ydelser ved scenarierne lav-forventet-høj.

3: Taksten omfatter den offentlige betaling (60 %) i henhold til aftale med sygesikringen pr. 1. oktober 2014 (Dansk Psykologforening 2014). Herudover betaler patienter, der benytter psykologer under tilskudsordningen, 40 % af de gældende takster på området.

Kilde: KORAs beregninger baseret på det forventede antal ydelser indhentet ved interview af fem læger og fem psykologer, oplysninger om gennemsnitligt forbrug af psykologkonsultationer (40) samt Sygesikringstakster for perioden 1. oktober 2014-31. marts 2015 (35).

Det ses af Tabel 6.2, at de forventede offentlige omkostninger ved et behandlingsforløb med henvisning fra alment praktiserende læge og efterfølgende samtaleterapi hos psykolog for personer med let til moderat depression samlet set er ca. 4.820 kr. pr. patient. Heraf udgør omkostningerne ved lægekonsultationer ca. 340 kr., mens omkostningerne ved samtaleterapi hos psykolog beløber sig til ca. 4.480 kr. Dette estimat er baseret på et gennemsnitligt forbrug på i alt 8,9 psykologkonsultationer, jf. Fjeldsted og Christensens evaluering af ordningen (40) (af-rundet til 1 + 8 i konsultationer i tabellen). Scenarierne 'lav' og 'høj' beløber sig til ca. 3.360 kr. henholdsvis ca. 6.780 kr. pr. patient. Forskellen mellem de forventede omkostninger og de lave henholdsvis høje estimater kan væsentligst tilskrives antallet af konsultationer med samtaleterapi. I det lave estimat, som er reduceret med 40 % af det forventede antal konsultationer, indgår der en 1. konsultation + fem efterfølgende konsultationer, mens der i det høje estimat indgår i alt 12 konsultationer (øget med 40 % af det forventede antal), hvilket i øvrigt er det maksimale antal konsultationer, der kan gives under tilskudsordningen uden genhenvisning fra egen læge.

Patienternes egenbetaling for psykologbehandlingen forventes at beløbe sig til ca. 2.990 kr. (lavt estimat: ca. 2.020 kr. henholdsvis højt estimat: ca. 3.970 kr.). Disse er for god ordens skyld afrapporteret, men indgår ikke i den sammenlignende analyse af omkostninger ved nuværende behandling med internetpsykiatrisk behandling, idet det i henhold til projektbeskrivelsen alene er de offentlige omkostninger, der afrapporteres. Se eventuelt Bilagstabel 2.6, hvoraf det fremgår, at de samlede omkostninger (offentlige + patientens andel af omkostningerne) ved et forventet behandlingsforløb med henvisning fra almen praktiserende læge og efterfølgende samtaleterapi hos psykolog beløber sig til i alt 7.810 kr. (lavt estimat: ca. 5.370 kr. henholdsvis højt estimat: ca. 10.750 kr.).

6.2 Omkostninger ved internetpsykiatrisk behandling

Psykologer og ledelse har skønnet, at det gennemsnitlige tidsforbrug til internetpsykiatrisk behandling er 5,0-8,8 timer i den kliniske afprøvningsperiode, mens skønnet for tidsforbrug til patientbehandling ved fremtidig drift forventes at være 5,5-7,1 timer (Bilagstabel 2.1). Psykologernes tid til patientbehandling og andet socioteknisk arbejde (Bilagstabel 2.2) danner sammen med det administrative og ledelsesmæssige tidsforbrug + overhead grundlag for beregningen af de gennemsnitlige omkostninger pr. patient i den kliniske afprøvningsperiode henholdsvis de sidste 1½ år af den toårige driftsperiode i Region Syddanmark, der er baseret på estimerede driftsomkostninger og antagelse om submaksimal kapacitetsudnyttelse⁶⁸.

6.2.1 Den kliniske afprøvningsperiode

Som det tidligere er fremgået af kapitel 3 om teknologi, har der i den kliniske afprøvningsperiode været 168 anmodninger og forundersøgelser, hvoraf 80 patienter efterfølgende er påbegyndt behandling.

I Tabel 6.3 fremgår omkostninger pr. patient ved internetpsykiatrisk behandling i den kliniske afprøvningsperiode af personer, hvis funktionsevne er nedsat i lettere til moderat grad af depression.

⁶⁸ Submaksimal kapacitetsudnyttelse: Herved forstås, at den maksimale kapacitetsudnyttelse af psykologernes arbejdstid er reduceret med 5 %, hvilket efterlader ca. 15 minutters dagligt uspecificeret arbejde for hver af psykologerne.

Tabel 6.3 De gennemsnitlige omkostninger pr. patient¹ ved internetpsykiatrisk behandling af patienter med lav til moderat depression i den kliniske afprøvningsperiode (16. juni 2014-28. februar 2015) i Region Syddanmark fordelt på arbejdsopgaver og overhead. Kr.

Arbejdsopgaver og overhead	Kr.
Patientbehandling – psykologerne (ca. 6,9 timer pr. patient i behandling)	2.478
Forundersøgelse (visitation)	451
Ugentlig støtte i 10 uger	1.352
Afsluttende samtale	180
Dokumentation (forundersøgelse)	330
Dokumentation (afsluttende samtale)	165
Socioteknisk arbejde – psykologerne (ca. 12 timer ugentligt pr. psykolog)	4.994
Forundersøgelse og dokumentation heraf for ikke inkluderede patienter	859
Daglig vagtordning	203
Ugentlig konference	419
Ugentligt teammøde	419
Månedlig supervision	115
Tekniske udfordringer med programmet	1.362
Udarbejdelse af procedurebeskrivelse	314
Rekruttering af patienter	419
Andet ikke specificeret ²	885
Administration og ledelse	1.728
Sekretærbistand (7½ time ugentligt)	871
Ledelsesarbejde (6 timer ugentligt)	857
Overhead	584
Teknologi ³	-
Kursusaktivitet og rejser	142
Andre varer og materialer	259
Konsulent	32
Fællesudgifter (husleje, el, vand og varme)	150
I alt	9.784

1: De samlede omkostninger er divideret med antal patienter i behandling (80 patienter).

2: Det af psykologerne og ledelsen skønnede tidsforbrug på givne opgaver betyder, at der samlet set er godt seks timer i en arbejdsuge, som ikke er specificeret.

3: Omkostninger ved teknologi er ikke afskrevet, de indgår alene i projektets udviklingsfase.

Kilde: Egne beregninger baseret på psykologers og ledelsens skøn af tidsforbrug og evaluators antagelser om overhead ifølge det af Region Syddanmark oplyste forbrug pr. 24. februar 2015 samt antal patienter jf. de af Region Syddanmark leverede data.

Det ses af Tabel 6.3, at omkostninger pr. behandlet patient ved et internetpsykiatrisk behandlingsforløb for patienter med let til moderat depression er 9.780 kr. i den kliniske afprøvningsperiode (afrundet til nærmeste 10 kr.). Beregningen er baseret på gennemsnit af psykologernes skønnede tidforbrug. Det ses også, at omkostninger ved patientbehandlingen udgør ca. 2.480 kr. (25 %), mens psykologernes sociotekniske arbejde⁶⁹ udgør i alt 4.990 kr. (51 %). Øvrige omkostninger omfatter 1.730 kr. til administrativ sekretærbistand og ledelsestimer (18 %) og 580 kr. til overhead i form af kurser, rejser, indkøb og forbrug af varer og materialer, konsulentbistand og fællesudgifter (6 %).

⁶⁹ Omfattende daglig vagtordning, ugentlige konferencer, ugentlige teammøder, månedlig supervision, tekniske udfordringer med programmet, udarbejdelse af procedurebeskrivelser, rekruttering af patienter samt forundersøgelse og dokumentation af ikke-inkluderede patienter

6.2.2 Estimerede omkostninger og sub-maksimal kapacitetsudnyttelse

Den skønnede kapacitet til forundersøgelser i den første driftsperiode i Region Syddanmark er på 6,9 patienter ugentligt, når der tages udgangspunkt i 61 psykologtimer fordelt på tre deltidstillinger (henholdsvis 20 timer, 20 timer og 21 timer) samt en antagelse om, at knap halvdelen af patienterne, der får en forundersøgelse, påbegynder behandling (tilsvarende den kliniske afprøvningsperiode). Det betyder, at godt 34 patienter skønnes at kunne modtage ugentlig støtte. På årsplan er der således tale om 304 patienter til forundersøgelse og 145 patienter til ugentlig støtte.

I Tabel 6.4 fremgår omkostninger pr. patient i internetpsykiatrisk baseret på estimerede drifts-omkostninger og submaksimal kapacitetsudnyttelse i det sidste 1½ år af den toårige driftsperiode i Region Syddanmark.

Tabel 6.4 Gennemsnitlige omkostninger pr. patient¹ ved forløb med internetpsykiatrisk behandling af patienter med lav til moderat depression baseret på estimerede drifts-omkostninger og submaksimal kapacitetsudnyttelse i de sidste 1½ år af en toårig driftsperiode (1. marts 2015-28. februar 2017) i Region Syddanmark fordelt på arbejdsopgaver og overhead. 2015-2016. Kr.

Arbejdsopgaver og overhead	Kr.
Patientbehandling – psykologerne (ca. 6,3 timer pr. patient i behandling)	2.268
Forundersøgelse (visitation)	541
Ugentlig støtte i 10 uger	1.051
Afsluttende samtale	180
Dokumentation (forundersøgelse)	330
Dokumentation (afsluttende samtale)	165
Socioteknisk arbejde – psykologerne (ca. 9,9 timer ugentligt pr. psykolog)	3.569
Forundersøgelse og dokumentation heraf for ikke inkluderede patienter	959
Daglig vagtordning	109
Ugentlig konference	329
Ugentligt teammøde	329
Ugentlig supervision	110
Tekniske udfordringer med programmet	822
Udarbejdelse af procedurebeskrivelse	164
Rekruttering af patienter	329
Andet ikke specificeret ²	419
Administration og ledelse	1.288
Sekretærbistand (7½ time ugentligt)	679
Ledelsesarbejde (4 timer ugentligt)	609
Overhead	596
Teknologi ³	-
Kursusaktivitet og rejser	138
Andre varer og materialer	202
Konsulent	138
Fællesudgifter (husleje, el, vand og varme)	117
I alt	7.720

- 1: Baseret på en submaksimal kapacitetsudnyttelse med 304 patienter, der får forundersøgelse og 145 patienter i ugentlig støttet behandling.
- 2: Det af psykologerne og ledelsen skønnede tidsforbrug på patientbehandling henholdsvis socioteknisk arbejde og det givne antal patienter til forundersøgelse/behandling betyder, at der er ca. 15 minutter dagligt for hver psykolog, som ikke er specificeret.
- 3: Omkostninger ved teknologi er ikke afskrevet, de indgår alene i projektets udviklingsfase.

Kilde: Egne beregninger baseret på psykologers og ledelsens skøn af tidsforbrug og evaluators antagelser om overhead ifølge det af Region Syddanmark reviderede driftsbudget pr. 28. september 2015 2015 samt den af ledelsen og evaluator estimerede submaksimale kapacitetsudnyttelse i forhold til antal forundersøgelser.

Det ses af Tabel 6.4, at de gennemsnitlige omkostninger pr. behandlet patient ved et internet-psykiatrisk behandlingsforløb for patienter med let til moderat depression er 7.720 kr., når disse er baseret på estimerede driftsomkostninger, det af psykologerne gennemsnitligt skønnede tidsforbrug til patientbehandling og vagtordning og submaksimal kapacitetsudnyttelse. Omkostninger ved selve patientbehandlingen er ca. 2.270 kr. (29 %), mens psykologernes socio-tekniske arbejde udgør i alt 3.570 kr. (46 %). Omkostninger til administrativ sekretærbistand og ledelsestimer beløber sig til 1.290 kr. (17 %), mens overheadet udgør ca. 600 kr. (8 %).

6.2.3 Følsomhedsanalyser: Omkostninger pr. patient ved estimeret drift

I følsomhedsanalyserne er der foretaget to former for ændringer i forhold til grundberegningen af omkostninger pr. patient i internetpsykiatrisk behandling: a) ændringer, der relaterer til skøn for tidsforbrug/antal patienter i behandling, og b) ændringer, der relaterer til skøn for omkostninger. Herudover er der også foretaget tre multivariate følsomhedsanalyser, hvor flere forhold ændres samtidigt.

I Tabel 6.5 ses betydningen af at ændre på ovenstående.

Tabel 6.5 Følsomhedsanalyser med ændringer af forudsætninger for beregning af de gennemsnitlige omkostninger pr. behandlet patient ved forløb med internetpsykiatrisk behandling af patienter med lav til moderat depression baseret på estimerede driftsomkostninger og suboptimal kapacitetsudnyttelse i de sidste 1½ år af en to-årig driftsperiode (1. marts 2015-28. februar 2017) i Region Syddanmark. Kr.

Følsomhedsanalyse med angivet ændringer		Kr.		
Grundberegning (1): Estimeret drift med submaksimal kapacitetsudnyttelse med 304 patienter til forundersøgelse og 145 patienter i ugentlig støtte)		7.720		
Ændringer vedrørende tidsforbrug			Difference til¹	
(1a)	Psykologernes tidsforbrug er baseret på det maksimalt skønnede tidsforbrug til patientbehandling	8.887	1.167	(1)
(1b)	Psykologernes tidsforbrug er baseret på det minimum skønnede tidsforbrug til patientbehandling ²	6.803	-917	(1)
(2)	Psykologernes tidsforbrug til patientbehandling og socioteknisk arbejde er af et sådant omfang, at antal patienter i forundersøgelse/ugentlig støtte kun kan øges med 10 % sammenlignet med den kliniske afprøvningsperiode (261/124 patienter)	8.991	1.271	(1)
(3)	Administrations- og ledelsestid er øget med 40 % (fra 7½ time til 10½ time henholdsvis fra 4 timer til 5,6 timer)	8.236	515	(1)
Ændringer vedrørende omkostningsgrundlaget				
(4)	Omkostninger ved konsulentbistand er øget med 40 % - fra 20.000 kr. til 28.000 kr.	7.776	55	(1)
(5)	Omkostninger ved kursusaktivitet, rejser og andre varer og materialer er øget med 38,5 % fra 49.242 kr. til 68.200 kr. og appliceret på grundberegningen (1)	7.851	131	(1)
(5a)	Omkostninger ved kursusaktivitet, rejser og andre varer og materialer er øget med 38,5 % fra 49.242 kr. til 68.200 kr. og appliceret på det høje estimat (1a)	9.038	151	(1a)
(5b)	Omkostninger ved kursusaktivitet, rejser og andre varer og materialer er øget med 38,5 % fra 49.242 kr. til 68.200 kr. og appliceret på det høje estimat (1b)	6.918	115	(1b)
(6)	Omkostninger ved vagtordning og forundersøgelse, tilhørende journalføring og orientering af egen læge for ikke-inkluderede er udeladt	6.653	-1.067	(1)
Multivariat				
(7)	Følsomhedsanalyserne 5 og 6 (forventet estimat)	6.784	-936	(1)
(7a)	Følsomhedsanalyserne 5a og 6 (højt estimat)	7.743	-1.144	(1a)
(7b)	Følsomhedsanalyse 5b og 6 (lavt estimat)	5.963	-840	(1b)

1: Baseret på forskellen mellem omkostninger ved en given følsomhedsanalyses omkostninger minus en given beregning.

2: I forhold til vagtordningen er middelværdien for det skønnede tidsforbrug benyttet.

Kilde: Egne beregninger baseret på psykologers og ledelsens skøn af tidsforbrug, Region Syddanmark reviderede driftsbudget pr. 28. september 2015, tillæg for overhead samt 5 % reduktion af den submaksimale kapacitetsudnyttelse i forhold til antal forundersøgelser.

Det fremgår af Tabel 6.5 at de gennemsnitlige omkostninger pr. behandlet patient øges med 1.170 kr. (analyse 1a: fra 7.720 kr. til 8.890 kr. (afrundet til hele 10 kroner)), når beregningerne baseres på det af psykologerne skønnede maksimale tidsforbrug til patientbehandling. Hvis der i stedet tages udgangspunkt i det tidsforbrug, som psykologerne skønner, at der som minimum skal bruges, falder omkostningerne med ca. 920 kr. sammenlignet med de forventede omkostninger (analyse 1b: fra 7.720 kr. til 6.800 kr.). Med en antagelse om, at det kun er muligt at øge det årlige antal patienter i forundersøgelsen med 10 % sammenlignet med den kliniske afprøvningsperiode, øges de gennemsnitlige omkostninger pr. behandlet patient med 1.270 kr. (analyse 2).

Med en forøgelse på 40 % af administrations- og ledelsens tidsforbrug (følsomhedsanalyse 3) øges omkostningerne pr. behandlet patient med 520 kr., mens en 40 % forøgelse af omkostningerne ved konsulentbistand kun fører til en forøgelse på ca. 60 kr. (analyse 4).

I følsomhedsanalyserne 5, 5a og 5b har de primære beregninger (analyse 1, 1a og 1b) fået appliceret en 38,5 % forøgelse af omkostninger ved kursusaktivitet og rejser samt indkøb af varer og materialer, idet overhead er vurderet at være for lavt i henhold til praksis for overhead i administrationen i regionshuset. Disse estimater benyttes som udtryk for henholdsvis det forventede estimat, et højt og et lavt estimat for de gennemsnitlige omkostninger pr. patient i internetpsykiatrisk behandling, se Tabel 6.6.

Tabel 6.6 Estimerede gennemsnitlige internetpsykiatriske behandlingsomkostninger pr. patient med let til moderat depression i de sidste 1½ år af en toårig driftsperiode (1. marts 2015-28. februar 2017) i Region Syddanmark fordelt på scenarier og givne antagelser. Kr.

Behandlere	Kr.		
	Offentlige omkostninger		
	Lavt estimat	Forventet estimat	Højt estimat
Psykologer i internetpsykiatrien	6.918	7.851	9.038

Kilde: Beregninger i KORA baseret på estimerede driftsomkostninger og antagelse om submaksimal kapacitetsudnyttelse og tillæg for overhead.

Af Tabel 6.6 fremgår det, at det forventede estimat for de forventede gennemsnitlige internetpsykiatriske omkostninger pr. behandlet patient er 7.850 kr., henholdsvis 9.040 kr. ved det høje estimat og 6.920 kr. ved det lave estimat (alle værdier er afrundede til nærmeste ti kr.).

I forhold til den direkte sammenligning med behandlingsforløb ved praktiserende psykologer kan der argumenteres for – ud fra en alt andet lige betragtning – at omkostninger ved vagtordning og omkostninger ved patienter, der forundersøges, men ikke kommer i behandling, udelades af beregningerne, idet praktiserende psykologer ikke har omkostninger ved en vagtordning og ej heller har omkostninger ved patienter, som ikke kommer i behandling. I forlængelse heraf skal det bemærkes, at det ikke har været muligt at inddrage denne form for omkostninger ved alment praktiserende læge, da der ikke er viden om, hvor ofte en patient henvender sig med problemer, der relaterer til depression, uden at det fører til behandling med samtaleterapi i almen praksis eller ved praktiserende psykologer. Af følsomhedsanalyse 6 i Tabel 6.5 fremgår det, at hvis vagtordning og forundersøgelse med tilhørende dokumentation for patienter, der ikke får tilbudt behandling, fratrækkes den initiale grundberegning (1), resulterer det i en reduktion på 1.070 kr. (7.720 kr. versus 6.650 kr.).

Ved en multivariat følsomhedsanalyse, hvor indkøb af varer og materialer øges med 38,5 %, og omkostninger ved vagtordning og forundersøgelse med tilhørende dokumentation for patienter, der ikke får tilbudt behandling, fratrækkes de initiale beregninger, vil de forventede gennem-

snitlige omkostninger pr. behandlet patient beløbe sig til 6.780 kr. henholdsvis 7.740 kr. ved det høje estimat og 5.960 kr. ved det lave estimat (følsomhedsanalyserne 7, 7a og 7b).

6.3 Sammenligning: Internetpsykiatrisk behandling versus nu-værende behandling

Når grundberegningerne for omkostninger pr. patient i internetpsykiatrisk behandling i den kliniske afprøvningsperiode sammenholdes med estimerede driftsomkostninger og submaksimal kapacitetsudnyttelse (6,9 forundersøgelser pr. uge), er førstnævnte som udgangspunkt 2.060 kr. højere (9.780 kr. versus 7.720⁷⁰ (afrundede værdier)). Denne forskel kan både tilskrives, at psykologernes tidsforbrug til patientbehandling og socioteknisk arbejde er skønnet højere i den kliniske afprøvningsperiode, samtidig med at antallet af patienter i samme periode har været væsentligt lavere end det antal, der forudsættes behandlet i de estimerede driftsomkostninger med submaksimal kapacitetsudnyttelse.

Vi har derfor valgt ikke at inddrage resultaterne fra den kliniske afprøvningsperiode i sammenligningen med omkostningerne ved alment praktiserende læge henholdsvis ved praktiserende psykolog, idet disse vurderes at være urealistisk høje sammenlignet med de forventelige omkostninger i en driftsperiode. I stedet har vi valgt at bruge analyserne 7, 7a og 7b, som er baseret på: estimerede driftsomkostninger og antagelse om submaksimal kapacitetsudnyttelse med fradrag for omkostninger ved vagtordning og patienter, som ikke kommer i behandling, samt tillæg for øgede omkostninger ved overhead (kurser og rejser henholdsvis varer og materialer). Begrundelsen herfor er, at privat praktiserende psykologer i deres afregning via honorar ikke betales for en vagtordning og ej heller har omkostninger ved patienter, som ikke kommer i behandling, ligesom det heller ikke er muligt at opgøre omkostningerne herved for almen praksis. Hertil kommer, at overheadet, som det tidligere er beskrevet, er vurderet at være for lavt i de initiale beregninger. I henhold hertil er de gennemsnitlige omkostninger pr. patient i internetpsykiatrisk behandling sammenholdt med gennemsnitlige omkostninger ved behandlingsforløb, som varetages af alment praktiserende læger henholdsvis af privat praktiserende psykologer, i Tabel 6.7.

Tabel 6.7 Estimerede gennemsnitlige omkostninger pr. patient i behandlingsforløb i henholdsvis internetpsykiatrien, ved alment praktiserende læge henholdsvis ved praktiserende psykolog med givne antagelser.

Behandlere	Kr.		
	Offentlige omkostninger		
	Lave estimater	Forventede estimater	Høje estimater
Psykologer i internetpsykiatrien	5.963	6.784	7.743
Privat praktiserende psykologer	3.358	4.820	6.783
Alment praktiserende læger	1.697	2.464	3.934

Kilde: Beregninger i KORA baseret på estimerede driftsomkostninger og antagelse om submaksimal kapacitetsudnyttelse i de sidste 1½ år (1. marts 2015-28. februar 2016) af en toårig driftsperiode i Region Syddanmark.

Det ses af Tabel 6.7, at de forventede internetpsykiatriske omkostninger pr. behandlet patient baseret på estimeret drift og submaksimal kapacitetsudnyttelse er væsentligt højere end de offentlige omkostninger ved behandlingsforløb, der primært varetages af praktiserende psykologer under tilskudsordningen henholdsvis varetages af alment praktiserende læger. Forskellen mellem den internetpsykiatriske behandling og den, der primært varetages af praktiserende

⁷⁰ Omkostninger baseret på data fra Tabel 6.3 og Tabel 6.4.

psykologer, er 1.960 kr. eller 1,4 gange højere, mens den er 2,8 gange højere, når der sammenlignes med alment praktiserende lægers behandling (svarer til 4.320 kr.).

Ved de høje estimater ses det, at forskellen mellem de internetpsykiatriske omkostninger pr. behandlet patient og den behandling, der primært varetages af praktiserende psykologer, er reduceret til 960 kr. (1,1 gange højere), mens omkostningerne er næsten uforandrede 3.810 kr. højere, når der sammenlignes med alment praktiserende lægers behandling (svarer til 2,0 gange højere).

Ved de lave estimater er de gennemsnitlige omkostninger pr. behandlet patient 2.610 kr. højere ved sammenligning med behandlingsforløb ved praktiserende psykologer (1,8 gange højere) henholdsvis 4.270 kr. (3,5 gange højere) ved sammenligning med behandlingsforløb ved alment praktiserende læger.

Det ses yderligere, at omkostningerne ved forløb med samtaleterapi ved alment praktiserende læger er væsentligt lavere end ved forløb med samtaleterapi ved privat praktiserende læger. Dette kan formentlig forklares ud fra opgavefordelingen mellem alment praktiserende læger og praktiserende psykologer. Ifølge gældende retningslinjer henviser den alment praktiserende læge patienter til behandling ved praktiserende psykologer under tilskudsordningen, hvis der er behov for samtaleterapi uden for de faglige rammer, som den enkelte praktiserende læge kan tilbyde i almen praksis (34).

Om end det ikke er en del af opdraget, kan det bemærkes, at hvis der tages afsæt i de samlede gennemsnitlige omkostninger (offentlige omkostninger + patientens egenbetaling), er omkostningerne ved primær behandling ved praktiserende psykologer under tilskudsordningen højere end ved internetpsykiatrisk behandling, når der tages udgangspunkt i forventede og høje estimater, mens det omvendte er tilfældet, når de lave estimater sammenlignes.

6.4 Sammenfatning

Den økonomiske analyse viser, at omkostninger i den kliniske afprøvningsperiode i Region Syddanmark er 9.780 kr. pr. behandlet patient ved et internetpsykiatrisk behandlingsforløb for patienter med let til moderat depression.

En supplerende analyse baseret på estimerede driftsomkostninger og antagelse om submaksimal kapacitetsudnyttelse i forhold til antal forundersøgelser, der kan gennemføres med tre deltidsansatte psykologer, er foretaget for de første 1½ år af en toårig driftsperiode i Region Syddanmark. Her beløber de forventede gennemsnitlige omkostninger pr. behandlet patient i internetpsykiatrien sig til 7.850 kr., når der er justeret for omkostninger ved overhead (analyse 5).

En række følsomhedsanalyser viser, at de gennemsnitlige omkostninger pr. behandlet patient i internetpsykiatrien er forholdsvis følsomme over for ændringer i patientgrundlaget.

Ved sammenligning af de gennemsnitlige omkostninger pr. behandlet patient i internetpsykiatrien med samtaleterapi ved praktiserende psykologer fremgår det, at sundhedsvæsenets forventede gennemsnitlige omkostninger pr. behandlet patient er 1.960 kr. højere ved internetpsykiatrisk behandling end ved behandling med samtaleterapi ved praktiserende psykologer (6.780 kr. versus 4.820 kr.). Det skal bemærkes, at den internetpsykiatriske vagtordning og forundersøgelse med tilhørende dokumentation i denne sammenligning er udeladt for ikke-inkluderede patienter, da disse arbejdsopgaver ikke indgår i praktiserende psykologers arbejde. Herudover skal det også bemærkes, at omkostningerne ved det resterende sociotekniske arbejde formentlig vil falde ved en mere stabil drift/mere etableret tilbud og faglighed.

7 Business case

Dette kapitel indledes med en opsummering af projektomkostninger henholdsvis budgetterede førsteårs driftsomkostninger i Region Syddanmark samt estimerede omkostninger ved internetpsykiatrisk behandling. Med afsæt heri diskuteres muligheden for at udarbejde en business case for de kommende år, og der argumenteres for, at det kun er muligt at komme med en business case, der kan bruges som rettesnor for Region Syddanmark i de sidste 1½ år af en toårig driftsperiode (start 1. marts 2015). Man vil sædvanligvis i henhold til statens business case-model (33) dels beregne omkostningerne over en længere horisont, dels foretage beregningerne i forhold til en landsækkende udbredelse. Dette er imidlertid vanskeligt af flere grunde, som kort skal sammenfattes her. Infrastrukturen for en eventuel udrulning kan antage flere modeller, og omkostningerne herved er ikke kendte. Det er herudover også vanskeligt på en meningsfuld måde at fordele de initiale omkostninger ved teknologien, da der reelt set ikke er viden om, hvor mange patienter der fremadrettet vil få mulighed for at benytte tilbuddet. Der anlægges efterfølgende en samfundsøkonomisk betragtning, idet resultater af effekter og omkostningseffekter diskuteres og sættes ind i sammenhæng med omkostninger og gevinster ved internetpsykiatrisk behandling i en dansk kontekst.

Det samlede budget for demonstrationsprojektet internetpsykiatrisk behandling i Region Syddanmark har i alt beløbet sig til ca. 4,84 millioner kr.⁷¹. I den kliniske afprøvningsperiode er de gennemsnitlige omkostninger pr. behandlet patient 9.780 kr. Denne beregning er baseret på en 8½ månedes prøveperiode. Region Syddanmark forventer, at budgettet for det første år med drift beløber sig til 1,02 millioner kr.⁷². Hvis beregningerne baseres på estimerede driftsomkostninger og antagelse om submaksimal kapacitetsudnyttelse ved tre deltidsansatte psykologer, kan de gennemsnitlige omkostninger pr. patient behandlet i internetpsykiatrien forventes at beløbe sig til 7.850 kr.

Evalueringen viser, at omkostningerne ved internetpsykiatrisk behandling i den kliniske afprøvningsperiode har været forholdsvis høje, hvilket fortrinsvis kan tilskrives et stort tidsforbrug ved psykologernes sociotekniske arbejde, i kombination med at der har været forholdsvis få patienter i behandling. Der er brugt mange ressourcer i projektperioden på at få udviklet såvel et softwareprogram (NoDep) som en organisation og en teknisk organisering, der kan håndtere interventionen, samt på at rekruttere patienter hertil. Og arbejdet hermed har fortsat været en væsentlig opgave i den kliniske afprøvningsperiode. Evaluator har derfor vurderet, at de økonomiske beregninger, som er baseret på den kliniske afprøvningsperiode, ikke er velegnede som grundlag for en business case for den toårige driftsperiode i Region Syddanmark.

De gennemsnitlige omkostninger pr. patient, der er beregnet på basis af estimerede driftsomkostninger og antagelse om submaksimal kapacitetsudnyttelse, kan derimod bruges som en rettesnor for det bedste resultat, der kan forventes i de sidste 1½ år af den toårige driftsperiode i Region Syddanmark. Disse omkostninger kan som tidligere angivet forventes at beløbe sig til ca. 7.850 kr. pr. behandlet patient, men de reduceres til 6.780 kr., hvis omkostningerne ved vagtordning og forundersøgelse med tilhørende dokumentation heraf for ikke-inkluderede patienter udelades af beregningerne. Efter den toårige driftsperiode må de gennemsnitlige omkostninger pr. behandlet patient imidlertid forventes at stige, hvilket også vil være tilfældet, hvis den internetpsykiatriske behandling af patienter med let til moderat depression udbredes til patienter i andre regioner. Dette er der flere grunde til, som både vedrører omkostnings- og patientgrundlag, hvilket der argumenteres for efterfølgende.

⁷¹ Ekskl. omkostninger ved ekstern evaluering og revision.

⁷² Opgjort som en form for 'penge ud af lommen-budget', hvilket betyder, at der fx ikke er afsat midler til teknologi, indkøb af varer og materialer, som ligger ud over de 5.000 kr., der forventes afholdt ved fremstilling og uddeling af pjecer til fx de alment praktiserende læger.

Region Syddanmark indgik tidligt i projektforsløbet en aftale om et OPI-samarbejde med bl.a. Context Consulting, hvilket har betydet, at regionen fik en aftale om, at 'NoDep' kunne anvendes uden betaling i den kliniske afprøvningsperiode og fortsat kan anvendes uden yderligere betaling i en toårig driftsperiode i Region Syddanmark. Der indgår således ikke omkostninger ved indkøb, udvikling og implementering af teknologi i beregningerne baseret på den kliniske afprøvningsperiode og ej heller i beregningerne baseret på estimerede driftsomkostninger og submaksimal kapacitetsudnyttelse. Disse omkostninger er som tidligere nævnt udeladt ud fra en betragtning om, at omkostninger ved at udvikle og implementere teknologien i hele projektperioden (godt 2,2 mio. kr.) har været vanskelige at afskrive på en meningsfuld måde ud fra den betragtning, at der reelt ikke er viden om: i) hvor mange patienter der årligt vil kunne forventes behandlet og fra hvornår, samt ii) hvorvidt det i givet fald besluttes at give tilbuddet centralt fra én region, eller det besluttes at tilbuddet skal forankres i hver af de fem regioner. Uanset om et eventuelt kommende internetpsykiatrisk tilbud centraliseres eller lægges ud i de enkelte regioner, må der påregnes omkostninger til teknologi – og det uanset, om der vælges en model, der bygger på én fælles platform eller flere lokale løsninger, men omkostningerne herved kan ikke baseres på nærværende evalueringsgrundlag.

Når den toårige driftsperiode er udløbet, forventer Region Syddanmark, at der skal udarbejdes et udbud, som formentlig vil komme til at omfatte en licensaftale svarende til den, der er indgået med Context Consulting i forbindelse med brug af 'Fearfighter'⁷³. Omkostningerne ved en licens vil således skulle lægges oveni de estimerede driftsomkostninger efter den toårige driftsperiode, mens omkostninger ved konsulentbistand forventes at indgå som et led i en licensaftale, hvilket betyder, at de kan fratrækkes. Det er skønnet af psykologerne, at de fortsat vil skulle bruge tid på tekniske udfordringer i de sidste 1½ år af den toårige driftsperiode i Region Syddanmark – i hvilket omfang de tekniske udfordringer herefter vil være reduceret, er der ikke viden om. Selvom omkostningerne ved en licens ikke er kendt, må det formodes, at de vil overstige de indregnede omkostninger til konsulentbistand, om end licensen må antages at komme til at afhænge af antal patienter/regioner. Som følge heraf må det forventes, at de gennemsnitlige omkostninger pr. patient i behandling vil stige.

Herudover skal der gøres opmærksom på, at der i et fremtidigt budget ved eventuel implementering af internetpsykiatri i andre regioner bør indregnes omkostninger ved psykologernes oplæring i internetbaseret adfærdsterapi med henblik på brug af programmet (både fra patient- og behandler side), gennemgang af arbejdsgange samt undervisning i skriftlig kommunikation i patientrelationen⁷⁴. Disse oplæringsomkostninger vil også være til stede, i fald antallet af patienter øges i Region Syddanmark, og der som følge heraf skal ansættes flere psykologer. Endelig vil der være administrative og ledelsesmæssige omkostninger forbundet med at få etableret og organiseret et tilbud hvad enten det være sig på regionalt eller nationalt grundlag – omkostninger, som heller ikke er indregnet i de nærværende omkostninger, som er baseret på estimerede driftsomkostninger med submaksimal kapacitetsudnyttelse.

Hvis det antages, at det er muligt at rekruttere tilstrækkeligt med patienter, og den tekniske og organisatoriske drift er stabil, er der med tre ansatte psykologer på tilsammen 61 timer en forventelig kapacitet på 304 patienter årligt til forundersøgelse og 145 patienter i behandling i Region Syddanmark. Ved en simpel opskalering til nationalt niveau⁷⁵ svarer det til ca. 1.430 forundersøgelser/680 patienter i behandling årligt og ca. 15 deltidsansatte psykologer. På nuværende tidspunkt (ultimo 2015) er der imidlertid ingen, der ved, om det er muligt at rekrutte-

⁷³ Internetpsykiatrisk behandlingsprogram for patienter med angst.

⁷⁴ En sidemandsoplæringstid, som angiveligt varer ½ år ifølge udtalelse fra interview af psykolog, hvilket betyder, at både den, der er i oplæring, og den, der oplærer, har reduceret kapacitet i perioden.

⁷⁵ Der er foretaget en simpel opskalering baseret på, at der i Region Syddanmark er godt 1,2 mio. indbyggere, hvilket er ca. 21 % af den samlede befolkning i Danmark på knap 5,7 mio. indbyggere, jf. FOLK1 i 4. kvartal 2014 (3). Det forudsættes endvidere, at befolkningen i Region Syddanmark svarer til den gennemsnitlige danske befolkning hvad angår demografi og handlemønstre i forhold til at anmode om behandling via internettet.

re tilstrækkeligt med patienter til at opretholde den submaksimale behandlingskapacitet. Til vurdering heraf kræves der formentlig en teknisk stabil og sammenhængende driftsperiode på ½-3/4 år, hvilket der endnu ikke har været ultimo september 2015. I juni 2015 var der fx problemer med serveren, hvilket betød, at den måtte udskiftes, og som følge heraf var der en måned med meget få patientbehandlinger. Som det er fremgået tidligere af beregningerne, er de gennemsnitlige omkostninger pr. behandlet patient forholdsvis følsomme over for ændrede antagelser om antal patienter til forundersøgelse henholdsvis antal patienter i ugentlig støtte. Det betyder fx, at hvis antallet af patienter, der bliver forundersøgt, falder med 43 patienter (14 %) i forhold til den submaksimale kapacitetsudnyttelse på 304 patienter, stiger de gennemsnitlige omkostninger pr. behandlet patient med ca. 520 kr. inkl. vagtordning og omkostninger ved forundersøgelse og dokumentation heraf for de ikke-inkluderede patienter.

Det er således kun muligt på det foreliggende grundlag for evalueringen at fremkomme med en rettesnor for de forventede omkostninger, som rækker 1½ år ind i fremtiden for Region Syddanmarks vedkommende. En business case, der rækker længere ud i fremtiden end de 1½ år i Region Syddanmark, vil være baseret på et helt hypotetisk grundlag, hvilket også vil være tilfældet, hvis man forsøger sig med beregninger, der omfatter de øvrige regioners drift.

7.1 Samfundsperspektiv

I en økonomisk analyse set fra et samfundsperspektiv inddrages flere omkostninger end blot de umiddelbare behandlingsomkostninger. Analysen omfatter ideelt set summen af direkte omkostninger og indirekte omkostninger (undertiden kaldet produktionstab) (36). Til de direkte omkostninger hører i denne sammenhæng behandlingsomkostninger ved depression, uanset hvem der afholder omkostningen: patienten⁷⁶ eller sundhedsvæsenet⁷⁷. De indirekte omkostninger vedrører samfundets omkostninger af produktions- og arbejdsmæssig karakter i form af kort- og langvarigt sygefravær fra arbejdsmarkedet (sygefravær, førtidspension eller anden nedsat produktivitet som følge af depression og i værste fald for tidlig død). Opgørelser af effekt (enten som ændringer i symptomer på depression eller via kvalitetsjusterede leveår) indgår fx i omkostningseffektanalyser henholdsvis i omkostningsnytteanalyser.

Ud fra et samfundsmæssigt perspektiv vurderes det på basis af denne evaluering, at der samfundsmæssigt på længere sigt kan være potentiale i forhold at opnå færre omkostninger ved internetpsykiatrisk behandling af patienter med let til moderat depression. Denne vurdering beror på følgende forhold:

- *Direkte omkostninger i sundhedsvæsenet:* Når vi ser på den toårige driftsfase i Region Syddanmark, viser beregningerne i nærværende evaluering, at de forventede gennemsnitlige omkostninger pr. behandlet patient i internetpsykiatrisk behandling formentlig er mindre end de gennemsnitlige samlede omkostninger⁷⁸ ved behandlingsforløb, der primært varetages af praktiserende psykologer under tilskudsordningen. Der skal gøres opmærksom på, at sammenligningen er baseret på estimer uden vagtordning og forundersøgelse af patienter, der ikke modtager behandling. I denne sammenhæng skal det bemærkes, at projektets omkostninger i udviklingsfasen ikke er indregnet. Hvis alle omkostninger ved udviklingen af det internetpsykiatriske tilbud derimod skal indregnes i de estimerede omkostninger pr. patient, er der 'lang vej hjem', hvis ca. 5 mio. kr. skal fordeles på måske 680 patienter i årlig behandling ved landsdækkende udbredelse.

⁷⁶ Patientens omkostninger kan fx omfatte omkostninger ved eget tidsforbrug på behandling, transport samt eventuel egenbetaling for behandling.

⁷⁷ Heri indgår såvel omkostninger ved at implementere en given intervention/behandling som omkostninger ved selve behandlingen (interventionsomkostninger). Andre direkte omkostninger omfatter sundhedsomkostninger i såvel primær- som sekundærsektoren.

⁷⁸ De samlede omkostninger omfatter de offentlige sygesikringsomkostninger plus patientens egenbetaling.

- *Direkte omkostninger i sundhedsvæsenet på sigt:* Hvis vi ser ud over den toårige driftsfase i Region Syddanmark, har vi argumenteret for, at de gennemsnitlige omkostninger pr. behandlet patient må forventes at stige, når der som forventet skal indgås aftale om licens. Omkostningerne hertil må antages at afhænge af den valgte model for en eventuel udrulning i de øvrige fire regioner. Men usikkerheden på valg af model og de dermed forbundne omkostninger ved indkøb og implementering af teknologi, omkostninger ved oplæring af personale og omkostninger ved den administrative og ledelses organisering heraf betyder, at det ikke er muligt at fremkomme med en business case, der kan bruges som grundlag for en sammenligning med nuværende praksis. Det ligger uden for rammerne af, hvad der er muligt at estimere på nærværende datagrundlag.
- *Direkte omkostninger for patienterne:* I en dansk kontekst kan det konstateres, at patienter i internetpsykiatrisk behandling ikke har omkostninger forbundet med transport, hverken i form af tidsforbrug eller kørselsomkostninger. Det skal dog bemærkes, at patienternes eventuelle tidsforbrug til socioteknisk arbejde ikke er undersøgt og dermed estimeret. Andre væsentlige gevinster af en mere blød karakter er værdien af et bedre liv (behandlingen har ifølge patienternes egen vurdering imødekommet deres behov) og formentlig givet hurtigere adgang til behandling (patienterne behøver ikke stå på venteliste hos en praktiserende psykolog, men kan anmode om behandling, når behovet er der). Værdien af et bedre liv vil dog ikke skulle tælles med i tælleren (omkostninger), men derimod i nævneren (effekter), såfremt der udarbejdes en cost-utility analyse.
- *Indirekte omkostninger:* Gennemgang af metaanalyser og reviews med henblik at undersøge omkostningseffekter ved iCBT giver ikke et grundlag for at vurdere, om internetpsykiatrisk behandling sammenlignet med anden behandling ansigt-til-ansigt eller venteliste⁷⁹ fører til mindre kort- og langvarigt sygefravær som følge af depression, om end studierne af Hollinghurst⁸⁰ henholdsvis Warmerdam kan give antydninger i den retning.
- *Effekt:* Resultaterne fra gennemgang af metaanalyser og reviews af udenlandske studier viser, at det ikke entydigt kan konkluderes, om effekten af støttet internetpsykiatrisk behandling med kognitiv adfærdsterapi af patienter med depression adskiller sig fra sædvanlig ansigt-til-ansigt terapi. En enkelt metaanalyse finder ved en direkte sammenligning af iCBT versus CBT ansigt-til-ansigt en ikke signifikant effektstørrelse ($g = 0,12$) (19). Det fremgår imidlertid, at iCBT er givet uden støtte i et af de i alt fire inkluderede studier, mens iCBT i et andet af studierne har været suppleret med besøg på klinik. Hvorvidt det derfor er muligt at opnå samme effekt i Danmark, kan alene afgøres ved gennemførelse af et dansk forskningsstudie, der undersøger effekt af støttet iCBT versus ansigt-til-ansigt behandling med CBT.

7.2 Sammenfatning

Sammenfattende kan vi konstatere, at der vil være potentiale for gevinster ved at udbrede den internetpsykiatriske behandling. De vil formentlig i mindre grad være i form af en økonomisk gevinst for sundhedsvæsenet, men snarere en gevinst for den enkelte patient i form af øget værdi ved i) imødekommet behandlingsbehov hos den enkelte patient, ii) et mindre tidsforbrug i forhold til, at der ikke stilles krav om fysiske fremmøder, iii) ingen transporttid, iv) patienten kan til enhver tid anmode om behandling uden først at skulle henvises hertil af egen læge samtidig med, v) formentlig mindre ventetid på internetpsykiatrisk behandling end ved privat praktiserende psykologer, og vi) hvad der formentlig ikke er uvæsentligt for en del patienter, at der (endnu) ikke er egenbetaling ved den internetpsykiatriske behandling. Vi har ikke tilstrækkeligt grundlag for at vurdere omfang og eventuelle ændringer i produktionstab som følge af reduce-

⁷⁹ Sidstnævnte kan i mangel af bedre sammenligningsgrundlag ses som en proxy for ingen behandling.

⁸⁰ Der er overlap af 95 % konfidensinterval.

ret sygefravær af førtidspensionering. Samlet set betyder det, at der ikke er grundlag for at vurdere eller sandsynliggøre, om internetpsykiatrisk behandling vil være omkostningseffektivt sammenlignet med anden behandling ansigt-til-ansigt og ej heller i forhold til ingen behandling.

8 Sammenfatning og konklusion

Fonden for Velfærdsteknologi gav i 2012 Region Syddanmark tilsagn om tilskud på knap 5 mio. kr. til udvikling og afprøvning af et internetbaseret tilbud med støtte til personer med let til moderat depression. Hertil kommer en egenfinansiering på godt 900.000 kr. i Region Syddanmark. Det primære formål med demonstrationsprojektet har været at vise, om internetbaseret behandling med selvhenvielse kan fungere i en dansk kontekst, samt vise om sundhedsvæsenets omkostninger ved behandlingen af patienter med let til moderat depression kan reduceres ved hjælp af denne behandlingsform. Herudover er der ønske om, at initiativet når ud til en gruppe patienter, der ikke modtager behandling eller alternativt kommer senere i gang med et behandlingsforløb. Projektperioden har forløbet fra 1. november 2012 til 28. februar 2015. Nærværende evaluering af projektet har som udgangspunkt fokuseret på 8½ måneders klinisk afprøvningsperiode med patienter (15. juni 2014-28. februar 2015). Projektet er herefter overgået til en toårig driftsperiode i Region Syddanmark, hvilket i evalueringssammenhæng er blevet brugt som afsæt for perspektivering til en eventuel udrulning til øvrige regioner.

Resultater fra udenlandske studier viser, at der er potentiale for at opnå behandlingseffekt ved iCBT. Men det er endnu for tidligt at konkludere, om effekten af støttet internetpsykiatrisk behandling med kognitiv adfærdsterapi af patienter med depression har samme effekt som sædvanlig ansigt-til-ansigt terapi af personer med let til moderat depression.

Evalueringen af demonstrationsprojektet i Region Syddanmark viser, at det er lykkedes for regionen at få etableret et innovativt miljø, der teknisk har kunnet udvikle ny software (en beta-version) og støtteteknologier til at kommunikere og støtte patienter virtuelt. Forsøget med internetpsykiatrisk behandling i Region Syddanmark har herudover tilvejebragt væsentlige faglige og praktiske erfaringer med, hvordan en regional ordning med internetpsykiatri kan implementeres. Dette har midlertidigt resulteret i, at man næsten har sat sig mellem tre stole ved på den ene side at ville lave teknisk og organisatorisk udvikling (innovation) og på den anden side har ønsket at tilvejebringe muligheder for forskning, og på den tredje side skullet vise effektiviseringspotentiale sammenlignet med den nuværende behandling. Organisatorisk er det lykkedes at få udviklet psykologernes kompetencer, så de er i stand til at varetage et sikkert patientforløb virtuelt i form af at kunne tage imod selvhenvendte patienter samt håndtere deres eventuelle suicidalitet, udrede deres problem, diagnosticere og tilbyde behandling (eller anden information) herunder at gennemføre behandling med støtte af iCBT-program, samt afslutte patienten inden for rammerne af et konventionelt behandlingsforløb med brev til egen læge.

Patienterne har overvejende vurderet det internetpsykiatriske tilbuds kvalitet og tilfredsheden hermed som positiv og oplever, at tilbuddet i væsentlig grad har imødekommet deres behov.

Det tegner til, at internetpsykiatrisk behandling ved overgang til drift vil være en dyrere løsning for sundhedsvæsenet end samtalerapi ved praktiserende psykologer under tilskudsordningen, men det skal bemærkes, at der er store usikkerheder forbundet med omkostningsopgørelsen. Hvorimod der formentlig ud fra et samfundsmæssigt perspektiv vil være gevinster for patienterne, som især vedrører færre omkostninger til transport (både i form af reduceret transporttid og kørsel), reduceret ventetid på behandling og formentlig ikke mindre væsentligt ingen egenbetaling ved behandling. Der er ikke sikkert grundlag for at afgøre, om der er en økonomisk gevinst i form af et reduceret produktionstab som følge af, at patienter, der enten ikke ville have modtaget behandling eller være kommet senere i gang med et behandlingsforløb, får reduceret deres korte og langvarige sygefravær. Evidensgrundlaget for en landsdækkende ordning med internetpsykiatrisk behandling må derfor betragtes som spinkelt, jf. de krav der almindeligvis stilles ved en MTV.

Efterfølgende er der foretaget sammenfatninger for hver af de fire delelementer i MTV'en.

Teknologi

Gennemgang af den udenlandske litteratur viser, at det endnu er for tidligt at konkludere entydigt på effekten af iCBT til personer med let til moderat depression. I metaanalyserne rækker beskrivelsen af evidensen over, 'at støttet iCBT er en lovende behandlingsform', at 'evidensen for effekt er moderat ved iCBT versus patienter på venteliste', over 'review og metaanalyse giver støtte til effekt (efficacy og effectiveness) af computerbaseret psykologisk behandling af depression i forskellige settings og med forskellige populationer', til 'iCBT er veldokumenteret behandling'. Når metaanalyser og reviews kommer frem til forskellige resultater og konklusioner for effekten af iCBT, vurderes det, at dette væsentligst kan tilskrives, at sammenligningsgrundlaget er forskelligt. Det er således også for tidligt at konkludere på, om effekten af støttet internetpsykiatrisk behandling med kognitiv adfærdsterapi af patienter med depression adskiller sig fra sædvanlig ansigt-til-ansigt terapi af personer med let til moderat depression. Sammenfatningsvis kan det også konstateres, at resultater fra studier af omkostningseffekter omfattes af stor usikkerhed.

I evalueringen af det danske demonstrationsprojekt i Region Syddanmark kan det konstateres, at kendskabet til projekt 'Internetpsykiatri' er øget blandt fagpersoner i projektføreløbet. Mod slutningen af den kliniske afprøvningsperiode er flere af patienterne blevet opfordret af egen læge eller af kommunernes sagsbehandlere til at gøre brug af tilbuddet. På det foreliggende datagrundlag er vi ikke i stand til at afgøre, i hvilket omfang de inkluderede patienter har modtaget samtaleterapi hos egen læge/og eller hos en praktiserende psykolog før eller efter brugen af det internetpsykiatriske behandlingstilbud. Vi kan derfor ikke vurdere, i hvilket omfang den internetpsykiatriske behandling fremadrettet vil substituere eller supplere det nuværende behandlingstilbud om samtaleterapi hos alment praktiserende læger henholdsvis hos praktiserende psykologer under tilskudsordningen.

Det er lykkedes for Region Syddanmark at rekruttere patienter med depression i internetpsykiatrisk behandling i den kliniske afprøvningsperiode, om end det kun er godt 25 % af det forventede antal på 300 personer. Projektets eget succeskriterium på 75 % gennemførelse for patienter, som har påbegyndt behandling, er ikke nået, idet evalueringen viser, at 55 % har gennemført 6-8 moduler.

Patient

Evalueringen viser, at patienterne overvejende har vurderet det internetpsykiatriske tilbuds kvalitet og tilfredsheden hermed som positiv. Hovedparten af patienterne giver endvidere udtryk for, at behandlingen har hjulpet effektivt på håndteringen af deres problemer. Evalueringen er baseret på patienternes besvarelse af et spørgeskema (en besvarelsesprocent på 50), der er udsendt knap 3½ måned efter afslutningen på den kliniske afprøvningsperiode. Der er ikke foretaget en kvalitativ undersøgelse af patienternes oplevelse af interaktion med computer og den internetmedierede støtte fra psykologen, hvilket begrænser indsigt og mulighed for læring i organisationen.

Organisation

Evalueringen af demonstrationsprojektet i Region Syddanmark viser, at det er lykkedes for regionen at få etableret et innovativt miljø, der teknisk har kunnet udvikle ny software (en beta-version) og nye teknologier til at kommunikere og støtte patienter virtuelt, og at det organisatorisk har givet kompetencer og rammer for et sikkert patientforløb for selvhenvendte patienter i psykiatrien. Organiseringen af interventionen er baseret på fire centrale arbejdsgange: 1) en vagtordning, der tager imod patienternes e-anmodninger og screener for suicidale risici, 2) en forundersøgelse af alle selvhenvendte patienter via videosamtale ideelt set, men ellers via

telefon, 3) ugentlig skriftlig støtte gennem 10 uger til patienter, der får tilbudt iCBT-behandlingsprogrammet og 4) en afsluttende videosamtale (eller telefonsamtale) med status på forløbet. Disse fire arbejds gange består endvidere af konkrete opgaver i forhold til patientbehandlingen - der aldrig er fysisk ansigt-til-ansigt, men altid ikt-medieret - og i forhold til den fælles organisatoriske tilrettelæggelse og planlægning af arbejdet, som har socioteknisk karakter.

Samlet set er der udviklet et sammenhængende internetpsykiatrisk behandlingstilbud til selvhenvendte patienter. Dette kræver imidlertid særlige sociotekniske kompetencer hos psykologerne, og den tekniske del er stadig krævende med henblik på at skabe tilstrækkelig stabilitet og effektivitet i interventionen. Det er tidsmæssigt ressourcekrævende, når teknikken ikke fungerer optimalt. Endvidere er produktiviteten sårbar over for udeblivelser eller ustabil optag af patienter. Den fremtidige patientrekruttering er derfor et væsentligt grundlag for og ressource til også at udvikle et effektivt tilbud. Tilbuddet er midlertidigt sårbart over for psykologernes tidsforbrug på inklusion af de rette patienter (dvs. patienter, der ikke har andre psykiske diagnoser, intet misbrug og har it- og læse-/skrivefærdigheder på dansk), der forventes at kunne profitere af tilbuddet og herunder har CBT som den foretrukne behandlingsform af lidelsen. På baggrund af demonstrationsprojektets andel af inkluderede patienter i forhold til antallet af anmodninger (knap 50 %) kan det give anledning til at nedjustere forventningerne til patientgrundlaget for iCBT i indeværende teknologiske og organisatoriske udformning.

En landsdækkende udbredelse af tilbuddet vil alt andet lige øge muligheden for patientrekruttering. Den er således betinget af to forhold: 1) at den baserer sig på en stabil, driftsmoden version af teknologien, og 2) at interventionen er afprøvet på et tilstrækkeligt antal patienter med positiv effekt. I forbindelse med udarbejdelsen af et udbud skal regionerne først afklare, om de vil indgå i et fælles udbud i 2017 eller hver for sig. Dette vil relatere sig til, hvilken model de vælger blandt minimum tre mulige:

- Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark bliver nationalt videnscenter og udbyder til alle landets borgere uanset bopælskommune
- De øvrige fire regioner overtager og implementerer Region Syddanmarks koncept
- Region Syddanmark effektiviserer og driver tilbuddet tilstrækkeligt længe, indtil både teknologi og de faglige kompetencer er modne nok til udbredelse i de øvrige regioner og/eller i primærsektoren.

Den første model har den ulempe, at den forudsætter, at regionerne kan blive enige om en afregningsmodel for ydelsen 'Internetpsykiatri'. Den anden models svaghed er - ud over til lægsopgaven med den tekniske integration, at psykologfaglige miljøer med ikt-kompetencer ikke er til stede i Danmark og derfor vil give små faglige miljøer, hvor regionerne selv skal udvikle/oplære personalet fra bunden af. Den tredje model er meget hypotetisk, særligt når interventionen ikke har vist sin fulde værdi endnu i forhold til effektivitet og klinisk evidens, men samtidig vil den åbne op for en anden organisering af forundersøgelsen.

Økonomi

Den økonomiske analyse viser, at de gennemsnitlige omkostninger pr. behandlet patient ved et internetpsykiatrisk behandlingsforløb for patienter med let til moderat depression er 9.780 kr. i den kliniske afprøvningsperiode i Region Syddanmark. Der har imidlertid været vanskeligheder med at rekruttere patienter til behandlingen, hvilket har været medvirkende til forholdsvis høje omkostninger i afprøvningsperioden. Der er derfor suppleret med en analyse baseret på estimerede driftsomkostninger og antagelser om submaksimal kapacitetsudnyttelse og overhead i forhold til antal forundersøgelser, der kan gennemføres med tre deltidsansatte psykologer: Her beløber de forventede gennemsnitlige omkostninger pr. behandlet patient i internetpsykiatrien

sig til 7.850 kr. Hvis omkostninger ved vagtordning og forundersøgelse og tilhørende dokumentation heraf udelades for ikke-inkluderede patienter, er de forventede gennemsnitlige omkostninger ved internetpsykiatrisk behandling 6.780 kr. pr. behandlet patient. Dette estimat kan ses som en rettesnor for det bedst opnåelige resultat i Region Syddanmark i de sidste 1½ år af den toårige driftsperiode, der er begyndt 1. marts 2015. Til sammenligning er de forventede offentlige sygesikringsomkostninger ved behandling hos praktiserende psykologer på 4.820 kr. (7.810 kr. når patientens egenbetaling indregnes).

Det er ikke muligt på det foreliggende datagrundlag at fremkomme med en business case, der rækker ud i fremtiden på nationalt niveau, idet der ikke er et tilstrækkeligt sikkert omkostnings- og patientgrundlag herfor. Det må forventes, at de gennemsnitlige omkostninger pr. behandlet vil stige efter den toårige driftsperiode i Region Syddanmark. Dette er der flere grunde til: Softwareprogrammet skal i udbud, hvilket formentlig betyder, at der skal indgås en aftale om licensbetaling, som vil afhænge af antal patienter/regioner. Herudover vil der fremadrettet skulle indregnes omkostninger ved indkøb, udvikling og implementering af teknologi. Omkostningerne herved vil variere efter organiseringsform (en enkelt udbyder af tilbuddet eller landsdækkende udbredelse). Endelig vil der også fremadrettet skulle indregnes omkostninger til oplæring af psykologer i brugen af internetbaseret adfærdsterapi, idet psykologer for nuværende ikke uddannes heri på universiteterne.

Ud fra en kasseøkonomisk betragtning for sundhedsvæsenet kan det konstateres, at der forventeligt vil være øgede omkostninger forbundet med at give patienter med depression iCBT fremfor samtaleterapi ved praktiserende psykologer under tilskudsordningen. På baggrund af den samfundsøkonomiske analyse, som dog ikke omfatter alle relevante forhold, kan der potentielt være samfundsøkonomiske gevinster på længere sigt, men dette er imidlertid forbundet med usikkerhed.

Der skal gøres opmærksom på, at de organisatoriske udfordringer ved at samarbejde med alment praktiserende psykologer eller psykiatere om eventuel medicinering og omkostninger hermed ikke har været en del af denne evaluering.

8.1 Samlet konklusion

Med det samlede undersøgelsesdesigns begrænsninger taget i betragtning (jf. afgrænsninger i formål og metodebeskrivelse) viser analysen, at støttet internetbaseret kognitiv adfærdsterapi til patienter med let til moderat depression kan indgå som et meningsfuldt supplement til den nuværende behandling med samtaleterapi ved alment praktiserende læger henholdsvis praktiserende psykologer under tilskudsordningen.

Resultater fra udenlandske undersøgelser viser, at det for tidligt at konkludere på, om effekten af støttet internetpsykiatrisk behandling med kognitiv adfærdsterapi af patienter med depression adskiller sig fra sædvanlig ansigt-til-ansigt behandling af personer med let til moderat depression. Det står således heller ikke klart, om internetpsykiatrisk behandling med kognitiv adfærdsterapi er omkostningseffektivt sammenlignet med ansigt-til-ansigt behandling af depressive.

Den kliniske effekt er endnu ikke dokumenteret i dansk kontekst. Forudsætningerne herfor er en fuldt moden teknologi og organisation, der dels kan rekruttere et tilstrækkeligt antal patienter til at indgå i et randomiseret, kontrolleret studie, dels har ressourcer til at oplære et tilstrækkeligt antal psykologer, som kan varetage de internetpsykiatrisk støttede patientforløb. Med demonstrationsprojektet har Region Syddanmark fået udviklet og klinisk afprøvet en prototype til internetstøttet kognitiv behandling af patienter med let til moderat depression. Regionen har endvidere udviklet og afprøvet et nyt behandlingstilbud, der indbefatter nye kompeten-

cer hos psykologerne og i organisationen i forhold til at varetage internetpsykiatrisk behandling for selvhenvendte patienter.

Patienterne er tilfredse med behandlingen, men der er behov for, at patientrekrutteringen bliver yderligere cementeret gennem stabil drift efter ophør af projektperioden. Hvorvidt det med tilbuddet er lykkedes at nå ud til en gruppe af patienter, der ikke modtager behandling eller alternativt kommer senere i gang med et behandlingsforløb, indgår ikke som en del af denne evaluering.

Organisatorisk er det lykkedes for regionen at udvikle et fagligt miljø, der kan varetage psykologstøttet internetpsykiatrisk behandling. Herudover har Telepsykiatrisk Center fået etableret et udviklingsmiljø, der målrettet kan arbejde med dataindsamling og validering af effekt. Med midler bevilget af Regionsrådet i Region Syddanmark og De nære sundhedsmidler er der sikret rammer for drift i en toårig periode med henblik på at stabilisere interventionen og opnå øget integration med det eksisterende sundhedsvæsens infrastruktur.

Det vurderes på det foreliggende grundlag, at de gennemsnitlige omkostninger pr. behandlet patient ved iCBT er dyrere for sundhedsvæsenet end den nuværende behandling med samtaleterapi ved alment praktiserende læge henholdsvis ved praktiserende psykologer under tilskudsordningen. Den samfundsøkonomiske analyse, som dog ikke omfatter alle relevante forhold, viser, at der potentielt kan være samfundsøkonomiske gevinster på længere sigt, men dette er forbundet med usikkerhed.

For patienterne vil der derimod være tale om en væsentlig gevinst, idet der ikke er egenbetaling ved internetpsykiatrisk behandling, samtidig med at behandlingen ikke er forbundet med transporttid og kørselsomkostninger. Hvorvidt der vil være reducerede indirekte omkostninger som følge af et mindre kort- og langvarigt sygefravær, er der ikke et tilstrækkeligt grundlag for at vurdere – hertil er litteraturen for sparsom.

Følgende tre parametre vil være væsentlige – uanset organiseringsmodel – hvis sundhedsvæsenets omkostninger ved iCBT fremadrettet skal reduceres: Et stabilt patientgrundlag, submaksimal kapacitetsudnyttelse af psykologernes arbejdstid samt reduktion af deres sociotekniske arbejde. Sidstnævnte kan formentlig reduceres ved mere stabil drift/et mere etableret tilbud og højere faglighed blandt psykologerne.

9 Perspektivering

I dette kapitel perspektiveres evalueringresultaterne af iCBT i en dansk kontekst. Resultaterne fra de internationale studier peger i sammenhæng med evalueringen af demonstrationsprojektet i Region Syddanmark på, at internetpsykiatrisk behandling i Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark har potentiale som et nyt, alternativt tilbud til behandling af mennesker med let til moderat depression. Potentialet er især rettet mod patienter, som ikke har råd til at betale egenbetalingen ved en praktiserende psykolog under tilskudsordningen eller af andre grunde ikke har lyst eller tid til at modtage ansigt-til-ansigt behandling og derfor foretrækker, at behandlingen foretages hjemmefra. En forudsætning er, at patienterne har tilstrækkelige læse- og skrivefærdigheder til at kunne indgå i behandlingen. Der er dog en række forhold, der bør afklares, før det giver mening at udbrede tilbuddet landsdækkende. Disse vedrører:

1. Stabilisering af teknologien og evidens af behandlingen
2. Rekruttering af patienter og effekt på ulighed i sundhed
3. Finansiering af behandlingsforløbet
4. Oplæring- og uddannelsespolitik

Med henblik på videre udbredelse af interventionen anbefaler KORA, at beslutningstagere forinden forholder sig til overstående fire punkter, hvis besvarelser er indbyrdes og successivt afhængige af hinanden og beskrevet med efterfølgende fire tematikker.

Stabilisering af teknologi og evidens af behandlingen

Demonstrationsprojektet i Region Syddanmark er sikret to års driftsmidler med henblik på at stabilisere teknologien til markedsmoden version og øge den kliniske afprøvning på flere patienter. Forskningshypotesen om, at iCBT virker, bør undersøges i et efficacy-studie (med indlagt randomisering) med henblik på at undersøge, hvorvidt der er klinisk evidens i en dansk kontekst, herunder at undersøge, hvem der anmoder om behandling henholdsvis modtager behandling, og hvad den opnåede effekt (reduktion af sygdomssymptomer og/eller QALY) og omkostningerne herved er for patienter med forskellig socioøkonomisk baggrund. Afklaring af, hvilke grupper i befolkningen der har gavn af behandlingen, kan have betydning for valg af finansieringsmodel ved landsdækkende udbredelse.

Lige adgang og samme effekt for patienter med forskellig socioøkonomisk baggrund

Lighed i sundhed har været centralt for udvikling af demonstrationsprojektet, dels i forhold til at ligestille psykisk og somatisk sygdom, dels i forhold til at udvikle et internetpsykiatrisk tilbud til befolkningsgrupper, der ellers ikke ville modtage behandling eller ville komme sent i gang hermed. Det er derfor vigtigt at få afdækket, om internetpsykiatrisk behandling substituerer eller supplerer eksisterende behandlingstilbud hos egen læge henholdsvis praktiserende psykolog. Et supplement til de eksisterende tilbud om samtaleterapi kan være ønskeligt, givet det internetpsykiatriske behandlingstilbud bidrager til: a) en forøgelse af behandlingsskapaciteten i sundhedsvæsenet i et sådant omfang, at ventetid og diagnosetidspunkt for patienter, der ikke er tilbøjelige til at søge læge, nedbringes væsentligt, og b) at reducere den absolutte ulighed i sundhed, således at ressourcestærke og ressourcevage patienter ikke blot har lige adgang til og modtager behandling i samme omfang, men også at behandlingseffekt og livskvalitet som minimum er lige så stor (og helst større) for ressourcevage som ressourcestærke patienter. I den sammenhæng må der tages højde for, at programmet og psykologstøtten i en dansksproget version kan udelade etniske minoriteter, som alt andet lige kunne være en relevant målgruppe for tilbuddet og dets ulighedsreducerende potentiale.

Fremadrettet finansiering af national intervention

Afhængig af om interventionen bidrager til at reducere eller øge den absolutte ulighed i sundhed, kan man overveje forskellige finansieringsmodeller. Nedbringer interventionen ikke den sociale ulighed i sundhed, kan det betragtes som en kapacitetsudvidende substitution af de eksisterende behandlingstilbud, hvor behandling hos praktiserende psykologer er forbundet med egenbetaling med offentligt finansieret tilskud. Finansieres den internetpsykiatriske behandling svarende til samtaleterapi ved praktiserende psykologer under tilskudsordningen, er det værd at være opmærksom på, at sygesikringstilskuddet i den nuværende aftale med Danske Psykologer er betinget af, at psykologen er autoriseret.

Uddannelse af psykologer med ikt-terapeutiske kompetencer

En national udbredelse af behandlingen, hvad enten den fremadrettet varetages af det specialiserede sygehusvæsen eller i primærsektoren, forudsætter personaleresourcer til at varetage opgaven.

Psykolognævnet autoriserer inden for rammerne af gældende praksis ikke kandidater til iCBT. Uddannelsespolitisk bør det derfor overvejes, hvorledes psykologuddannelserne fremadrettet kan bibringe kandidaterne kompetencer i at støtte patienter i behandling med iCBT. Forskningsmæssigt mangler der også viden om patientgruppens brugeroplevelser og betydningen af patienternes 'litteracy' i forhold til mulighederne for, at iCBT kan medvirke til at reducere den absolutte ulighed i sundhed – underforstået om der skabes en ny form for digital ulighed blandt ressourcesvage patienter.

Litteratur

- (1) Damsbo N, Holm M, Stage KB. Unipolar depression. Diagnostik og behandling. Klinisk vejledning for almen praksis. København: Dansk Selskab for Almen Medicin; 2010.
- (2) World Health Organization. Gender and women's mental health. Gender disparities and mental health: The Facts. Available at: http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/. Accessed February, 2015.
- (3) Statistikbanken. FOLK1: Folketal den 1. i kvartalet efter kommune, køn, alder, civilstand, herkomst, oprindelsesland og statsborgerskab. 2015.
- (4) Borg V, Nexø MA, Kolte ID, Andersen MF. Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2010.
- (5) Praktiserende Lægers Organisation. Redegørelse for ny landsoverenskomst 2011. København: Praktiserende Lægers Organisation; 2010.
- (6) Regeringen, Venstre, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance, Det Konservative Folkeparti. Aftale om satspuljen på sundhedsområdet 2012-2015 (Dateret 16. november 2011). København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2011.
- (7) Daubjerg M, Dige MB, Rasmussen SR, Henriksen J, Berger NP, Johansen KS. Kortlægning og analyse af tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren. Slutrapport. København: Implement & KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning; 2015.
- (8) Danske Regioner. Modernisering af psykiatri i speciallægepraksis (med udspring i forhandlingsaftalen mellem RLTN og FAS/26. september 2014 aftalen). Version 26.02.2015. Available at: <http://regioner.dk/Sundhed/Praksissektoren/Praktiserende+speciall%C3%A6ger/~media/54B5FE8172CD4889914DC93C9B0D3953.ashx>. Accessed November, 2015.
- (9) Region Syddanmark. Praksisplan for psykiatri, vedtaget af Regionsrådet den 27. maj 2013 (jf. side 33, figur 6.1). Vejle: Region Syddanmark; 2013.
- (10) Andlin-Sobocki P, Jonsson B, Wittchen HU, Olesen J. Cost of disorders of the brain in Europe. Eur J Neurol 2005;12 Suppl(1):1-17.
- (11) Danske Regioner, Dansk Psykiatrisk Selskab, DPBO, Dansk Psykolog Forening. Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet - debatoplæg. 2009.
- (12) Collins KA, Westra HA, Dozois DJA, Burns DD. Gaps in accessing treatment for anxiety and depression: Challenges for the delivery of care. Clinical Psychology Review September 2004; 24(5):583-616.
- (13) Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Social- og Vækstministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet. National handlingsplan for udbredelse af telemedicin. København: Fonden for Velfærdsteknologi; 2012.
- (14) Danske Regioner. Regionernes fælles pejlemærker for digitalisering af sundhedsvæsenet - fra strategi til handling: Nye pejlemærker i perioden 2014 til 2016. Available at: <http://www.regioner.dk/sundhed/sundheds-it/~media/A32CF0C2AB5F449A89462F6C824941AB.ashx>. Accessed February, 2015.

- (15) Region Syddanmark. Revideret ansøgning vedr. internetpsykiatri-initiativet. 278466-12_v1.
- (16) Børlum Kristensen F, Sigmund H. Health technology assessment handbook (Version: 1.0). 2nd ed. København: Sundhedsstyrelsen. Enhed for Medicinsk Teknologivurdering; 2008.
- (17) Sundhedsstyrelsen. Medicinsk Teknologivurdering (MTV). 7. januar 2015; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/medicinsk-teknologivurdering-mtv>. Accessed September, 2015.
- (18) Hedman E, Ljótsson B, Lindefors N. Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2012;12(6):745-764.
- (19) Andersson G, Nordgren LB, Buhrman M, Carlbring P. Psychological treatments for depression delivered via the internet and supported by clinician: an update. *Spanish Journal of Clinical Psychology* 2014;19(3):217-225.
- (20) Sundhedsstyrelsen. Evidensniveauer og styrkegraderinger af anbefalinger. [U.å.]; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/medicinsk-teknologivurdering-mtv/~media/3E5E326CD6E54D609575282C73F9F9F2.ashx>. Accessed September, 2015.
- (21) Kvale S. Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag; 1997.
- (22) Kristiansen S, Krogstrup HK. Deltagende Observation: Introduktion til en forskningsmetode. København: Hans Reitzels Forlag; 1999.
- (23) Mol A. The Body Multiple: Ontology in Medical Practice. Durham: Duke University Press; 2003.
- (24) Latour B. On technical Mediation. *Common Knowledge* 1974;3(2).
- (25) Berg M. The Politics of Technology. *Technology & Human Values* 1998;23(4):456-490.
- (26) Latour B. Reassembling the Social. An introduction to Actor-Network-Theory. New York: Oxford University Press; 2005.
- (27) Nicolini D. Zooming In and Out: Studying Practices by Switching Theoretical Lenses and Trailing Connections. *Organization Studies* 2009;30(12):1391-1418.
- (28) Kress G. Literacy in the New Media Age. London: Routledge; 2003.
- (29) Boehm BW. A Spiral Model of Software Development and Enhancement. *IEEE Computer* 1988;21(5):61-72.
- (30) Nilsson A, Wilson T. Reflections on Barry W. Boehm's "A spiral model of software development and enhancement". *International Journal of Managing Projects in Business* 2012;5(4):737-756.
- (31) Attkisson CC, Greenfield TK. The UCSF Client Satisfaction Scales: I. The Client Satisfaction Questionnaire-8. In: Maruish ME, editor. *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment*. 3rd ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2004. p. 799-811.

- (32) Statens Serum Institut. Takstsystem. Vejledning. København: Sundhedsdokumentation, Sektor for National Sundhedsdokumentation og Forskning; 2015.
- (33) Digitaliseringsstyrelsen. Den fællesstatslige it-projekt-/programmodel. Vejledning til Statens business case-model, version 2.1. København: Digitaliseringsstyrelsen.
- (34) Sundhedsstyrelsen. Faglige retningslinjer for henvisning til psykolog. For patienter med let til moderat depression eller let til moderat angst. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
- (35) Praktiserende Lægers Organisation. Honorartabel. Overenskomst om almen praksis og profylakseaftalen. København: Praktiserende Lægers Organisation; 2011.
- (36) Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- (37) Efteruddannelsessekretariatet. Vejledning om tilskudsberettiget efteruddannelse gældende for selvvalgt og systematisk efteruddannelse. København: Fonden for Almen Praksis, Lægeforeningen; 2015.
- (38) Hansen B. Afdækning af almenpraktiserende lægers patientkontakter i forskellige aldersgrupper:
http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_74711/cf_202/Almen_praktiserende_l-gers_patientkontakter_fordel.PDF. 2015.
- (39) Danske Regioner. Fakta om sundhedsvæsenet - sundhedsvæsenet i tal. 2015; Available at:
<http://www.regioner.dk/aktuelt/temaer/fakta+om+regionernes+effektivitet+og+%C3%B8konomi/kopi+af+fakta+om+sundhedsv%C3%A6senet>. Accessed Oktober, 2015.
- (40) Fjeldsted R, Christensen KS. Evaluering af ordning med psykologbehandling af personer med let til moderat depression. Aarhus: Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet; 2011.
- (41) Dansk Psykologforening. Løn, takster & honorarer. Pr. 1. oktober 2014. København: Dansk Psykologforening; 2014.
- (42) PA Consulting Group. Analyse af patientrapporterede oplysninger (PRO). Hovedrapport. Hellerup: PA Consulting Group; 2015.
- (43) Richards D, Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* Rev June 2012;32(4):329-342.
- (44) Cohen J. A power primer. *Psychol Bull* 1992 Jul;112(1):155-159.
- (45) So M, Yamaguchi S, Hashimoto S, Sado M, Furukawa TA, McCrone P. Is computerised CBT really helpful for adult depression? A meta-analytic re-evaluation of CCBT for adult depression in terms of clinical implementation and methodological validity. *BMC Psychiatry* 2013; 13(113): doi:10.1186/1471-244X-13-113.
- (46) Arnberg FK, Linton SJ, Hultcrantz M, Heintz E, Jonsson U. Internet-delivered psychological treatments for mood and anxiety disorders: a systematic review of their efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PLoS One* 2014 May 20;9(5:e98118).

- (47) Donker T, Blankers M, Hedman E, Ljotsson B, Petrie K, Christensen H. Economic evaluation of internet interventions for mental health: a systematic review. *Psychol Med* 2015 Aug 3;45(16):3357-3376.
- (48) Hollinghurst S, Peters TJ, Kaur S, Wiles N, Lewis G, Kessler D. Cost-effectiveness of therapist-delivered online cognitive-behavioural therapy for depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010 Oct;197(4):297-304.
- (49) Warmerdam L, Smit F, van Straten A, Riper H, Cuijpers P. Cost-utility and cost-effectiveness of internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized trial. *J Med Internet Res* 2010 Dec 19;12(5):e53.
- (50) Bech P, Rasmussen NA, Olsen LR, Noerholm V, Abildgaard W. The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. *J Affect Disord* 2001 Oct;66(2-3):159-164.
- (51) Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP, et al. M.I.N.I Mini Internationalt Neuropsykiatrisk Interview. Dansk version 5.0.0 DSM-IV, oversat af P Bech, G Bech-Andersen & T. Schütze (1992, 1994, 1998-version: DV Sheehan & Y Lecrubier). [Hillerød]: [Frederiksborg Hospital]; 1999.
- (52) Rush AJ, Carmody T, Reimitz P. The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Clinician (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR) ratings of depressive symptoms. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2000;9(2):45-59.
- (53) Sundhed.dk. Lægehåndbogen: Hamilton 17 depressionsskala. 23.11.2011; Available at: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/undersogelser-og-proever/kalkulatorer/hamilton-17-depressionsskala/>. Accessed Februar, 2015.
- (54) Arbejdsgruppe nedsat af Sekretariatet for Referenceprogrammer - SfR. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
- (55) Bekendtgørelse om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper. BEK nr, 663 af 25/06/2012 (Gældende). København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2012.
- (56) MedCom. En brugervejledning til praktiserende læger, speciallæger, fysioterapeuter og psykologer. Henviseingshotellet REFHOST: MedCom; Danske Regioner; Dansk Psykolog Forening; Danske Fysioterapeuter; Datagruppen Multimed; 2009.
- (57) Sundhedsstyrelsen. Evaluering af tilskudsordningen for psykologbehandling. September 2015. September 2015; Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/evaluering-af-tilskudsordningen-for-psykologbehandling>. Accessed November, 2015.
- (58) Andersson G, Cuijpers P. Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behavior Therapy* Dec 2009;38(4):196-205.
- (59) Andrews G, Cuijpers P, Craske M, McEvoy P, Titov N. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS One* 2010 Oct 13;5(10):e13196.
- (60) Wright J, Wright A, Albano A, Basco M, Goldsmith L, Raffield T, et al. Computer-assisted cognitive therapy for depression. Maintaining efficacy while reducing therapist time. *Am J Psychiatry* 2005 Jun;162(6):1158-1164.

- (61) Selmi P, Klein M, Greist J, Sorrell S, Erdman H. Computeradministered cognitive-behavioral therapy for depression. *American Journal of Psychiatry* 1990;147(1):51-56.
- (62) Cuijpers P, Donker T, van Straten A, Li J. Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychol Med* Dec 2010;40(12):1943-1957.
- (63) Andersson G, Cuijpers P, Carlbring P, Riper H, Hedman E. Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2014 Oct;13(3):288-295.
- (64) Johansson R, Andersson G. Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Rev Neurother* 2012 Jul;12(7):861-869; quiz 870, doi: 10.1586/ern.12.63.
- (65) Gerhards SA, de Graaf LE, Jacobs LE, Severens JL, Huibers MJ, Arntz A, et al. Economic evaluation of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. *Br J Psychiatry* 2010 Apr;196(4):310-318.

Bilag 1 Forandringsmodel

I dette bilag præsenterer vi den bagvedliggende forandringsmodel for evalueringen. Forandringsmodellen omfatter en overordnet problemstilling og et formål, som tilsammen er styrende for projektets implementeringsdesign og de forandringer, som man kan forvente af projektet.

Problemstilling og formål

Interessen for at undersøge mulighederne for at indføre nye former for behandling eller støtte til personer med psykiske lidelser skal, jf. beskrivelsen af projekt 'Internetpsykiatri' i Den nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin, ses i lyset af mindst tre forhold: i) et generelt øget pres på ressourcer i det offentlige sundhedsvæsen, ii) øget pres på brug af behandling under psykologordningen – og specifikt øget brug for patienter med depression, samt iii) et udækket behandlingsbehov hos mennesker med psykiske lidelser (13).

På baggrund af ovenstående problemstilling er formålet med projekt 'Internetpsykiatri' at afprøve brugen af internetbaseret psykiatrisk behandling af personer med let til moderat depression i Region Syddanmark samt at undersøge, om det kan fungere i en dansk kontekst (15).

Afprøvning

I Bilagsfigur 1.1 er forandringsmodellen skitseret. Det ses af figuren, at der i forbindelse med implementeringen er fire overordnede forhold, hvor det første er forudsætningen for det efterfølgende og så fremdeles:

1. Tilførslen af finansielle midler (fra Digitaliseringsstyrelsen henholdsvis Region Syddanmark) er en forudsætning for udvikling og afprøvning af projektet.
2. Ressourcer til udvikling og afvikling af projektet, herunder ansættelse af en projektleder og øvrigt personale, udvikling og anskaffelse af teknologi, uddannelse af personale (fokus A), inddragelse af samarbejdspartnere mv. er grundlaget for, at der kan igangsættes andre og nye former for aktiviteter/tilbud til patienterne end de nuværende.
3. Aktiviteterne kan overordnet set sammenfattes som en intervention, der omfatter udredning og patientstøtte med efterfølgende mulighed for formidling og forskning på området.
4. De to aktiviteter – udredning og patientstøtte – udmøntes i specifikke ydelser (i kapitel 3 er behandlingen beskrevet, mens vi i kapitel 5 har beskrevet det arbejde, som organisationen yder). Nærværende evaluering bidrager til erfaringsudveksling og formidling vedrørende internetpsykiatri med henblik på videreudvikling af andre internetpsykiatriske tilbud.

Forandringer

Den forventede forandring antages at indfinde sig hos borgerne (her patienterne) henholdsvis i samfundet og specifikt i sundhedssektoren. Tidsperspektivet for forandringerne er opdelt i 'kort sigt', 'mellemlangt sigt' og 'lang sigt'. Forventningen er overordnet set, at patienterne på kort sigt vil få det bedre psykisk, hvilket forventes at føre til et fald i symptomniveau og øget empowerment hos den enkelte (fokus A). På længere sigt forventes det at ville give øget arbejdsevne og livskvalitet hos den enkelte og i familien. Fra et samfundsmæssigt perspektiv er forventningen, at tilgængeligheden af evidensbaserede tilbud vil blive øget, hvorved flere patienter vil kunne behandles (fokus C₁) – også nogle, som ikke ellers ønsker at bruge det nuværende offentlige tilbud med kontakt ansigt-til-ansigt. Dermed vil en række omkostninger forventeligt blive reduceret over tid (fx i form af færre omkostninger ved kort- og langvarig sygdom) (fokus C₂). Herudover er det forventningen, at omkostningerne i sundhedssektoren vil blive reduceret på både kort, mellemlang og lang sigt (fokus D₁₊₂), idet det antages, at internetpsy-

kiatrisk behandling er både billigere end den nuværende behandling hos alment praktiserende læger og/eller privat praktiserende psykologer under tilskudsordningen og lige så effektiv. Med andre ord antages det, at internetpsykiatrisk behandling er et omkostningseffektivt tilbud, som kan måle sig med den konventionelle behandling af personer med let til moderet depression.

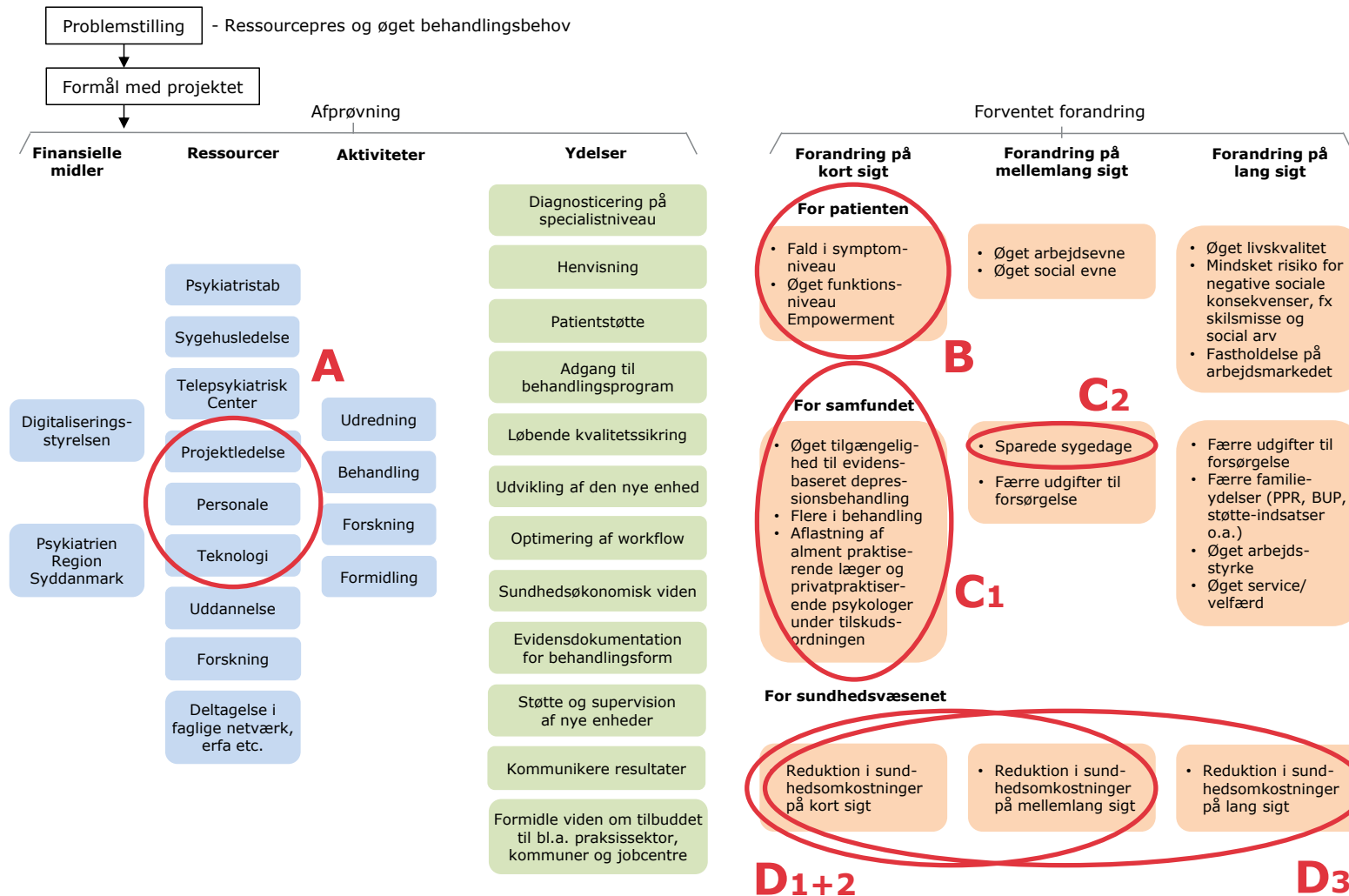
Patienter, som slipper af med deres depression qua internetpsykiatrisk behandling, behøver således ikke stå på venteliste til ansigt-til-ansigt behandling eller forblive ubehandlede, hvis de ikke har råd⁸¹/lyst til eller mulighed for at modtage at modtage ansigt-til-ansigt behandling ved privat praktiserende psykologer. Der henvises til Bilagsfigur 1.1 næste side.

Denne evaluering

Denne evaluering er afgrænset, således at den omfatter: i) en procesevaluering af organisatoriske elementer i forbindelse med de afsatte ressourcer i projekt 'Internetpsykiatri' – cirklet ind ved A Bilagsfigur 1.1, ii) den patientoplevede kvalitet af behandlingen på kort sigt (proxy for symptomer, funktionsniveau og empowerment) – cirklet ind ved B i figuren, og iii) omkostninger i sundhedsvæsenet på kort og mellemlangt sigt ved implementering af internetpsykiatrisk behandling (estimer, der relaterer direkte til indsatsen i Region Syddanmark) – cirklet ind ved C, samt iv) en business case for landsdækkende udbredelse, hvor de forventede omkostninger i sundhedsvæsenet på kort og lang sigt beregnes ved udbredelse af projekt 'Internetpsykiatri' – cirklet ind ved D i figuren. Herudover afsøges det, om der er eventuelle samfundsøkonomiske effekter ved internetpsykiatrisk behandling.

⁸¹ En væsentlig forudsætning herfor er, at den internetpsykiatriske behandling er eller gratis eller i det mindste er billigere for den enkelte patient end ved samtalerapi hos praktiserende psykologer under tilskudsordningen.

Bilagsfigur 1.1 Forandringsmodel for projekt 'Internetpsykiatri' til patienter med let til moderat depression



Bilag 2 Økonomi

Dette bilag omfatter de vigtigste oplysninger hvorpå de økonomiske beregninger er funderet (bilagstabellerne 2.1-1.5). Herudover kan de samlede gennemsnitlige omkostninger pr. patient med primær behandling ved praktiserende psykologer under tilskudsordningen ses i Bilagstabel 2.6.

Psykologernes tidsforbrug

Psykologernes tidsforbrug kan inddeles i to former for arbejde:

1. Tid til patientbehandling, som omfatter forundersøgelse, ugentlig støtte, afsluttende samtale, dokumentation (journalskrivning og korrespondance til patientens læge i forbindelse med forundersøgelse og efter den afsluttende samtale) – se Bilagstabel 2.1
2. Tid til øvrigt socioteknisk arbejde, som omfatter vagtordning, konference og teammøder, supervision, procedurebeskrivelse, tekniske udfordringer med programmet og rekruttering af patienter – se Bilagstabel 2.2.

Bilagstabel 2.1 Skønnet tidsforbrug til psykologers internetpsykiatriske behandling af patienter med let til moderat depression i Region Syddanmark fordelt på periode.

Patientbehandling	Tidsforbrug (minutter)			
	I slutningen af den kliniske afprøvningsperiode ¹		I forventet drift ²	
	Minimum	Maksimum	Minimum	Maksimum
Forundersøgelse (minutter)	60	90	90	90
Ugentlig støtte i 10 uger (minutter)	150	300	150	200
Afsluttende samtale (minutter)	30	30	30	30
Dokumentation, forundersøgelse (minutter) ³	40	70	40	70
Dokumentation, afsluttende samtale (minutter) ⁴	20	35	20	35
Samlet tidsforbrug (minutter)	300	525	330	425
Samlet tidsforbrug (timer)	5,0	8,8	5,5	7,1

1: Den kliniske afprøvningsperiode: 16. juni 2014-28. februar 2015.

2: Ultimo september 2015.

3: Omfatter 30-60 minutter til journalskrivning og 10 minutter til lægeorientering i den kliniske afprøvningsperiode.

4: Omfatter 10-15 minutter til journalskrivning og 10-20 minutter til lægeorientering i den kliniske afprøvningsperiode.

Kilde: Baseret på psykologers og ledelsens skønnede tidsforbrug tilpasset tidsforbrug til socioteknisk arbejde.

Bilagstabel 2.2 Skønnet tidsforbrug til psykologers socioteknisk arbejde i forbindelse med internetpsykiatrisk behandling af patienter med let til moderat depression i Region Syddanmark fordelt på periode.

Tidsforbrug (minutter)				
Socioteknisk arbejde	I slutningen af den kliniske afprøvningsperiode ¹		I forventet drift ²	
	Minimum	Maksimum	Minimum	Maksimum
Daglig vagtordning alle hverdage	10	20	1	20
Ugentlig konference ³	60	60	60	60
Ugentligt teammøde ³	60	60	60	60
Månedlig supervision ⁴	60	60	60	60
Tekniske udfordringer med programmet (ugentlig) ³	195	195	150	150
Udarbejdelse af procedurebeskrivelse (ugentlig) ³	45	45	30	30
Rekruttering af patienter (ugentlig) ³	60	60	60	60

1: Den kliniske afprøvningsperiode: 16. juni 2014-28. februar 2015.

2: Ultimo september 2015.

3: For hver af de tre psykologer.

4: I den kliniske afprøvningsperiode: for hver af de tre psykologer, herefter 1 time ugentlig for den ene ikke-autoriserede psykolog.

Kilde: Baseret på psykologers og ledelsens skønnede tidsforbrug tilpasset tidsforbrug til patientbehandling.

Løn og ugentligt timeantal

Bilagstabel 2.3 Baggrundsdata vedrørende løn og ugentligt timeantal fordelt på personale i den kliniske afprøvningsperiode af 'Internetpsykiatrisk behandling af let til moderat depression i Region Syddanmark'. 16. juni 2014-28. februar 2015.

Løn og timer	Psykolog	Sekretær	Projektleder	Afdelingsleder
Årsløn (kr.) ¹	513.100	491.800	557.200	760.000
Timeløn ²	360	325	369	503
Ugentligt timeantal	61	7½	6	4

1: Baseret på den kliniske afprøvningsperiode (16. juni 2014-28. feb. 2015) – for afdelingslederen er denne dog baseret på de sidste 1½ år af en toårig driftsperiode (1. marts 2015-28. februar 2017).

2: Beregnet under hensyntagen til antal arbejdsdage, ferieafholdelse og fradrag for frokost.

3: Timeantal for sekretær og ledelse er baseret på skøn.

Kilde: Beregninger baseret på oplysninger fra Region Syddanmark.

Projektbudget

Der har været et samlet forbrug i projektet på 4.814.672 kr. frem til 24. februar 2015 (i praksis afslutningstidspunktet for den kliniske afprøvningsperiode), hvilket fremgår af Bilagstabel 2.4.

Bilagstabel 2.4 Projektbudget for 'Internetpsykiatri i Region Syddanmark fordelt på budgetterede omkostninger ved projektstart, forbrug pr. 24. februar 2015¹ og forventet forbrug i resterende projektperiode samt det samlede forbrug ved projektets afslutning.

Aktivitet	Ansøgt budget	Forbrug pr. 24/2-2015	Forventet forbrug i resterende projektperiode	Samlet forbrug ved projektets afslutning	Difference	Forbrug (%)
Omkostninger						
Løn til eget personale	2.805.000	2.440.833		2.440.833	364.167	87,0
Teknologi	2.219.000	2.210.743		2.210.743	8.257	99,6
Andre varer og materialer	251.000	97.474	30.000	127.474	123.526	50,8
Tjenesteydelser (fx konsulenter)	470.000	12.100	400.000	412.100	57.900	87,7
Kursusaktiviteter	100.000	25.204	8.000	33.204	66.796	33,2
Rejser, befordring og kørsel	100.000	28.318		28.318	71.682	28,3
Revision	60.000	0	25.000	25.000	35.000	41,7
Andet	140.000	0		0	140.000	0,0
Direkte udgifter i alt	6.145.000	4.814.672	463.000	5.277.672	867.328	85,9
Indirekte udgifter						
Fællesudgifter (maks. 20 % af de direkte lønudgifter)	32.000	0	0	0	32.000	-
Udgifter i alt	6.177.000	4.814.672	463.000	5.277.672	899.328	85,4
Indtægter i alt						
Egenfinansiering, direkte tilskud				322.672		
Tilskud fra Fonden for Velfærdsteknologi (=udgifter-indtægter)						
				4.955.000		

1: Opgjort fire dage før afslutningen af den kliniske afprøvningsperiode.

Kilde: Projektbudget udleveret af Region Syddanmark.

Driftsbudget

Det reviderede driftsbudget for det første driftsår i Region Syddanmark har estimeret omkostningerne ved internetpsykiatrisk behandling til 1.022.000 kr., hvilket fremgår af Bilagstabel 2.5.

Bilagstabel 2.5 Driftsbudget pr. 28. februar 2015 for projektet 'Internetpsykiatri i Region Syddanmark'.

Aktivitet	Kr.
1½ årsværk – psykolog	675.000
2/5 administrativ medarbejder (herunder sagshåndtering, økonomi)	175.000
Ledelse og koordinering (herunder markedsføring og dialog med samarbejdspartnere)	50.000
Konsulent (i-udvikling, løbende kvalitetstjek af it-system, datamanagement)	80.000
Kompetenceudvikling	20.000
Lokaler – husleje	17.000
Materialer- og aktivitetsudgifter	5.000
Licenser afklares senere	
Udgifter i alt pr. år	1.022.000

Kilde: Driftsbudget udleveret af Region Syddanmark.

De samlede omkostninger ved primær behandling hos praktiserende psykologer under tilskudsordningen

I Bilagstabel 2.6 ses de forventede offentlige omkostninger pr. behandlet patient at beløbe sig til i alt 4.820 kr. mens de samlede omkostninger er 7.810 kr.

Bilagstabel 2.6 Forbrug og samlede omkostninger (kr.) ved primær behandling af patienter med let til moderat depression hos praktiserende psykolog under tilskudsordningen fordelt på ydelser, scenarie¹ og betaler.

Behandler og ydelse	Ydelseskode	Forv. antal ydelser ²	Takst ³	Kr.			Kr.			Kr.		
				Scenarie			Scenarie			Scenarie		
				Lav	Forv.	Høj	Lav	Forv.	Høj	Lav	Forv.	Høj
			Sygesikr. andel (60 %)			Patients andel (40 %)			I alt (100 %)			
Alment praktiserende læge			501	337	337	838	0	0	0	337	337	838
Konsultation	0101	1-1-2	135	135	135	270	-	-	-	135	135	270
Psykometrisk test	2149	1-1-2	202	202	202	404	-	-	-	202	202	404
Blodprøve	7108	0-0-1	50	0	0	50	-	-	-	0	0	50
EKG	7156	0-0-1	114	0	0	114	-	-	-	0	0	114
Psykolog			1.072	3.021	4.483	5.945	2.015	2.990	3.965	5.036	7.473	9.910
1. kons. (individuel)	0210	1-1-1	584	584	584	584	390	390	390	974	974	974
Efterflg. kons. (individuel)	0211	5-8-11	487	2.437	3.899	5.361	1.625	2.600	3.575	4.062	6.499	8.936
Total				3.358	4.820	6.783	2.015	2.990	3.965	5.373	7.810	10.748

1: Scenarier: Lavt forbrug af ydelser, højt forbrug henholdsvis det forventede forbrug af ydelser.

2: Det anvendte antal ydelser ved scenarierne lav-forventet-høj.

3: Taksten omfatter den offentlige betaling i henhold til aftale med sygesikringen pr. 1. oktober 2014 (39).

Bilag 3 Udenlandske studier

I dette bilag præsenteres litteratursøgningen i sit fulde omfang samt studier og deres resultater i forhold til effekter henholdsvis omkostningseffekter i henhold til den foretagne søgning.

Bilag 3.1 Litteratursøgning

Sprogbegrænsning: Engelsk, dansk, norsk, svensk. Tidsbegrænsning: 2008-9. sept. 2015. Publikationstyper: Metaanalyser og reviews.

Der er søgt med en blanding af Mesh-, fritekst- og titelord.

PubMed (Filters: Meta-Analysis; Review; Systematic Reviews; English; Danish; Norwegian; Swedish. Publication date from 2008/01/01 to 2015/09/09):

#1 (((("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Depression"[Mesh]) OR "Depressive Disorder"[Mesh]) OR Depression*)

#2 (((("Psychiatry"[Mesh]) OR "Cognitive Therapy"[Mesh]) OR "Psychotherapy"[Mesh]) OR CBT) OR Psychotherap*)

#3 (#1 AND #2): (113.637) – uden filtre

#4 (((((((((((("Therapy, Computer-Assisted"[Mesh]) OR "Internet"[Mesh]) OR Internet*) OR web-based) OR computer-based) OR computer-assisted) OR computerized) OR computerised) OR self-guided) OR "semi self-guided") OR "guided self-help") OR "face-to-face") OR asynchronous) OR ICBT)

#5 (#3 AND #4): 3.135, med filtre: 343

#6 (((("Treatment Outcome"[Mesh]) OR Effectiveness*) OR "Comparative Effectiveness Research"[Mesh]) OR Program Evaluation[Mesh]) OR "Treatment effect*") OR Effect*[Title])

#7 (#5 AND #6): 174, til Refworks

#8 (((("Cost-Benefit Analysis"[Mesh]) OR ("Costs and Cost Analysis"[Mesh])) OR "cost-benefit analys*") OR "cost utility") OR "cost effectiveness") OR "cost effective"

#9 (#5 And # 8): 37, til Refworks

Cochrane (Filters: Publication Year from 2008 to 2015, in Cochrane Reviews (Reviews only) and Economic Evaluations)

#1 "Mental Disorders" or "Depression" or "Depressive Disorder":ti,ab,kw (Word variations have been searched)

#2 "Psychiatry" or "Cognitive Therapy" or "Psychotherapy" or CBT:ti,ab,kw (Word variations have been searched)

#3 (#1 AND #2): (147)

#4 "Therapy, Computer-Assisted" OR "Internet" OR Internet OR web-based OR computer-based OR computer-assisted OR computerized OR computerised OR self-guided OR "semi self-guided" OR "guided self-help" OR "face-to-face" OR asynchronous OR ICBT in Title, Abstract, Keywords

#5 (#3 And #4): 17 til Refworks, (9 reviews, 8 economic evaluations/RCT'er, ligger i egen mappe i Refworks)

Embase (Filters: English, Danish, Norwegian, Swedish language and (meta analysis or outcomes research or "systematic review") and yr="2008 -Current")

#1 Exp depression/di [Diagnosis] OR Exp mental disease/di [Diagnosis] OR depression*.af.

#2 Exp depression/th [Therapy] OR Exp psychiatric treatment/ OR Exp psychotherapy/ OR exp "psychological and psychiatric procedures"/ OR Exp cognitive therapy/ OR cbt.af.: (1232333)

#3 (#1 AND #2): (241.430) – uden filter

#4 Computer/ OR exp computer assisted therapy/ OR Exp internet/ OR (web-based or computer-based or computer-assisted or computerized or computerised or self-guided or semi self-guided or internet-delivered or guided self-help or face-to-face or asynchronous or icbt).af.

#5 (#3 AND #4): (203)

#6 Exp treatment outcome/ OR Exp treatment response/ OR (Treatment effect or effectiveness).af. or effect.ti.

#7 (#5 AND #6): 129, exclude Medline Journals: 24, til Refworks

#8 Exp "cost effectiveness analysis"/ OR Exp "cost benefit analysis"/ OR Exp "cost utility analysis"/ OR (cost effective or cost utility).af.

#9 (#5 AND #8): 22 til Refworks

PsycInfo (Filters: (English, Danish, Norwegian, Swedish language, metaanalysis or systematic review and yr="2008 -Current"))

#1 Exp Mental Disorders/ or exp major depression/ or exp affective disorders/ or exp "depression (emotion)"/ or depression.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]

#2 Exp Psychiatry/ or exp cognitive techniques/ or exp cognitive therapy/ or exp Cognitive Behavior Therapy/ or (cbt or therapy or treatment).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]

#3 (#1 AND #2): (2524)

#4 Exp Internet/ or exp Internet Usage/ or exp computer usage/ or computers/ or exp computer assisted therapy/ or (web-based or computer-based or computer-assisted or computerized or computerised or self-guided or semi self-guided or guided self-help or face-to-face or internet-delivered or asynchronous or icbt).af.

#5 (#3 AND #4): (333)

#6 Exp Treatment Effectiveness Evaluation/ or exp Psychotherapeutic Outcomes/ or exp Treatment Outcomes/ or effectiveness.mp. or effect.mp. or effective.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]

#7 (#5 AND #6): 124, til Refworks

#8 Exp "Costs and Cost Analysis"/ OR (cost effectiveness analysis or cost benefit analysis or cost effective or cost utility).af.

#9 (#5 AND #8): 29, til Refworks

Cinahl

#1 MW depression OR MW mental disorder OR TX depression* OR TX mental disorder* OR TX depressive disorder

#2 MW psychiatry OR MW psychotherapy OR MW Cognitive Therapy OR TX (cbt OR Cognitive behavi?r therapy OR Cognitive behavi?ral therapy)

#3 (#1 AND #2): (8.347)

#4 MW Internet OR TX Internet Usage OR TX computer usage OR TX asynchronous OR TX computer* OR TX self-guided OR TX computeri?ed OR TX (face-to-face or internet-delivered) OR TX semi self-guided OR TX internet-delivered OR TX guided self help

#5 (#3 AND #4): 125, til Refworks i egen mappe, dubletter frasorteret, derefter 104

Bilag 3.2 Effekter

Efter gennemgangen af de enkelte studier har evaluator i nogle tilfælde givet en kommentar med henblik på at gøre opmærksom på, hvis studiet ikke stringent omfatter det primære område: 'støttet iCBT målrettet voksne med depression' eller hvis det vurderes formålstjenligt at forklare en sammenhæng. Det skal herudover bemærkes at betegnelsen 'effekt-størrelse er baseret på 'Cohens d-værdi' eller 'Hedges g-værdi'⁸² (omtales efterfølgende blot som 'd' eller 'g'). I de tilfælde, hvor der er estimeret signifikansniveau, er det angivet.

Internet-/computerbaseret psykoterapi versus anden behandling

Andersson og Cuipers (58) har i 2009 udarbejdet en metaanalyse af 12 randomiserede kontrollerede studier (RCT'er) (2.446 deltagere) omfattende ti internetbaserede studier samt to studier med andre former for psykologisk behandling på computer målrettet voksne med depression. Kontrolgrupperne omfatter interventioner, som ikke er computerbaseret behandling eller sædvanlig behandling. Den gennemsnitlige forskel i effektstørrelse ved post-testen⁸³ mellem de internetbaserede/andre psykologiske behandlinger på computer og kontrolgrupperne viser en effektstørrelse til fordel for internet-/computerbaserede interventioner: $d=0,41$ (KI 95 %: 0,29-0,54). Det fremgår imidlertid, at resultatet er modificeret af en signifikant forskel på støttet behandling $d=0,61$ (KI 95 %: 0,45-0,77) versus behandling uden støtte, hvor $d=0,25$ (KI 95 %: 0,14-0,35). Herudover fremgår det også, at studier, der har venteliste som kontrolgruppe har signifikant højere effekt end hvis kontrolgruppen er 'sædvanlig behandling' eller 'andet': $d=0,56$ (KI 95 %: 0,37-0,76) med venteliste som kontrolgruppe henholdsvis $d=0,23$ (KI 95 %: 0,06-0,40) ved sædvanlig behandling og $d=0,45$ (KI 95 %: 0,21-0,69) ved 'andet'⁸⁴. Heterogeniteten er imidlertid stor i disse subgrupper. Forfatterne konkluderer, at til trods for, at der er behov for flere studier, ser internet- og computerbaseret behandling lovende ud som potentiel evidensbaseret behandling af depression. Kommentar: Analysen er ikke afgrænset til iCBT, selv om en stor del af interventionerne kan kategoriseres som værende iCBT.

Hedman m.fl. (2012) (18) finder i et systematisk review af 20 RCT'er at iCBT til depression og/eller depressive symptomer at effektstørrelsen for iCBT på tværs af studiearme varierer fra $d=0,38$ til $d=2,27$ med et gennemsnit på $d=0,94$ (95 % KI: 0,77-1,11), hvilket indikerer en stor effekt (jf. Cohens terminologi for effektstørrelse). På basis af APA-kriterier⁸⁵ for evidens, er iCBT til depression klassificeret som værende en veletableret behandling. Kommentar: Der indgår både studier med støtte og uden støtte. Kontrolgrupperne omfatter en blanding af studier, hvor kontrolgruppen er patienter på venteliste henholdsvis sædvanlig behandling (ikke specificeret). Herudover skal det bemærkes at den estimerede effektstørrelse ikke er justeret for studiekvalitet og antal deltagere.

Richards og Richardson (43) har fundet tilsvarende resultater i deres systematiske review og metaanalyse fra 2012 af RCT'er med internet- og computerbaseret psykologisk behandling af

⁸² I metaanalyserne er der angivet differenser af 'Hedges g' eller 'Cohens d' effektstørrelsesmål. 'Hedges g' eller 'Cohens d' er beregnet ved at dividere differencen af eksperimentgruppens og kontrolgruppens gennemsnit med den fælles standardafvigelse. Ved beregning af Hedges g anvendes en version af standardafvigelsen, hvor der divideres med $N-1$, mens der i Cohens d bruges en version, hvor der divideres med N . 'Hedges g' eller 'Cohens d' er skalafrie, hvilket betyder, at det er muligt at beregne effektværdier på tværs af forskellige effektmål. En effektstørrelse på fx 0,5 er et udtryk for, at gennemsnittet i eksperimentgruppen er en halv standardafvigelse højere end gennemsnittet i eksperimentgruppen. Cohen (44) har foreslået følgende tommelfingerregel for en forståelse af størrelsesordenen af effekten: en effektstørrelse på 0,2 er lille, en effekt på 0,5 er medium mens en effekt på 0,8 er stor. Det skal imidlertid bemærkes, at denne guideline er noget arbitrær, hvilket betyder, at man bør være opmærksom på, at forskellighed mellem inkluderede personer har stor indflydelse på den beregnede effektstørrelse. Den standardiserede forskel i effektstørrelse kan således være meget forskellig skønt effektiviteten af behandlingen er nøjagtig den samme i to eksperimenter (stor homogenitet giver forholdsvis større effekt end stor heterogenitet mellem de inkluderede patienter).

⁸³ Posttesten er et udtryk for den/de tests, der foretages umiddelbart efter interventionens afslutning.

⁸⁴ Dette resultat støttes i en senere metaanalyse af So m.fl. (45).

⁸⁵ Evidenskriterier fra American Psychologist Association (APA).

depression. Denne metaanalyse omfatter flere studier end Andersson og Cuipers's metaanalyse fra 2009 (58), idet den inddrager 19 RCT'er (2.996 deltagere)⁸⁶, hvoraf 17 af studierne er baseret på CBT og mindst 12 af dem er iCBT. Den samlede effektstørrelse ved posttesten er til fordel for computer-/internetbaserede interventioner $d=-0,56$ (KI 95 %: $-0,71--0,41$)⁸⁷ og statistisk signifikant ($p<0,001$).

Der er herudover gennemført fire subgruppeanalyser i forhold til i) støtte/uden støtte, ii) antal moduler iii) type kontrolgruppe og iv) synkron/asynkron behandling. Resultaterne heraf er som følger:

- i) Effektstørrelsen af terapeutstøttet intervention er signifikant højere end ved intervention uden støtte ($p<0,05$): $d=-0,78$ (KI 95 %: $-0,92--0,64$) for terapeutstøttet intervention henholdsvis $d=-0,36$ (KI 95 %: $-0,61--0,10$), når der ikke gives støtte. Der er ikke signifikant forskel mellem terapeutstøttet og teknisk/administrativ støtte ($p>0,5$): $d=-0,78$ (KI 95 %: $-0,92--0,64$) for terapeutstøttet intervention henholdsvis $d=-0,58$ (KI 95 %: $-0,88--0,28$), når der gives teknisk/administrativ støtte.
- ii) Effektstørrelsen i studier med under otte moduler er signifikant højere end for studier med mindst otte moduler ($p<0,01$): $d=-0,75$ (KI 95 %: $-1,02--0,49$) henholdsvis $d=-0,39$ (KI 95 %: $-0,56--0,22$) ved mindst otte moduler.
- iii) Effektstørrelsen i studier med venteliste som kontrolgruppe er højere - men ikke signifikant højere end i studierne, hvor kontrolgruppen er sædvanlig behandling ($p>0,05$): $d=-0,68$ (KI 95 %: $-0,85--0,52$) for venteliste som kontrolgruppe henholdsvis $d=-0,39$ (KI 95 %: $-0,66--0,12$) ved sædvanlig behandling som kontrolgruppe. I Anderssons (54) og So's (42) analyser er forskellen signifikant.
- iv) Studier med asynkron støtte har en ikke signifikant højere effektstørrelse end studier med synkron støtte: $d=-0,70$ (KI 95 %: $-0,85--0,55$) versus $d=-0,28$ (KI 95 %: $-0,91-0,35$).

I syv af de 19 RCT'er er der givet terapeutstøtte, ni af studierne er uden støtte og de øvrige studier er med teknisk støtte. Ti studier anvender venteliste som kontrolgruppe mens sædvanlig behandling er brugt i otte studier og en anden type kontrol er benyttet i ét studie. Forfatterne konkluderer, at reviewet og metaanalysen støtter effekten og effektiviteten af computerbaseret psykologisk behandling af depression. De gør dog opmærksom på, at der er behov for yderligere undersøgelse af effekt efter posttesten.

Andrews m.fl. (59) har fundet en endnu højere effektstørrelse i en metaanalyse fra 2010, som både omfatter depression og angstlidelser. Analysen omfatter i alt 22 RCT'er (1.746 deltagere), hvoraf der indgår seks depressionstudier (642 deltagere), som alle er målrettet svær depression, fire af disse er internetbaserede mens to er computerbaserede. I subgruppeanalysen for depression ses der positiv effekt ved posttesten til fordel for den computer- og internetbaserede terapi, idet $g=0,78$ (KI 95 %: $0,59-0,96$). Kontrolgrupperne omfatter venteliste med og uden diskussionsgruppe samt i et enkelt studie sædvanlig behandling ved alment praktiserende læge. Forfatterne begrænser sig til at konkludere, at cCBT ved depression og angstlidelser - især via internet - er en mulighed for at give et effektivt og praktisk sundhedstilbud til dem, som ellers ville være ubehandlede. Kommentar: Når Andrews m.fl. (59) opnår højere effektstørrelser end i Richards og Richardsons metaanalyse (43) kan det formentlig tilskrives, at der i førstnævnte metaanalyse kun indgår seks studier hvoraf to af dem, som har forholdsvis høje g -værdier ($g=1,26$ henholdsvis $g=1,10$) ikke indgår i Richards og Richardsons metaanalyse (43). Studiet af Wright m.fl. (60) er ikke inkluderet i Richards og Richardson's (43) metaanalyse, idet der i eksperimentgruppen er suppleret med ansigt-til-ansigt behandling - det fremgår imidlertid ikke hvorfor det tidligste studie af Selmi m.fl. (61) ikke er medtaget.

⁸⁶ Dog medtager den ikke studiet af Christensen m.fl. fra 2004 (indsæt ref.).

⁸⁷ Der skal gøres opmærksom på, at der er gengivet de i studierne anvendte fortegn.

Støttet cCBT/iCBT versus ansigt-til-ansigt behandling

Cuijpers m.fl. (62) har i 2010 i et systematisk review og gennem en metaanalyse undersøgt, om støttet selvhjælp af forskellig art (cCBT og iCBT) er lige så effektiv som ansigt-til-ansigt psykoterapi⁸⁸ ved depression og angstlidelser. Analysen omfatter 21 studier (810 deltagere). Resultaterne ved posttesten viser en effektstørrelse mellem støttet selvhjælp og ansigt-til-ansigt psykoterapi til fordel for støttet selvhjælp på $d = -0,02$ (KI 95 %: $-0,20-0,15$). Ved 1-års opfølgningen er der heller ikke fundet forskel. Forfatterne konkluderer, at det synes sikkert at konkludere, at støttet selvhjælp og ansigt-til-ansigt psykoterapi kan have sammenlignelig effektstørrelse. Kommentar: Vi gør opmærksom på, at kun tre af de inkluderede studier er internetbaserede, men ingen af disse er målrettet patienter med depression.

Andersson m.fl. kommer frem til næsten samme forskel i effektstørrelse i et nyere review og metaanalyse fra 2014 (63), hvor effekten af støttet iCBT sammenlignes med ansigt-til-ansigt CBT for både somatiske og psykiatriske lidelser. Analysen omfatter 13 studier (1.053 deltagere). Ansigt-til-ansigt-interventionerne i kontrolgrupperne er enten givet individuelt (seks studier) eller i grupper (syv studier). Resultaterne ved posttesten viser at $g = -0,01$ (KI 95 %: $-0,13-0,12$), hvilket indikerer at støttet iCBT og ansigt-til-ansigt CBT overordnet set giver samme effektstørrelse. Det er imidlertid kun to af de inkluderede studier, som er målrettet depression, for disse er $g = 0,05$ (KI 95 %: $-0,19-0,30$). Sidstnævnte resultat tyder ifølge forfatterne på, at iCBT er lige så effektiv som ansigt-til-ansigt CBT ved depression. Forfatterne påpeger i diskussionen af resultaterne, at analysen ikke medtager langtidseffekterne af behandlingerne samtidig med, at de foreslår, at det kan være et område for nærmere undersøgelser. Kommentar: Der er ikke foretaget subgruppeanalyser af effekt-størrelser for sammenligning med individuel behandling henholdsvis gruppebehandling, det er således ikke muligt at se betydningen heraf.

Andersson m.fl. har efterfølgende opdateret den seneste viden i forhold til iCBT versus ansigt-til-ansigt CBT målrettet personer med depression og humørsvingninger (19). Metaanalysen omfatter fire RCT'er (336 deltagere) idet Anderssons m.fl. tidligere subgruppeanalyse for depression fra 2014 (18) er suppleret med to nyere studier, hvoraf det ene studie er uden støtte. Resultaterne går i retning af favorisering af terapeutstøttet iCBT, idet effekt-størrelsen er: $g = 0,12$ (95 % KI: $-0,08-0,32$). Forfatterne konkluderer, at støttet iCBT af en kliniker (red: terapeut) er en lovende behandling af depression og humørsvingninger. I to af studierne sammenlignes iCBT med gruppebehandling mens sammenligningen i de to andre studier er baseret på individuel behandling. Kommentar: Vi vil gøre opmærksom på, at resultatet bør betragtes med varsomhed, idet man i det ene studie har suppleret iCBT med to besøg på klinik.

Graden af støtte

Johansson og Andersson (64) har i 2012 har gennemført et review af 25 RCT'er, som alle er baseret på iCBT ved depression. Fokus for analysen har været at undersøge betydningen af hvor meget støtte, der gives før under og efter interventionen. Reviewet omfatter de 13 RCT'er, som indgår i Anderssons (19) og/eller Andrews (59) metaanalyser plus yderligere 12 studier. Det fremgår af reviewet, at der er forholdsvis stor forskel på de opnåede effekter, idet effekt-størrelsen ved sammenligning af iCBT og kontrolgrupperne ligger i intervallet $d = 0,00$ til $d = 1,20$. Forfatterne finder, at effektstørrelsen stiger med stigende kontakt (fra ingen terapeutkontakt overhovedet ($d = 0,21$) til kontakt, der kun er givet før interventionen ($d = 0,44$), til kontakt der hovedsagelig er givet under interventionen ($d = 0,58$) og til kontakt både før, under og efter interventionen ($d = 0,76$)). På baggrund heraf konkluderes det, at der er evidens for en stærk sammenhæng (korrelation) mellem graden af støtte og effektstørrelse. Kommentar: Vi vil gøre opmærksom på, at estimerne går på tværs af i) forskellige former for kontrolgrupper (venteliste; venteliste med diskussionsgruppe, placebobehandling; psykoedukation (undervis-

⁸⁸ En fællesbetegnelse for samtalebehandling/samtaleterapi (WIKI).

ning af patienter) henholdsvis sædvanlig behandling) og ii) forskellige former for terapeutkontakt (e-mails; chat og telefonsamtaler). Betydningen heraf er svær at vurdere, idet der ikke er foretaget subgruppeanalyser.

Langtidseffekt af iCBT

Richards og Richardson (43) har i forbindelse deres metaanalyse fra 2012 på tværs af 14 studier, som har angivet effekt ved opfølgning (data fra 22 tidspunkter indgår). Alle 14 studier er baseret på CBT, 12 studier er internetbaserede, seks er uden støtte og otte er med støtte (terapeutstøtte: fire studier henholdsvis teknisk/ administrativ støtte: fire studier). Differencen på den gennemsnitlige effektstørrelse er estimeret til $d = -0,20$ (KI 95 %: $-0,71$ – $-0,41$) til fordel for eksperimentgruppen, hvilket er statistisk signifikant ($p < 0,01$). I diskussionen af dette resultat fremhæver forfatterne at denne effektstørrelse er betydelig mindre end den, der opnås ved posttesten ($d = -0,56$), hvilket indikerer at fordelene ved iCBT/cCBT behandling af depression formentlig er kortvarig. De bemærker, at længden på opfølgningen varierer. Kommentar: Spændet for opfølgningstiden er ikke angivet.

So m.fl. (45) når i en senere metaanalyse fra 2013 frem til, at der formentlig ikke er signifikant forskel i depressionssymptomer seks måneder efter interventionen mellem iCBT og kontrolgrupper (venteliste henholdsvis sædvanlig behandling i et enkelt studie), idet den standardiserede gennemsnitlige forskel er $-0,05$ (KI 95 %: $-0,19$ – $-0,09$). Resultatet er baseret på en metaanalyse af seks RCT'er (976 deltagere), som alle indgår i Richards og Richardsons metaanalyse(40).

Bilag 3.3 Omkostningseffekt

Den interesserede læser finder her et omkostningseffektstudie, som indgår i Arnbergs review af omkostningseffekter men ikke er med i nærværende evaluering, idet der ikke gøres brug af støttet iCBT.

I Gerhards m.fl. (2010) (65) RCT fra Nederlandene undersøges omkostningseffektiviteten af iCBT ud fra et samfundsmæssigt perspektiv 12 måneder efter baseline (der indgår direkte omkostninger for sundhedsvæsen henholdsvis patienter og deres familier samt produktionsomkostninger (sygefravær og ophør på arbejdsmarkedet). Studiet har tre behandlings-arme: i) iCBT uden støtte (100 patienter), ii) iCBT uden støtte + sædvanlig behandling⁸⁹ (100 patienter) og iii) sædvanlig behandling (103 patienter). Resultaterne viser, at de samfundsmæssige omkostninger ved iCBT er lavest (€9.457). Herefter følger iCBT + sædvanlig behandling (€10.793) og derefter sædvanlig behandling som den mest omkostningstunge intervention (€11.244). Efter databearbejdning⁹⁰ ses en gennemsnitlig samfundsmæssig omkostningsforskel til fordel for iCBT på €1.784 ved sammenligning med 'sædvanlig behandling' og på 1.340 ved sammenligning med iCBT + sædvanlig behandling'. Både sundhedsomkostninger og produktionsomkostninger er lavest i gruppen med iCBT (€1.428 henholdsvis €7.425) og højest i gruppen med sædvanlig behandling (€1.912 henholdsvis €8.925). Det omvendte er tilfældet ved omkostninger, som tilfalder patienterne og deres familie, idet omkostningerne er højest i iCBT-gruppen (€553) og lavest i gruppen med sædvanlig behandling (€408). Gruppen der modtager iCBT + sædvanlig behandling ligger i alle tilfælde midt imellem de to andre grupper. Der er ikke angivet hvorvidt der er signifikant forskelle på de estimerede differencer, men det kan konstateres, at der er sammenfald i de anførte 95 % konfidensintervaller. Patienterne oplever i alle tre behandlingsformer en forbedring af symptomerne uden statistisk signifikant forskel mellem de tre behandlingsarme. Arnberg (43) påpeger i sit review af studiet på, at behandlingseffekten målt i

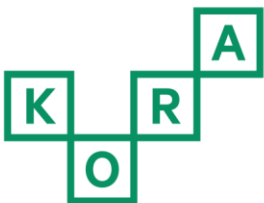
⁸⁹ Sædvanlig behandling omfatter her behandling ved alment praktiserende læger (indtil fem konsultationer og/eller medicinsk behandling).

⁹⁰ Bootstrapping med 5.000 replikationer.

QALY⁹¹ er så usikker, at den afhænger af måleinstrument (den engelske henholdsvis den hollandske udgave af EQ-5D henholdsvis SF-6D⁹²). Store udfordringer med frafald, moderate forbedringer i behandlingseffekt og livskvalitet betyder, at resultaterne skal betragtes med varsomhed. Der er ikke afrapporteret nogen ICER, men det fremgår, at iCBT tenderer at være den mest optimale behandling: Der er således 65 % sandsynlighed for at iCBT sammenlignet med sædvanlig behandling er den mest effektive strategi ved en betalingsvilje på €0. Arnberg(43) sammenfatter det til, at ud af de tre alternativer er der størst sandsynlighed for at iCBT er det mest omkostningseffektive valg, hvilket kan forklares med lavere omkostninger i kombination med meget lille effektforskel.

⁹¹ QALY: Kvalitetsjusterede leveår.

⁹² Både EQ-5D og SF-6D er standardiserede og validerede metoder til at måle livskvalitet i et før-efter-design.



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00