

Evaluering af internetbehandling til patienter med depression

Februar 2020

Evaluering af internetbehandling til patienter med depression

Forfatter: Pernille Pedersen, DEFACTUM

Bidrag til data og viden om behandling fra Telepsykiatrisk Center, Psykiatrien i Region Syddanmark: Thomas Lambertsen Binzer og Marie Paldam Folker

Kontakt:

Forsker Pernille Pedersen

E-mail: pelped@rm.dk

DEFACTUM, Koncern Kvalitet

Region Midtjylland

P.P. Ørums Gade 11, 1b

8000 Aarhus

Hjemmeside: www.defactum.dk

DEFACTUM®, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland, februar 2020

Indholdsfortegnelse

Resume	4
1. Baggrund	8
2. Evalueringens formål	10
3. Metode	10
3.1. Beskrivelse af behandlingen	10
3.2. Deltagere og design	11
3.3. Oplysninger fra deltagere	11
3.4. Opbygning af rapporten.....	13
3.5. Etik.....	14
4. Resultater	14
4.1. Overordnede statistik af behandlingstilbuddet	14
4.2. Kendskab til behandlingen	15
4.3. Sociodemografisk karakteristika af deltagerne.....	16
4.4. Kliniske karakteristika af deltagerne.....	20
4.5. Gennemførelse af behandlingen.....	25
4.6. Effekt af behandling på depressionssymptomer	26
4.7. Effekt af behandling for arbejdsmarkedsdeltagelse	32
4.8. Anvendelighed af og tilfredshed med behandlingen	33
5. Konklusion og perspektivering	37
6. Litteratur	43

Resume

Baggrund

Bestyrelsen i Danske Regioner har besluttet at udbrede Region Syddanmarks tilbud om internetbaseret psykologbehandling til patienter med angst og/eller let til moderat depression til hele Danmark fra 1. januar 2018 til udgangen af 2020. Et internetbaseret behandlingsforløb består af en forsamtale på video for at afklare, om behandlingstilbuddet er det rigtige for patienten. Derefter følger patienten et internetprogram med daglige øvelser. Et behandlingsforløb har i projektperioden kostet 3.600 kr.

Internetpsykiatrien startede optag af patienter på landsplan 1. marts 2018, men i juni 2018 opdagede Internetpsykiatrien et alvorligt datalæk hos daværende it-leverandør, som betød at personfølsomme oplysninger på patienter var videregivet. Behandlingsprogram blev udarbejdet af ny it-leverandør, og startede i september 2018 for depression, hvorimod behandlingen for enklafobi og panikangst startede i november 2018 og social fobi i maj 2019.

Datalækket har haft indflydelse på denne evaluering, således er analyserne gennemført på færre patienter end forventet, og omhandler kun behandlingen for depression.

Formål

At tilvejebringe viden om effekt af og målgruppe for internetbaseret psykologbehandling af depression.

Undersøgelsesspørgsmål:

- Hvilken effekt har indsatsen på patienternes symptomniveau? (primær effektmål)
- Hvilken effekt har indsatsen for arbejdsmarkedsdeltagelse? (sekundær effektmål).
- Hvad karakteriserer den målgruppe, der anvender tilbuddet, og er der forskelle mellem regionerne?
- Anvender patienterne andre tilbud i relation til behandling af depression?

Metode

Internetpsykiatriens målgruppe er patienter over 18 år med panikangst, socialangst, agorafobi, enklafobier og let til moderat depression, som søger behandling via Internetpsykiatriens hjemmeside og udfylder et online spørgeskema. Indledningsvis gennemføres en forsamtale på video med en psykolog for at afklare, om behandlingstilbuddet er målrettet den enkelte patient. Behandlingstilbuddet består af op til 10 sessioner af internetbaseret kognitiv adfærdsterapi, hvor deltageren følger et program med daglige øvelser og ugentligt skriftligt støtte fra psykolog.

Ud af de 627 patienter, som påbegyndte behandlingen, gav 257 (41 %) samtykke til at deltage i evalueringen. Inden behandlingsstart gav deltagerne information om socioøkonomisk status, kliniske forhold samt tilfredshed med livet, og mental og fysisk sundhed. Ved afslutning og 3 måneder efter behandling, udfyldte deltagerne et lignende spørgeskema samt spørgsmål om tilfredshed med behandlingen. Disse spørgeskemaer blev besvaret af hhv. 43 (17 %) og 16 (6 %) deltagere. Oplysninger om arbejdsmarkedsstatus blev indhentet fra Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase "Den Registerbaserede Evaluering af Marginaliseringsomfanget" (DREAM) for 123 deltagere (48 %), som havde 6 måneders opfølgning efter behandlingsstart.

Resultater

Evalueringen af pilotprojektet viste overordnet, at halvdelen af de patienter, som fik tilbudt forsamtale på video, gennemførte den, og at 60 % af denne gruppe, efterfølgende, modtog behandling for depression eller angst. Der var stor variation mellem regionerne på disse andele.

Størstedelen af deltagerne kom fra Region Syddanmark, Region Hovedstaden og Region Midtjylland, mens færrest kom fra Region Nordjylland og Region Sjælland. Andelen af deltagere svarede til indbyggertallet i de enkelte regioner. Deltagerne havde oftest fået kendskab til behandlingstilbuddet fra egen læge, selv fundet det via søgninger på internettet eller anbefalinger fra psykolog eller psykiater. Størstedelen af deltagerne modtog den udvidede depressionsbehandling, og havde mellem 3 og 8 sessioner.

Størstedelen af deltagerne var:

- unge under 30 år
- kvinder
- veluddannede
- var i arbejde, uddannelse eller på dagpenge
- var samlevende
- havde ikke alkohol eller stofmisbrug
- ikke i medicinsk eller anden behandling for psykisk lidelse
- havde symptomer svarende til en moderat til svær depression
- for personer med depression, havde tilstanden været i mindre end 3 år

Deltagere, som ikke gennemførte behandlingen, dvs. havde modtaget færre end 5 sessioner, var i højere grad:

- mænd
- havde svær depression

Effekt af tilbuddet på depressionssymptomer:

Overordnet opnåede deltagerne:

- en markant reduktion i depressionssymptomer fra første til sidste session
- at være i en lettere depressionskategori ved sidste end ved første session

- ingen yderligere forbedring af depressionssymptomer fra afslutningen til 3 måneder efter behandlingen

Effekt for subgrupper:

- deltagere, som gennemførte behandlingen, opnåede at være i en lettere depressionskategori og opnåede en større reduktion af depressionssymptomer fra behandlingsstart til sidste session sammenlignet med deltagere, som ikke gennemførte behandlingen. Når der blev taget højde for dage mellem behandlingsstart og behandlingsafslutning, var der ikke forskel i depressionssymptomer mellem de to grupper. Det kan skyldes at tiden fra behandlingsstart til behandlingsafslutning var længere hos dem, som gennemførte behandlingen, hvilket kan være udtryk for at tiden i sig selv havde en betydning for resultatet.
- der blev ikke identificeret yderligere forskelle i sociodemografiske eller kliniske karakteristika mellem grupperne, som opnåede eller ikke opnåede en bedring af symptomer

Effekt af tilbuddet på arbejdsmarkedsdeltagelse:

I de 6 måneder efter behandlingen sammenholdt med de 6 måneder inden behandlingen var der:

- en reduktion på 2 uger med arbejde, SU og dagpenge
- en stigning på 1,5 uger med overførselsindkomst
- ingen forskel i disse udviklinger blandt dem, som gennemførte behandlingen og dem, som ikke gjorde
- over halvdelen af deltagerne arbejdede færre uger efter behandlingen sammenlignet med før behandlingen, hvilket særligt gjaldt for kvinder og personer uden diagnose

Tilfredshed med behandlingen:

- deltagerne var generelt meget tilfredse med kvaliteten af behandlingen og kontakten med psykolog via videosamtaler, beskedmodulet og telefonsamtaler
- deltagerne gav udtryk for, at behandlingen havde hjulpet til håndtering af deres problemer, men ikke alle vurderede, at de fik deres behov opfyldt
- flere deltagere gav udtryk for et ønske, om gerne at ville modtage flere sessioner med samtaleterapi enten gennem telefon eller video
- deltagerne oplevede, at programmet var nemt at anvende, og følte sig sikre på, at de kunne bruge det
- der var en tendens til, at deltagere, som havde gennemført behandlingen, vurderede systemet mere brugervenligt sammenlignet med dem, som ikke gennemførte behandlingen
- graden af brugervenlighed steg med længde af uddannelse

Konklusion

Behandlingen inkluderede i stor grad ressourcestærke personer, dvs. personer med længere uddannelse, som var tilknyttet arbejdsmarkedet, var samboende, og ikke have alkohol- eller stofmisbrug.

Behandlingen viste god effekt på depressionssymptomer, men det er ikke muligt at konkludere, at disse ændringer kan tilskrives behandlingstilbuddet, da der ikke har været en kontrolgruppe at sammenligne resultaterne med.

Denne evalueringsrapport er gennemført på patienter med depression. Patienter med angst var ikke en del af evalueringen og effekten for denne gruppe er derfor ukendt. Det har kun været muligt for regionerne at inkludere 257 patienter i denne evaluering (41 % af dem som påbegyndte behandlingen), hvilket betyder, at resultaterne er behæftet med stor usikkerhed.

Det er derfor ikke muligt på baggrund af ovenstående at give en klar indstilling til det fortsatte arbejde.

Der er behov for at undersøge behandlingen yderligere for at opnå viden om bl.a. effekten, patienternes oplevelse samt organisatoriske forhold. Hvis behandlingstilbuddet udrulles er det væsentligt at inddrage nedenstående punkter i det videre arbejde.

- 1) Internetbehandling bør også undersøges hos patienter med angst
- 2) Effekten af internetbehandling bør sammenlignes med en kontrolgruppe, der ikke modtager behandling
- 3) Der bør gennemføres kvalitative interviews med deltagere for at opnå viden om tilfredshed med internetbehandling samt behov for støtte til at gennemføre behandlingen
- 4) Betydningen af internetbehandlingens effekt på langt sigt, f.eks. betydning for arbejdsmarkedsdeltagelse, bør belyses
- 5) Betydningen af organisatoriske forhold for internetbehandling, som f.eks. arbejdsforhold for psykologer, bør undersøges
- 6) Årsager til det store frafald af deltagere, som ikke gennemførte videosamtalen og ikke efterfølgende indgik i behandlingen, samt årsager til regionale forskelle i den forbindelse, bør undersøges
- 7) Det bør overvejes, hvordan internetbehandling bedst muligt præsenteres i de enkelte regioner, så flere deltagere inkluderes, og evt. flere personer med færre ressourcer

1. Baggrund

Depression er en af de mest almindelige psykiske sygdomme i Danmark og i verden. I Danmark er der årligt 11.000 nye tilfælde af depression, og 32.000 mænd og 59.000 kvinder lever med depression (1). Disse tal refererer til alvorlige tilfælde af depression, hvor hospitalsbesøg har været nødvendigt, hvorimod personer, som behandles i primærsektoren ikke er inkluderet.

Depression kan karakteriseres som let, moderat eller svær, alt efter funktionsniveau og symptomer som blandt andre dyb tristhed, tab af livslyst, skyldfølelse, lavt selvværd, og søvnbesvær (1). Disse symptomer kan påvirke arbejdsevnen, således ses 6 % flere sygedage blandt personer med depression i forhold til personer uden depression (1).

I en evalueringsrapport om internetbaseret psykologbehandling af let til moderat depression udarbejdet for Region Syddanmark konstateres, at antallet af borgere, der søger behandling for ikke-psykotisk depression, er steget mærkbart (2). Med til billedet hører, at mange med let til moderat depression ikke søger behandling, hvilket har store konsekvenser for den enkelte borger. Internetbaseret psykologbehandling gør det muligt at tilbyde hjemmebehandling til en specifik målgruppe af borgere, således at antallet af personer i behandling formentligt vil stige (2,3).

Der er fordele ved internetbehandling i forhold til traditionel psykologbehandling. Behandlere bruger mindre tid pr. patient, hvilket betyder, at omkostningerne er reduceret, og derudover har borgerens bopæl ikke indflydelse på muligheden for behandling (4). Det er endvidere dokumenteret at internetbaseret kognitiv adfærdsterapi har samme effekt på reduktion af depressive symptomer som face-to-face behandling og at effekten også holder efter afslutning af behandlingen (5-7). Deltagerne er tilfredse med behandlingen og har høj grad af gennemførelse (6). Men der er behov for at undersøge indsatsens effekt i en dansk kontekst, både på symptomniveau og i forhold til arbejdsmarkedstilknøytning (2). Endvidere bør det undersøges, om internetbaseret psykologbehandling medvirker til en reduktion af ulighed i sundhed ved at inkludere både ressourcestærke og ressourcesvage personer (2,3).

Bestyrelsen i Danske Regioner har besluttet at udbrede Region Syddanmarks tilbud om internetbaseret psykologbehandling til patienter med angst og/eller let til moderat depression til hele Danmark fra 1. januar 2018 til udgangen af 2020.

Internetpsykiatrien i Region Syddanmark har siden 2014 tilbudt internetbaseret kognitiv adfærdsterapi (iKAT) til behandling af patienter med angst og depression. Internetpsykiatrien blev startet som et demonstrationsprojekt på

vegne af alle regionerne i regi af National Handlingsplan for Udbredelse af Telemedicin (2012-2015) og sat i drift i 2015. Internetpsykiatrien bemandes af psykologer og drives af Psykiatrien i Region Syddanmark som en del af Telepsykiatrisk Center.

På baggrund af denne evaluering af det fællesregionale tilbud ved DEFACTUM, Region Midtjylland, skal der tages stilling til det fremadrettede fællesregionale samarbejde om drift og udvikling af internetbehandling ved depression og angst.

Internetpsykiatrien startede optag af patienter på landsplan 1. marts 2018. På dette tidspunkt var det planen at indgå aftale med ny it-leverandør af Internetpsykiatriens internetbehandlingsprogrammer i foråret 2018 med ibrugtagning af nye programmer ved årsskiftet grundet udløb af tidligere indgået kontrakt. Medio juni 2018 opdagede Internetpsykiatrien imidlertid et alvorligt datalæk hos daværende it-leverandør. Datalækket bestod i, at it-leverandøren ved en fejl havde sendt kopi af notifikation til patienten til en ubeskyttet test-mail-adresse. Notifikationen indeholdt patientens navn, e-mailadresse og oplysninger om deltagelse i behandlingsforløb i Internetpsykiatrien.

Telepsykiatrisk Center håndterede datalækket jf. foreskrevet procedure med anmeldelse til Datatilsynet og underretning af de berørte patienter. Direktionen i Region Syddanmark besluttede at opsige samarbejdet med it-leverandøren, hvilket betød, at Internetpsykiatrien stod uden behandlingsprogrammer fra juni 2018. Telepsykiatrisk Center igangsatte en stærkt fremskyndet proces med udvikling og tilpasning af nye behandlingsprogrammer hos ny it-leverandør. I september 2018 kunne Internetpsykiatrien starte behandlingsprogram ved depression, i november 2018 ved enkløfobi og panikangst, og i maj 2019 ved social fobi.

I perioden uden behandlingsprogrammer håndterede Internetpsykiatrien behandlingsopgaven ved 1) at tilbyde patienter behandling over videokonsultation og telefon, 2) at tilbyde patienter at vente på opstart af nyt behandlingsprogram, og 3) at rådgive patienter om at søge hjælp i andet regi efter konkret individuel vurdering. Internetpsykiatrien lukkede således ikke for patientoptaget, men har i en periode kørt med nedsat og ændret aktivitet.

Denne evaluering er udarbejdet på baggrund af det godkendte evalueringssign fra november 2018. Datalækket har haft betydning for de oprindelige planer, så det har været nødvendigt at foretage nogle ændringer. Behandlingen til patienter med angst var ikke igangsat ved evalueringens start, derfor blev det besluttet kun at evaluere behandlingen for depression. Det var planlagt at inkludere ca. 500 patienter fra 1. november 2018 til 31. marts 2019, men på grund af for få patienter blev perioden udvidet, så der blev inkluderet patienter

i perioden september 2018 til september 2019. Det var endvidere planen at opgøre forbrug af sundhedsydelser i praksissektoren inden for det offentlige sygesikringssystem i en periode både 6 måneder før og efter behandlingsstart. Danmarks Statistik stiller dog først data fra Sygesikringsregistret til rådighed i foråret 2020, hvilket betyder, at disse resultater ikke kan medtages i denne rapport.

2. Evalueringens formål

Evalueringens overordnede formål:

At tilvejebringe viden om effekt af og målgruppe for internetbaseret psykologbehandling af depression.

Evalueringen fokuserer på følgende undersøgelsesspørgsmål:

- Hvilken effekt har indsatsen på patienternes symptomniveau? (primær effektmål)
- Hvilken effekt har indsatsen for arbejdsmarkedsdeltagelse? (sekundær effektmål).
- Hvad karakteriserer den målgruppe, der anvender tilbuddet, og er der forskelle mellem regionerne?
- Anvender patienterne andre tilbud i relation til behandling af depression?

3. Metode

3.1. Beskrivelse af behandlingen

Internetpsykiatriens målgruppe er patienter over 18 år med panikangst, socialangst, agorafobi, enkelfobier og let til moderat depression. Patienter søger behandling via Internetpsykiatriens hjemmeside og udfylder et online spørgeskema, som screenes af en psykolog.

Behandlingsforløbet består af en forsamtale på video for at afklare, om behandlingstilbuddet er det rigtige for patienten. Derefter følger patienten et internetprogram med en række behandlingstrin med daglige øvelser. Psykologen giver ugentlig skriftlig støtte. Deltageren har mulighed for at skrive til psykologen, hvis der f.eks. er spørgsmål til behandlingen, eller hvis det kniber med motivationen. En gang om ugen udfylder deltageren et spørgeskema om symptomer og selvmordsrisiko.

Behandlingen varer op til 12 uger og afsluttes med endnu en video- eller telefonsamtale.

Behandlingen består af enten en grundpakke eller en udvidet pakke, som begge er målrettet depression. Som basis indeholder begge programmer samme virksomme sessioner. Grundpakken består af 6 sessioner og indeholder intro-

duktion til programmet, psykoedukation, aktivitetsregistrering, aktivitetsplanlægning, negative automatiske tanker, udfordring af negative automatiske tanker (adfærdseksperiment/øvelse) og tilbagefaldsforebyggelse. Den udvidede pakke indeholder desuden sessioner om leveregler og grublerier. Dette er sessioner, der arbejder lidt dybere med disse emner, og bliver tildelt patienten, hvis det vurderes givtigt af behandleren. Der indgår øvelser på alle trin i behandlingsprogrammet. Patienterne bliver vurderet til at have afsluttet behandlingen, når de har været igennem de første fem sessioner af grundpakken, da disse sessioner omfatter det grundlæggende indhold af kognitiv adfærdsterapi.

Der gives besked til egen læge om behandlingsforløbet ved samtykke. Udgiften til et behandlingsforløb var i projektperioden 3.600 kr., det har været vederlagsfrit for patienterne at deltage.

3.2. Deltagere og design

Denne evalueringsrapport bygger på data fra deltagere inden, under og efter behandlingen.

I perioden september 2018 til september 2019 blev der oprettet 627 deltagere på behandlingsplatformen. Ud af disse gav 257 (41 %) deltagere samtykke til at deltage i denne evaluering og leverede data under behandlingen. Af denne gruppe besvarede 43 (17 %) deltagere et afsluttende spørgeskema efter sidste behandlingssession, og 16 (6 %) deltagere besvarede et spørgeskema 3 måneder efter sidste session.

Deltagerne blev koblet med Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase "Den Registerbaserede Evaluering af Marginaliseringsomfanget" (DREAM) for at undersøge arbejdsmarkedsdeltagelse. Analysen blev udarbejdet for de 123 deltagere (48 %), som havde 6 måneders opfølgning efter behandlingsstart, dvs. at de sidste var inkluderet den 4. april 2019.

Denne evaluering er en beskrivelse af internetbaseret psykologbehandling. Der indgår ikke en kontrolgruppe, hvorfor det ikke er muligt at vurdere effekten af behandlingen i forhold til en anden behandlingstype.

3.3. Oplysninger fra deltagere

Ved første henvendelse ved Telepsykiatrisk Center gav deltagerne elektronisk information om socioøkonomisk status (alder, køn, uddannelse, civilstand, børn, alkohol og stofmisbrug), samt kliniske forhold (depressionssymptomer, behandling og diagnose). Endvidere blev deltagerne spurgt til deres tilfredshed med livet og med mental og fysisk sundhed ud fra Manchester Livskvalitetsskala (MANSA) (8), som blev målt på en 7-point skala fra 1) Kunne ikke være værre til 7) Kunne ikke være bedre.

Graden af depressionssymptomer blev vurderet ud fra Patient Health Questionnaire (PHQ9) (9), som spørger ind til symptomer i løbet af de sidste to uger. Skemaet består af i alt 9 spørgsmål, som hver har fire svarmuligheder; 0) slet ikke, 1) flere dage, 2) mere end halvdelen af dagene, og 3) næsten hver dag. Den totale score er fra 0 til 27 point, som blev inddelt i fem forskellige depressionskategorier; minimal eller ingen depression (0-4 point), let (5-9 point), moderat (10-14 point), moderat/svær (15-19 point) og svær (20-27 point) (9).

Ved afslutning af behandlingen blev deltagerne bedt om at udfylde et spørgeskema om tilfredshed med behandlingen, hvilket blev målt ved hjælp af Client Satisfaction Questionnaire (CSQ8) (10). CSQ8 omhandler tre områder: 1) patientens tilfredshed med behandlingen, 2) imødekommelse af behov og hjælp til håndtering af problemer samt 3) hvorvidt patienten vil anbefale behandlingen til andre. Der indgår i alt 8 spørgsmål, som hver har fire forskellige svarmuligheder. I rapporten blev resultater for hvert af spørgsmålene opgjort. Endvidere blev deltagerne spurgt til deres tilfredshed med internetbehandlingen ud fra System Usability Scale (SUS) (11). SUS består af 10 udsagn om det pågældende system, som vurderes på en 5-trinsskala, hvor 1 er meget uenig og 5 er meget enig. Den gennemsnitlige score på de enkelte spørgsmål blev beregnet. Derudover blev den samlede score på alle spørgsmål beregnet baseret på en anderkendt metode, hvor scoren på hvert spørgsmål ændres til 0-4 og herefter ganges med 2,5, hvilket betyder, at den samlede score gik fra 0 til 100. Denne score blev inddelt i tre niveauer som et udtryk for brugervenlighed (12).

Deltagerne blev desuden stillet tre spørgsmål om, hvordan det var, at have kontakt med psykolog via videosamtaler, beskedmodulet, og telefonsamtaler. Svarmuligheder gik fra meget godt til meget dårligt. Derudover blev PHQ9 og MANSA også anvendt i det afsluttende spørgeskema.

3 måneder efter endt behandling fik deltagerne tilsendt et opfølgende spørgeskema omhandlende PHQ9.

Deltagerne blev koblet med DREAM, som er en forløbsdatabase, der indeholder ugentlige oplysninger om alle offentlige overførselsindkomster (13,14). I de uger der ikke var oplysninger om overførselsindkomst, blev det antaget, at personen var selvforsørgende og dermed i arbejde. Deltagerne blev opdelt i tre kategorier afhængigt af deres ugentlige arbejdsmarkedsstatus; a) i arbejde/dagpenge/SU; b) sygedagpenge; c) overførselsindkomst. Den første gruppe bestod således af personer, som var i arbejde eller uddannelse eller modtog dagpenge, og dermed vurderes at være klar til at tage et arbejde. Den anden gruppe bestod af personer, som havde været sygemeldte i mindst 4 uger. Den sidste gruppe udgjorde personer, som modtog overførselsindkomst som for eksempel kontanthjælp, flexjob, ressourceforløb, skånejob og barselsdagpenge.

3.4. Opbygning af rapporten

Indledningsvis præsenteres den overordnede statistik af behandlingstilbuddet, dvs. antal henvendelser, videosamtaler og behandlingsforløb (afsnit 4.1). Herefter følger en beskrivelse af, hvor deltagerne har fået kendskab til behandlingstilbuddet (afsnit 4.2.). I afsnit 4.3. beskrives deltagerne ud fra socio-demografiske karakteristika, som alder, køn, uddannelse, forsørgelse, civilstand, børn samt alkohol- og stofmisbrug. Herefter beskrives kliniske karakteristika ved deltagerne i forhold til behandling af psykisk lidelse, varighed af depression, depressionssymptomer samt tilfredshed med livet, mental sundhed og fysisk helbred (afsnit 4.4.). Disse beskrivelser er udarbejdet for hele populationen og for hver af de fem regioner. På baggrund af udvalgte socio-demografiske og kliniske karakteristika blev der lavet en beskrivelse af deltagere, som ikke gennemførte behandlingen, sammenlignet med deltagere, som gjorde (afsnit 4.5.).

Afsnit 4.6. præsenterer en opgørelse af modtagelse af behandlingstype og antal sessioner. Der er en opgørelse af ændring af depressionssymptomer i løbet af behandlingen for hele gruppen samt for dem, som gennemførte behandlingen og dem, som ikke gjorde. Der er udarbejdet en karakteristik af deltagere, som opnåede en bedring af symptomer. Endvidere er der en beskrivelse af ændringer fra baseline til afslutning og til 3 måneder efter behandlingen i forhold til symptomer og ændring i tilfredshed med livet, mental sundhed og fysisk helbred fra baseline til afslutning.

I afsnit 4.7. ses en opgørelse af det gennemsnitlige antal uger med hhv. a) arbejde/dagpenge/SU; b) sygedagpenge; c) overførselsindkomst i perioderne 6 måneder før og 6 måneder efter behandlingsstart. Ændringer mellem de to perioder er opgjort for hele gruppen og for dem, som gennemførte behandling og dem, som ikke gjorde. Endvidere er der udarbejdet en karakteristik af deltagere, som arbejdede mindre efter behandlingen i forhold til før behandlingen.

Afslutningsvis er der for deltagere, som udfyldte det afsluttende skema, udarbejdet en opgørelse af scoren på SUS, CSQ8 og tre spørgsmål angående tilfredshed med behandlingen (afsnit 4.8.).

Efter hvert afsnit er resultaterne sammenfattet i en delkonklusion. Til sidst i rapporten er en samlet konklusion og perspektivering, som sammenfatter resultater, metodiske begrænsninger, og anbefalinger for det fortsatte arbejde med behandlingen.

Data er beskrevet ud fra den procentvise fordeling af deltagere i de enkelte kategorier. De statistiske test, som er anvendt er Chi² og Fisher's exact test ved kategoriske data, samt t-test og lineær regression ved kontinuerte data. Der er anvendt et signifikansniveau på $p < 0,05$, hvilket er udtryk for at forskelle ikke er fremkommet ved en tilfældighed.

3.5. Etik

Deltagerne har givet samtykke til, at deres oplysninger må bruges i denne evalueringsrapport. Afrapporteringen af data er anonymiseret.

4. Resultater

4.1. Overordnede statistik af behandlingstilbuddet

I perioden fra januar 2018 (projektstart) til oktober 2019 havde i alt 2.539 borgere henvendt sig til Internetpsykiatrien og udfyldt en online anmodning om behandling. Af disse blev 2.083 vurderet egnet til behandlingstilbuddet og fik tilbudt forsamtale via video med henblik på udredning og behandling. Halvdelen (n=1.093) af denne gruppe gennemførte videosamtalen (Tabel 1). Denne andel varierede signifikant mellem regionerne, hvor andelen var lavest i Region Nordjylland (43 %) og højest i Region Syddanmark (59 %)(p=0,03). Blandt deltagerne i hele Danmark modtog 60 % behandling for enten depression eller angst efter videosamtalen (35 % modtog behandling for depression og 25 % for angst). Dette varierede også mellem regionerne fra 53 % i Region Nordjylland til 64 % i Region Hovedstaden, men forskellen var ikke signifikant (p=0,90).

Tabel 1. Antal borgere, som er tilbudt videosamtale og behandling i perioden 1. januar 2018 til 1. oktober 2019

	Tilbudt videosamtale	Gennemført videosamtale	Andel af gennemførte videosamtaler ¹	Modtaget behandling	Andel af modtagne behandlingsforløb ²
	N	n	%	n	%
Danmark	2083	1093	52	657	60
Hovedstaden	485	218	45	140	64
Midtjylland	429	236	55	145	61
Nordjylland	228	99	43	52	53
Sjælland	199	98	49	58	59
Syddanmark	745	442	59	262	59

¹ Andelen af gennemførte videosamtaler i forhold til tilbudte videosamtaler

² Andelen af modtagne behandlingsforløb i forhold til gennemførte videosamtaler

Der har i alt været 383 patienter i behandling for depression i perioden januar 2018 til oktober 2019 med følgende fordeling blandt regionerne:

- Region Hovedstaden: 22 % (n=84)
- Region Midtjylland: 21 % (n=80)
- Region Nordjylland: 7 % (n=27)
- Region Sjælland: 9 % (n=36)
- Region Syddanmark: 41 % (n=156)

Fordeling af deltagere på regioner

I perioden september 2018 til september 2019 gav 257 patienter samtykke til at deltage i denne evaluering. Antallet af deltagere fra de enkelte regioner varierede. Størstedelen kom fra Region Syddanmark, herefter Region Hovedstaden og Region Midtjylland, mens færrest kom fra Region Sjælland og Region Nordjylland (Tabel 2).

Tabel 2. Opgørelse af deltagere fra de enkelte regioner med samtykke til at indgå i evalueringen

	Hele Danmark	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark
n	257	61	60	28	27	81
%	100	24 %	23 %	11 %	11 %	32 %

Delkonklusion

Det var kun halvdelen af de patienter, som fik tilbudt en videosamtale, som gennemførte den, og 60 % af de patienter, som gennemførte denne samtale modtog efterfølgende behandling for depression eller angst. Mellem regionerne var signifikante forskelle på andelen som gennemførte videosamtalen, når den var tilbudt. Færrest gennemførte samtalen fra Region Nordjylland mens flest gennemførte fra Region Syddanmark.

Det er relevant at undersøge årsager til det store frafald nærmere, for at se om deltagelsesgraden kan øges samt lave en vurdering af den reelle tilgængelighed af tilbuddet. Endvidere bør den forholdsvise store variation mellem regionerne undersøges nærmere.

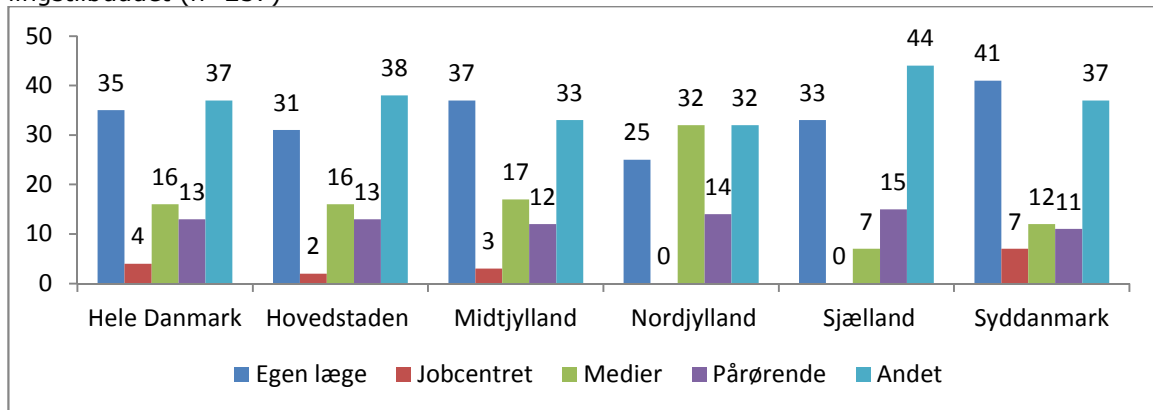
Der var ligeledes stor variation mellem regionerne i forhold til andelen af deltagere, som indgik i denne evaluering. Men når der blev taget højde for indbyggertallet i de enkelte regioner, svarede fordelingen af deltagere forholdsvis overens med dette. Der var en lille afvigelse ved Region Hovedstaden og Region Syddanmark, som udgør hhv. 32 % og 21 % af Danmarks befolkning. I denne rapport var hhv. 24 % og 32 % af deltagerne fra de to regioner. Det vil sige, at deltagere fra Region Hovedstaden udgjorde en mindre del end forventet, mens deltagere fra Region Syddanmark udgjorde en større del end forventet af de samlede deltagere i denne evaluering.

4.2. Kendskab til behandlingen

De enkelte regioner har i projektet haft til opgave at formidle viden om tilbuddet til borgere i målgruppen. Størstedelen af deltagerne havde hørt om nærværende behandlingstilbud hos egen læge (35 %) og "andet" (37 %), som primært dækkede over søgninger på internettet og anbefalinger fra psykologer og psykiatere, mens få nævnte Angstavisen, Dansk Psykolog Forening, fagforening og depressionsforeninger (Figur 1). Der var endvidere nogle, som havde hørt om tilbuddet fra medier (16 %), særligt på Facebook, i lokalaviser, DR

nyheder og radio. Endvidere havde 13 % hørt om tilbuddet fra pårørende, mens få havde hørt om det fra jobcentret (4 %). Denne svarfordeling var også gældende for Region Hovedstaden og Region Midtjylland. I Region Nordjylland havde en tredjedel hørt om tilbuddet fra medier (32 %). I Region Sjælland var der en større andel, som havde hørt om tilbuddet fra "andet" (44 %), mens størstedelen af deltagerne fra Region Syddanmark havde hørt om det fra egen læge (41 %) og "andet" (37 %). Der var ingen signifikant forskel mellem regionerne i forhold til, hvor deltagerne havde hørt om tilbuddet.

Figur 1. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til, hvor de har fået kendskab til behandlingstilbuddet (n=257)



Procenter summeres til mere end 100, da deltagerne kunne angive at have hørt om tilbuddet fra flere steder. Ingen signifikant forskel mellem regionerne i forhold til egen læge ($p=0,57$), jobcenteret ($p=0,18$), medier ($p=0,10$), pårørende ($p=0,97$) eller "andet" ($p=0,87$)

Delkonklusion

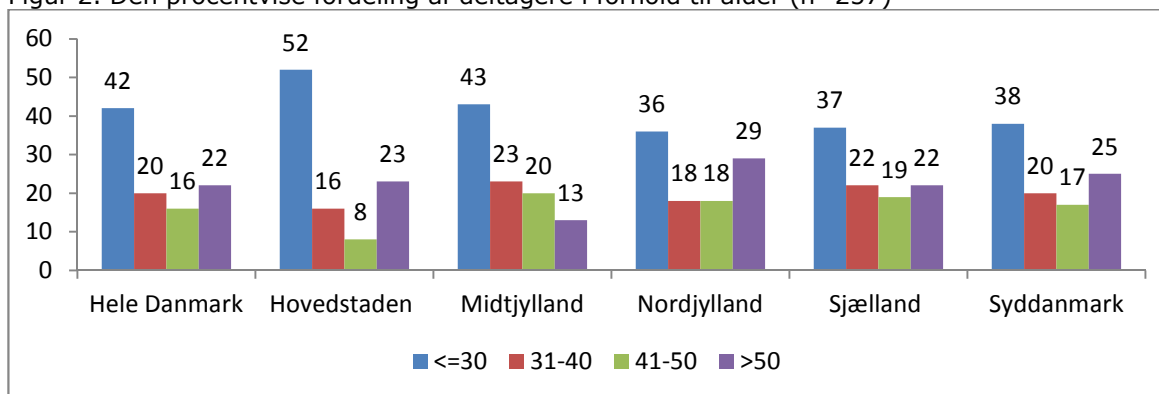
Deltagerne havde primært fået kendskab til behandlingstilbuddet fra egen læge, selv fundet det via søgninger på internettet eller anbefalinger fra psykolog eller psykiater ("andet"). Der var enkelte variationer mellem regionerne i forhold til, hvor deltagerne havde fået kendskab til tilbuddet, men der var ingen signifikante forskelle.

4.3. Sociodemografisk karakteristika af deltagerne

Alder

Størstedelen af deltagerne var yngre end 30 år (42 %), mens færrest var 41-50 år (22 %)(Figur 2). I Region Hovedstaden var over halvdelen yngre end 30 år. I Region Nordjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark var deltagerne mere ligeligt fordelt på de fire aldersgrupper, dog var der større overvægt af de unge. Forskellene mellem regionerne var ikke signifikante ($p=0,68$).

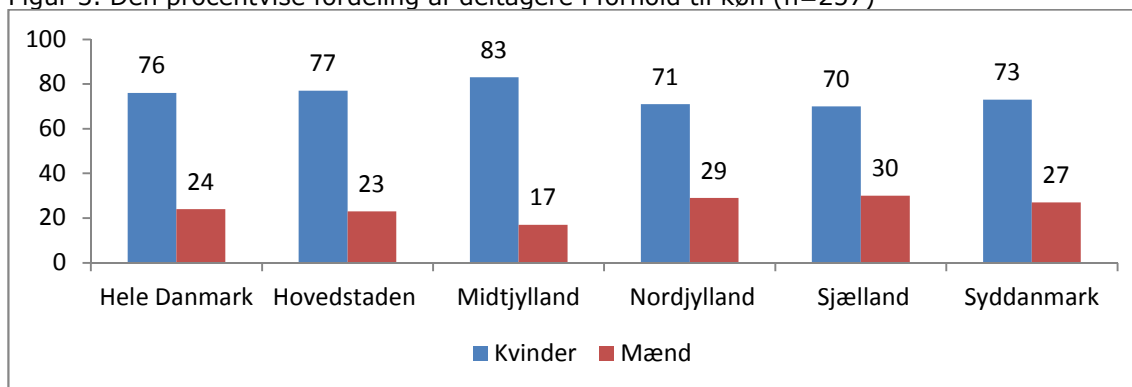
Figur 2. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til alder (n=257)



Køn

Tre fjerdedele af deltagerne var kvinder. Spredningen i de enkelte regioner var fra 70 % (Region Sjælland) til 83 % (Region Midtjylland), hvilket ikke var signifikant forskelligt ($p=0,52$)(Figur 3).

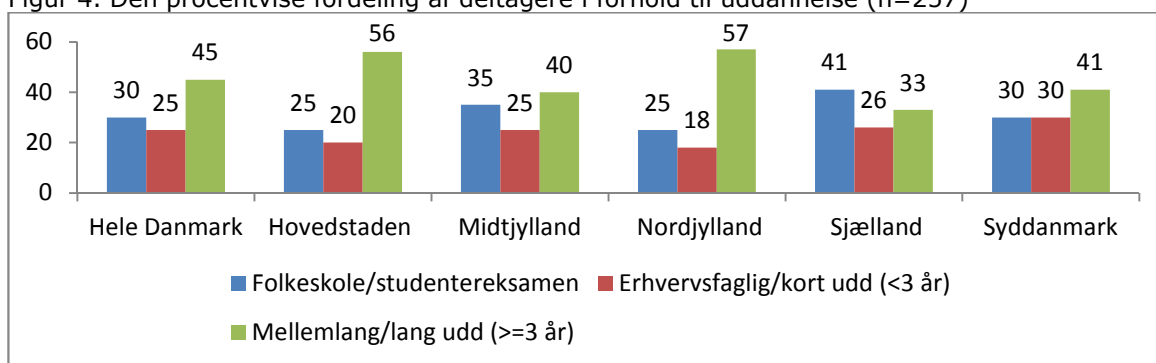
Figur 3. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til køn (n=257)



Uddannelse

De forskellige uddannelsesniveauer var bredt repræsenteret, men størstedelen havde en mellemlang eller lang videregående uddannelse (Figur 4). Der var flest i denne kategori blandt deltagere i Region Hovedstaden (56 %) og Region Nordjylland (57 %). I Region Midtjylland, Region Sjælland og Region Syddanmark var deltagerne mere jævnt fordelt i forhold til uddannelse, dog havde over en tredjedel af deltagerne enten folkeskole eller studentereksamen som højeste uddannelsesniveau i Region Midtjylland og Region Sjælland, mens der var flest med mellemlang eller lang videregående uddannelse i Region Syddanmark. På trods af variationerne var forskellene ikke signifikante ($p=0,43$).

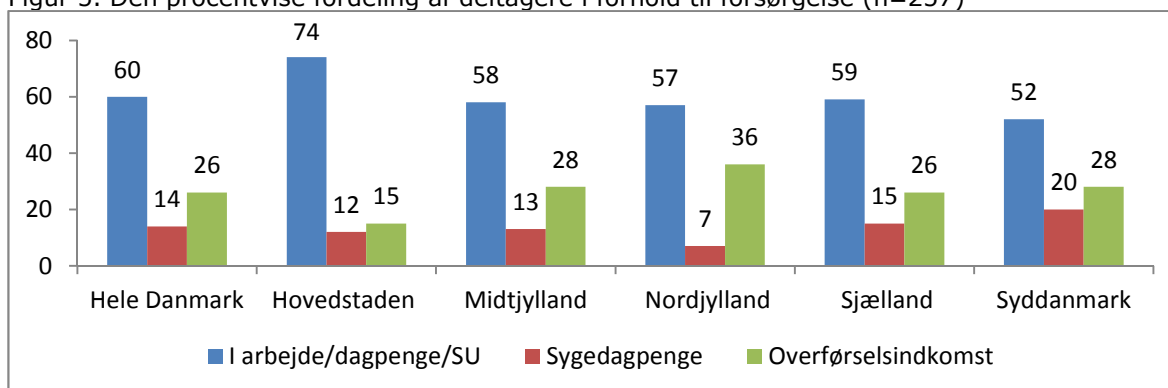
Figur 4. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til uddannelse (n=257)



Forsørgelse

Størstedelen af deltagerne (60 %) var enten i arbejde, under uddannelse og modtog SU, eller ledige og modtog dagpenge (Figur 5). Region Hovedstaden havde den højeste andel i denne gruppe (74 %), mens den laveste andel var i Region Syddanmark (52 %). Godt en tredjedel af deltagerne fra Region Nordjylland modtog overførselsindkomst. Deltagere, som modtog overførselsindkomst, var bl.a. blevet tilkendt uddannelseshjælp, kontanthjælp, flexjob, førtidspension, ressourceforløb, jobafklaring eller folkepension. Der blev ikke fundet signifikante forskelle mellem regionerne ($p=0,29$)

Figur 5. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til forsørgelse (n=257)



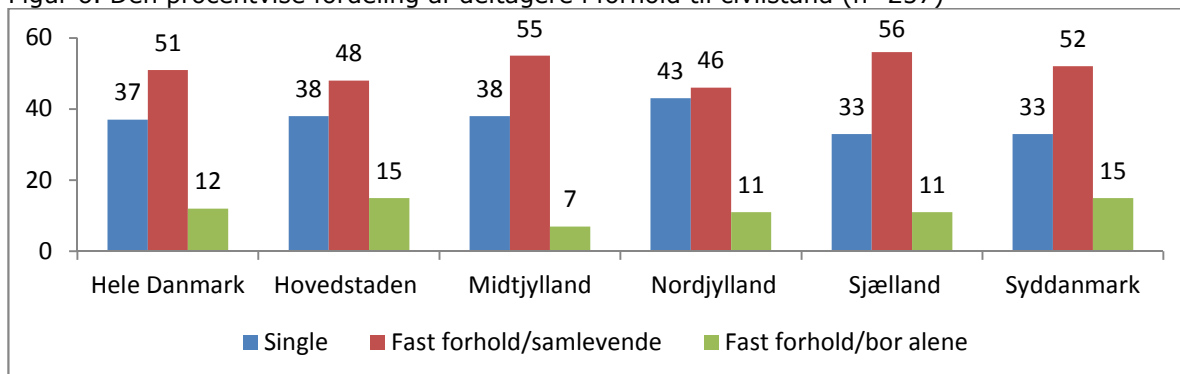
Civilstand og børn

Halvdelen af deltagerne var i et fast forhold og boede sammen med partneren (51 %) og godt en tredjedel var single (37 %)(Figur 6). Denne fordeling var også gældende for Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Sjælland og Region Syddanmark, mens deltagerne fra Region Nordjylland var ligeligt fordelt i forhold til de to typer civilstand. Disse forskelle mellem regionerne var ikke signifikant ($p=0,89$).

Halvdelen af deltagerne havde børn (ikke vist i figur). Blandt deltagerne fra Region Hovedstaden og Region Sjælland var der en lille overvægt af personer

med børn, mens det modsatte var tilfældet blandt deltagere fra de øvrige regioner.

Figur 6. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til civilstand (n=257)

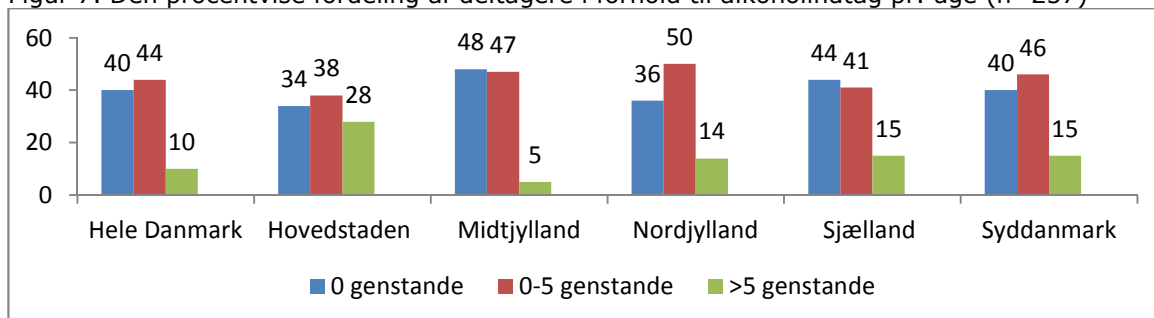


Alkohol og misbrug

Langt størstedelen (84 %) indtog højst 5 genstande alkohol pr. uge (Figur 7). I de enkelte regioner varierede dette fra 72 % (Region Hovedstaden) til 95 % (Region Midtjylland), hvilket ikke var signifikant forskelligt ($p=0,11$).

Der var kun to personer, som gav udtryk for at have et misbrug af euforiserende stoffer, piller eller andet (ikke vist i figur).

Figur 7. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til alkoholindtag pr. uge (n=257)



Delkonklusion

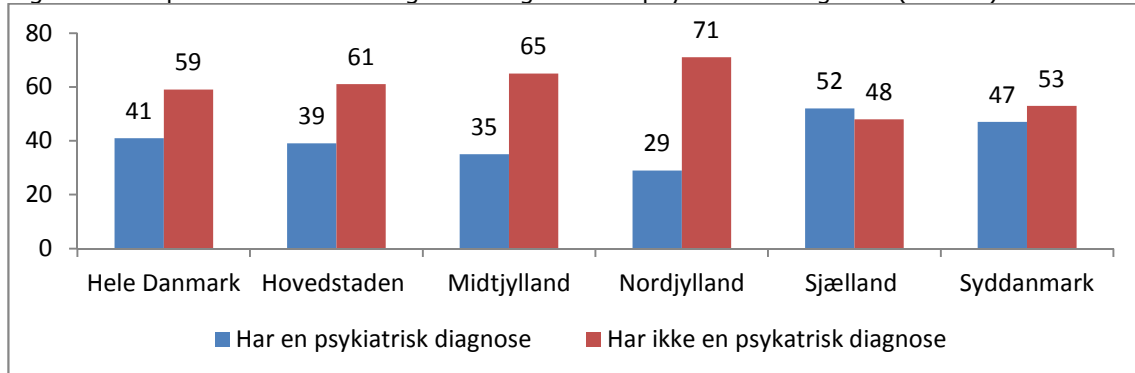
Størstedelen af deltagerne var unge under 30 år, kvinder, veluddannede, var i arbejde eller uddannelse, var samlevende, og havde ikke alkohol eller stofmisbrug. Der var ingen signifikante forskelle mellem regionerne på disse karakteristika. Det er vigtigt, at være opmærksom på, at denne beskrivelse er lavet for 41 % af dem, som har modtaget behandlingen. Den resterende del gav ikke samtykke til at medvirke i denne evaluering. Det vides derfor ikke, om der er forskel på de to grupper. Hvis det er tilfældet, kan det sociodemografiske billede af deltagere, som modtager tilbuddet, være anderledes end beskrevet her.

4.4. Kliniske karakteristika af deltagerne

Har en psykiatrisk diagnose

I alt havde 41 % fået stillet en diagnose af tidligere behandler (Figur 8). Langt størstedelen havde en depression, nogle havde angst, mens enkelte nævnte personlighedsforstyrrelser, ADHD og OCD. Antallet af deltagere, som havde en diagnose varierede mellem regionerne, således var der 29 % i Region Nordjylland og 52 % i Region Sjælland, men forskellen var ikke signifikant ($p=0,27$).

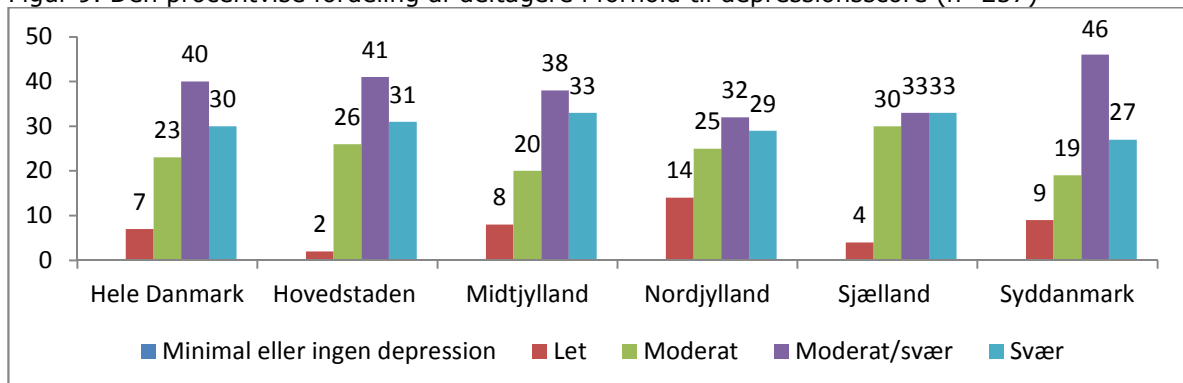
Figur 8. Den procentvise fordeling af deltagere med psykiatrisk diagnose (n=257)



Depressionsscore

Ifølge inddelingen af depression ud fra PHQ9 havde størstedelen af deltagerne en moderat (23 %), moderat/svær (40 %) eller en svær (30 %) depression inden opstart af behandling (Figur 9). Et lignende billede blev fundet blandt deltagerne fra de enkelte regioner, dog var der blandt deltagerne fra Region Nordjylland flere, som også havde en let depression. Der blev ikke fundet signifikante forskelle mellem regionerne ($p=0,68$).

Figur 9. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til depressionsscore (n=257)

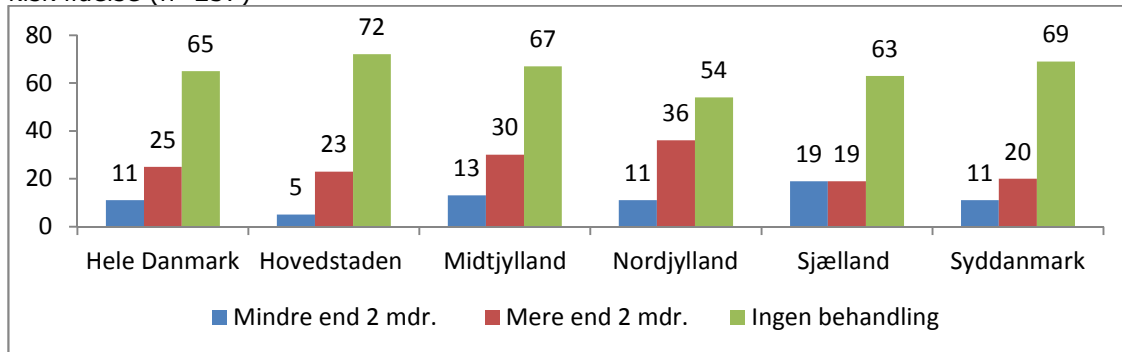


Aktuel medicinsk behandling for psykisk lidelse

En fjerdedel af deltagerne havde været i medicinsk behandling i mere end to måneder, mens størstedelen (65 %) ikke var i aktuel medicinsk behandling

(Figur 10). Den samme fordeling blev set blandt de enkelte regioner, dog var der en større andel i aktuelt medicinsk behandling blandt deltagerne i Region Midtjylland (43 %) og Region Nordjylland (47 %), men forskellen var ikke signifikant ($p=0,31$).

Figur 10. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til aktuell medicinsk behandling for psykisk lidelse (n=257)

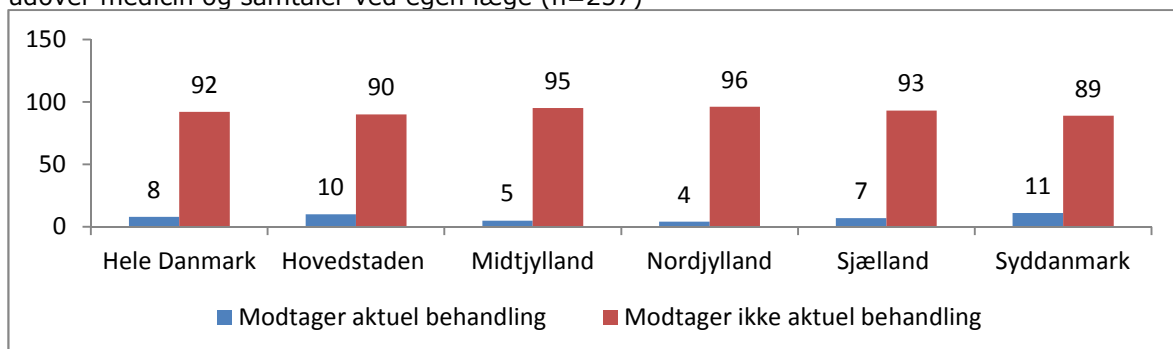


Aktuel behandling for psykisk lidelse udover medicin og samtaler ved egen læge

Langt størstedelen af deltagerne gav udtryk for, at egen læge var orienteret om deltagerens tilstand (80 %) (ikke vist i figur). Dette varierede mellem regionerne fra 74 % (Region Hovedstaden) til 85 % (Region Syddanmark), hvilket ikke var signifikant forskelligt ($p=0,55$).

I alt var 8 % af deltagerne i behandling for psykisk lidelse udover medicin og samtaler ved egen læge (Figur 11). Dette varierede mellem regionerne fra 4 % (Region Nordjylland) til 11 % (Region Syddanmark), men uden signifikant forskel ($p=0,66$). Behandlingen, som de modtog, var oftest samtaler ved psykolog og enkelte nævnte samtaler ved psykiater eller psykoterapeut.

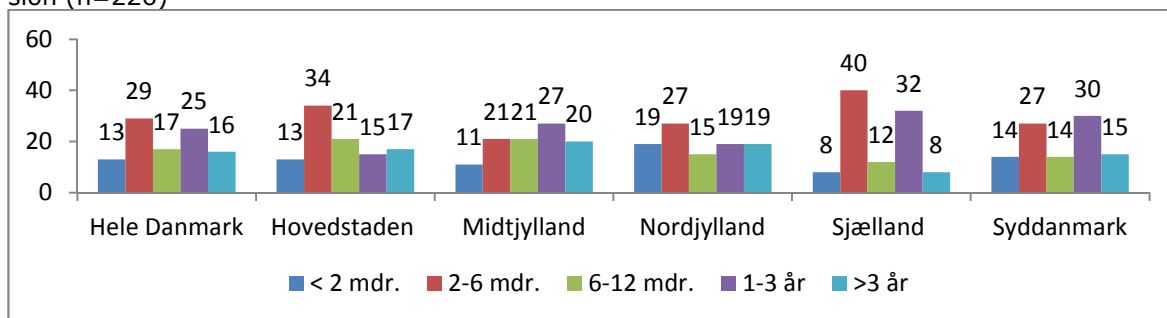
Figur 11. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til aktuell behandling for psykisk lidelse udover medicin og samtaler ved egen læge (n=257)



Tidsperiode for aktuel episode af depression

Der var 88 % af deltagerne, som gav udtryk for at have en depression (Figur 12). Blandt dem havde størstedelen haft det mellem 2 til 6 måneder (29 %) og mellem 1 og 3 år (25 %). Disse to tidsintervaller var også hyppigst blandt deltagerne i Region Sjælland og Region Syddanmark. Deltagerne fra Region Midtjylland og Region Nordjylland var mere ligelig fordelt på de enkelte tidsintervaller, hvor en femtedel havde haft depression i mere end 3 år. Blandt deltagerne fra Region Hovedstaden var der 47 %, som havde haft depression i mindre end 6 måneder. Der blev ikke fundet signifikant forskel mellem regionerne ($p=0,78$).

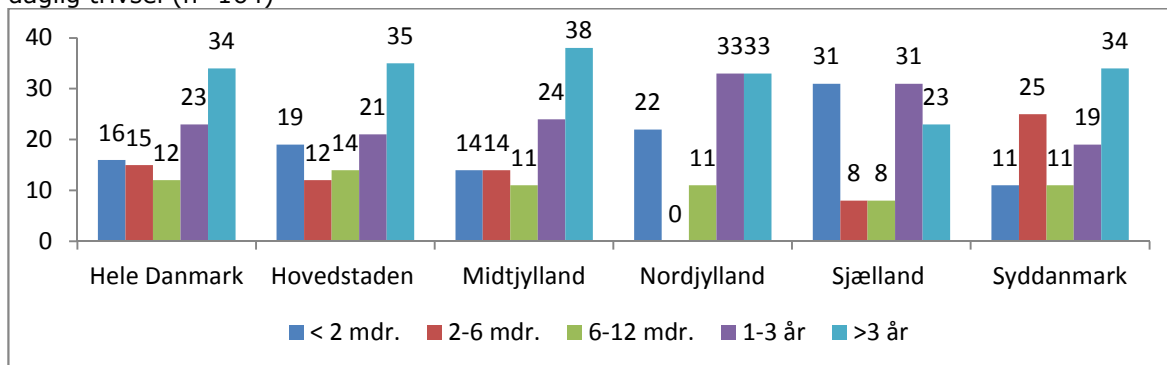
Figur 12. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til længde af aktuel episode af depression (n=226)



Tidsperiode for angstens påvirkning af daglig trivsel

I alt gav 64 % udtryk for at have angst. Blandt dem gav størstedelen udtryk for, at det havde påvirket deres daglige trivsel i 1-3 år (23 %) eller mere (34 %) (Figur 13). I de enkelte regioner var det også disse tidsperioder, som var mest hyppige. I Region Hovedstaden, Region Nordjylland og Region Sjælland var der dog også flere, som gav udtryk for, at angsten havde påvirket deres daglige trivsel i mindre end 2 måneder, men forskellene var ikke signifikante ($p=0,69$).

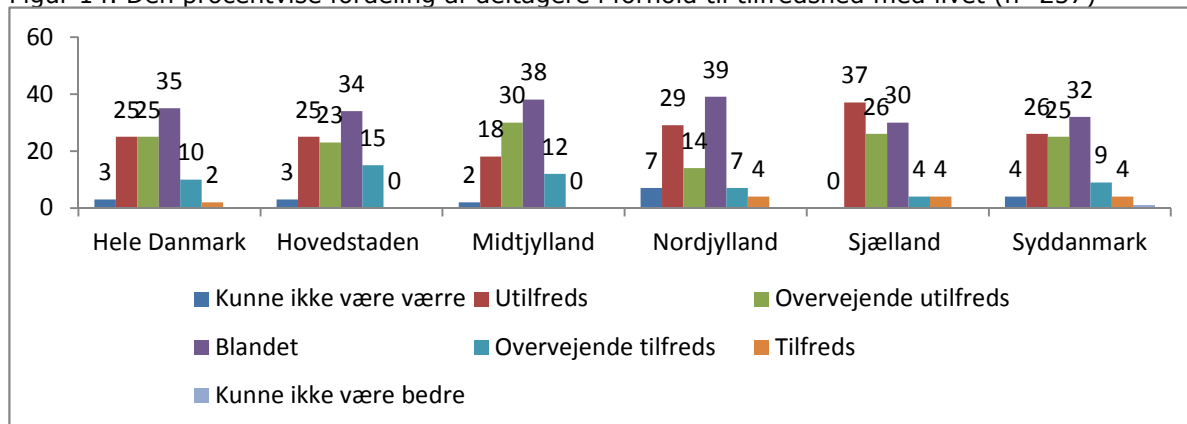
Figur 13. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til længde af angstens påvirkning af daglig trivsel (n=164)



Tilfredshed med livet

Størstedelen af deltagerne gav udtryk for at være enten utilfredse (25 %), overvejende utilfredse (25 %) eller både utilfredse og tilfredse (blandet) (35 %) med livet (Figur 14). Denne fordeling var gennemgående for deltagerne i alle regioner ($p=0,81$).

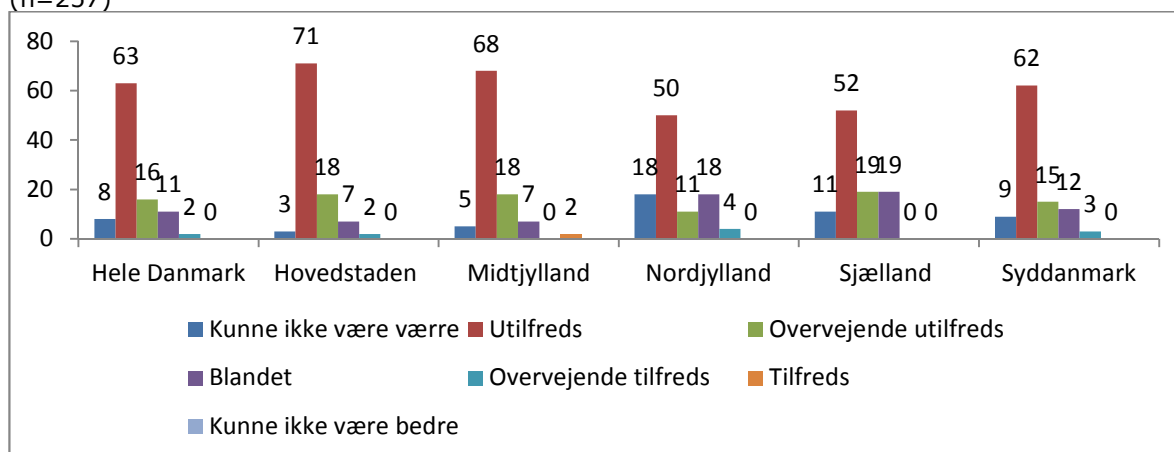
Figur 14. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til tilfredshed med livet (n=257)



Tilfredshed med mental sundhed

På spørgsmålet om tilfredshed med mental sundhed gav deltagerne hyppigst udtryk for at være utilfredse (63 %) eller overvejende utilfredse (16 %) (Figur 15). Den samme fordeling blev fundet i de enkelte regioner, dog varierede svarene for deltagerne i Region Nordjylland lidt mere, hvor der bl.a. var 18 %, som gav udtryk for at deres mentale sundhed ikke kunne være værre. Men på trods af variationen var forskellen ikke signifikant ($p=0,45$).

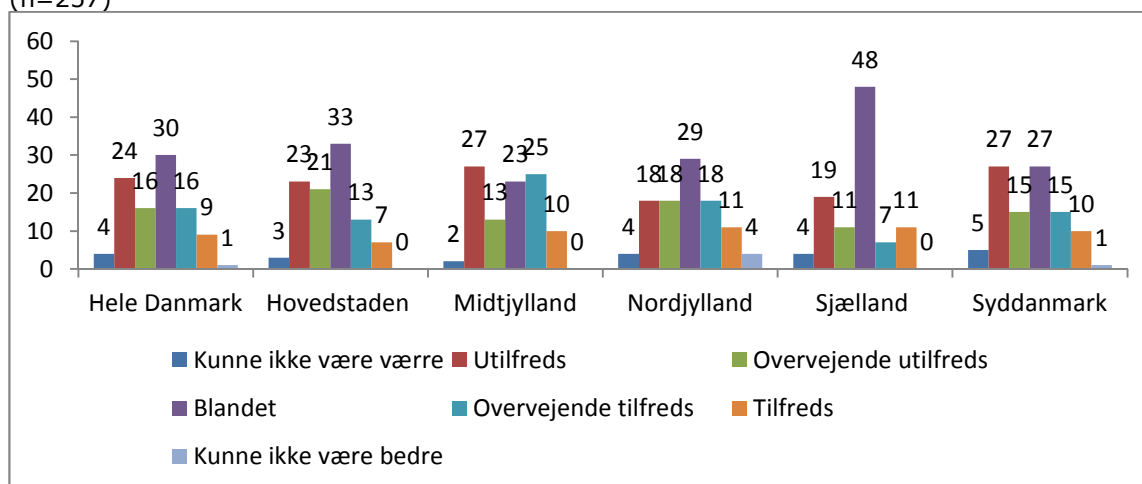
Figur 15. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til tilfredshed med mental sundhed (n=257)



Tilfredshed med fysisk helbred

Deltagerne gav udtryk for at være utilfredse (24 %), overvejende utilfredse (16 %), både tilfreds og utilfreds ("blandet") (30 %) eller overvejende tilfredse (16 %) med deres fysiske helbred (Figur 16). Denne fordeling var gennemgående for de enkelte regioner, dog havde næsten halvdelen af deltagerne fra Region Sjælland en "blandet" holdning til deres fysiske helbred ($p=0,80$).

Figur 16. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til tilfredshed med fysisk helbred (n=257)



Delkonklusion

I forhold til det kliniske billede havde næsten halvdelen en psykiatrisk diagnose, som oftest var depression eller angst, og deres depressionssymptomer svarede til en moderat til svær depression. Depressionen havde typisk været i mindre end 3 år, mens dem som også havde angst, havde været påvirket af det i den daglige travlhed i mere end 1 år. Størstedelen af deltagerne var ikke i aktuel medicinsk eller anden behandling for psykisk lidelse. En stor del af deltagerne var utilfredse med livet og med deres mentale sundhed, mens de var lidt mere tilfredse med deres fysiske helbred. Egen læge var oftest orienteret om deltagerens helbredstilstand.

Denne beskrivelse er lavet for 41 % af dem, som har modtaget behandlingen. Det er derfor uvist om de adskiller sig fra de øvrige patienter, som ikke har givet samtykke til at medvirke i denne evaluering

En del af målet med dette behandlingstilbud er at tilbyde behandling til en målgruppe af borgere, som ikke allerede modtager behandling. Det må vurderes at være opfyldt, da langt hovedparten af deltagere, ikke modtog hverken medicinsk eller anden behandling.

En tredjedel af deltagerne havde en svær depression vurderet ud fra PHQ9. Denne gruppe var ud fra metodebeskrivelsen ikke en del af inklusionskriterierne til behandlingstilbuddet. Årsagen til at de alligevel deltog i tilbuddet er, at

inklusionskriterierne vurderes ud fra et klinisk billede og ikke ud fra denne score. Erfaringer viser, at PHQ9 har en høj specificitet, hvilket betyder, at en stor andel af patienterne får et falsk positivt svar (15). Forsamtalen på video hjælper psykologen til at tage stilling til den faktiske psykopatologiske tilstand, herunder sværhedsgraden af depression. De kliniske erfaringer er således, at selvom en patient har opnået en score på en svær depression på PHQ9, fører dette typisk til en mere konservativ vurdering, hvorfor patienten er blevet vurderet egnet til behandlingen.

4.5. Gennemførelse af behandlingen

I alt gennemførte 148 (58 %) af deltagerne behandlingen, dvs. gennemførte de første fem sessioner.

Der var ingen signifikante forskelle blandt deltagere, som gennemførte behandlingen eller ikke gennemførte behandlingen i forhold til:

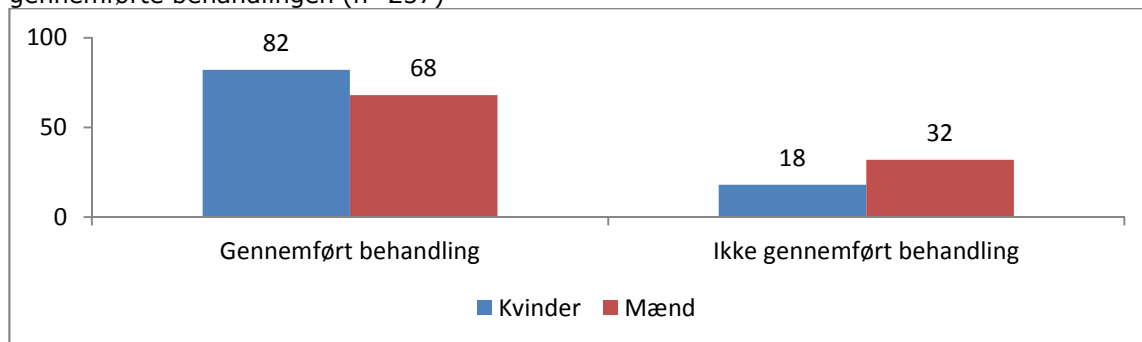
- Region
- Alder
- Uddannelse
- Forsøgelse
- Civilstand
- Tidsperiode for aktuel depression
- Tidsperiode for angstens påvirkning af daglig trivsel
- Aktuell medicinsk behandling

Derimod blev der fundet signifikante forskelle på gennemførelsen af behandlingen på nedenstående områder.

Køn

Der var en større andel af mænd, som ikke gennemførte behandlingen sammenlignet med kvinder ($p=0,01$) (Figur 17).

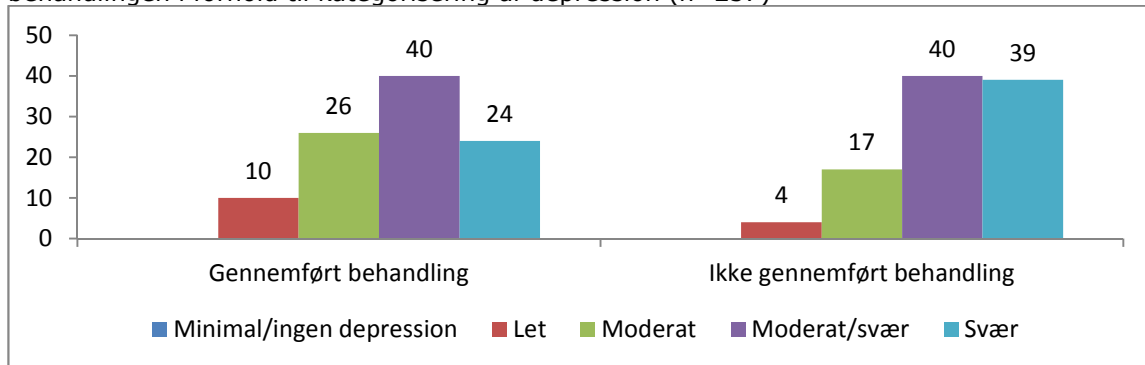
Figur 17. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til køn som hhv. gennemførte og ikke gennemførte behandlingen (n=257)



Kategorisering af depression

Andelen af deltagere med svær depression, som ikke gennemførte behandlingen, var større sammenlignet med andelen af deltagere med let og moderat depression, som ikke gjorde dette ($p=0,02$)(Figur 18).

Figur 18. Den procentvise fordeling af deltagere som hhv. gennemførte og ikke gennemførte behandlingen i forhold til kategorisering af depression (n=257)



Delkonklusion

Deltagere som ikke gennemførte behandlingen, var i højere grad mænd og havde svær depression. Disse to faktorer er også tidligere fundet som risikofaktorer i andre undersøgelser, men resultaterne er dog ikke konsistente (16). Der er behov for at undersøge, hvorfor netop disse patienter ikke gennemfører behandlingen, således at psykologerne kan hjælpe dem til det i større grad. I fortolkningen af disse resultater er det vigtigt at være opmærksom på, at analyserne er lavet på en lille studiepopulation. Det betyder, at nogle af forskellene muligvis ikke er fremkommet signifikante på trods af forskel. Derudover har det, som konsekvens af få deltagere, været nødvendigt at slå nogle grupper sammen ved f.eks. uddannelse. Det betyder, at resultaterne ikke er detaljeret og at der kan være risiko for at overse eventuelle forskelle.

4.6. Effekt af behandling på depressionssymptomer

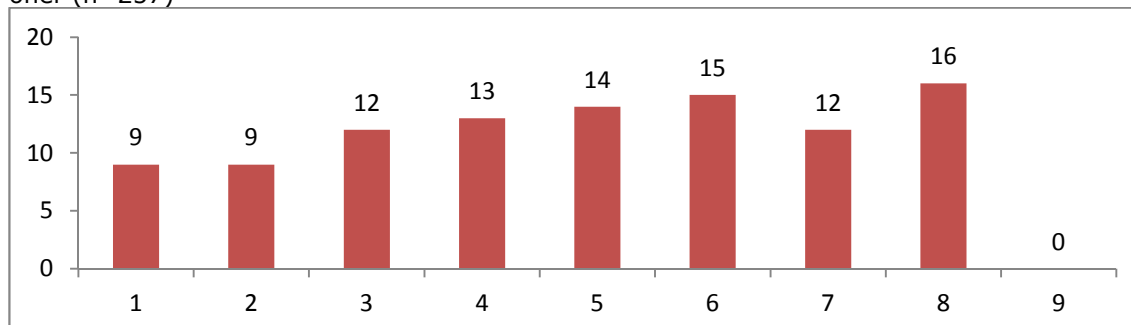
Behandlingstype og sessioner

Der var 77 % af deltagerne, som modtog den udvidede depressionsbehandling, og 23 % som modtog grundpakken (ikke vist i figur). I de enkelte regioner varierede andelen, som modtog den udvidede behandling fra 61 % (Region Nordjylland) til 85 % (Region Hovedstaden).

Antallet af gennemførte behandlingssessioner varierende fra 1 til 9 (kun 0,4 % havde gennemført 9 sessioner og er derfor ikke markeret på figuren)(Figur 19). De fleste havde modtaget mellem 3 og 8 sessioner. Det gennemsnitlige

antal sessioner, som deltagerne modtog, var 4,9 og behandlingsforløbet varede i gennemsnit 61 dage.

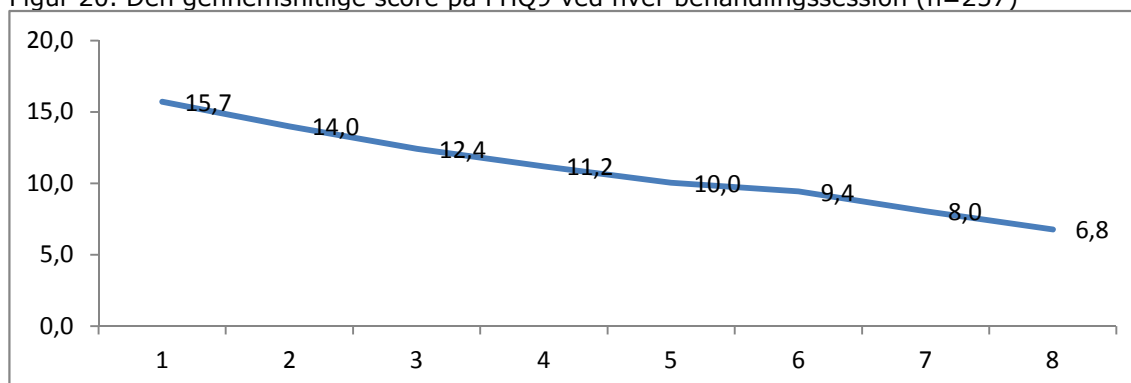
Figur 19. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til antal gennemførte behandlingssessioner (n=257)



Ændring af depressionssymptomer og sværhedsgrad af depression

Scoren på PHQ9 blev reduceret ved hver behandling fra 15,7 ved første behandling til 6,8 ved ottende behandling (Figur 20).

Figur 20. Den gennemsnitlige score på PHQ9 ved hver behandlingssession (n=257)



Scoren er beregnet på følgende antal deltagere på de enkelte sessioner: 1) n=257, 2) n=234, 3) n=212, 4) n=181, 5) n=148, 6) n=113, 7) n=74, 8) n=43. Session 9 er ikke medtaget, da kun én havde gennemført denne.

I alt opnåede 183 deltagere (71 %) at blive kategoriseret i en lettere depressionskategori efter sidste behandlingssession i forhold til baseline (markeret med rød i Tabel 3), og 74 deltagere (29 %) forblev i samme kategori eller sværere (markeret med grå i Tabel 3). Der var signifikant forskel på fordelingen af deltagere ved baseline i forhold til ved sidste behandlingssession ($p < 0,01$), hvilket vil sige, at deltagerne opnåede at være i en lettere depressionskategori ved afslutning i forhold til ved baseline.

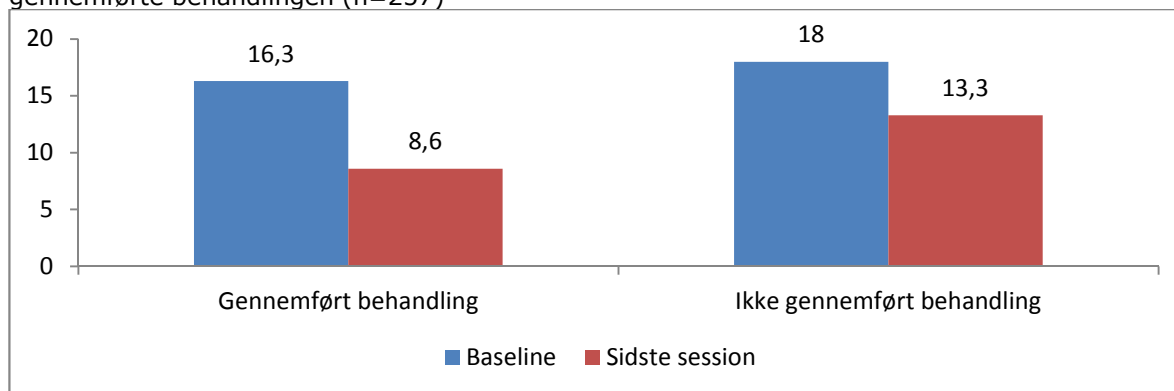
Tabel 3. Ændringer i kategorisering af depression fra baseline til sidste behandlingssession (n=257)

Baseline	Sidste behandlingssession				
	Minimal/ ingen depression n=50	Let n=71	Moderat n=64	Moderat/svær n=45	Svær n=27
Let, n=18	7	6	2	3	0
Moderat, n=58	18	23	13	4	0
Moderat/svær, n=103	17	27	29	19	11
Svær, n=78	8	15	20	19	16

Der var ingen forskel i sociodemografiske og kliniske karakteristika af deltagere, som forblev i samme depressionskategori eller sværere ved sidste behandlingssession i forhold til ved baseline sammenlignet med deltagere, som opnåede at være i en lettere depressionskategori. Men blandt gruppen, som ikke gennemførte behandlingen (modtaget færre end 5 sessioner), var 60 % af dem i en sværere depressionskategori sammenlignet med 39 % blandt dem, som gennemførte behandlingen ($p < 0,001$).

Den positive forbedring på symptomniveau blandt gruppen, som gennemførte behandlingen, kunne også ses på den kontinuerte PHQ9 score. Deltagere som gennemførte behandlingen, havde således opnået en markant større reduktion i PHQ9 scoren fra baseline til sidste session i forhold til deltagere, som ikke gennemførte behandlingen ($p < 0,001$)(Figur 21).

Figur 21. PHQ9 score ved baseline og sidste session for deltagere, som gennemførte og ikke gennemførte behandlingen (n=257)



Deltagere som gennemførte behandlingen, havde i gennemsnit 85 dage fra første til sidste session, mens det tilsvarende tal var 29 dage for deltagere, som ikke gennemførte behandlingen. Ved justering for tiden, som en mulig confounder, i sammenhængen mellem udviklingen i PHQ9 scoren og gennemført behandling, var der ikke længere en statistisk sammenhæng ($p = 0,06$ (lineær regression)).

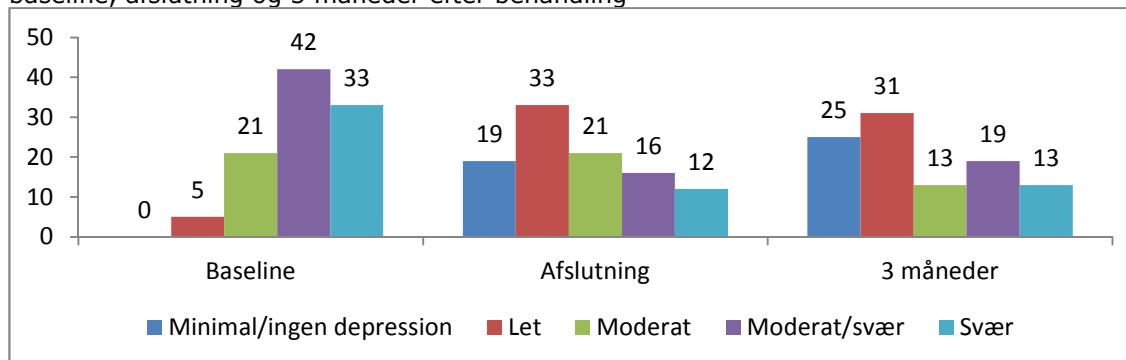
Afslutning af behandlingen

Af de 257 deltagere, som påbegyndte behandlingen udfyldte 43 (17 %) af dem det afsluttende spørgeskema efter behandlingsforløbet. De tilsvarende procenter for de enkelte regioner var: 18 % i Region Hovedstaden, 12 % i Region Midtjylland, 14 % i Region Nordjylland, 11 % i Region Sjælland, og 22 % i Region Syddanmark. Det afsluttende spørgeskema blev i gennemsnit besvaret 25 dage efter sidste session med en variation fra -8 til 113 dage. Deltagere som udfyldte det afsluttende spørgeskema, var i større grad over 50 år ($p<0,01$) og havde gennemført behandlingen ($p<0,001$) sammenlignet med deltagere, som ikke udfyldte det afsluttende spørgeskema. Der var derimod ikke forskel på PHQ9 scoren ved baseline, sidste session eller forskellen mellem disse. 16 af de samme deltagere udfyldte 3-måneders spørgeskemaet, i gennemsnit 108 dage efter sidste session med en variation fra 71 til 265 dage.

Kategorisering af depression

Fra baseline til afslutning af behandlingen var der en tendens til, at sværhedsgraden af depression blev lettere, da flere havde ingen eller let depression, mens færre havde moderat/svær eller svær depression ved afslutningen ($p=0,87$)(Figur 22). Den gennemsnitlige PHQ9 score var 10,4, mens gruppen ved baseline havde en score på 17,6. Gruppen som havde gennemført behandlingen, reducerede PHQ9 scoren fra baseline til afslutning med 7,6, mens det tilsvarende tal for gruppen, som ikke gennemførte behandlingen, var 5,0. Der var ikke signifikant forskel på grupperne ($p=0,36$). Den gennemsnitlige PHQ9 score på 3-måneders spørgeskemaet var 10,3.

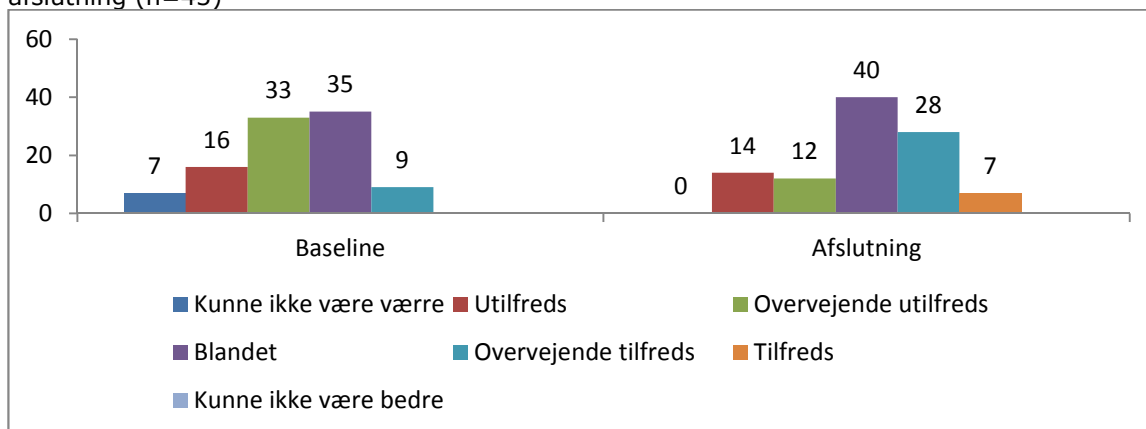
Figur 22. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til kategorisering af depression ved baseline, afslutning og 3 måneder efter behandling



Baseline og afslutning er opgjort for de 43 deltagere, som besvarede det afsluttende spørgeskema. 3-måneders spørgeskemaet er besvaret af 16 ud af de 43.

Deltagerne oplevede en positiv udvikling fra baseline til afslutning af behandlingen i forhold til tilfredshed med livet, idet flere svarede både tilfreds og utilfreds ("blandet"), overvejende tilfredse eller tilfredse ved afslutningen ($p<0,01$)(Figur 23).

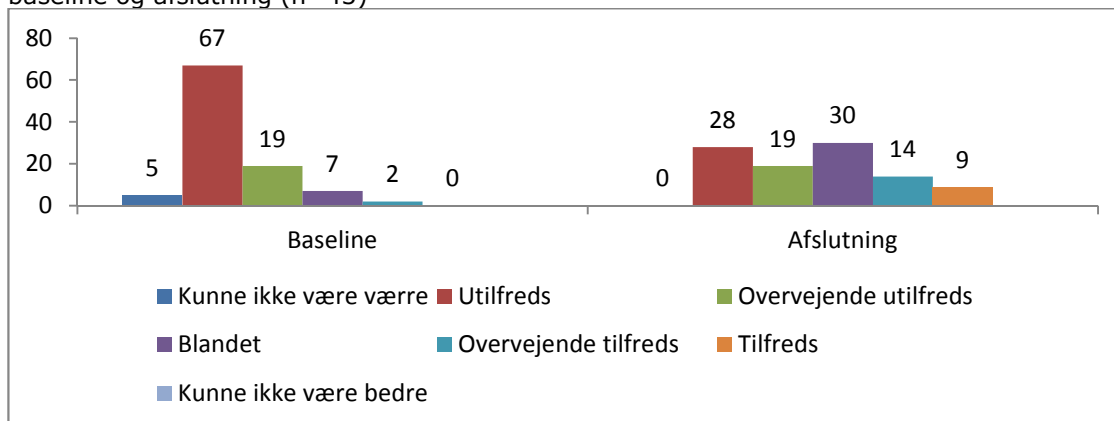
Figur 23. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til tilfredshed med livet ved baseline og afslutning (n=43)



Baseline og afslutning er opgjort for de 43 deltagere, som besvarede det afsluttende spørgeskema.

På samme vis var der også en tendens til, at flere svarede både tilfreds og utilfreds ("blandet"), overvejende tilfredse og tilfredse på spørgsmålet om tilfredshed med den mentale sundhed ved afslutning i forhold til ved baseline ($p=0,06$)(Figur 24).

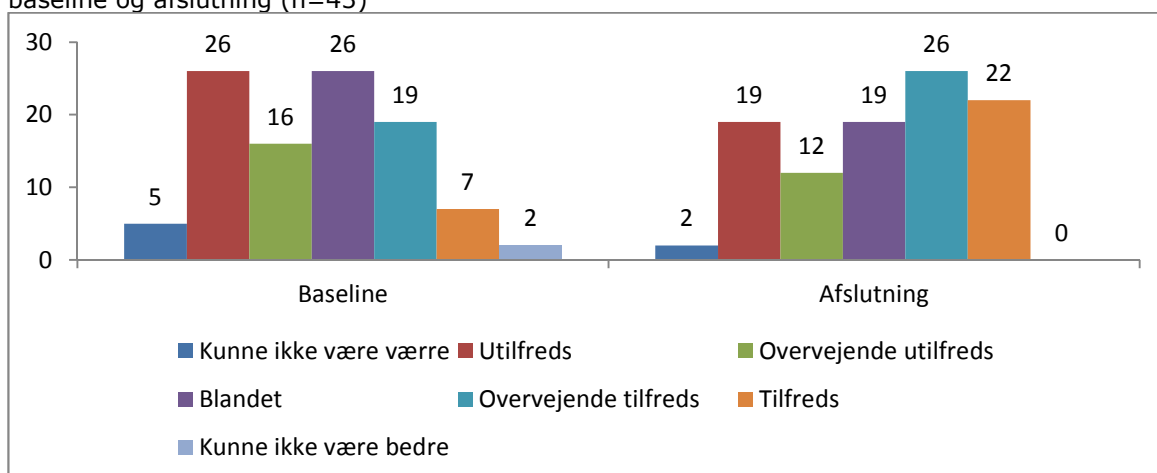
Figur 24. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til tilfredshed med mental sundhed ved baseline og afslutning (n=43)



Baseline og afslutning er opgjort for de 43 deltagere, som besvarede det afsluttende spørgeskema.

Det fysiske helbred var ligeledes forbedret, da hhv. 26 % og 22 % gav udtryk for at være overvejende tilfredse eller tilfredse ved afslutningen, dog var ændringen ikke signifikant ($p=0,14$)(Figur 25).

Figur 25. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til tilfredshed med fysisk helbred ved baseline og afslutning (n=43)



Baseline og afslutning er opgjort for de 43 deltagere, som besvarede det afsluttende spørgeskema.

Delkonklusion

Størstedelen af deltagerne modtog den udvidede depressionsbehandling, og havde oftest mellem 3 og 8 sessioner. Der var god effekt af behandlingen på depression. For det første var der en markant reduktion i PHQ9 scoren fra første til ottende session. For det andet opnåede deltagerne at være i en lettere depressionskategori ved sidste session sammenlignet med første session. Det skal understreges, at der ikke har været en kontrolgruppe at sammenligne effekten med. Derfor er det uvist, hvor meget af denne forbedring, som skyldes selve behandlingen eller andre forhold, som f.eks. anden aktuel behandling eller tiden i sig selv.

En undersøgelse af, hvilke deltagere, som opnåede at være i en lettere depressionskategori og have en større reduktion i PHQ9 scoren fra behandlingsstart til sidste session, viste, at det var gældende for deltagere, som gennemførte behandlingen sammenlignet med deltagere, som ikke gennemførte behandlingen. Men når der blev taget højde for dage fra første til sidste session, var der ikke længere en forskel i symptombedring mellem de to grupper. Det vil sige, at forskellen kan forklares ved at deltagere, som gennemfører behandlingen har flere dage til at opnå en bedring, og at tiden dermed i sig selv kan have en betydning for resultatet.

Der var ikke yderligere forbedring i PHQ9 scoren 3 måneder efter behandlingen i forhold til ved afslutningen. Deltagere, som udfyldte det afsluttende spørgeskema, gav udtryk for en bedring i tilfredshed med livet, mental sundhed og fysisk helbred i forhold til ved baseline.

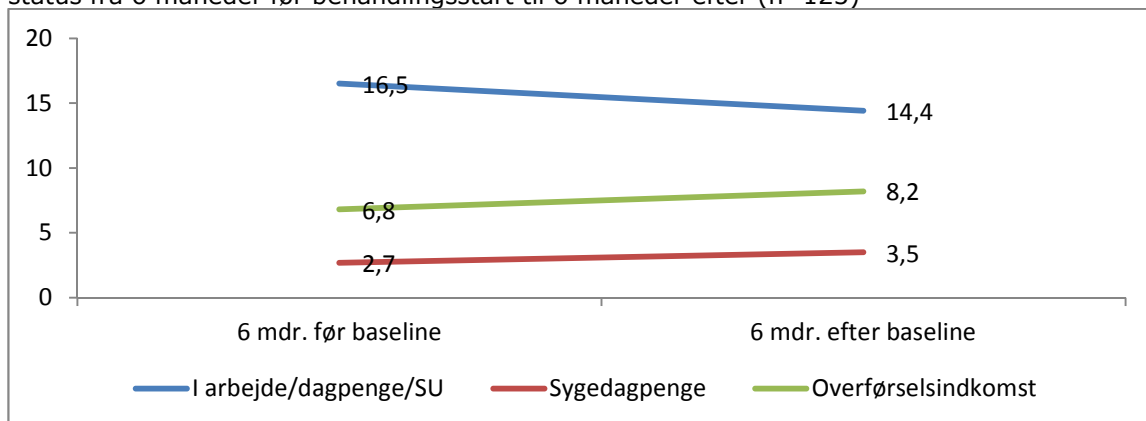
Det er vigtigt i fortolkningen af disse resultater at have for øje, at der kun var 43 og 16 deltagere, som udfyldte spørgeskemaet hhv. ved afslutning og efter 3 måneder. Det var endvidere en selekteret gruppe, da langt størstedelen af

dem, som udfyldte spørgeskemaerne havde gennemført behandlingen. Dette kan betyde at resultaterne er usikre. Det lave deltagerantal kan desuden muligvis forklare, at forskellene mellem baseline og afslutningen ikke er fremkommet signifikante.

4.7. Effekt af behandling for arbejdsmarkedsdeltagelse

Deltagerne havde i gennemsnit 16,5 uger med arbejde, dagpenge eller SU i løbet af de 6 måneder inden behandlingsstart (Figur 26). I de 6 måneder efter behandlingsstart var dette tal reduceret til 14,4 uger ($p<0,01$), mens der var en stigning fra 6,8 til 8,2 uger med overførselsindkomst ($p=0,01$). Der var en lille stigning med sygedagpenge i de to perioder, som dog ikke var signifikant ($p=0,15$).

Figur 26. Ændring i de gennemsnitlige uger i de forskellige kategorier inden for arbejdsmarkedsstatus fra 6 måneder før behandlingsstart til 6 måneder efter (n=123)



¹ Opgørelsen er udarbejdet for personer, som har 6 måneders opfølgning efter behandlingsstart (n=123). Sidste inklusionsdato var 4. april 2019.

Der blev ikke fundet nogen forskel i det gennemsnitlige antal uger i arbejde/dagpenge/SU, sygedagpenge og anden overførselsindkomst fra 6 måneder før behandlingen til 6 måneder efter behandlingen mellem gruppen, som gennemførte behandlingen sammenlignet med gruppen, som ikke gjorde.

I alt opnåede 37 % at arbejde det samme eller flere uger i de 6 måneder efter behandlingen som de 6 måneder før behandlingen, mens 63 % arbejdede færre uger eller var ikke tilknyttet arbejdsmarkedet ved begge måletidspunkter.

Deltagere, som arbejdede færre uger var oftere

- kvinder
- uden psykiatrisk diagnose

Delkonklusion

Der blev fundet en reduktion af uger med arbejde, SU og dagpenge i de 6 måneder efter behandlingen i forhold til de 6 måneder før behandlingen. Endvidere blev der fundet en stigning i uger med overførselsindkomst i samme periode. Der var ingen forskel i disse udviklinger blandt dem, som gennemførte behandlingen og dem, som ikke gjorde.

Over halvdelen af deltagerne arbejdede færre uger efter behandlingen sammenlignet med før behandlingen. Det var særligt kvinder, samt personer uden diagnose, som dette var gældende for.

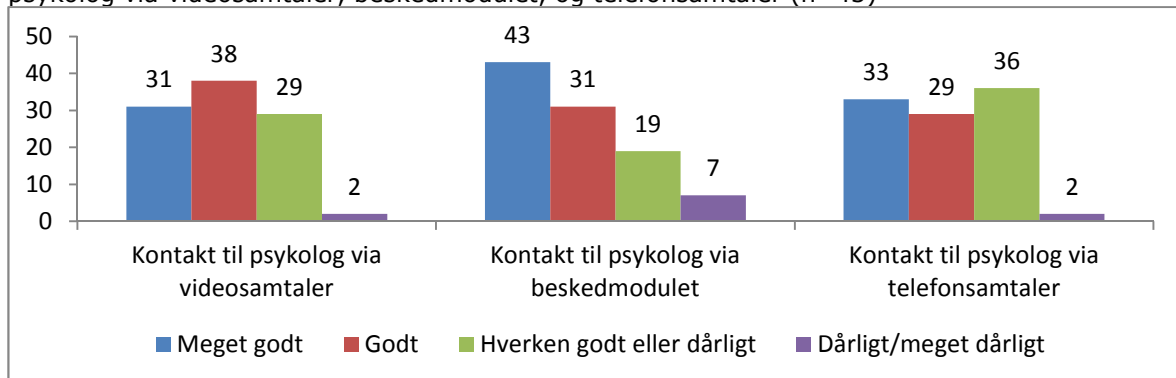
4.8. Anvendelighed af og tilfredshed med behandlingen

Anvendelighed af behandlingen

Af de i alt 43 deltagere, som udfyldte det afsluttende spørgeskema, mente

- 69 % at det var meget godt eller godt at have kontakt med en psykolog via videosamtaler
- 74 % at det var meget godt eller godt at have kontakt til en psykolog via beskedmodulet i behandlingsprogrammet
- 62 % at det var meget godt eller godt at have kontakt til en psykolog via telefonsamtaler (Figur 27).

Figur 27. Den procentvise fordeling af deltagere i forhold til tilfredshed med at have kontakt med psykolog via videosamtaler, beskedmodulet, og telefonsamtaler (n=43)



Tilfredshed med behandlingen (Client Satisfaction Questionnaire (CSQ8))

Svarmulighederne i CSQ8 går fra 1 til 4 på spørgsmålene, som dog ikke er enslydende, men princippet er, at jo højere tallet er, jo højere er graden af kvalitet eller tilfredshed.

De 10 spørgsmål med svarmuligheder:

1. Bedømmelse af kvaliteten af behandlingen (Ringe – Nogenlunde – God – Fremragende)

2. Fik vedkommende den ønskede hjælp (Nej, bestemt ikke - Nej, ikke rigtig - Ja, overordnet set - Ja, helt bestemt)
3. Grad af imødekommelse af behov (Ingen behov er opfyldt - Kun nogle få behov er opfyldt - De fleste behov er opfyldt - Alle behov er opfyldt)
4. Anbefaling af behandlingen til en ven (Nej, bestemt ikke - Nej, det tror jeg ikke - Ja, det tror jeg - Ja, helt bestemt)
5. Tilfredshed med den modtagne hjælp (Ret utilfreds - Neutral eller let utilfreds - Tilfreds - Meget tilfreds)
6. Graden af, hvorvidt behandlingen har hjulpet effektivt til håndtering af problemer (Nej, det forværrede tingene - Nej, det hjalp ikke rigtig - Ja, det har hjulpet i nogen grad - Ja, det har virkelig hjulpet)
7. Alt i alt, hvor tilfreds er vedkommende med den modtagne behandling (Ret utilfreds - Neutral eller let utilfreds - Tilfreds - Meget tilfreds)
8. Ved behov for hjælp igen, hvorvidt vedkommende vil henvende sig igen (Nej, bestemt ikke - Nej, det tror jeg ikke - Ja, det tror jeg - Ja, helt bestemt).

Tilfredshed med behandling (Figur 28)

- 68 % vurderede kvaliteten af behandlingen som god/fremragende (spørgsmål 1)
- 74 % var tilfredse/meget tilfredse med behandlingen (spørgsmål 5)
- 72 % var alt i alt tilfredse med behandlingen (spørgsmål 7)

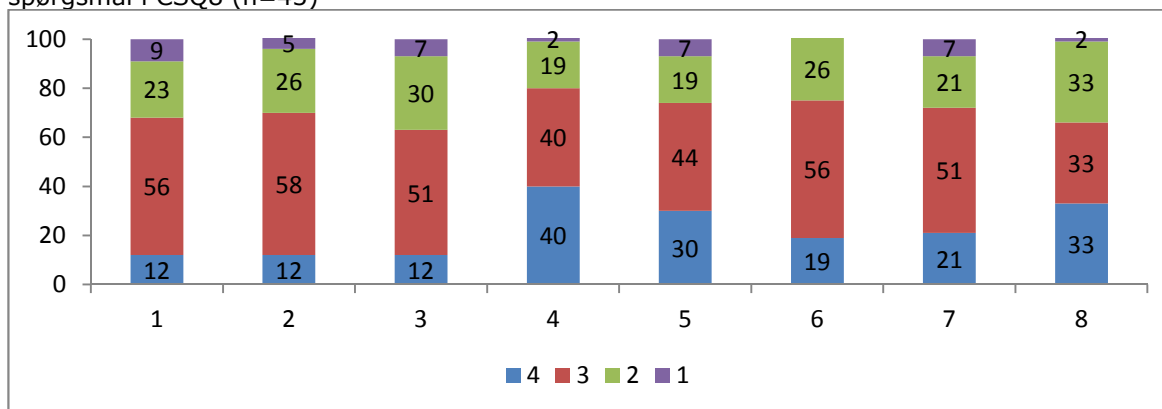
Imødekommelse af behov og hjælp til håndtering af problemer (Figur 28)

- 70 % gav udtryk for, at de helt bestemt/overordnet set fik den ønskede hjælp (spørgsmål 2)
- 63 % fik næsten alle/de fleste behov opfyldt (spørgsmål 3)
- 75 % gav udtryk for, at behandlingen i nogen grad/virkelig har hjulpet til håndtering af problemer (spørgsmål 6)

Anbefaling og brug af internetpsykiatrisk behandling (Figur 28)

- 80 % ville formentlig anbefale behandlingen til en ven (spørgsmål 4)
- 66 % ville formentlig henvende sig igen, hvis der skulle opstå et behov (spørgsmål 8)

Figur 28. Den procentvise fordeling af deltagernes tilfredshed af behandlingen vurderet ud fra 8 spørgsmål i CSQ8 (n=43)



Den gennemsnitlige score på CSQ8 for alle deltagere var 23, og 24 og 17 for dem som hhv. gennemførte og ikke gennemførte behandlingen ($p < 0,001$). Der var ingen forskel på scoren i forhold til uddannelsesniveau: 21 for deltagere med folkeskole/gymnasium, 24 for deltagere med erhvervsfaglig eller kort uddannelse og 23 for deltagere med mellemlang/lang uddannelse.

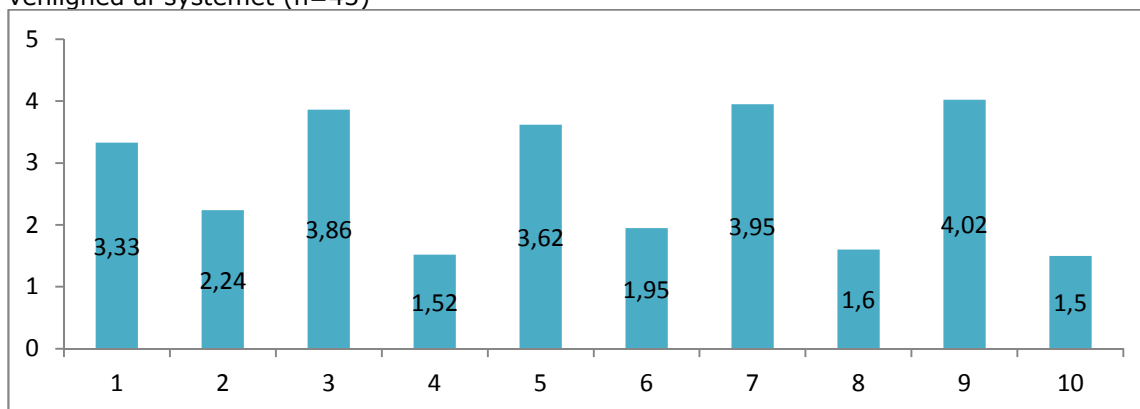
Brugervenlighed (System Usability Scale (SUS))

Dette spørgeskema består af 10 udsagn om behandlingstilbuddet. Svarmulighederne går fra 1 til 5, hvor 1 er meget uenig og 5 er meget enig. De 10 udsagn er som følger:

1. Jeg vil gerne bruge dette system igen
2. Jeg fandt systemet unødvendigt kompliceret
3. Jeg synes, at systemet var nemt at bruge
4. Jeg tror, at jeg ville have brug for teknisk support for at bruge systemet
5. Jeg synes, at systemets funktioner var implementeret godt
6. Jeg synes, at systemet var for usammenhængende
7. Jeg tror, at de fleste mennesker hurtigt vil kunne lære at anvende systemet
8. Jeg synes, at systemet var meget besværligt at bruge
9. Jeg følte mig sikker på, at jeg kunne bruge systemet
10. Jeg havde brug for at lære en masse nye ting, før jeg kunne komme i gang med at bruge systemet

Deltagerne havde en gennemsnitlig score på 3,86 i forhold til, at systemet var nemt at anvende, 4,02 i forhold til, at de følte sig sikre på at kunne bruge systemet, og 3,95 i forhold til, at andre også hurtigt vil kunne lære at bruge det. Derimod var scoren noget lavere i forhold til, at det var besværligt at bruge (1,60) og man skulle lære nye ting for at kunne komme i gang (1,50) (Figur 29).

Figur 29. Den gennemsnitlige score på hvert af de 10 spørgsmål på SUS omhandlende brugervenlighed af systemet (n=43)



I alt havde 60 % af deltagerne en score på over 70, hvilket er acceptabel i forhold til brugervenlighed af systemet (12). Den gennemsnitlige score for dem, som gennemførte behandlingen var 74,0, mens dem som ikke gennemførte, var 68,9. Der var ikke signifikant forskel på scoren mellem de to grupper ($p=0,57$). Der var heller ikke signifikant forskel på den gennemsnitlige score i forhold til de tre uddannelsesniveauer, men der blev dog fundet en tendens, da scoren blandt deltagere med folkeskole/gymnasium var 65,0, 72,1 for erhvervsfaglig eller kort uddannelse og 77,4 for mellemlang/lang uddannelse.

Nogle af deltagerne uddybede deres besvarelser efterfølgende, hvor flere gav udtryk for et ønske om flere sessioner med samtaleterapi enten gennem telefon eller video. Enkelte gav udtryk for, at det var svært at kommunikere gennem skrift, men kunne alligevel se fordelene ved det, da de kunne gå tilbage og se psykologens kommentarer flere gange. En anden fordel ved beskedmodulet, som blev nævnt var, at man kunne skrive udfordringer og spørgsmål, når de meldte sig og få en hurtig respons, hvilket gav et godt flow i behandlingen. Flere gav desværre udtryk for at have tekniske udfordringer ved at bruge videosamtaler.

Deltagerne gav udtryk for, at det var godt at blive lyttet til og blive guidet til selv at finde vejen, men kunne dog godt miste følelsen af nærvær og fortrolighed, når samtalen foregik gennem en skærm. Andre gav udtryk for at have lært nye teknikker, som kunne bruges efterfølgende, og have fået viden om egen mentale tilstand. En enkelt deltager gav udtryk for, at behandlingen rettede sig mere mod yngre mennesker, da der blev talt meget om uddannelse, mens en anden syntes, at systemet var for låst og svært at tilpasse den enkelte "Vi er mennesker ikke regnearksrepræsentanter".

Delkonklusion

Deltagerne var generelt meget tilfredse med behandlingen og kontakten med psykolog via videosamtaler, beskedmodulet og telefonsamtaler. De vurderede kvaliteten af tilbuddet og tilfredsheden heraf for positivt. Trefjerdedele af deltagerne var alt i alt tilfredse med behandlingen, og gav udtryk for at behandlingen havde hjulpet til håndtering af deres problemer. Dog var der færre som vurderede, at de fik deres behov opfyldt. Flere deltagere gav udtryk for et ønske om gerne at ville modtage flere sessioner med samtaleterapi enten gennem telefon eller video.

Deltagerne oplevede at programmet var nemt at anvende og følte sig sikre på, at de kunne bruge det. Der var en tendens til, at deltagere som havde gennemført behandlingen vurderede systemet mere brugervenligt sammenlignet med dem, som ikke gennemførte behandlingen. Samtidig kunne også ses, at graden af brugervenlighed steg med længde af uddannelse. Det er væsentligt at klinikkerne er opmærksomme på at understøtte eventuelle udfordringer blandt deltagere med kort uddannelse.

Der var kun besvarelse fra 43 (17 %) deltagere på det afsluttende spørgeskema, hvoraf størstedelen havde gennemført behandlingen. Analyserne på den lille selekterede gruppe kan derfor betyde at resultaterne er usikre.

5. Konklusion og perspektivering

Bestyrelsen i Danske Regioner har besluttet, at udbrede Region Syddanmarks tilbud om internetbaseret psykologbehandling til patienter med angst og/eller let til moderat depression til hele Danmark pr. 1. januar 2018 og indtil udgangen af 2020. Denne evaluering havde til formål *At tilvejebringe viden om effekt af og målgruppe for internetbaseret psykologbehandling af depression*. Evalueringen havde særlig fokus på effekten af tilbuddet på depressive symptomer, betydning af tilbuddet for arbejdsmarkedsdeltagelse, samt karakteristika af målgruppen, der anvender tilbuddet, og om de modtager andre typer behandling.

Analyserne var baseret på de 257 (41 %) deltagere, som havde givet samtykke til at indgå i evalueringen blandt de 627 deltagere, som var oprettet på behandlingsplatformen i perioden september 2018 til september 2019. Af denne gruppe besvarede 43 (17 %) deltagere et afsluttende spørgeskema efter sidste behandlingssession, og 16 (6 %) deltagere besvarede et spørgeskema 3 måneder efter sidste session.

Opsummering af resultater

Evalueringen af pilotprojektet viste overordnet, at halvdelen af de patienter, som fik tilbudt forsamtale på video, gennemførte den, og at 60 % af denne gruppe, efterfølgende, modtog behandling for depression eller angst. Der var stor variation mellem regionerne på disse andele.

Størstedelen af deltagerne kom fra Region Syddanmark, Region Hovedstaden og Region Midtjylland, mens færrest kom fra Region Nordjylland og Region Sjælland. Andelen af deltagere svarede til indbyggertallet i de enkelte regioner. Deltagerne havde oftest fået kendskab til behandlingstilbuddet fra egen læge, selv fundet det via søgninger på internettet eller anbefalinger fra psykolog eller psykiater. Størstedelen af deltagerne modtog den udvidede depressionsbehandling, og havde mellem 3 og 8 sessioner.

Størstedelen af deltagerne var:

- unge under 30 år
- kvinder
- veluddannede
- var i arbejde, uddannelse eller på dagpenge
- var samlevende
- havde ikke alkohol eller stofmisbrug
- ikke i medicinsk eller anden behandling for psykisk lidelse
- havde symptomer svarende til en moderat til svær depression
- for personer med depression, havde tilstanden været i mindre end 3 år

Deltagere, som ikke gennemførte behandlingen, dvs. havde modtaget færre end 5 sessioner, var i højere grad:

- mænd
- havde svær depression

Effekt af tilbuddet på depressionssymptomer:

Overordnet opnåede deltagerne:

- en markant reduktion i depressionssymptomer fra første til sidste session
- at være i en lettere depressionskategori ved sidste end ved første session
- ingen yderligere forbedring af depressionssymptomer fra afslutningen til 3 måneder efter behandlingen

Effekt for subgrupper:

- deltagere, som gennemførte behandlingen, opnåede at være i en lettere depressionskategori og opnåede en større reduktion af depressionssymptomer fra behandlingsstart til sidste session sammenlignet med deltagere, som ikke gennemførte behandlingen. Når der blev taget højde for dage mellem behandlingsstart og behandlingsafslutning, var der ikke forskel i depressionssymptomer mellem de to grupper. Det kan skyldes at tiden fra behandlingsstart til behandlingsafslutning var længere hos dem, som gennemførte behandlingen, hvilket kan være udtryk for at tiden i sig selv havde en betydning for resultatet.
- der blev ikke identificeret yderligere forskelle i sociodemografiske eller kliniske karakteristika mellem grupperne, som opnåede eller ikke opnåede en bedring af symptomer

Effekt af tilbuddet på arbejdsmarkedsdeltagelse:

I de 6 måneder efter behandlingen sammenholdt med de 6 måneder inden behandlingen var der:

- en reduktion på 2 uger med arbejde, SU og dagpenge
- en stigning på 1,5 uger med overførselsindkomst
- ingen forskel i disse udviklinger blandt dem, som gennemførte behandlingen og dem, som ikke gjorde
- over halvdelen af deltagerne arbejdede færre uger efter behandlingen sammenlignet med før behandlingen, hvilket særligt gjaldt for kvinder og personer uden diagnose

Tilfredshed med behandlingen:

- deltagerne var generelt meget tilfredse med kvaliteten af behandlingen og kontakten med psykolog via videosamtaler, beskedmodulet og telefonsamtaler
- deltagerne gav udtryk for, at behandlingen havde hjulpet til håndtering af deres problemer, men ikke alle vurderede, at de fik deres behov opfyldt
- flere deltagere gav udtryk for et ønske, om gerne at ville modtage flere sessioner med samtaleterapi enten gennem telefon eller video
- deltagerne oplevede, at programmet var nemt at anvende, og følte sig sikre på, at de kunne bruge det
- der var en tendens til, at deltagere, som havde gennemført behandlingen, vurderede systemet mere brugervenligt sammenlignet med dem, som ikke gennemførte behandlingen
- graden af brugervenlighed steg med længde af uddannelse

Diskussion af resultater

På baggrund af det godkendte evalueringsdesign, var det forventet at kunne inkludere 500 patienter i løbet af 5 måneder, men der blev inkluderet det halve i løbet af et år. Dette kan formentlig i stor grad tilskrives skift af it-leverandør, men det kan måske også skyldes måden tilbuddet er blevet formidlet på. Der var få deltagere, som havde hørt om tilbuddet på jobcentret, hvilket kunne indikere, at der skulle foregå en større formidling af tilbuddet der. Blandt deltagerne var der 40 %, som modtog sygedagpenge eller overførselsindkomst, hvilket er udtryk for, at en del af deltagerne er i kontakt med jobcenteret eller kommunen generelt. Endvidere kunne det være relevant at formidle tilbuddet på uddannelsesinstitutioner, da en stor del af deltagerne var i den uddannelsessøgende alder.

Kun halvdelen af de patienter, som fik tilbudt en forsamtale via video, gennemførte den. Ligeledes var det kun 60 % af deltagerne, som efter videosamtalen modtog behandling for depression eller angst. Evalueringsrapporten havde ikke til formål at undersøge det forholdsvise store frafald, men det vil være væsentligt at gøre fremadrettet for at se om deltagelsesgraden kan øges, samt lave en vurdering af den reelle tilgængelighed af tilbuddet. Patienter henvender

sig selv til Internetpsykiatrien, hvis de mener at have behov for behandling af deres psykiske lidelse. Under den indledende videosamtale, får patienterne information om behandlingen, og psykologerne får kendskab til patienternes psykiske tilstand. Frafaldet kan således skyldes, at patienterne ikke finder behandlingen målrettet dem, eller at psykologerne ikke finder patienten i målgruppen for behandlingen. Endvidere kan organisatoriske forhold være en mulig forklaring på frafaldet, hvis for eksempel kapaciteten i Internetpsykiatrien ikke harmonerer med efterspørgslen fra patienterne.

Der blev endvidere fundet en forholdsvis stor variation mellem regionerne på dette frafald. Det kan måske skyldes organisatoriske forhold, som for eksempel at planlægning af videosamtaler og opstart af behandling ikke igangsættes ud fra en ligelig fordeling mellem de enkelte regioner. Eller at patienter fra nogle regioner har større tendens til at afvise videosamtalen og behandlingen. Regionerne var selv ansvarlige for at formidle tilbuddet til deres borgere. Afhængig af hvordan denne formidling er foregået, kan det eventuelt føre til en forskel i forventning til og viden om behandlingen, og dermed have indflydelse på graden af frafald blandt patienterne i de enkelte regioner. Det skal dog understreges, at der kan være usikkerhed forbundet med resultaterne, da analyserne er lavet på et relativt lille antal deltagere. Det er derfor vigtigt at have denne udvikling for øje under den fortsatte inklusion af deltagere.

Ud fra beskrivelsen af deltagernes sociodemografiske karakteristika vurderes det, at behandlingstilbuddet i stor grad har inkluderet ressourcestærke personer, dvs. personer med længere uddannelse, som var tilknyttet arbejdsmarkedet, var samboende, og ikke havde alkohol- eller stofmisbrug. Tilbuddet har i mindre grad tiltrukket opmærksomhed fra personer med færre ressourcer. At indgå i denne type behandling kræver formentligt mange ressourcer, da det er et tilbud, hvor man arbejder meget selvstændigt. Endvidere kræves det også ressourcer at få kendskab til tilbuddet, da det kunne ses, at en stor del af deltagerne havde fundet tilbuddet gennem søgninger på internettet. Det er også væsentligt at bemærke, at der var en tendens til at behandlingssystemet blev opfattet som mindre brugervenligt blandt personer med folkeskole/studentereksamen sammenlignet med deltagere med længere uddannelse. Det bør overvejes, om der skal tilbydes en indsats ud over de grundlæggende principper i behandlingen til udvalgte grupper, som kunne arbejde mere fokuseret på engagement, motivation og dannelsen af en terapeutisk relation for at støtte dem i at gennemføre behandlingen.

Evalueringen fandt, at deltagere med svær depression i større grad ikke gennemførte behandlingen sammenlignet med deltagere med let og moderat depression. Der kan stilles spørgsmålstegn ved om denne type behandling er målrettet patienter med svær depression, da der i metodebeskrivelsen er beskrevet, at tilbuddet er henvendt til patienter med let til moderat depression. Det er dog væsentligt at gøre opmærksom på, at denne kategorisering i evalu-

eringsrapporten er foretaget på baggrund af PHQ9, og dermed ikke den kliniske vurdering, som foretages under forsamlingen på video. PHQ9 har en høj specificitet, som betyder, at en stor andel af patienterne får et falsk positivt svar (15), hvilket kan forklare forskellen. Men på trods af det, viser resultaterne formentligt, at deltagere med flere depressionssymptomer kan være i risiko for ikke at gennemføre behandlingen, hvilket psykologerne bør have for øje, så de kan støtte dem i at fortsætte behandlingen.

Behandlingen viste god effekt på depressionssymptomer, men det er ikke muligt at konkludere, at disse ændringer kan tilskrives behandlingstilbuddet, da der ikke har været en kontrolgruppe at sammenligne resultaterne med. Der kan være andre forklaringer på reduktionen af symptomer, som for eksempel at de deltager i andre behandlinger samtidig, eller at tiden i sig selv forbedrer tilstanden. På længere sigt er det derfor relevant at skabe evidens om behandlingen ved at sammenligne med en kontrolgruppe. Endvidere er det også væsentligt at undersøge om internetbaseret behandling når personer, som ellers ikke ville opsøge hjælp, samt om behandlingen medvirker til en reduktion af ulighed i sundhed, således at ressourcestærke og ressource svage 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 for ressource svage som ressourcestærke patienter (2). Fremadrettet vil det også være relevant at foretage kvalitative interviews af patienter for at undersøge deres oplevelse af tilbuddet nærmere for eksempel i forhold til krav, brug af computerprogram, og støtte fra psykolog, men også hvilken betydning tilbuddet har i forhold til deres arbejdsmarkedsdeltagelse. Denne rapport fandt en reduktion i uger med arbejde under behandlingsforløbet sammenlignet med før. Det kan muligvis være et udtryk for dels et dårligere mentalt helbred, men også en øget opmærksomhed på egne ressourcer til fortsat at arbejde. Et andet område, som ikke er belyst i denne evalueringsrapport, er de organisatoriske forhold, som f.eks. fagpersoners tidsforbrug og kapacitet, hvilket også er væsentligt at inddrage for at vurdere kvaliteten af behandlingstilbuddet.

Denne evalueringsrapport har nogle metodemæssige begrænsninger. For det første er den gennemført på de 41 % patienter, som i perioden september 2018 til september 2019 har givet samtykke til at deltage i evalueringen. Da det ikke er muligt at indhente oplysninger på gruppen, som ikke har udfyldt samtykkeerklæring, er det uvist om de har samme sociodemografiske og kliniske karakteristika. For det andet var der kun 17 % og 6 % af deltagerne, som udfyldte hhv. det afsluttende spørgeskema og skemaet 3 måneder efter behandlingen. Det var endvidere en selekteret gruppe, da langt størstedelen af dem, som udfyldte spørgeskemaerne havde gennemført behandlingen. Det kan betyde, at effekten på PHQ9 og tilfredshed med behandlingen kan være overestimeret i forhold til effekten og tilfredsheden blandt alle deltagere. Den lille studiepopulation kan betyde, at nogle af resultaterne ikke er fremkommet sig-

nifikante på trods af forskel (type 2 fejl), og at resultaterne ikke er detaljerede, da nogle grupper er blevet lagt sammen for at sikre tilstrækkelig deltagere, f.eks. ved inddeling af uddannelsesniveauer.

Perspektivering

Denne evalueringsrapport er gennemført på patienter med depression. Patienter med angst var ikke en del af evalueringen og effekten for denne gruppe er derfor ukendt. Det har kun været muligt for regionerne at inkludere 257 patienter i denne evaluering (41 % af dem som påbegyndte behandlingen), hvilket betyder, at resultaterne er behæftet med stor usikkerhed.

Det er derfor ikke muligt på baggrund af ovenstående at give en klar indstilling til det fortsatte arbejde.

Der er behov for at undersøge behandlingen yderligere for at opnå viden om bl.a. effekten, patienternes oplevelse samt organisatoriske forhold. Hvis behandlingstilbuddet udrulles er det væsentligt at inddrage nedenstående punkter i det videre arbejde.

- 1) Internetbehandling bør også undersøges hos patienter med angst
- 2) Effekten af internetbehandling bør sammenlignes med en kontrolgruppe, der ikke modtager behandling
- 3) Der bør gennemføres kvalitative interviews med deltagere for at opnå viden om tilfredshed med internetbehandling samt behov for støtte til at gennemføre behandlingen
- 4) Betydningen af internetbehandlingens effekt på langt sigt, f.eks. betydning for arbejdsmarkedsdeltagelse, bør belyses
- 5) Betydningen af organisatoriske forhold for internetbehandling, som f.eks. arbejdsforhold for psykologer, bør undersøges
- 6) Årsager til det store frafald af deltagere, som ikke gennemførte videosamtalen og ikke efterfølgende indgik i behandlingen, samt årsager til regionale forskelle i den forbindelse, bør undersøges
- 7) Det bør overvejes, hvordan internetbehandling bedst muligt præsenteres i de enkelte regioner, så flere deltagere inkluderes, og evt. flere personer med færre ressourcer

6. Litteratur

- (1) Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba EP, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark-sygdomme. 2015.
- (2) Rasmussen SR, Wentzer HS, Fredslund EK. Psykologstøttet internetpsykiatrisk behandling af let til moderat depression: Evaluering af demonstrationsprojekt i Region Syddanmark. 2016.
- (3) Rasmussen SR, Bech CF, Wentzer HS. Digitale tilbud til behandling af angst og depression: Forskningsrapport: Videnssøgning i Danmark. 2017.
- (4) Hedman E, Ljótsson B, Kaldø V, Hesser H, El Alaoui S, Kraepelien M, et al. Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care. *J Affect Disord* 2014;155:49-58.
- (5) Carlbring P, Andersson G, Cuijpers P, Riper H, Hedman-Lagerlöf E. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy* 2018;47(1):1-18.
- (6) Andrews G, Basu A, Cuijpers P, Craske M, McEvoy P, English C, et al. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: an updated meta-analysis. *J Anxiety Disord* 2018;55:70-78.
- (7) Cuijpers P, Donker T, van Straten A, Li J, Andersson G. 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* 2010;40(12):1943-1957.
- (8) Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S. Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Int J Soc Psychiatry* 1999;45(1):7-12.
- (9) Löwe B, Unützer J, Callahan CM, Perkins AJ, Kroenke K. Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. *Med Care* 2004;1194-1201.
- (10) Tamalpais Matrix Systems. The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ). Available at: <http://www.csqscales.com/>. Accessed 11/27, 2019.
- (11) Sauro J. Measuring Usability with the System Usability Scale (SUS). 2011; Available at: <https://measuringu.com/sus/>. Accessed 11/27, 2019.
- (12) Bangor A, Kortum PT, Miller JT. An empirical evaluation of the system usability scale. *Intl.Journal of Human-Computer Interaction* 2008;24(6):574-594.
- (13) Stapelfeldt CM, Jensen C, Andersen NT, Fleten N, Nielsen CV. Validation of sick leave measures: self-reported sick leave and sickness benefit data from a Danish national register compared to multiple workplace-registered sick leave spells in a Danish municipality. *BMC Public Health* 2012 Aug 15;12:661-2458-12-661.

- (14) Hjollund NH, Larsen FB, Andersen JH. Register-based follow-up of social benefits and other transfer payments: accuracy and degree of completeness in a Danish interdepartmental administrative database compared with a population-based survey. *Scand J Public Health* 2007;35(5):497-502.
- (15) Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Ann Fam Med* 2010 Jul-Aug;8(4):348-353.
- (16) Melville KM, Casey LM, Kavanagh DJ. Dropout from Internet-based treatment for psychological disorders. *British Journal of Clinical Psychology* 2010;49(4):455-471.

