

RAPPORT

2025

Evaluering av veiledet  
internettbehandling ved  
Rask psykisk helsehjelp: En  
randomisert kontrollert studie

**Oppdrag fra Helsedirektoratet**

**Evaluering av veiledet  
internettbehandling ved Rask psykisk  
helsehjelp:**

**En randomisert kontrollert studie**

Marit Knapstad

Gunnhild Johnsen Hjetland

Turi Reiten Finserås

Otto Robert Frans Smith



**Utgitt av Folkehelseinstituttet**

Område for folkehelse og forebygging  
Avdeling for helsefremmende arbeid  
Februar 2025

**Tittel:**

Evaluering av veiledet internettbehandling ved Rask psykisk helsehjelp: En randomisert kontrollert studie

**Forfattere:**

Marit Knapstad, seniorforsker  
Gunnhild Johnsen Hjetland, postdoktor  
Turi Reiten Finserås, postdoktor  
Otto Robert Frans Smith, seniorforsker

**Fagfeller:**

Eivind Schjelderup Skarpsno, professor, NTNU, Trondheim (ekstern fagfelle)  
Leif Edvard Aarø, seniorforsker, FHI, Bergen (intern fagfelle)

**Oppdragsgiver:**

Helsedirektoratet

**Publikasjonstype:**

Elektronisk rapport

**Bestilling:**

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: [www.fhi.no](http://www.fhi.no)

**ISBN elektronisk utgave:**

978-82-8406-489-5

**Sitering:** Knapstad M, Hjetland GJ, Finserås TR, Smith ORF. «Evaluering av veiledet internettbehandling ved Rask psykisk helsehjelp: En randomisert kontrollert studie». Rapport 2025. Bergen: Folkehelseinstituttet, 2025

## Forord

Denne rapporten presenterer resultatene fra en evaluering av en veiledet internettbehandling for angst og depressive plager, som ble gjennomført innen det kommunale lavterskelbehandlingstilbudet Rask psykisk helsehjelp (RPH). Evalueringen er en del av pilotprosjektet «Mestringsverktøy psykisk helse – Nettassistert behandling av angst og depresjon, med veiledning fra behandler i kommunen» og tar utgangspunkt i bruken av Assistert Selvhjelp sine behandlingsverktøy. I evalueringen sammenlignes effekten av denne metoden med den mer tradisjonelle oppfølgingen ved RPH, som i denne studien hovedsakelig besto av korttids samtaleterapi.

Et av de overordnede målene med opptrappingsplanen for psykisk helse 2023-2033 er at de som har behov for psykisk helsehjelp skal få god og lett tilgjengelig hjelp. I tråd med dette målet er det utviklet flere tiltak for å gjøre behandling mer tilgjengelig og effektiv, inkludert bruken av digitale løsninger som veiledet internettbehandling. Denne rapporten undersøker hvordan en slik veiledet internettbehandling, Assistert Selvhjelp, kan bidra til å oppnå disse målene og vurderer både behandlingsresultater og implementeringsutfordringer.

Evalueringsrapporten utgjør et viktig skritt mot å forstå hvordan digitale verktøy kan integreres godt og mer effektivt i behandlingen av angst og depresjon, og gir et grunnlag for videre forskning og mulige forbedring av kommunale helsetjenester.

Vi er takknemlig for konstruktive og tydelige tilbakemeldinger fra våre fagfeller til utkast av rapporten: Eivind Schjelderup Skarpsno (professor, NTNU, Trondheim, ekstern fagfelle) og Leif Edvard Aarø (seniorforsker, FHI, Bergen, intern fagfelle). Vi er spesielt takknemlige for alle RPH-team og RPH-klienter som har deltatt i denne evalueringen.

Sammen med forfattere i avdelingen Helsefremmende arbeid ønsker jeg god lesing!

Oslo, februar 2025

Dagfinn Mørkrid Thøgersen

Områdedirektør for folkehelse og forebygging

Folkehelseinstituttet

## Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b>	<b>3</b>
<b>Innholdsfortegnelse</b>	<b>4</b>
<b>Hovedbudskap</b>	<b>8</b>
<b>Sammendrag</b>	<b>9</b>
Innledning	9
Metode	10
Resultat	11
Rekruttering	11
Behandling mottatt og tidsbruk for terapeuter	11
Effekt på primærfallsmål	12
Effekter på sekundærutfallsmål	12
Funn relatert til akseptabilitet	12
Terapeuterfaringer med bruk av Assistert Selvhjelp	13
Diskusjon	13
Konklusjon	14
<b>1 Innledning</b>	<b>15</b>
1.1 Bakgrunn for oppdraget	15
1.2 Utfordringen – behov for å nå ut til flere, mer fleksibelt og ressurseffektivt	16
1.3 Veiledet internettbehandling og Rask psykisk helsehjelp	17
1.3.1 Veiledet internettbehandling	17
1.3.2 Rask psykisk helsehjelp – ‘mixed care’-modell med veiledet selvhjelp som sentral ingrediens	18
1.4 Hva sier forskingen om effekten av veiledet internettbehandling?	19
1.4.1 Kan være like effektivt som ansikt-til-ansikt behandling	19
1.4.2 Implementeringsutfordringer	20
1.5 Mål for evalueringen	21
<b>2 Metode</b>	<b>22</b>
2.1 Mål og metode for den kvantitative evalueringen	22
2.1.1 Prosedyrer for datainnsamling og inklusjon av deltakere:	23
2.1.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier:	23
2.1.2 Behandlingsgruppene	24
2.1.2.1 Gruppe1: Assistert Selvhjelp	24
2.1.2.2 Gruppe2: Ordinær oppfølging ved RPH	25
2.1.3 Terapeutopplæring, -erfaring, og -holdning knyttet til Assistert Selvhjelp	25
2.1.4 Spørreskjemaer	25
2.1.5 Analyser	28
2.1.5.1 Styrkeberegning	28
2.1.5.2 Ikke-underlegenhetsstudier	28

2.1.5.3 Hovedanalyser	29
2.2 Mål og metode for den kvalitative evalueringen	31
2.2.1 Intervjuguide	31
2.2.2 Rekruttering og gjennomføring av intervjuene:	31
2.2.3 Analyse av intervjuene:	31
<b>3 Resultater</b>	<b>33</b>
3.1 Antall deltakere totalt og per pilotsted	33
3.2 Demografiske kjennetegn ved deltakerne	35
3.3 Symptomer ved baseline, varighet på plager og grunner for å søke hjelp	37
3.4 Forventninger og motivasjon til behandlingen	39
3.5 Kjennetegn ved og innhold i behandlingen	40
3.5.1 Bruk av spesifikke terapeutiske teknikker	41
3.5.2 Brukerdata fra Assistert Selvhjelp	41
3.6 Effekt på primære utfallsmål (symptomer på depresjon og angst)	43
3.6.1 Behandlingsintensjonsanalysen (ITT)	43
3.6.2 Per-protokoll analyse	46
3.6.3 Sammenligning med RCT i Sandnes og Kristiansand	46
3.7 Effekter på sekundære utfallsmål	47
3.8 Terapeutisk relasjon, brukertilfredshet og frafall.	49
3.9 Ressursbruk	51
<b>4 Terapeuterfaringer</b>	<b>52</b>
4.1 Oppsummeringer innen hvert tema	52
4.1.1 Tema 1: Hva synes terapeutene om å jobbe med Assistert Selvhjelp: «En annerledes arbeidsmåte»	52
4.1.2 Tema 2: Faktorer som påvirker om terapeutene tar i bruk Assistert Selvhjelp: «Kliniske vurderinger med påtrykk fra egne og andres forventninger»	52
4.1.3 Tema 3: Hvordan brukes Assistert Selvhjelp i praksis av terapeutene: «Fra manual til supplement»	54
4.1.4 Tema 4: Hvem mener terapeutene at Assistert Selvhjelp (ikke) passer for: «For RPH-ere flest, med mer eller mindre klare unntak»	54
4.1.5 Tema 5: Hva mener terapeutene det er som gjør at Assistert Selvhjelp fungerer og hvilke betingelser må være til stede?	54
4.1.6 Tema 6: Fremtidens RPH – terapeutenes syn på ideell implementering av Assistert Selvhjelp i RPH	55
4.2 Tema 1. Hva synes terapeutene om å jobbe med Assistert Selvhjelp: «En annerledes arbeidsmåte»	55
4.2.1 Vurdering av brukervennlighet og innhold	55
4.2.2 Opplæring og erfaring: «Lite formell opplæring og varierende erfaring»	56
4.2.3 Terapeutrollen er annerledes enn ved samtalerapi	56
4.2.4 Hva er annerledes for klientene	57
4.2.5 Terapeuters erfaringer med effekt	58

4.3 Tema 2. Faktorer som påvirker om terapeutene tar i bruk Assistert Selvhjelp: «Kliniske vurderinger med påtrykk fra egne og andres forventninger»	58
4.3.1 Eksternt nivå: Forventninger fra andre om at klienten skal få samtaleterapi	58
4.3.2 Klientnivå: Klientenes preferanser tillegges stor vekt, men kan påvirkes av terapeut	58
4.3.3 Terapeutnivå: Manglende kompetanse og egne preferanser gjør samtaleterapi til et lett valg, men positive erfaringer med Assistert Selvhjelp kan føre til økt bruk	59
4.4 Tema 3. Hvordan brukes Assistert Selvhjelp i praksis av terapeutene: «Fra manual til supplement»	61
4.4.1 Egen side-guide	61
4.4.2 Telefon kontra ansikt-til-ansikt	61
4.4.3 Fleksibilitet i møte med den enkelte klient	61
4.4.4 Assistert Selvhjelp som supplement	62
4.5 Tema 4: Hvem mener terapeutene at Assistert Selvhjelp (ikke) passer for: «For RPH-ere flest, med mer eller mindre klare unntak»	62
4.5.1 Klientene bør ha avgrenset og riktig problematikk	62
4.5.2 Egenskaper ved klienten	63
4.5.3 Livet ellers påvirker	64
4.5.4 Vanskelig å forutse hvem som blir bedre	64
4.6 Tema 5. Hva mener terapeutene det er som gjør at Assistert Selvhjelp fungerer og hvilke betingelser må være til stede?	65
4.6.1 Struktur og fokus hjelper klienten, men det må være rom for fleksibilitet	65
4.6.2 Det kan være nødvendig å møte klienten ansikt-til-ansikt	66
4.6.3 Egeninnsats gir effekt, men det krever motivasjon og grundig arbeid	66
4.6.4 Psykoedukasjon og muligheten til å friske opp kunnskap	67
4.7 Tema 6. Fremtidens RPH – terapeutenes syn på ideell implementering av Assistert Selvhjelp i RPH	68
4.7.1 Assistert Selvhjelp som første tilbud, men med rom for videre behandling	68
4.7.2 Forankring i ledelsen og i RPH-teamet	68
4.7.3 Tydeliggjøring av målgruppen	68
4.7.4 Assistert Selvhjelp som ledd i ressursutnyttelse	69
<b>5 Diskusjon</b>	<b>70</b>
5.1 Oppsummering av hovedfunn	70
5.2 Kliniske resultater i kontekst av annen forskning på feltet	71
5.3 Ressursbruk	72
5.4 Akseptabilitet av Assistert Selvhjelp	72
5.4.1 Egnethet og behandlingspreferanse	72
5.4.2 Terapeutisk allianse	74
5.4.3 Frafall fra behandling	74
5.5 Metodiske betraktninger	74
5.6 Anbefalinger for videre implementering	75

5.7 Behov for videre forskning	76
<b>6 Konklusjon</b>	<b>78</b>
<b>7 Referanser</b>	<b>79</b>
<b>8 Appendiks</b>	<b>83</b>
8.1 Eksklusjonsgrunner og sammenstilling mellom inkluderte og ekskluderte	83
8.1.1 Eksklusjonstype og eksklusjonsgrunn	83
8.1.1.1 Hovedgrunn til ikke å oppfylle inklusjons-/eksklusjonskriteriene	83
8.1.1.2 Hovedgrunn til ikke å ville delta i studien	85
8.1.2 Sammenligning mellom studiedeltakerne og øvrige RPH-klienter	86
8.2 Tabeller etter pilotkommune	88
8.3 Grunner til å søke hjelp, opplevde årsaker til problemene, og tidligere behandlinger	92
8.4 Intervjuguide: Terapeutintervjuer	96



## Hovedbudskap

Gjennom veiledet internettbehandling kan man potensielt nå ut med virksom hjelp til flere personer med angst og depresjon enn ved tradisjonell samtaleterapi. Denne formen for psykologisk behandling har inntil nylig vært lite brukt i primærhelsetjenesten i Norge, og bruken varierer fortsatt mye mellom kommuner. Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et kommunalt lavterskeltilbud for voksne med lettere til moderat angst og depresjon, hvor lavintensive behandlingsformer som veiledet internettbehandling allerede spiller en viktig rolle.

I 2020 startet Helsedirektoratet en utprøving av veiledet internettbehandling i samarbeid med seks RPH-team i 11 kommuner. Verktøyene som ble prøvd ut er utviklet av Assistert Selvhjelp AS, og Folkehelseinstituttet evaluerte piloteringen. Evalueringen ble gjennomført som en randomisert kontrollert studie, hvor Assistert Selvhjelp ble sammenlignet med ordinær oppfølging ved RPH (hovedsakelig korttids samtaleterapi). Hovedmålet var å vurdere om Assistert Selvhjelp var minst like effektiv som ordinær oppfølging (ikke-underlegenhetsstudie). Primærutfallsmålet var endring i depresjons- og angst-symptomer fra før behandlingen startet til 6 måneder etter.

Totalt deltok 403 personer, som ble tilfeldig fordelt til de to behandlingsformene. Det kunne ikke med tilstrekkelig statistisk sikkerhet fastslås at Assistert Selvhjelp var minst like effektivt som ordinær RPH-oppfølging. Likevel var behandlingen i begge gruppene assosiert med klinisk signifikant bedring og tilfriskningsraten var over 50 %, i tråd med internasjonale standarder. Videre opplevde klientene i Assistert Selvhjelps-gruppen at samarbeidet med terapeutene var minst like tilfredsstillende som ved ordinær RPH-oppfølging og de var generelt fornøyde med behandlingsverktøyet. Terapeutene brukte omtrent halvparten så mye tid på behandlingen i gruppen som mottok Assistert Selvhjelp.

Samlet sett gir studien støtte til Assistert Selvhjelp som en del av behandlingstilbudet ved Rask psykisk helsehjelp. Behandlingsformen er lettere tilgjengelig for brukerne, krever betydelig mindre terapeuttid og gir relativt gode kliniske resultater. Dermed kan dette tilbudet bidra til å nå flere som sliter med angst og depresjon. Samtidig er det behov for mer forskning for å få sikrere svar på om Assistert Selvhjelp er minst like effektivt som det ordinære RPH-tilbudet. For god oppskalering av veiledet internettbehandling innen Rask psykisk helsehjelp trenger tilbudet forankres godt på alle nivå, fra god informasjon til sluttbruker til gode organisatoriske rammer for implementering både på team- og nasjonalt nivå.

## Sammendrag

### Innledning

Veiledet internettbehandling er ansett å være en viktig løsning for å nå ut til flere med evidensbasert behandling for angst og depresjon. Denne behandlingsformen har inntil nylig i liten grad blitt benyttet i primærhelsetjenesten i Norge, og bruken varierer fortsatt mye mellom kommuner. Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2015 i oppdrag "*å bidra til at det opprettes nettassistert behandling for angst og depresjon i norske kommuner*". Som en del av oppdraget satte Helsedirektoratet høsten 2020 i gang en utprøving av veiledet internettbehandling ved seks Rask psykisk helsehjelp (RPH)-team fordelt på 11 kommuner. Anbudet på veiledet internettbehandlingsverktøy skulle prøves ut gikk til Assistert Selvhjelp AS. Folkehelseinstituttet fikk i oppdrag å evaluere piloteringen. I denne rapporten beskrives resultatene fra evalueringen.

Et økende antall studier indikerer at veiledet internettbehandling for angst og depresjon gir betydelige behandlingseffekter, på nivå med det man oppnår med ansikt-til-ansiktsbehandling. Det er imidlertid flere kunnskapshull, både angående klinisk effekt og implementering. Mange studier er gjennomført utenfor de ordinære helsetjenestene, der deltakerne f.eks. rekrutteres gjennom annonser. Vi vet mindre om effekten av veiledet internettbehandling i ordinær praksis, inkludert i kommunene, der man når en bredere brukergruppe. Videre skjer implementering og oppskalering av veiledet internettbehandling i helsetjenestene i et langt langsommere tempo enn det økende kunnskapsgrunnlaget og behovet for behandling skulle tilsa. Det er dermed også viktig å identifisere faktorer som fremmer og hemmer implementering av veiledet internettbehandling for å kunne finne løsninger på dette problemet.

Med dette som bakteppe, kan vi beskrive målene med studien slik:

#### Primærmål:

Undersøke om veiledet internettbehandling for angst og depresjon med bruk av Assistert Selvhjelp er minst like effektiv som ordinær RPH-oppfølging på endring i depresjon- og angstsymptomer ved 6 måneders oppfølging.

#### Sekundærmål:

- I. Undersøke om Assistert Selvhjelp er minst like effektiv sammenlignet med ordinær RPH-oppfølging på andre relevante utfall, inkludert livskvalitet, generell fungering, spesifikke angstplager (sosialangst og panikkangst), søvn og arbeidsdeltakelse.
- II. Undersøke ressurseffektiviteten ved bruk av Assistert Selvhjelps-behandling sammenlignet med ordinær RPH-oppfølging, målt i terapeuttid per klient.
- III. Undersøke om veiledet internettbehandling ved bruk av Assistert Selvhjelp er like akseptabelt som ordinær RPH-oppfølging blant personer som mottar hjelp ved RPH.
  - a. Andel og kjennetegn ved de som ikke ønsker å motta veiledet internettbehandling.
  - b. Sammenligne frafall under behandling mellom behandlingsgruppene.
  - c. Sammenligne brukertilfredshet mellom behandlingsgruppene.

- d. Sammenligne terapeut- og klient-rapportert terapeutisk allianse mellom behandlingsgruppene.
- IV. Undersøke terapeuters syn på hva som kan fremme og hva som kan hemme videre implementering av internettbasert behandling innen Rask psykisk helsehjelp.

## Metode

Den kvantitative delen av evalueringen var designet som en pragmatisk randomisert kontrollert «ikke-underlegenhet» (non-inferiority)-studie. Studien er preregistrert i Clinicaltrials.gov (ID: NCT05118828). Med «ikke-underlegenhet» menes at det undersøkes om Assistert Selvhjelp klinisk sett er en *minst like effektiv* behandlingsform som ordinær RPH-oppfølging. Vi brukte en standard ikke-underlegenhetsmargin på  $-,30$ , der minus indikerer en mellomgruppe effekt i favør av ordinær RPH-oppfølging. For å kunne fastslå om Assistert Selvhjelp er ikke-underlegent sammenlignet med ordinær oppfølging i RPH må den nederste grensen av 95% konfidensintervallet til den standardiserte mellomgruppe-effektstørrelsen være større enn  $-,30$  (altså mindre negativ enn  $-,30$ ). Det vil si at analysene må kunne utelukke med tilstrekkelig statistisk sikkerhet at de som gjennomgår Assistert Selvhjelp kommer vesentlig dårligere ut enn de som gjennomgår det ordinære RPH-programmet.

Deltakerne i studien ble rekruttert blant personer som søkte behandling ved de 11 RPH-teamene som var med i piloten: RPH Lofoten (Vestvågøy, Flakstad, Moskenes), RPH Fosen (Indre Fosen, Åfjord, Ørland), RPH Karmøy, RPH Sandnes, RPH Notodden og RPH Modum (Modum og Sigdal). Rekrutteringen fant sted i perioden oktober 2021 til desember 2023.

Inklusjonskriteriene var i utgangspunktet de samme som for RPH generelt; lettere til moderat angst- og/eller depresjon, eventuelt med begynnende rusproblemer eller søvnproblemer i tillegg. Noen eksklusjonskriterier ble lagt til spesifikt for denne studien, herunder å ikke kunne eller ønske å benytte veiledet internettbehandling (f.eks. ikke ha tilgang til egnet digitalt utstyr eller utilstrekkelig digital kompetanse). De som oppfylte inklusjonskriteriene og ønsket å delta, ble tilfeldig fordelt til å motta 1) Assistert Selvhjelp eller 2) ordinær oppfølging ved RPH (undervisningsbaserte kurs, veiledet selvhjelp, korttids individuell terapi basert på kognitiv atferdsterapi). En rekrutterte dobbelt så mange i den sistnevnte gruppen (ratio 1:2). Deltakerne ble spurt om å besvare elektroniske spørreskjema før oppstart av behandlingen, annenhver uke de første 10 ukene, og ved 6-, 12-, 18- og 24-måneders oppfølging. Det ble også innhentet informasjon fra terapeutene og brukerdata fra Assistert Selvhjelp om behandlingsforløpene. Resultater presentert i denne rapporten er basert på data som ble samlet inn mellom 20. oktober 2021 og 31. august 2024, med oppfølging frem til 6 måneder etter behandlingsstart.

Det primære utfallsmålet for den kvantitative analysen var endring i symptomer på depresjon og angst fra før behandlingsoppstart til 6 måneders oppfølging. Depressive symptomer ble målt ved bruk av Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) og angst ved bruk av instrumentet Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7).

Målet med den kvalitative evalueringen var å utfylle og å belyse de kvantitative resultatene i mer detalj. Nærmere bestemt skulle de kvalitative intervjuene belyse terapeutene sine erfaringer med bruk av Assistert Selvhjelp innen RPH og hvordan de synes veiledet internettbehandling bør brukes ved RPH. Semistrukturerte kvalitative intervju ble brukt som datainnsamlingsverktøy for å kunne dekke forhåndsbestemte tema vi ønsket å undersøke, samtidig som vi lot informantene ta opp eventuelle andre tema de syntes var viktig å få frem.

Til sammen 12 intervjuer (to ved hvert pilotsted) ble gjennomført, transkribert og analysert med bruk av refleksiv tematisk analyse.

## Resultat

### *Rekruttering*

I alt ble 2201 personer registrert til vurdering for RPH i inklusjonsperioden. Av disse mottok 75,9 % oppfølging ved RPH, mens litt under halvparten (48,9 %) oppfylte inklusjonskriteriene til studien. Av de 1077 som oppfylte inklusjonskriteriene, takket 403 personer ja å delta i studien. Dette gav en deltakerrate på 37,4 %. Deltakerraten varierte mye mellom pilotstedene, fra 25 % til 75 %. Etter randomiseringen droppet 13 personer ut av studien (ti i Assistert Selvhjelpsgruppen og tre i den ordinære RPH-oppfølgingsgruppen). Dermed gjensto et nettoutvalg på  $n=390$  personer (155 i Assistert Selvhjelpsgruppen og 235 i den ordinære RPH-oppfølgingsgruppen).

Overordnet var det relativt beskjedne forskjeller i demografiske kjennetegn og symptomskår ved inntak mellom deltakerne og henholdsvis ikke-deltakerne og øvrige RPH-klienter under studieperioden. Av de som oppfylte inklusjonskriteriene, men takket nei til studiedeltakelse, begrunnet vel halvparten (53,6 %) dette med at de ikke ønsket å motta veiledet internettbehandling. Denne andelen varierte mye mellom pilotstedene (25 % - 67 %).

Merk at de 403 deltakerne samlet sett «bare» utgjør 24,1 % av alle personer som mottok RPH-behandling under studieperioden ( $n=1670$ ). Basert på eksklusjonsgrunner ble andelen klienter som Assistert Selvhjelp kunne vært aktuelt for anslått til å være betydelig høyere, sannsynligvis minst 50 %.

### *Behandling mottatt og tidsbruk for terapeuter*

Assistert Selvhjelp-gruppen mottok, som forventet, for det meste Assistert Selvhjelp som behandlingstype (91 % av behandlingsmøtene samlet). Oppfølgingsformatet var via telefon i omtrent tre av fire behandlingsmøter, og ved fysisk oppmøte i en av fire. I ordinær oppfølging ved RPH-gruppen var samlet vel tre fjerdedeler (78 %) av behandlingsmøtene samtaleterapi. Utover dette fordelte behandlingen seg nokså jevnt mellom kurs (12 %) og veiledet selvhjelp (10 %). De aller fleste behandlingsmøter (92 %) i denne gruppen ble gjennomført med fysisk oppmøte.

Bruk av kognitive atferds-terapeutiske teknikker var, ifølge terapeutene, mindre vanlig i Assistert Selvhjelp-gruppen enn i den ordinære RPH-oppfølgingsgruppen (alle p-verdier under ,05). Eksempelvis ble eksponeringsterapi brukt av 46,7 % i Assistert Selvhjelp-gruppen mot 66,3 % i ordinær RPH-oppfølgingsgruppen.

Median antall behandlingsmøter var 5 i begge gruppene (interkvartilbredde (IQR) 3-7). Total behandlingstid med terapeut per klient var derimot betydelig og statistisk signifikant høyere i ordinær oppfølging ved RPH-gruppen enn i Assistert Selvhjelp-gruppen. Den estimerte gjennomsnittlige forskjellen var 124,5 minutter per klient (95%KI 97,8; 151,2). I snitt var behandlingstiden 1,8 ganger lengre i ordinær oppfølging ved RPH-gruppen enn i Assistert Selvhjelp-gruppen.

### *Effekt på primærfallsmål*

Begge behandlingsgrupper viste en klinisk signifikant nedgang i symptomer på depresjon frem til seks måneders oppfølging (PHQ-9: Innengruppe-effekt for Assistert Selvhjelps-gruppen  $d_i = -1,15$  (95%CI -1,40, -,89), for ordinær RPH-oppfølgingsgruppen  $d_i = -1,26$  (95%CI -1,46, -1,05)) og angst (GAD-7: Innengruppe-effekt for Assistert Selvhjelps-gruppen  $d_i = -,92$  (95%CI -1,12, -,71), for ordinær RPH-oppfølgingsgruppen  $d_i = -1,11$  (95%CI -1,29, -,94)). Over tid gikk mellomgruppe-effektene noe mer i favør ordinær oppfølging i RPH. Ved studiens primære endepunkt ved seks måneders oppfølging, ble ikke-underlegenhet av Assistert Selvhjelp ikke påvist (depresjon:  $d_m = -,11$ ; 95%CI -,40; ,19), angst:  $d_m = -,19$ ; 95%CI -,43; ,04), da den nederste grensen av konfidensintervallet var mer negativ enn den predefinerte underlegenhetsmarginen på -,30 (henholdsvis -,40 for PHQ-9 og -43 for GAD-7). Dermed er det usikkert om Assistert Selvhjelp er minst like effektivt som, eller dårligere enn, det ordinære RPH-tilbudet.

### *Effekter på sekundærutfallsmål*

Tilfriskningsraten (målt som å skåre over klinisk grenseverdien på PHQ-9 og/eller GAD-7 ved behandlingsstart og under på begge ved oppfølging) ved seks måneders oppfølging var 56,1% i Assistert Selvhjelp-gruppen og 58,9% i ordinær oppfølging ved RPH-gruppen. Den pålitelige tilfriskningsraten (tilfriskning samt vesentlig bedring på PHQ-9 eller GAD-7) var 50,2% i Assistert Selvhjelps-gruppen og 51,8% i ordinær oppfølging ved RPH-gruppen. Selv om punkttestimatene var ganske like, var usikkerhetsestimatene større enn den pre-definerte ikke-underlegenhetsmarginen på -,3 (henholdsvis  $d_m = -,06$  (-,38; ,26) og  $d_m = -,04$  (-,36; ,29)). Dermed ble det ikke påvist at tilfriskningsratene var minst like bra i Assistert Selvhjelpsgruppen.

Assistert Selvhjelp ble funnet minst like effektivt som ordinær RPH-oppfølging for de sekundære utfallsmålene livskvalitet, sosial angst, søvnproblemer og fysisk aktivitet ved 6-måneders oppfølging. Derimot ble Assistert Selvhjelp ikke bevist minst like effektiv for generell fungering, panikkangst, helse relatert livskvalitet, stillesitting og arbeidsdeltakelse.

### *Funn relatert til akseptabilitet*

Både klienter og terapeuter vurderte den terapeutiske alliansen som tilfredsstillende i begge behandlingsgruppene. Ikke-underlegenhet ble funnet for den klient-vurderte terapeutiske alliansen, men ikke for den terapeut-vurderte terapeutiske alliansen. Klientene vurderte altså alliansen som minst like god ved Assistert Selvhjelp som ved ordinær RPH-oppfølging. Terapeutene vurderte derimot den terapeutiske alliansen som statistisk signifikant *bedre* for klienter som var i gruppen som mottok ordinær RPH-oppfølging.

For klientenes tilfredshet med behandlingen ble ikke-underlegenhet *ikke* funnet, og på noen oppfølgingstidspunkter var klientene som mottok ordinær RPH-oppfølging statistisk signifikant mer tilfredse med behandlingen enn klientene i Assistert Selvhjelp-gruppen.

Alt i alt var det en tendens til noe høyere frafall blant deltakere som mottok Assistert Selvhjelp, og ikke-underlegenhet ble ikke påvist. Tidlig frafall (<3 behandlingssesjoner) var på 10,4% i Assistert Selvhjelps-gruppen mot 6,1% i ordinær oppfølging ved RPH-gruppen ( $p = ,14$ ). Senere frafall (<5 behandlingssesjoner) var på 23,5% i Assistert Selvhjelp-gruppen og 16,2% i ordinær oppfølging ved RPH-gruppen ( $p = ,09$ ).

### *Terapeuterfaringer med bruk av Assistert Selvhjelp*

Terapeutene oppgav å like brukervennligheten til og kvaliteten på verktøyene til Assistert Selvhjelp, samtidig som noen syntes det var krevende å forholde seg til og bli godt kjent med mange forskjellige moduler samtidig. Utilstrekkelig kompetanse ble trukket frem som en barriere mot å bruke verktøyene, samt, i varierende grad, manglende tro på Assistert Selvhjelp som et tilstrekkelig behandlingstilbud. Noen terapeuter opplevde at egne oppfatninger ble mer positive etter vellykkede behandlingsforløp. Rammene rundt RCT-en kunne oppleves som begrensende og generelt ønsket terapeutene å kunne bruke Assistert Selvhjelp mer fleksibelt, i kombinasjon med samtaleterapi og skreddersydd etter klientens behov. Assistert Selvhjelp ble opplevd som tidsbesparende og spesielt egnet for klienter som var motiverte, selvdrevne og hadde relativt avgrenset problematikk. Overveielser om hvilken behandling som skulle tilbys den enkelte klient syntes å være mest styrt av terapeutene sitt ønske om å gi den best mulige behandlingen, og mindre av bruk av personalressurser og det å gi mange tilgang på hjelp. Likevel var mange positive til at Assistert Selvhjelp burde prøves som et første tilbud for alle klienter. Det ble også trukket frem at dette kanskje også kunne bidra til å definere tydeligere hvem målgruppen for RPH er. Forankring i ledelsen og tydeligere rammer ble trukket frem som viktige faktorer for å lykkes med dette.

### **Diskusjon**

For de primære utfallsmålene, symptomer på angst og depresjon ved seks måneders oppfølging, kunne det ikke med tilstrekkelig sikkerhet fastslås at Assistert Selvhjelp var minst like effektivt som ordinær RPH-oppfølging. Likevel var behandlingen i begge grupper assosiert med klinisk signifikant bedring. For å sette disse resultatene i perspektiv, ble innengruppeeffektene sammenlignet med funnene fra den forrige RCT-studien av RPH-tilbudet, gjennomført i Sandnes og Kristiansand. Når endringene i Assistert Selvhjelps-gruppen sammenstilles med endringene i kontrollgruppen (oppfølging som vanlig i kommunen) fra den forrige studien, tyder dette på at Assistert Selvhjelp sannsynligvis ville vært en mer effektiv behandling for symptomer på depresjon enn det som var kontrollgruppen i den forrige studien, mens en slik overlegenhet ville vært mer usikker for angst.

Studien har både sterke og svake sider. De sterke sidene handler blant annet om et solid forskningsdesign, bruk av pålitelige måleinstrumenter, samt bruken av både kvantitative og kvalitative metoder. Den ble gjennomført under ordinær drift, noe som styrker generaliserbarheten av funnene. Svakheterne omfatter lav rekruttering, høy ikke-deltakelse ved oppfølging og potensielle skjevheter som følge av dette. Videre var implementeringen av Assistert Selvhjelp sannsynligvis ikke optimal, med varierende opplæring for terapeuter, som kunne føre til at de følte seg usikre på metoden. Flere terapeuter var også skeptiske til Assistert Selvhjelp som behandling for deler av målgruppen. Bruken av terapeutiske teknikker, slik som eksponering, var mindre vanlig i Assistert Selvhjelp-gruppen, noe som kan ha påvirket resultatene. I lys av disse implementeringsutfordringene, kan resultatene med bruk av Assistert Selvhjelp ansees som sterke.

I intervjuene rapporterte flere terapeuter begrenset erfaring med veiledet internettbehandling, noe de selv opplevde som en barriere mot å tilby denne behandlingsformen. Tilstrekkelig opplæring og muligheter for etterutdanning er viktig for å øke terapeutens kompetanse og trygghet i metoden. Terapeutene opplevde Assistert Selvhjelps-verktøyene som brukervennlige, men rapporterte også at det var utfordrende å holde seg oppdatert på grunn av mange moduler. Det kan derfor være nyttig å avgrense modulbruk til de mest hyppige. Veiledet internettbehandling kan med fordel brukes som et første

behandlingstilbud, med mulighet for alternative behandlingsformer ved behov. Forankring på alle nivåer er viktig. Ledelsen bør støtte implementeringen ved å tydelig kommunisere hvordan Assistert Selvhjelp skal brukes, og legge til rette for opplæring og kompetansebygging.

Fremtidig forskning bør kartlegge i hvilken grad og hvordan Assistert Selvhjelp benyttes ved RPH, hva som kan bedre implementeringen av behandlingsformen og hvordan dette henger sammen med behandlingsresultater. Det er videre behov for studier med større utvalg og spesifikke analyser for ulike moduler og angst- og depresjonstyper. Videre forskning bør også sammenligne Assistert Selvhjelp mer direkte med individuell ansikt-til-ansikt terapi, samt undersøke effekten av blandet behandling. Større studier vil bidra til å identifisere hvilke klienter som har nytte av veiledet internettbehandling, samt hvilke mekanismer som ligger til grunn for god behandlingseffekt. En helhetlig kostnads-nytte analyse basert på objektive registerdata er også ønskelig.

## Konklusjon

Samlet sett gir studien støtte til Assistert Selvhjelp som en del av behandlingstilbudet ved Rask psykisk helsehjelp. Verktøyet krever betydelig mindre terapeuttid og gir relativt gode kliniske resultater. Dermed kan dette tilbudet bidra til å nå flere som sliter med angst og depresjon. Samtidig er det behov for mer forskning for å få sikrere svar på om Assistert Selvhjelp er minst like effektivt som det ordinære RPH-tilbudet. Spesielt med tanke på angstproblematikk er det viktig at det sikres at behandlingen med bruk av Assistert Selvhjelp gir tilsvarende gode resultater. For god oppskalering av veiledet internettbehandling innen Rask psykisk helsehjelp, trenger tilbudet forankres godt på alle nivå, fra god informasjon til sluttbruker til gode rammer for implementering både på team- og nasjonalt nivå. Videre er det viktig å sikre at terapeutene får tilstrekkelig opplæring og trening i å gi veiledet internettbehandling, samt å forske videre på både hvordan man kan forbedre digitale verktøy i enda større grad og hvordan denne behandlingsformen best kan integreres som en del av den psykiske helsehjelpen i kommunal sektor.

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for oppdraget

Dette evalueringsoppdraget er finansiert og del av et større prosjekt ved Helsedirektoratet: «Mestringsverktøy psykisk helse – Nettassistert behandling av angst og depresjon, med veiledning fra behandler i kommunen».

Digital veiledet selvhjelp for angst og depresjon har inntil nylig i liten grad blitt benyttet i primærhelsetjenesten i Norge, og bruken varierer fortsatt mye mellom kommuner. Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrev for 2015 i oppdrag "å bidra til at det opprettes nettassistert behandling for angst og depresjon i norske kommuner". Oppdraget har vært videreført i tildelingsbrev i årene etter dette. Prosjektet har jobbet med tre særskilte tiltak:

1. Bidra til at det opprettes nettassistert behandling for psykisk helse i norske kommuner.
2. Bidra til utvikling av Helsenorge som en sikker plattform for tildeling og bruk av digitale behandlingsverktøy for alle norske innbyggere.
3. Undersøke effekten av digitale behandlingsverktøy med veiledning fra behandler, opp mot tradisjonell behandling gitt i Rask psykisk helsehjelp team (psykoedukative kurs, gruppe terapi, en til en terapi). Inneværende evalueringsrapport svarer ut dette punktet.

For å pilotere tiltak knyttet til punkt 1-3 satte Helsedirektoratet høsten 2020 i gang en utprøving av veiledet internettbehandling ved seks Rask psykisk helsehjelp (RPH)-team med kontaktflate til 11 kommuner. Anbud på piloteringsverktøy gikk til Assistert Selvhjelp AS. Folkehelseinstituttet fikk i oppdrag å evaluere piloteringen. I denne rapporten beskrives resultatene fra evalueringen.

Til orientering har del 2 av det overordnede prosjektet drevet fram utviklingen av Verktøykatalogen<sup>1</sup> og Verktøytjenestene på Helsenorge, samt Verktøyformidleren<sup>2</sup>. Verktøykatalogen gir innbyggerne en oversikt over digitale helseverktøy som er kvalitetssikret og godkjent av den offentlige helsetjenesten. Verktøyformidleren er en nettløsning for helsepersonell, der de kan sende digitale helseverktøy til pasienter. Helsedirektoratet har utarbeidet en egen sluttrapport om dette del-prosjektet, datert 20.12.2023. Ifølge denne rapporten er det som er utviklet og testet ansett å være en minimumsløsning, med den funksjonaliteten som har blitt vurdert som aller mest nødvendig. Funksjonaliteten har likevel vist seg ettertraktet, og flere helseaktører har tatt verktøykatalogen og verktøyformidleren i bruk etter produksjonssetting.

Relevant for inneværende evaluering ble følgende anbefalinger gitt i sluttrapporten fra Helsedirektoratet:

- Nasjonale myndigheter og utvalgte kompetansesentre bør i større grad bidra med råd og veiledning, samt støtte til kommuner om hvordan iverksette og lykkes med bruk av nettbaserte behandlingsverktøy. Det bør også utarbeides veiledende materiell som kommuner enkelt kan se til for etablering og drift av digitaliserte helsetjenester.

---

<sup>1</sup> <https://tjenester.helsenorge.no/verktoy>

<sup>2</sup> <https://www.nhn.no/tjenester/helsenorge/informasjon-per-malgruppe/digitale-helseverktoy/verktoyformidleren>



- Nasjonale myndigheter bør legge til rette for å løfte hele verktøyområdet på Helsenorge, og på den måten bidra til oppskalering av tjenestene og legge et fundament for å øke bruken nasjonalt.
- Nasjonale myndigheter bør opprette en nasjonal godkjenningsordning for digitale behandlingsverktøy og apper innenfor kommunal helse- og omsorgstjeneste. En nasjonal godkjenningsordning vil avlaste og støtte kommunene ved å godkjenne faglig innhold og IKT standarder, inkludert personvern og sikkerhet for å øke klientsikkerheten. En slik ordning vil også bidra til å redusere uønsket variasjon i godkjenningspraksis mellom kommunene.

## 1.2 Utfordringen – behov for å nå ut til flere, mer fleksibelt og ressurseffektivt

Psykiske plager og lidelser er vanlige i befolkningen. Mellom én av seks og én av fire voksne vil oppfylle kriteriene til en psykisk lidelse i løpet av et år, herunder utgjør depresjon og angstlidelser de vanligste tilstandene [1]. Angst og depresjon kan ha betydelige konsekvenser for den enkelte, familien, andre som står en nært og samfunnet. Grunnet funksjonstapet disse lidelsene gir og det at de rammer så mange, er angst og depresjon på henholdsvis fjerde og sjette plass av de største enkeltårsakene til ikke-dødelig helsetap i Norge i 2019 [2]. Funksjonstapet, omfanget og at disse lidelsene ofte opptrer i ung voksen alder, bidrar også samlet til at angst og depresjons-plager og -lidelser er blant de vanligste medisinske årsakene til sykefravær og uføretrygd [1].

Gapet mellom andelen med depresjon og angst-problemer og andelen som søker og mottar kunnskapsbasert behandling er stort i de fleste land, inkludert Norge [3,4]. Basert på data fra World Mental Health Survey mottar bare 22 % av personer med diagnostisert depresjon [3] og 14 % med angstlidelse [4] i høginntektsland minimum adekvat behandling. Samtidig er det allerede stort press på helsetjenestene [5] og utfordringer med å få tilgang på tilstrekkelig med kvalifisert personell i Norge så vel som i andre land. Mange kommuner i Norge oppgir at det er særlig utfordrende å rekruttere psykologer, psykologspesialister og sykepleiere med videreutdanning innen psykisk helse- og rusarbeid [6]. Med demografiutviklingen vet vi at gapet mellom etterspørsel og tilvekst av personell kommer til å vokse videre [5].

Det finnes effektiv psykologisk behandling for angst og depresjon [7], og de som søker psykisk helsehjelp har en klar preferanse for slik behandling over medisiner [8]. Psykologisk behandling har tradisjonelt blitt gjennomført med bruk av individuell ansikt-til-ansikt-terapi. Dette formatet begrenser tilgangen på behandling siden det er så avhengig av tilgang på behandlere. For å imøtekomme denne utfordringen, er det de senere årene blitt utviklet flere mer ressurseffektive behandlingsformater. Med den økte digitaliseringen og tilgangen til internett og digitalt utstyr, er særlig internettbasert psykologisk behandling ansett som en av de mest lovende tilnærmingene.

Veiledet internettbehandling har flere kjennetegn som gjør at denne behandlingsformen har stort potensiale til å bidra til å nå flere med evidensbasert behandling. *For det første* er behandlingen ansett å binde opp mindre terapeuttid gjennom at brukeren arbeider mer på egenhånd med behandlingsprogrammet. *For det andre* sparer det reisetid for brukeren og gir brukeren mer fleksibilitet med tanke på når det passer å jobbe med programmet. I mange norske kommuner er det store avstander til kommunesenteret. Videre er mange personer med mild til moderat angst- og depresjonsproblematikk i arbeid eller studie, og/eller har familiære forpliktelser der det kan være vanskelig å sette av tid på dagtid for behandling. *For det tredje*, relatert til forutgående punkt, gir behandlingsformatet muligheter til å redusere antall «ikke møtt»-timer. Til sist, *for det fjerde*, kan det å bruke standardiserte behandlingsprogrammer

potensielt bidra til å kvalitetssikre selve behandlingssinnholdet og bidra til å fokusere behandlingen både for klient og terapeut.

### 1.3 Veiledet internettbehandling og Rask psykisk helsehjelp

Det kommunale lavterskeltilbudet Rask psykisk helsehjelp (RPH) benytter lavintensive behandlingsformer, som veiledet internettbehandling, for å kunne nå ut til flere med kunnskapsbasert behandling. I det følgende vil veiledet internettbehandling og RPH beskrives mer i detalj.

#### 1.3.1 Veiledet internettbehandling

Internettbasert psykologisk behandling omfatter ulike behandlingsformer der man tar i bruk digitale verktøy for gjennomføring av behandlingen. Behandlingen består ofte av moduler med arbeidspakker som brukeren gjennomfører selv. Denne kan gis med eller uten støtte fra en terapeut, henholdsvis kalt veiledet selvhjelp og (ikke-veiledet) selvhjelp. Veiledningen kan igjen gjennomføres i ulike formater, som via tekst, telefon, video eller fysiske møter. Tekstbasert veiledning kan videre gjennomføres synkront (klient og terapeut sitter samtidig og skriver til/svare hverandre samtidig) eller asynkront (ikke-samtidig, der terapeut for eksempel svarer på innkomne meldinger ved gitte tider). Såkalt blandet behandling [blended care] er en variant av der man i større eller mindre grad bruker digitale ressurser i kombinasjon med mer tradisjonell ansikt-til-ansikt behandling. Til sist kan videokonferanse-basert behandling nevnes, som særlig fikk større utbredelse under Covid-pandemien.

I Norge i dag benyttes ulike former for digitale verktøy i psykologisk behandling på alle nivåer av helsetjenesten. Et eksempel fra primærhelsetjenesten er Assistert Selvhjelp AS sine verktøy, som ifølge selskapet nå tilbys i 130 norske kommuner. Dette programmet vil beskrives mer senere (kap. 2.1.2). I spesialisthelsetjenesten er eBehandling (tidligere kalt eMeistring) eksempel på veiledet internettbehandling basert på kognitiv atferdsterapi, der veiledningen foregår tekstbasert og asynkront [9-11]. «Tankevirus» (app som ligger åpent tilgjengelig via Helsenorge) er et eksempel på et rent digitalt selvhjelpsverktøy.

Den store variasjonen av digitale behandlingsformat gjenspeiles også i de mange betegnelse som blir benyttet i forskningslitteraturen og blant de som jobber på dette feltet, både nasjonalt og internasjonalt [13]. I inneværende rapport benyttes begrepet «veiledet internettbehandling» for behandlingsformatet til «Assistert Selvhjelp». Synonyme betegnelser er nettassistert behandling, veiledet nettbasert behandling, digital veiledet selvhjelp, digital behandling, nettbasert behandling og nettbasert veiledet selvhjelp.

Veiledet internettbehandling har mange fellestrekk med manualbasert ansikt-til-ansikt-behandling, med kartlegging, avklaring av behandlingsmål, psykoedukasjon, øvelser og systematiske vurderinger av forløpet underveis. Hovedforskjellen til tradisjonell ansikt-til-ansikt-behandling er graden av terapeutkontakt, med kortere møter, og der hovedfokus er å hjelpe klienten videre i det aktuelle behandlingsprogrammet.

### 1.3.2 Rask psykisk helsehjelp – ‘mixed care’-modell med veiledet selvhjelp som sentral ingrediens

Rask psykisk helsehjelp (RPH)<sup>3,4</sup> er en kommunal lavterskeltjeneste for voksne (i mange kommuner fra 16 år) med angst og/eller depresjon i mild og moderat grad, eventuelt med søvnproblemer eller begynnende rusvaner i tillegg. Et overordnet mål for RPH er å styrke den psykiske helsen i befolkningen gjennom å gi økt tilgang på kunnskapsbaserte behandlingstilbud. RPH-modellen er bygd på den britiske storsatsningen «Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)», nå kalt «NHS Talking Therapies»). Tjenesten startet først opp som et pilotprosjekt i 12 kommuner og bydeler i 2013, gjennom en tilskuddsordning fra Helsedirektoratet. Tilskuddsordningen gav støtte til etablering og drift de 3-4 første årene, med mål om kommunal videreføring. Etter 2021 har tilskuddordningen gradvis blitt endret fra etablerings- og lønnstilskudd til å dekke opplæring og gi veilednings- og implementeringsstøtte, for å bistå kommunene i å opprette og opprettholde RPH som en kunnskapsbasert tjeneste. For tiden finnes det RPH-team i rundt 70 kommuner og bydeler, og flere er under planlegging.

Noen kjennetegn ved RPH-tjenesten er at den er gratis, uten krav om henvisning fra lege, og at brukerne skal få hjelp raskt for å supplere kommunens øvrige helsetilbud. Tjenesten har tverrfaglige team, der alle får støtte til å gjennomføre opplæringsprogrammet i RPH-modellen ved Norsk forening for kognitiv terapi (NFKT). Behandlingen som gis baserer seg på kognitiv atferdsterapi, gitt i form av psykoedukative kurs, veiledet selvhjelp og/eller korttids samtalerterapi med en ramme på opp mot 15 timer. Valg av behandlingsløp bygger på en «mixed care»-modell, tilpasset den enkeltes behov og etter prinsippet om beste effektive omsorgsnivå (BEON). Målet med denne organiseringen er å kunne øke behandlingsskapiteten i teamet samtidig som kvaliteten ivaretas.

Selv om veiledet selvhjelp har vært en viktig del av behandlingstilbudet ved RPH siden oppstart, har det vært stor variasjon mellom kommunene i hvilken grad de har tatt i bruk denne tilnærmingen. For det første har egnede programmer inntil de senere årene vært lite tilgjengelige. Noen av de første RPH-teamene (Fosen og Molde) utviklet et eget veiledet selvhjelps-opplegg i papirformat. For det andre har noen kommuner, særlig de større, satset mer på psykoedukative kurs som lavintensivt behandlingsformat. Videre har bruken av Assistert Selvhjelp variert mellom kommuner og terapeuter, fra utlevering av innloggingskoder til selv å ta i bruk verktøyene der (som en form for selvhjelp) til å bruke verktøyene mer som et supplement (en form for «blended care») [14].

Det er gjennomført flere evalueringer av RPH-tjenesten. Veiledet selvhjelp har her blitt studert som en del av behandlingstilbudet, men den spesifikke effekten av (internettbasert) veiledet selvhjelp er til nå ikke undersøkt i denne settingen. En følge-evaluering av de første 12 RPH-pilotstedene (2014-2016) viste lovende resultater av RPH-modellen som helhet, med stor reduksjon i angst- og depresjonsplager og økning i livskvalitet, og effektstørrelser på linje med måltall og resultater fra IAPT-tjenesten i England [15,16]. Herunder viste også de som mottok (ikke-digital) veiledet selvhjelp som hovedtilnærming betydelig symptombedring (effektstørrelse ved 12 måneders oppfølging 0,88 for depresjon (PHQ) og 0,76 for angst (GAD) [17]. Det var imidlertid ikke tilfeldig hvem som mottok hvilke behandlingsformer, og uten en

<sup>3</sup> <https://napha.no/content/13931/rask-psykisk-helsehjelp>

<sup>4</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/rask-psykisk-helsehjelp>

kontrollgruppe er det vanskelig å vite i hvilken grad den observerte bedringen kan tilskrives behandlingen som ble gitt. Videre var det kun 7,8 % av deltakerne som mottok veiledet selvhjelp (i ikke-digitalt format) som hovedtilnærming [18]. Barrierer terapeutene rapporterte for bruk av veiledet selvhjelp favnet bredt, fra mangel på materiale, at utdanningen i hovedsak var viet til opplæring i individuell terapi, mangel på ressurser til å øve seg tilstrekkelig på veiledet selvhjelp i en travel hverdag, og en oppfatning om at behandlingsformen var mindre omsorgsfull og virksom. I sum ble også veiledet selvhjelp, slik den ble gitt på daværende tidspunkt, opplevd like terapeutintensivt som individuell terapi [15].

Den andre store evalueringen som er gjort av RPH-modellen ble gjennomført som en randomisert, kontrollert studie (RCT), der effekten av RPH-tilbudet ble sammenlignet med en kontrollgruppe som mottok omsorg som vanlig i kommunen. Det ble her funnet klare effekter i favør RPH, med en reliabel tilfriskningsrate på 58,5 % blant gruppen som mottok RPH, mot 31,9 % blant dem som fikk omsorg som vanlig (mellomgruppe effektstørrelse på 0,61) [19]. Det ble også funnet effekter på en rekke andre symptom mål, livskvalitet og generell fungering [19], effekter som holdt seg over stabile ved 12 måneders oppfølging [18] og videre ved 2-3 års oppfølging i RPH-gruppen [20]. RPH-tjenestene som deltok i denne studien (Kristiansand og Sandnes) hadde imidlertid satset mest på psykoedukative kurs som lavintensiv behandlingsform, og Assistert Selvhjelp ble kun tilbudt helt mot slutten av studieperioden. Kun én prosent av deltakerne mottok dermed veiledet selvhjelp som hovedtilnærming i denne studien.

Behandlingseffekten av Assistert Selvhjelp sine programmer er ennå ikke evaluert i en RPH-kontekst. Det er gjennomført en intervjustudie blant personer som har mottatt Assistert Selvhjelp sine programmer for angst og depresjon [14]. Informantene var ganske fornøyde med selve programmets kvalitet. Resultatene indikerte at også måten veiledningen blir gitt, som hvor aktivt involvert og inntunet terapeuten er, er viktig for brukerens opplevelse av utbytte.

I sum har evalueringer av RPH til nå gitt et solid bilde på at tilbudet har god effekt på psykisk helse og livskvalitet for målgruppen. Behandlingseffekten av (digital) veiledet selvhjelp innen RPH er imidlertid ikke tilstrekkelig belyst.

## 1.4 Hva sier forskningen om effekten av veiledet internettbehandling?

### 1.4.1 Kan være like effektivt som ansikt-til-ansikt behandling

Et økende antall studier, systematiske kunnskapsoppsummeringer og metaanalyser, indikerer at veiledet internettbehandling gir betydelige behandlingseffekter både for angst [21,22] og depresjon [23]. Mest forskning er gjort på kognitiv terapi/kognitiv atferdsterapi (ofte kalt «iCBT»)-behandling, som også er behandlingstilnærmingen som benyttes ved RPH. Oppsummert finner tilgjengelig forskning at veiledet selvhjelp er mer effektivt enn venteliste og ren selvhjelp [23,24], og like effektivt som ansikt-til-ansiktsbehandling [23,25,26].

Innen NHS Talking Therapies (IAPT) i England er det gjennomført to RCT-studier på effekten av veiledet internettbehandling. Den ene sammenlignet iCBT-program for depresjon og angst med venteliste-kontroll og fant effekt i favør iCBT på bedring i symptomer på depresjon (PHQ-9), angst (GAD) og fungering (WSAS) ved 8 ukers oppfølging, med en videre observert bedring ved 12-måneders oppfølging [27]. Funnene var også lovende for kostnadseffektivitet målt i kvalitetsjusterte leveår (QALYs) og et mål på ressurser brukt på helsetjenester. Den andre RCT-

studien sammenlignet veiledet internettbehandling for sosial angst med ansikt-til-ansikt terapi, begge basert på kognitiv terapi etter Clark and Wells modell for sosial angst, samt venteliste [28]. De fant veiledet internettbehandling like effektiv som ansikt-til-ansikt terapi på bedring i sosial angst etter behandling, og begge behandlingsformater kom bedre ut enn venteliste. Terapeutene brukte samtidig langt mindre tid ved veiledet internettbehandling: Samlet terapeuttid var 6,45 timer ved veiledet internettbehandling, mens det ble brukt 15,8 terapeuttimer for å oppnå tilsvarende symptomreduksjon ved ansikt-til-ansikt terapi [28]. Med andre ord gav veiledet internettbehandling 2,45 ganger mer symptombedring per time brukt med en terapeut.

Det er likevel flere kunnskapshull. De fleste studiene har rekruttert deltakere gjennom «åpne trials», f.eks. gjennom å reklamere for studien gjennom internettannonser. Slike studier når antakelig en smalere klientgruppe enn studier gjennomført i ordinær praksis, både med tanke på bakgrunn, problematikk og behandlingsmotivasjon, og der mange av de som søker hjelp kan ha en forventning om at psykologisk behandling er ensbetydende med å få samtaleterapi [29]. En metaanalyse har i tråd med dette vist at effekten av studier der man rekrutterer klienter fra ordinære kliniske settinger er betydelig svakere [30]. Dette mønsteret synes også å gjelde for studier gjennomført i primærhelsetjenestekontekst [31]. Selv om pre-post-studier i ordinære behandlings-settinger har vist lovende resultater, særlig studier på depresjon (pooled ES 1,78), men også angst (pooled ES 0,94) [32] er det klart behov for flere høykvalitetsstudier av iCBT i ordinær primærhelsetjeneste.

#### 1.4.2 *Implementeringsutfordringer*

Implementering og oppskalering av veiledet internettbehandling i helsetjenestene skjer i et langt langsommere tempo enn det økende kunnskapsgrunnlaget og behovet for behandling skulle tilsi. Dette skyldes trolig ulike implementeringsutfordringer [5,33]. I

Helsepersonellkommissjonens NOU2023:4 «Tid for handling»<sup>5</sup> vises det til at det allerede er høy digital modenhet og endringsvilje i helse- og omsorgssektoren og at taktskiftet man så under koronapandemien i bruk av digitale løsninger antyder at barrierene for digitalisering i helse- og omsorgssektoren først og fremst har vært institusjonelle og organisatoriske. Å identifisere faktorer som fremmer og hemmer implementering av veiledet internettbehandling er dermed viktig for å kunne møte mulige utfordringer. En kunnskapsoppsummering av internasjonal forskning knyttet til digital psykisk helsehjelp identifiserte hele 37 ulike barrierer som kunne grupperes i seks temaer: akseptabilitet, egnethet, engasjement, ressurser, arbeidsprosesser og ledelse [33]. Forfatterne fant at forskningen til nå hadde fokusert mest på faktorer på klient- og terapeut-nivå, og at det særlig var behov for mer kunnskap om organiserings og system-relaterte faktorer.

Forskningsfunn så langt gir et sammensatt bilde angående akseptabilitet og egnethet, herunder i hvilken grad brukerne ønsker og vil ta i bruk internettbasert psykologisk behandling [23,32]. «Akseptabilitet» kan måles på ulike måter, fra det å være villig til å ta imot en behandlingsform, gjennomføre (ikke droppe ut) og grad av tilfredshet med behandlingen. Noe evidens peker i retning av at gjennomføring og brukertilfredshet ved iCBT er tilsvarende ansikt-til-ansikt-behandling [34]. En nettverksanalyse av ulike CBT-format for depresjon fant derimot høyere drop-out ved veiledet selvhjelp enn kontrollbetingelsene, inkludert ansikt-til-ansikt-behandling, selv om selve behandlingseffektiviteten ble funnet å være like god [23]. En innvendig mot bruk av veiledet internettbehandling er at formatet vanskeliggjør å oppnå en

---

<sup>5</sup> [NOU 2023: 4](#)

god terapeutisk allianse. Oppsummeringer av studier av effekter på angst og depresjon finner stort sett høy grad av pasient-terapeut-allianse ved iCBT [35], også ved bruk av tekstbasert veiledning [36]. Kunnskapsgrunnlaget er imidlertid fortsatt begrenset, og de fleste studiene, også på dette temaet, har brukt åpen rekruttering av deltakere, f.eks. gjennom mediekampanjer.

I ordinære kliniske settinger trengs det mer kunnskap om hvor stor andel og for hvem av de som søker hjelp ved en tjeneste som RPH, internettbasert behandling kan være et reelt alternativ for. En oppsummering av pre-post-studier i ordinære kliniske settinger fant moderat til høy akseptabilitet, målt etter bredden av pasienter som takker ja til tilbudet, gjennomfører behandlingen og pasienttilfredshet [32]. For eksempel ble det på tvers av studiene funnet at i gjennomsnitt 70 % av de som ble vurdert ble funnet egnet for behandling og 50 % startet opp behandling [32]. Men det var stor variasjon i inklusjonsrate mellom studiene, og ofte er det uklart i hvilken grad det å ikke ønske internettbasert behandling er en grunn for ikke-deltakelse [32]. Videre er drop-out før behandling ofte høy blant personer som tar kontakt med iCBT-tjenester, men det er ofte uklart hvorfor de ikke starter opp behandlingen [32]. Bedre data på akseptabilitet og bedre forståelse av faktorer som kan forklare variasjon i akseptabilitet er viktig for å kunne forbedre implementeringen av internettbasert behandling.

## 1.5 Mål for evalueringen

Hovedformålet med evalueringen var å undersøke effekten av veiledet internettbehandling (Assistert Selvhjelp) sammenlignet med dagens tilbud ved RPH på nedgang i symptomtrykk, økning i livskvalitet og økt arbeidsdeltakelse basert på et randomisert ikke-underlegenhets studiedesign. Videre ble akseptabilitet av veiledet internettbehandling undersøkt ved å se på seleksjon inn i studien (andel og kjennetegn ved dem som ikke ønsker å motta veiledet internettbehandling), forskjeller i frafall underveis i behandlingen mellom behandlingsgruppene og brukeropplevelser av behandlingstilbudet sett fra klienter og terapeuters ståsted.

Deltakerne i studien ble inkluderte i perioden oktober 2021 til desember 2023. Følgende RPH-er var med på evalueringen: RPH Lofoten (Vestvågøy, Flakstad, Moskenes), RPH Fosen (Indre Fosen, Åfjord, Ørland), RPH Karmøy, RPH Sandnes, RPH Notodden og RPH Modum (Modum og Sigdal).

### Primærmål:

Undersøke om veiledet internettbehandling for angst og depresjon med bruk av Assistert Selvhjelp er minst like effektiv som ordinær RPH-oppfølging på endring i depresjon- og angstsymptomer ved 6 måneders oppfølging.

### Sekundærmål:

- V. Undersøke om Assistert Selvhjelp er minst like effektiv sammenlignet med ordinær RPH-oppfølging på andre relevante utfall, inkludert livskvalitet, funksjonsnivå, spesifikke angstplager (sosialangst og panikkangst), søvn og arbeidsdeltakelse.
- VI. Undersøke ressurseffektiviteten til Assistert Selvhjelp sammenlignet med ordinær RPH-oppfølging, målt i terapeuttid per klient.

- VII. Undersøke om veiledet internettbehandling med bruk av Assistert Selvhjelp er minst like akseptabelt som ordinær RPH-oppfølging blant personer som mottar hjelp hos RPH.
- a. Andel og kjennetegn ved dem som ikke ønsker å motta veiledet internettbehandling.
  - b. Sammenligne frafall under behandling mellom behandlingsgruppene.
  - c. Sammenligne brukertilfredshet mellom behandlingsgruppene.
  - d. Sammenligne terapeut- og klient-rapportert terapeutisk allianse mellom behandlingsgruppene.
- VIII. Undersøke terapeuters syn på hva som fremmer og hva som hemmer videre implementering.

## 2 Metode

### 2.1 Mål og metode for den kvantitative evalueringen

Den kvantitative delen av evalueringen var utformet som en pragmatisk randomisert kontrollert «ikke-underlegenhets»-studie. Studien er preregistrert i Clinicaltrials.gov (ID: NCT05118828). Med «ikke-underlegent» menes at det undersøkes om det nye behandlingsofferet, Assistert Selvhjelp, er minst like effektivt som det ordinære tilbudet. Med «pragmatisk» design menes at behandlingsofferet gjennomføres så nær vanlig klinisk praksis som mulig. Dette ble gjort både av faglige grunner for å maksimere generaliserbarheten av resultatene til RPH-tjenestene, og praktiske grunner for å minimere byrden for RPH-teamene med å delta i datainnsamlingen. Det ble samtidig tilstrebet så like rutiner som mulig mellom pilotstedene.

Klientene som oppsøkte RPH ved pilotstedene under studieperioden, oppfylte inklusjonskriteriene og ønsket å delta, ble tilfeldig tildelt med 1:2-ratio til å motta 1) Assistert Selvhjelp eller 2) ordinær oppfølging ved RPH (kurs, samtaleterapi, annen veiledet selvhjelp). Deltakerne ble spurt om å besvare elektroniske spørreskjema før oppstart av behandlingen, annenhver uke første 10 uker, og ved 6-, 12-, 18- og 24-måneders oppfølging (se figur 1). Hoved-endepunktet for studien er ved 6 måneders oppfølging. Terapeutene registrerte kort informasjon om alle som var til vurdering for inklusjon, samt skjema om behandlingsforløp for hver enkelt deltakende klient ved hvert behandlingsmøte og ved slutten av behandlingen. Det ble også hentet ut brukerdata fra Assistert Selvhjelp om antall innlogginger, tidsbruk og antall fullførte delmoduler.

I utgangspunktet hadde studien tre behandlingsgrupper: Assistert Selvhjelp, individuell samtaleterapi, og ordinær oppfølging ved RPH. På grunn av langsom rekruttering ble det i starten av 2022 bestemt at det ikke var realistisk med tre grupper og det ble endret til to. På det tidspunktet ble de 19 deltakere som var i samtaleterapigruppen byttet til ordinær oppfølgings-gruppen. Denne endringen ble registrert i Clinicaltrials.gov (ID: NCT05118828).

Resultatene som er presentert i denne rapporten er basert på data som ble samlet inn mellom 20. oktober 2021 og 31. august 2024. Resultater fra oppfølgingen etter 12-24 måneder er ikke med i denne rapporten da for få klienter hadde besvart disse spørreskjemaene per august

2024. Også resultater basert på registerinformasjon (som arbeidsdeltakelse og kostnadseffektivitet) vil følge senere.

I det følgende beskrives metoden for den kvantitative datainnsamlingen i mer detalj.

### 2.1.1 Prosedyrer for datainnsamling og inklusjon av deltakere:

Datainnsamlingsprosedyrer ble utarbeidet i samarbeid med teamene for å sikre likest mulige prosedyrer på tvers av pilotsteder, samtidig som det ble åpnet for enkelte nødvendige tilpasninger lokalt. Før oppstart av datainnsamlingen (14.okt. 2021), ble det arrangert et fellesseminar ved Helsedirektoratet for alle teamene, med søkelys på a) hvordan bli trygg på å drive veiledet selvhjelp og b) spørretime om evalueringen.

Underveis i datainnsamlingen var det jevnlig kontakt mellom teamene og forskerne ved FHI. Det ble sendt ut oppdateringer om status på inklusjon, som ble gjennomgått i fellesmøter for å avklare spørsmål, diskutere utfordringer underveis og hvordan inklusjonsraten kunne bedres.

Alle som søkte behandling ved RPH i inklusjonsperioden ble vurdert for deltakelse i studien. Inklusjon ble gjort i forbindelse med ordinær vurderingssamtale for RPH etter en standardisert mal, gjennomført over telefon ved noen pilotsteder og ved fysisk oppmøte ved andre<sup>6</sup>. I samtalen ble det informert som vanlig om RPH, om forskningsprosjektet og hva deltakelse innebar. Det ble oppfordret til mest mulig jevnbyrdig presentasjon av de to ulike behandlingstilbudene i studien.

Dersom klienten oppfylte inklusjons- og eksklusjonskriteriene (se under) og var villig til å delta i studien, mottok klienten en lenke for å fylle ut det første, elektroniske spørreskjemaet. Det ble benyttet elektronisk samtykke med signering med BankID. Fortrinnsvis ble skjemaet fylt ut like etter inntakssamtalen, med en prosjektmedarbeider tilgjengelig ved eventuelle spørsmål. Der klienten ikke hadde anledning til å besvare skjemaet på kontoret, eller ønsket betegningsstid om deltakelse, ble det gitt ut visittkort med nettadresse, slik at klienten kunne fylle ut skjemaet hjemme.

Fordeling til behandlingsgruppe ble gjort etter innsendt spørreskjema, gjennomført av forskerne ved FHI ved bruk av tilfeldig nummer-generering. Ansvarlig behandler ble så informert om utfallet, og videreformidlet resultatet til deltaker for planlegging av videre forløp. I utgangspunktet ble 1:2-ratioen brukt for den tilfeldige plasseringen til enten Assistert Selvhjelp eller ordinær oppfølging ved RPH, men noen kommuner ba i løpet av datainnsamlingen om å bytte randomiseringsratioen til 2:1 i perioder med stor pågang. Siden studien er ment å være en pragmatisk studie, godtok vi dette. Det gjorde at vi endte opp med en 40%-60%-fordeling av deltakere istedenfor den opprinnelig planlagte 33,3%-66,7%-fordelingen.

#### 2.1.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Overordnet var inklusjonskriteriene tilsvarende målgruppen for RPH generelt, med noen tilleggskriterier spesifikt for denne studien.

---

<sup>6</sup> Fysisk oppmøte var anbefalt, men noen gikk av praktiske årsaker over til telefonkartlegging. Fosen brukte telefonkartlegging gjennom hele datainnsamlingen, da dette var en innarbeidd rutine hos dem.



*Målgruppe for RPH:* i) minst 16 år, ii) bor i kommunen/bydelen til tjenesten, iii) lettere til moderat angst- og/eller depresjon, eventuelt med begynnende rusproblemer eller søvnproblemer i tillegg.

*Eksklusjon fra RPH (viderehenvisning i tråd med ordinær praksis):* indikasjon på mer alvorlige psykiske lidelser som alvorlig depresjon, invalidiserende angst, risiko for suicidal atferd, spiseforstyrrelse, bipolar lidelse, psykotiske symptomer, store rusproblemer og personlighetsforstyrrelse.

*Eksklusjon fra studien (oppfølging ved RPH i tråd med ordinær praksis):*

- 16-17 år
- Ikke tilstrekkelige norskkunnskaper til å fylle ut spørreskjema på norsk
- Kan ikke eller ønsker ikke å benytte veiledet internettbehandling (f.eks. ikke tilgang egnet digitalt utstyr eller utilstrekkelig digital kompetanse)
- Har gjennomgått to eller flere behandlinger i spesialisthelsetjenesten, uten effekt, for plagene det søkes hjelp for
- Har alvorlige fysiske helseplager som sitt primære problem
- Suicidfare
- Klienter som har hatt oppfølging ved RPH før og kun skal ha booster-sesjon.

### 2.1.2 Behandlingsgruppene

I det følgende gis en kort beskrivelse av rammene for oppfølging i de to behandlingsgruppene i studien. Se også resultatdel (kap. 3.5) for en oversikt over behandlingsopplegg deltakerne i studien mottok.

#### 2.1.2.1 Gruppe1: Assistert Selvhjelp

Gruppen som fikk oppfølging ved bruk av Assistert Selvhjelp, skulle følge behandlingsopplegget i tråd med opplæringen de hadde fått av NFKT og Assistert Selvhjelp-teamet. Et standardløp med bruk av Assistert Selvhjelp består av tematiske verktøy med seks deler, som inneholder psykoedukasjon, øvelser og oppgaver. Strukturen og innholdet i programmodulene følger evidensbaserte kognitiv-atferdsbaserte prinsipper, med komponenter som selv-monitorering, gradvis stimuluskontroll, eksponeringstrening, atferdsaktivering og kognitiv restrukturering. Generelt anbefales det å gjennomføre én modul i uken. Brukeren jobber selvstendig med hver del og har ukentlig oppfølging med sin terapeut. I disse samtalene skal det primært fokuseres på å støtte klienten til å gjennomføre behandlingsprogrammet. Dette gjennom refleksjoner knyttet til øvelser og hjelp samt støtte og motivasjon til å komme seg videre i programmet. Oppfølgingssamtalen estimeres å skulle ha en varighet på 15-20 minutter og fortrinnsvis gjennomføres over telefon eller som videosamtale.

Beskrivelser av verktøy finnes på nettsidene til Assistert Selvhjelp:

<https://assistertselvhjelp.no/verktoy-oppfolging/>. Under pilotprosjektet hadde teamene tilgang til seks verktøy som tilsvarte ulike problemområder (depresjon, angst, sosial angst, panikkangst, søvnvansker, stress og belastning). Noen pilotsteder kjøpte i tillegg tilgang til flere av programmene i deler eller hele datainnsamlingsperioden. Siden målet med inneværende studie var å undersøke effekten av veiledet internettbehandling som *format*, og ikke effekten

av enkeltprogrammene per se, ble det åpnet for at deltakerne ved disse pilotstedene kunne tilbys disse programmene også. Totalt var følgende programmer i bruk under studien: Depresjon, angst, sosial angst, panikkangst, søvnevansker, stress og belastning, bekymringer, selvfølelse, tilbake til jobb, perfektjonisme, helseangst, fobier og livsmestring.

Et ledd i pilotprosjektet var å forskrive tilgang til Assistert Selvhjelp via verktøyformidleren i HelseNorge. Helsedirektoratet har skrevet en egen sluttrapport om utviklingsarbeidet og erfaringer knyttet til dette.

### 2.1.2.2 Gruppe2: Ordinær oppfølging ved RPH

Denne gruppen ble tilbudt ordinært opplegg ved sitt lokale RPH-kontor. For å unngå kontaminering (at behandlingsformen det undersøkes effekten av blir gitt i begge grupper), ble Assistert Selvhjelp holdt utenfor tilbudet til denne gruppen. Se introduksjon (kap.1.3.2) for en generell beskrivelse av RPH-tilbudet. Hvordan tilbudet var organisert og hvilke lavintensive behandlingsformer som ble satset på, varierte mellom pilotstedene. For eksempel har Fosen satset mye på et annet veiledet selvhjelps-opplegg, mens Sandnes og Modum tilbød flere kurs. Hva som ble tilbudt i praksis til deltakerne i denne gruppen beskrives nærmere i kap. 3.5.

### 2.1.3 Terapeutopplæring, -erfaring, og -holdning knyttet til Assistert Selvhjelp

De aller fleste terapeutene som bidro aktivt i studien hadde gjennomført en grunnopplæring i Rask psykisk helsehjelp-modellen ved Norsk forening for kognitiv terapi. Videre fikk teamene i piloten noe opplæring i bruk av Assistert Selvhjelp direkte fra Assistert Selvhjelp AS sine medarbeidere. I opplæringen ble det understreket at det var viktig at terapeutene/teamene gjorde seg kjent med modulene selv. Terapeutene hadde også løpende kontakt med Assistert Selvhjelp, dersom de lurte på noe eller hadde tilbakemeldinger om innhold eller oppsett av verktøyene. De fleste terapeutene (82,9%) hadde behandlet (noen) klienter ved hjelp av Assistert Selvhjelp før starten av evalueringen, med et gjennomsnitt på 6-10 klienter totalt.

På spørsmål om «i hvilken grad appellerer veiledet internettbasert behandling til deg personlig» på en skala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 5 (i svært stor grad), svarte terapeutene (n=41) før starten av evalueringen i gjennomsnitt 2,8 (sd=,8), altså litt under den midterste kategorien «i noen grad». På spørsmål om «i hvilken grad mener du at veiledet internettbasert er en egnet og tilstrekkelig behandlingsform for målgruppen til Rask psykisk helsehjelp» på en skala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 5 (i svært stor grad) svarte terapeutene (n=41) i gjennomsnittet 2,8 (sd=,9), igjen litt under «i noen grad».

### 2.1.4 Spørreskjemaer

Med mindre annet er spesifisert, ble spørreskjemaene nevnt her administrert ved alle måletidspunktene.

Det primære utfallsmålet for den kvantitative analysen var endring i symptomer på depresjon og angst fra før behandling til 6 måneders oppfølging. Depressive symptomer ble målt ved bruk av PHQ-9 (skala fra 0-27) og angst ved bruk av instrumentet GAD-7 (skala fra 0-21). Disse instrumentene er, som tidligere nevnt, brukt både i de forutgående evalueringene av RPH og benyttes av IAPT-programmet i England. Intern konsistens basert på RPH-data var høy for henholdsvis PHQ (alfa=,85) og GAD (alfa=,87) [15].

Sekundære utfallmål var tilfriskningsrate, pålitelig tilfriskningsrate, generell fungering, livskvalitet, mentalt velvære, sosial angst, panikkangst, søvnproblemer, fysisk aktivitet, stillesittende aktivitet og arbeidsdeltakelse.

(Pålitelig) Tilfriskningsrate: Ble definert som skåring over grenseverdien på PHQ-9 ( $\geq 10$ ) og/eller GAD-7 ( $\geq 8$ ) ved behandlingsstart og under grenseverdien på begge disse målene ved 6-måneders oppfølging. I utvalget var det 86.5% (n=327) som skåret over grenseverdien på PHQ-9 og/eller GAD-7 på baseline. Den pålitelige tilfriskningsraten ble beregnet for å ta høyde for målefeil, i samsvar med prosedyrene som ble brukt i IAPT-evalueringene [37]. Ved å bruke standardavvik fra utvalget og Cronbach's alfa for PHQ-9 og GAD-7, ble en pålitelig endringsskår på  $\geq 6$  avledet for PHQ-9 og  $\geq 5$  for GAD-7. Pålitelig tilfriskning ble definert på samme måte som vanlig tilfriskning, men med et ekstra krav om pålitelig bedring på enten PHQ-9 (endringsskår  $\geq 6$ ) eller GAD-7 (endringsskår  $\geq 5$ ).

Generell fungering: Work and Social Adjustment Scale (WSAS, [38]) ble brukt for å måle funksjonsnedsettelse knyttet til psykiske plager. Skalaen består av fem spørsmål, der respondent blir bedt om å vurdere i hvilken grad deres psykiske plager og vansker har svekket dem i løpet av den siste måneden, med hensyn til henholdsvis evne til å arbeide eller studere, gjøre husarbeid, sosiale fritidsaktiviteter, private fritidsaktiviteter og evne til å etablere og opprettholde nære forhold til andre. Responsskalaen går fra 0 (ikke svekket i det hele tatt) til 8 (svært alvorlig svekket), og en sumskår fra 0-40 blir beregnet.

Livskvalitet: Euro Health-related quality of life scale (EQ-5D, [39]) ble brukt til å måle helserelatert livskvalitet ved baseline og 6-måneders oppfølging. Det er et validert, generisk spørreskjema som måler helsestatus i form av fem dimensjoner: mobilitet, egenomsorg, vanlig aktivitet, smerte/ubehag og angst/depresjon. Lavere skårer indikerer høyere nivåer av helserelatert livskvalitet. Depresjon er blitt funnet å ha en betydelig innvirkning på helserelatert livskvalitet målt med EQ-5D blant primærhelsetjenesteklienter [40].

Mentalt velvære: Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS, [41]) ble brukt som et mål på positivt mentalt velvære ved baseline og ved 6-måneders oppfølging. Tidligere studier har vist at skalaen har tilfredsstillende validitet og reliabilitet [41,42]. Det finnes både en lang versjon (14 ledd) og en kort versjon (7 ledd) som har sammenlignbare psykometriske egenskaper [42]. Resultatene presentert i denne rapporten er basert på den korte versjonen. Den interne konsistensen i skalaen basert på RPH-data var høy,  $\alpha = .83$  [15].

Sosial angst: Social Phobia Inventory (SPIN)-skalaen ble benyttet til å måle sosial angst på baseline og ved 6-måneders oppfølging. Skalaen har gode psykometriske egenskaper [43,44]. Responsskalaen går fra 0 (ikke i det hele tatt) til 4 (svært mye). For evalueringen brukte vi en forkortet versjon (9 av 17 ledd), utviklet av Modum Bad [45]. Intern konsistens basert på RPH-data er høy,  $\alpha = .87$  [15]. For å vurdere effekt av intervensjonen på sosial angst, vurderte vi kun de av deltakerne som hadde klinisk relevante symptomer ved baseline (skår  $> 9$ , 63,9% (n=241) [43].

Panikkangst: Symptomer på panikkangst ble målt med Panic Disorder Screener (PADIS, [46]) på baseline og 6-måneders oppfølging. Denne skalaen vurderer frekvensen av panikksymptomer (f.eks. "Jeg hadde en plutselig uventet periode med intens frykt, angst eller ubehag") de siste 30 dagene. Hvert symptom ble vurdert på en fempunktsskala som strekker seg fra aldri til alltid. Skalaen har vist god konvergent og divergent validitet i forhold til kliniske kriterier, med sterk intern konsistens [24]. For å vurdere effekt av intervensjonen på panikkangst, vurderte vi

kun de som hadde klinisk relevante symptomer ved baseline (skår  $\geq 4$ , 40,7% (n=154) av deltakere [47].

Søvnproblemer: En forenklet variant av Bergen Insomnia Scale (BIS, [48]) ble brukt for å måle søvnproblemer ved baseline og 6-måneders oppfølging. Skalaen inneholder tre spørsmål om henholdsvis vansker med å sovne om kvelden, gjentatte oppvåkninger og hvor ofte man er trøtt eller søvngig. Klientene ble kategorisert å ha indikasjon på insomni etter følgende kriterier (tilsvarende DSM-5): Å oppgi å ha vansker med å sovne eller har gjentatte oppvåkninger minst 3 ganger per uke OG å være søvngig eller trøtt minst 3 ganger per uke OG at søvnproblemene har vart minst 3 måneder.

Fysisk aktivitet: Fysisk aktivitet ble målt ved hjelp av tre spørsmål: Hvor ofte driver du mosjon? (Aldri, Sjeldnere enn en gang i uken, En gang i uken, 2-3 ganger i uken, Omtrent hver dag). Hvor hardt mosjonerer du? (Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett, Tar det så hardt at jeg blir andpusten og svett, Tar meg nesten helt ut). Hvor lenge holder du på hver gang? (Mindre enn 15 minutter, 15 minutter – 29 minutter, 30 minutter – 1 time, Mer enn 1 time). Basert på disse spørsmålene ble det laget en fysisk aktivitetsindeks mellom 0 og 15 basert på arbeidet fra Kurtze med flere [49].

Stillesittende aktivitet: Stillesittende aktivitet ble målt ved hjelp av to spørsmål om gjennomsnittlig timer stillesittende aktivitet over de siste to ukene. Det første spørsmålet handler om stillesitting på ukedager, mens det andre spørsmålet handler om stillesitting helgene. En vektet sumskår av disse to spørsmålene ble brukt til å avlede en indeks fra 0 til 5 for stillesittende aktivitet. Spørsmålene er basert på International Physical Activity Questionnaire - Short Form (IPAQ-SF) [50].

Arbeidsstatus: Deltakerne ble spurt om nåværende arbeidsstatus ved baseline og 6-måneders oppfølging basert på 14 enkeltledd (Fulltidsarbeidende og ikke sykmeldt i jobben; Fulltidsarbeidende, men sykmeldt i jobben; Deltidsarbeidende og ikke sykmeldt i jobben; Deltidsarbeidende, men sykmeldt i jobben; Skole/utdanning; Militærtjeneste; Arbeidsrettet tiltak gjennom NAV/Kommunen; Arbeidsledig; Uføretrygd / får arbeidsavklaringspenger; Hjemmeværende; Pensjonist; Fødselspermisjon; Får sosialstønning; Vet ikke). Basert på dette spørsmålet ble deltakerne delt inn i to kategorier. Deltakere som var i full- eller deltidsarbeid uten å være sykmeldt ble plassert i én gruppe og sammenlignet med den andre gruppen som inneholdt alle øvrige kategorier.

Terapeutisk allianse: Therapeutic Alliance Quality Scale (TAQS, [51]) ble brukt til å måle klientvurdert allianse underveis i behandlingen ved 2-, 4-, 6-, 8-, og 10-ukers oppfølging. TAQS består av fem spørsmål på en skala fra 0 (ikke i det hele tatt) til 4 (fullstendig). De psykometriske egenskapene til skalaen har blitt vurdert som tilfredsstillende [51].

Tilfredshet med behandlingen: Ved 2-, 4-, 6-, 8-, og 10-ukers oppfølging ble deltakerne spurt i hvilken grad de var fornøyd med behandlingen ved Rask psykisk helsehjelp på en skala fra 0 (i svært liten grad) til 4 (i svært stor grad). Deltakere i Assistert Selvhjelps-gruppen ble også spurt i hvilken grad de var fornøyd med behandlingen, igjen på en skala fra 0 (i svært liten grad) til 4 (i svært stor grad).

#### **Terapeutene ble bedt om å fylle ut skjema med følgende informasjon:**

Bakgrunns-skjema terapeut: Alder, kjønn, faglig bakgrunn, opplæring, erfaring og primær terapeutisk orientering, holdning til veiledet internettbehandling, samt opplevelse av opplæring og veiledning knyttet til AS.

Eksklusjonsskjema (for innbyggere som oppsøkte RPH, men ikke ble inkluderte i studien):  
Hovedårsak til eksklusjon, kjønn, aldersgruppe (under 18, 18-30, 31-60, over 60), utdanningsnivå (Videregående/gymnas eller kortere, universitets-/høyskoleutdanning, vet ikke), og PHQ/GAD-skår (faktisk eller basert på klinisk inntrykk) (Under 10, 10-14, over 14, terapeut vet ikke).

Terapiprosesskjema (etter hvert behandlingsmøte):

- Behandlingsform (Assistert Selvhjelp, annen veiledet selvhjelp, gruppekurs, samtaleterapi) og møteformat (Ansikt-til-ansikt, per telefon, via internett) for hver sesjon.
- Lengde på sesjonen (0-10 min, 10-20 min, 20-30 min, 30-40 min, 40-50 min, 50-60 min, mer enn en time).
- Hovedutfordring (angst, depresjon, blandet angst og depresjon) og dersom relevant, type angst (panikkangst med agorafobi, panikkangst uten agorafobi, sosial angst, spesifikk fobi, tvangsplager, posttraumatiske plager, helseangst, generalisert angst).
- Vurdering av relasjon til klient på en skala fra 0 (svært dårlig) til 10 (svært bra).
- Vurdering av hvor godt klienten har jobbet aktivt med hjemmeoppgaver (ikke relevant, svært dårlig, dårlig, middels, godt, svært godt).

Avslutningsskjema (ved avslutning for hver deltaker):

- Avslutningsgrunn (Det terapeutiske målet ble oppnådd (tilfriskning), maksimalt antall sesjoner ble nådd, klienten hadde ikke behov for flere sesjoner, klienten var ikke motivert lenger, behandlingen hadde ikke tilstrekkelig effekt, symptomene hadde blitt verre, klienten sluttet å ta kontakt/kunne ikke blitt nådd lenger, klienten flyttet til en annen kommune, studierelatert, annet).
- Antall behandlingssesjoner totalt siden inntaks-/vurderingssamtale (fysisk og digitalt).

## 2.1.5 Analyser

### 2.1.5.1 Styrkeberegning

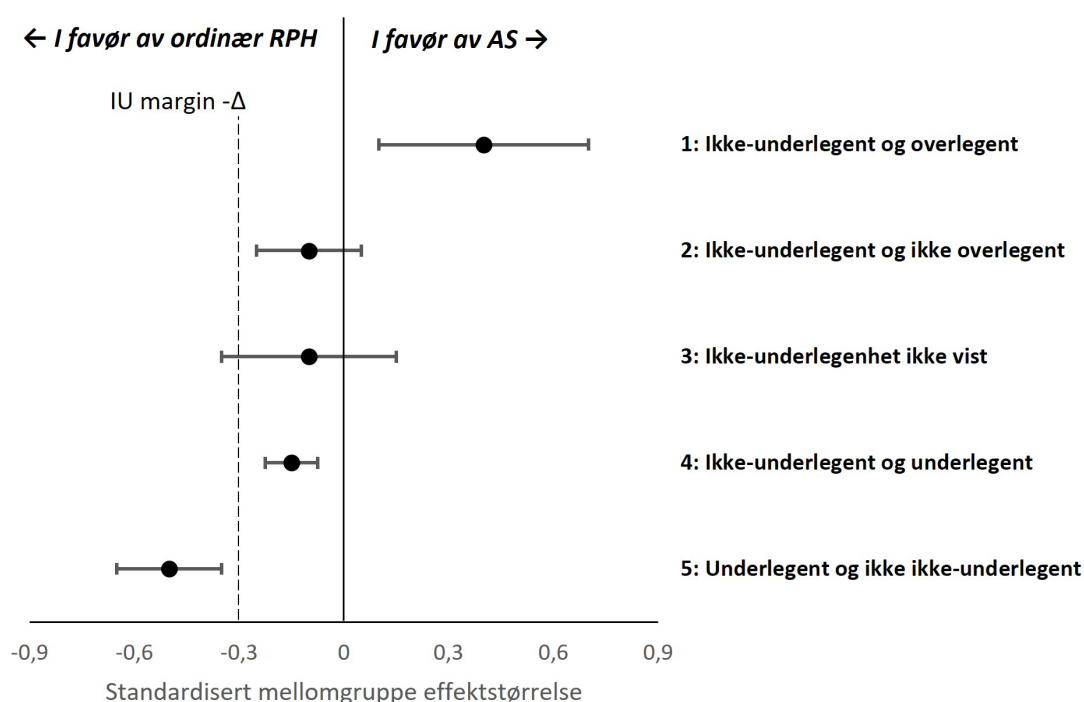
Nødvendig utvalgsstørrelse ble kalkulert for de primære utfallmålene, symptom på angst og depresjon ved 6-måneders oppfølging, basert på «non-inferior»-designet. Det ble satt et standard “non-inferiority bound” på  $d=,30$  og en antatt frafallsrate på 20%. For å oppnå statistisk styrke på ,80 med  $\alpha=,05$ , trengs det 129 deltakere i AS-gruppen og 258 i ordinær oppfølgingsgruppen, 387 totalt. For å kunne gjøre moderator- og mediator-analyser, er det ønskelig med et vesentlig større utvalg, og det ble i utgangspunktet forsøkt å inkludere langt flere enn 387.

### 2.1.5.2 Ikke-underlegenhetsstudier

En ikke-underlegenhetsstudie tester om en ny behandling er *minst* like effektiv som en behandling som allerede er i bruk. I denne studien tester vi om Assistert Selvhjelp (ny behandling) er minst like bra som ordinær oppfølging i Rask psykisk helsehjelp (behandlingen

som allerede er i bruk). Det er ikke det samme som å teste om to behandlinger er like effektive (ekvivalensstudier) eller om en behandling er bedre enn en annen (overlegenhetsstudier). Ved første øyekast kan det virke litt rart å teste om en ny behandling er minst like bra som standardbehandlingen. Men dette kan være hensiktsmessig dersom den nye behandlingen har noen andre fordeler over standardbehandlingen, som for eksempel færre bivirkninger eller lavere kostnader. En ikke-underlegenhetsstudie vil som regel også kreve et mindre antall deltakere enn en ekvivalensstudie.

En viktig beslutning i en ikke-underlegenhetsstudie er å fastslå hva som regnes som «minst like bra», den såkalte ikke-underlegenhetsmarginen (IU-margin). Denne skal være tilstrekkelig liten for å sikre at den nye behandlingen ville være effektiv opp mot en vanlig kontrollgruppe (for eksempel ventelistekontroll eller placebo). Vi brukte en standard ikke-underlegenhetsmargin på  $-0,30$  som definert i en studie fra Driessen med flere [52], der minus indikerer en mellomgruppe effekt i favør av ordinær RPH-oppfølging. For å kunne fastslå om Assistert Selvhjelp er minst like bra som ordinær oppfølging i RPH, må den nederste grensen av 95% konfidensintervallet til den standardiserte mellomgruppe effektstørrelsen være større enn  $-0,30$  (altså mindre negativ enn  $-0,30$ ). Mulige resultater av innværende ikke-underlegenhetsstudie vises i figur 1 der alternativene 2 (minst like effektiv) og 3 (uvisst) er de mest vanlige. I hele rapporten vil det gjelde at en negativ standardisert mellom-gruppe effekt tilsier at den estimerte effekten var i favør av den ordinære oppfølgingsgruppen, mens en positiv mellom-gruppe effekt tilsier at den estimerte effekten var i favør av Assistert Selvhjelpsgruppen. For standardiserte innen-gruppe effekter (endringer) tilsier et negativt tall en nedgang i en skår over tid på et bestemt utfall, mens et positivt tall tilsier en økning i en skår.



**Figur 1. Fem mulige utfall for Assistert Selvhjelp i inneværende ikke-underlegenhetsstudie.**

### 2.1.5.3 Hovedanalyser

For de primære utfallsmålene, PHQ-9 og GAD-7, ble det brukt vekstkurvmodeller basert på en robust sannsynlighetsmaksimeringsestimator (MLR) for å modellere utviklingen i symptomene

fra baseline til 6-måneders oppfølging, 7 tidspunkter totalt. Utviklingen er typisk ikke-lineær og ulike alternativer ble prøvd for å modellere dette: polynommodeller (kvadratisk, kubisk), «piecewise» modeller, modeller med frie tidsparametere, og kombinasjoner av disse. For å sammenligne ulike modellalternativer, brukte vi chi-kvadrat forskjellstesting, samt modelltilpasningsindeksene RMSEA (ideelt sett lavere enn ,06) og CFI (ideelt sett høyere enn ,95). En forbedring i  $CFI \geq ,01$  og/eller  $RMSEA > ,015$  ble betraktet som vesentlig bedre [53]. For både PHQ-9 ( $CFI = ,96$ ,  $RMSEA = ,04$ ) og GAD-7 ( $CFI = ,98$ ,  $RMSEA = ,03$ ) endte vi opp med en «piecewise» vekstkurvemodell med (delvis) frie tidsparametere.

For sekundære utfallsmål med flere enn to tidspunkter brukte vi en tilsvarende tilnærming. For sekundære utfallsmål med to tidspunkter brukte vi en enklere modell med en lineær «slope» med varians begrenset til null for å oppnå modellidentifikasjon. «Missing imputering» ble anvendt for å estimere den (pålitelige) tilfriskningsraten ved 6-måneders oppfølging. Imputeringsmodellen inkluderte PHQ-9 og GAD-7 skårene på alle 7 tidspunktene samt kommunetilhørigheten og behandlingsgruppen [54]. Den (pålitelige) tilfriskningsraten ble avledet basert på de imputerte datasettene (100 datasett). Lineær regressionsanalyse ble brukt for å teste effekten av intervensjonen på ressursbruk, mens logistisk regresjonsanalyse ble brukt for å teste effekten av intervensjonen på frafall.

Resultatanalysene er i utgangspunktet basert på behandlingsintensjons prinsippet (alle som er blitt randomisert er med i analysene uansett om de har hatt behandling eller ikke), men for de primære utfallsmålene har vi også gjort såkalte «per-protokoll» analyser. I RPH er det ikke så enkelt å fastslå hva «per protokoll» betyr, siden det ikke er en fast protokoll med et fast antall møter som alle klientene skal gå gjennom. Vi har derfor brukt følgende kriterier for at en klient ble inkludert i per-protokoll analysen: minst 5 behandlingssesjoner eller blitt tilfrisknet før dette, basert på klientrapportering opp til 6-ukers oppfølging ( $PHQ-9 < 10$  og  $GAD7 < 8$ ) eller terapeutrapportering (avsluttet fordi det terapeutiske målet ble oppnådd). Ulempen med en per-protokoll-analyse er at det kan oppstå seleksjonsskjevhet, men den har likevel en viktig plass i en ikke-underlegenhetsstudie fordi behandlingsintensjonsanalysen kan øke sannsynligheten for at en dårlig gjennomført RCT feilaktig konkluderer med ikke-underlegenhet. Dette er i motsetning til en overlegenhetsstudie der en dårlig gjennomført RCT oftere fører til at man (feilaktig) ikke finner en effekt [55]. Det anbefales derfor at det utføres både behandlingsintensjonsanalyse og per-protokoll analyse og at ikke-underlegenhet ideelt sett vises i begge.

På grunn av manglende data ved oppfølging kan det oppstå skjevhet i effektestimaterne dersom manglende data er såkalt «missing not at random (MNAR)» (mangler ikke-tilfeldig). Det er vanlig å gjennomføre noen sensitivitetsanalyser for å undersøke i hvilken grad effektestimaterne endrer seg under ulike MNAR scenarioer. For de primære utfallsmålene ble det brukt to alternative spesifikasjoner av MNAR: En Diggle-Kenward seleksjons modell (MNAR1) og en såkalt «pattern mixture» modell (MNAR2) [54].

I alle modellene ble kommune-variabelen og gruppe-variabelen (Assistert Selvhjelp vs. ordinær oppfølging ved RPH) lagt inn som faste effekter. Vi rapporterer i hovedsak standardiserte mellom-gruppe effekter ( $d_m$ , mellom -1 til 1) for de primære og sekundære utfallsmålene og standardiserte innen-gruppe effekter ( $d_i$ ) kun der det ble vurdert som hensiktsmessig. Mplus versjon 8.9 ble brukt for alle analysene beskrevet her.

## 2.2 Mål og metode for den kvalitative evalueringen

Målet med den kvalitative evalueringen var både å utfylle og å belyse de kvantitative resultatene i mer detalj. Nærmere bestemt skulle de kvalitative intervjuene belyse terapeutene sine erfaringer med bruk av Assistert Selvhjelp innen RPH og hvordan de synes veiledet internettbehandling bør brukes ved RPH.

### 2.2.1 Intervjuguide

Semistrukturerte kvalitative intervju ble brukt som datainnsamlingsverktøy for å kunne dekke «lukkede» tema vi ønsket å undersøke, samtidig som vi lot informantene ta inn eventuelle andre tema de syntes var viktig å få frem i evaluering av veiledet internettbehandling. Intervjuguiden ble utformet av MK og RS og besto av seks hovedspørsmål med oppfølgings spørsmål. Se appendiks 8.2 for intervjuguide.

### 2.2.2 Rekruttering og gjennomføring av intervjuene:

Totalt 17 terapeuter ble intervjuet, mellom to og fire ved hvert pilotsted. Noen pilotsteder ble færre intervjuet av praktiske årsaker og at det etter hvert ble vurdert dit hen at man var i ferd med å nå informasjonsmetning. Terapeutene ble først og fremst rekruttert ut fra profesjonsbakgrunn (fortrinnsvis minst én teamleder eller psykolog og én med annen helsefaglig profesjonsutdanning fra hvert pilotsted), deretter ut fra at de hadde erfaring med Assistert Selvhjelp og til slutt ut fra at de hadde ulike meninger om bruken av veiledet internettbehandling (sistnevnte kom frem gjennom innledende møter med ansatte i forkant av intervjuene).

Intervjuene med terapeutene ble gjennomført ved det enkelte RPH-kontor mellom juni og september 2024. Intervjuene ble gjennomført individuelt (i ett tilfelle gruppeintervju med to terapeuter) av RS og MK og varte mellom 40 og 60 minutter. Det ble tatt lydopptak av intervjuene som ble lastet over på sikker mappe ved FHI. Alle informantene fikk informasjon om at det var frivillig å delta og at resultatene fra undersøkelsen ville bli presentert på en slik måte at informasjonen de ga ikke kunne spores tilbake til enkeltpersoner.

Intervjuene ble gjennomført underveis i RCT-studien. Dette innebar at terapeutene, for klienter som deltok i studien, måtte bruke Assistert Selvhjelp i «ren» form, med lite rom for tilpasning. Noen RPH-team har allerede brukt Assistert Selvhjelp på denne måten, men for noen har deltagelse i studien vært en anledning til å prøve dette ut.

### 2.2.3 Analyse av intervjuene:

Med hensyn til kapasitet ble bestemt å transkribere og analysere to intervju per pilotsted (totalt 12 intervjuer). Intervjuene ble valgt ut etter overnevnte kriterier (fagbakgrunn: fortrinnsvis én teamleder eller psykolog og én terapeut med annen helsefaglig profesjonsutdanning). To forskere (GHJ og TRF) transkriberte halvparten av materialet hver. Deretter ble datamaterialet analysert ved hjelp av refleksiv tematisk analyse etter stegene beskrevet i Braun og Clarke [56,57]:

- 1) Datamaterialet ble transkribert og lest av GHJ og TRF.
- 2) GHJ og TRF samarbeidet om å identifisere midlertidige koder. Deretter ble disse kodene brukt som utgangspunkt i koding av første intervju, som GHJ og TRF kodet uavhengig av



hverandre, før kodingen ble sammenlignet og eventuelle uenigheter ble diskutert. Nye koder ble opprettet der det ble funnet nødvendig. Denne prosessen ble gjentatt på alle intervjuene.

3) Underveis i koding av intervju samarbeidet GHJ og TRF om å identifisere tema på bakgrunn av kodene som var opprettet. De foreslåtte temaene ble lagt fram og drøftet med MK og RS.

4) Temaene ble vurdert opp mot de kodede sitatene og opp mot intervjuene i sin helhet.

5) Temaene ble navngitt og definert.

Refleksiv tematisk analyse er en fleksibel analysemetode for å identifisere, analysere og rapportere temaer i kvalitative data. Nvivo ble brukt til å gjennomføre koding og sortering i temaer.

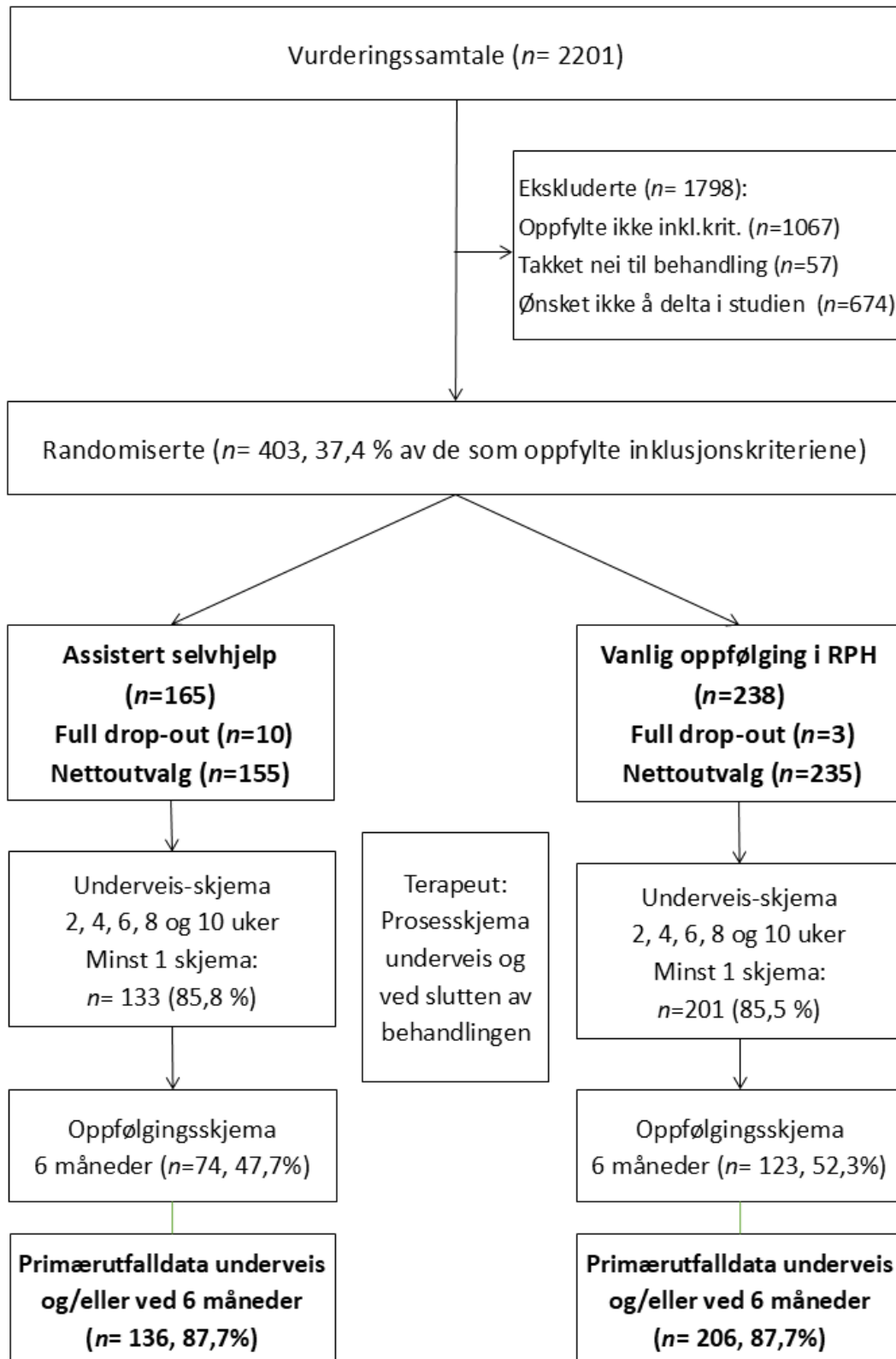
## 3 Resultater

### 3.1 Antall deltakere totalt og per pilotsted

Flyttdiagrammet (figur 2) og tabell 1 viser sammen hvor mange personer som er registrert at tok kontakt med RPH-pilotstedene gjennom inklusjonsperioden, ekskluderte og deltakere i de ulike fasene av studien. I alt ble 2201 personer registrert til vurdering ved RPH-ene fra oktober 2021 til desember 2023. Av disse mottok 75,9 % oppfølging ved RPH, mens litt under halvparten (48,9 %,  $n=1077$ ) oppfylte inklusjonskriteriene til studien. Av de 1077 som oppfylte inklusjonskriteriene, valgte 403 personer å delta i studien. Dette gav en deltakerrate på 37,4 %. Deltakerraten varierte mye mellom pilotstedene, fra 25 % (Modum) til 75 % (Fosen). Etter randomiseringen droppet 13 personer ut av studien (10 i Assistert Selvhjelps-gruppen og 3 i den ordinære RPH-oppfølgingsgruppen). Dermed gjensto et nettoutvalg på  $n=390$  personer (155 i Assistert Selvhjelpsgruppen og 235 i den ordinære RPH-oppfølgingsgruppen).

Merk at de 403 deltakerne samlet sett «bare» utgjør 24,1 % av alle personer som mottok RPH-behandling under studieperioden ( $n=1670$ ). Også denne andelen varierte mye mellom pilotstedene, fra 17,2 % i Karmøy og Modum til 71,5 % i Fosen. Det at en relativt stor andel mottok RPH-tilbud, men ikke deltok i studien kan gi begrensninger for generaliserbarheten av studiens funn til RPH-brukerne som helhet, og muligens også gi indikasjoner på akseptabiliteten og skalérbarheten til veiledet internettbehandling i denne konteksten. I Appendiks 8.1 er det presentert mer detaljert informasjon om eksklusjonsgrunner og enkle sammenligninger mellom studiedeltakerne og øvrige RPH-klienter ved pilotstedene under studieperioden. Samlet sett var forskjellene mellom deltakerne og ikke-deltakerne relativt beskjedne på karakteristikker som kjønnsfordeling, alder, utdanningsnivå og symptomnivå. I tillegg var andel klienter som Assistert Selvhjelp kunne vært aktuelt for anslått å være betydelig høyere enn 24,1 %, sannsynligvis minst 50 % (se Appendiks 8.1).

Primærutfallsdata er tilgjengelig for 87,7 % av deltakerne i hver av gruppene, definert som at deltakerne har fylt ut PHQ og GAD-skjemaene enten ved 6 måneders oppfølging eller ved minst én underveis-oppfølging under behandlingen (se figur 2). Rundt halvparten i hver gruppe svarte på spørreskjema ved 6-måneders oppfølging. Nonrespons ved seks måneder var høyest i Fosen (63,4 %) og lavest i Modum (34,1%). Det var differensielt frafall i Karmøy (51,2 % i Assistert Selvhjelps-gruppen vs. 29,7 % i ordinær RPH-oppfølgingsgruppen), Sandnes (43,5 % i Assistert Selvhjelps-gruppen vs. 59,0 % i ordinær RPH-oppfølgingsgruppen) og Vestvågøy (65,2 % i Assistert Selvhjelps-gruppen vs. 39,1 % i ordinær RPH-oppfølgingsgruppen). Kvinner, eldre deltakere (>35 år), og deltakere med høyere utdanning hadde minst nonrespons. Symptomskårene på baseline hang ikke sammen med nonrespons.



Figur 2. Flytdiagram av datainnsamlingen.

**Tabell 1. Oversikt over antall registrerte ved RRH-ene under inklusjonsperioden og henholdsvis som fikk behandling, oppfylte inklusjonskriteriene og deltok i studien, totalt og per pilotsted.**

	Antall registrerte personer <sup>1</sup>	Andel som fikk behandling <sup>2</sup>	Andel som oppfylte inklusjonskriteriene <sup>2</sup>	Antall deltakere i studien	Deltaker-rate <sup>3</sup>
	<i>n</i>	% ( <i>n</i> )	% ( <i>n</i> )	<i>n</i>	%
<b>Totalt</b>	<b>2201</b>	<b>75,9 (1670)</b>	<b>48,9 (1077)</b>	<b>403</b>	<b>37,4</b>
Fosen IKS	171	76,0 (171)	72,5 (124)	93	75,0
Karmøy	529	89,2 (529)	51,4 (272)	81	29,8
Modum	406	64,3 (406)	44,3 (180)	45	25,0
Notodden	584	59,4 (584)	33,2 (194)	48	24,7
Sandnes	281	87,9 (281)	50,9 (143)	66	46,2
Vestvågøy	230	92,6 (230)	71,3 (164)	70	42,7

Notat: <sup>1</sup>Personer terapeutene registrerte i studiens datasystem under inklusjonsperioden. Dette er et underestimat av totalantallet som tok kontakt med tjenestene i perioden. Særlig Sandnes startet gradvis opp med inklusjon av deltakere våren 2021 og antall registrerte til vurdering var kun de som hadde gjennomgått en førstescreening. <sup>2</sup>Av personer registrerte i datasystemet. <sup>3</sup>Av personer som oppfylte inklusjon-kriteriene.

### 3.2 Demografiske kjennetegn ved deltakerne

Tabell 2 viser demografiske kjennetegn ved deltakerne i studien, totalt og etter behandlingsgruppe. Det er ingen statistisk signifikante forskjeller i demografi mellom gruppene. Dette er som forventet, grunnet den tilfeldige (randomiserte) fordelingen til behandlingsgruppene, og underbygger samtidig at randomiseringen har fungert.

Samlet var størsteparten av deltakerne kvinner (69 %). Deltakerne var i gjennomsnitt 36,2 (SD 11,6) år, der rundt en-tredel var under 30 år, vel halvparten i aldersgruppen 30-49 og en svært liten andel (2,8 %) var 60 år eller eldre (se tabell 6). Videre hadde 42,5 % høyere utdanning (universitet/høyskole). Tre av fire (75,5 %) var i et forhold (gift/samboer/kjæreste) og halvparten (50 %) hadde ansvar for barn under 18 år. Bare et lite mindretall (5,3 %) hadde innvandrerbakgrunn. Angående arbeidsstatus var det omtrent like mange som var sykmeldte fra jobben (43,3 %) som ikke var sykmeldte (41,2 %), mens 15,3 % ikke var i jobb (arbeidsledig, uføretrygd/AAP, hjemmeværende, pensjonist, annet). Én av fem (20,3 %) oppgav vansker med å klare de løpende utgiftene i husholdningen siste 12 måneder («av og til» eller «ofte»). Se Appendiks 8.1 (tabell A5) for demografiske kjennetegn per pilotkommune. Det var relativt små forskjeller i demografiske kjennetegn mellom pilotkommunene.

Tabell 2. Demografiske kjennetegn ved baseline, totalt og etter behandlingsgruppe.

	Samlet (n=390)	Ordinær RRH (n=235)	Assistert Selvhjelp (n=155)
	% (n)	% (n)	% (n)
<b>Kjønn</b>			
Mann	31,0 (121)	33,6 (79)	27,1 (42)
Kvinne	69,0 (269)	66,4 (156)	72,9 (113)
<b>Aldersgruppe</b>			
18-29 år	33,8 (132)	31,5 (74)	37,4 (58)
30-39 år	32,3 (126)	35,3 (83)	27,7 (43)
40-49 år	19,2 (75)	18,7 (44)	20,0 (31)
50-59 år	11,8 (46)	12,3 (29)	11,0 (17)
60 år og eldre	2,8 (11)	2,1 (5)	3,9 (6)
<b>Utdanningsnivå</b>			
Grunnskole	8,5 (32)	8,8 (20)	7,9 (12)
VGS	49,5 (187)	48,0 (109)	51,7 (78)
Universitet/høgskole	42,5 (159)	43,2 (98)	40,4 (61)
Gift/samboer/kjæreste	75,5 (283)	76,0 (171)	74,7 (112)
Ansvar for barn <7 år	29,4 (111)	30,4 (69)	27,8 (42)
Ansvar for barn < 18 år	50,0 (189)	52,0 (118)	47,0 (71)
Innvandrerbakgrunn	5,3 (20)	5,3 (12)	5,3 (8)
<b>Arbeidsstatus</b>			
Ikke i jobb	15,3 (58)	15,0 (34)	15,9 (24)
Deltid, sykmeldt	7,9 (30)	7,9 (18)	7,9 (12)
Fulltid og sykmeldt	35,4 (134)	37,4 (85)	32,5 (49)
Deltid, ikke sykmeldt	11,6 (44)	11,0 (25)	12,6 (19)
Fulltid, ikke sykmeldt	29,6 (112)	28,6 (65)	31,1 (47)
<b>Økonomiske vansker</b>			
Aldri - sjelden	82,1 (124)	79,4 (300)	77,5 (176)
Av og til - ofte	17,9 (27)	20,3 (78)	22,5 (51)

Merk: På variablene utenom kjønn og alder manglet data på 12-15 deltakere. Disse er holdt utenfor prosentfordelingene der data mangler.

### 3.3 Symptomer ved baseline, varighet på plager og grunner for å søke hjelp

Spørreskjemaet ved starten av behandlingen inkluderte ulike instrumenter og spørsmål om psykiske helseplager og problemene det ble søkt hjelp for, som symptomer på ulike psykiske plager og lidelser, generell fungering, livskvalitet, varighet på plagene og tidlige hjelpsøking.

Det ble også spurt om grunner for å søke hjelp og opplevd årsak til problemene det ble søkt hjelp for. De tre hyppigst oppgitte problemene var bekymring (87,6 %), stress (81,6 %) og engstelighet (72,1 %). Over halvparten oppgav også problemer med depresjon (68,0 %), trøtthet (67,0 %), søvnproblemer (52,4 %) og konsentrasjonsproblemer (65,9 %). Dette bildet var nokså likt på tvers av pilotkommunene. De to klart hyppigst oppgitte årsakene var jobb-/skoleproblematikk (55,8 %) og vanskelige familierelasjoner (40,6 %), etterfulgt av fysisk sykdom (27,7 %), vanskelig oppvekst (25,7 %) og samlivsproblemer (24,9 %). Selv om det var noe variasjon mellom pilotkommunene, var jobb-/skoleproblematikk oppgitt som opplevd årsak av halvparten og vanskelige familierelasjoner av over en-tredel av deltakerne på tvers av kommunene. Se Appendiks 8.3 for nærmere beskrivelse.

Symptomer på depresjon ble målt med PHQ-skalaen, som går fra 0-27. En skår på 10 eller mer er en indikasjon på klinisk depresjon. Gjennomsnittsskåren for hele utvalget var på 13,4 (95% KI 12,9-13,8) og 78,0 % (95% KI 73,7-81,9) skåret over klinisk grenseverdi. Angstsymptomer ble målt med GAD-skalaen, som går fra 0-21 med en klinisk grenseverdi på 8 eller høyere. I hele utvalget var gjennomsnittlig GAD-skår på 10,6 (95% KI 10,2-11,2) og 72,7 % (95% KI 68,0-77,0) skåret over klinisk grenseverdi. Totalt skåret 86,5 % (95% KI 82,1-90,0) over klinisk grenseverdi på depresjon og/eller angst. Rundt en tredel (34,0 %) hadde indikasjon på insomni. På spørsmål til terapeutene om klienten i hovedsak hadde angst-, depresjons- eller blandet angst og depresjons-problematikk, vurderte de etter inntakssamtalen at vel halvparten hadde depresjon, i underkant av en fjerdedel angst, og rundt en fjerdedel blandet angst og depresjon (se tabell 3).

Vel tre av fire rapporterte at symptomene de søkte hjelp for hadde vart minst et halvt år, og nær halvparten (42,2 %) at plagene hadde vært på nåværende nivå minst like lenge. Likefullt hadde under halvparten (44,0 %) søkt hjelp hos fastlege eller andre instanser for disse plagene før de tok kontakt med RPH. Bare et mindretall rapporterte jevnlig bruk av psykofarmaka (se tabell 3).

Sammenlignet med deltakerne i RCT-studien i RPH i Kristiansand og Sandnes synes symptombildet nokså likt, der for eksempel omtrent like mange skåret over grenseverdi for angst og/eller depresjon (88 %). Deltakerne i forrige RCT-studie hadde likevel gjennomsnittlig litt høyere symptomtrykk (gjennomsnittsskår PHQ=13,9 (SD 5,1), GAD-skår 11,2 (SD 5,0) og SPIN 21,7) og litt dårligere daglig fungering (WSAS-skår=20,6, der høyere skår indikerer dårligere generell fungering) enn deltakerne i innværende studie.

Se Appendiks 8.2 (tabell A6) for kommune-spesifikke tall på symptomer, hjelpsøking og medisinbruk ved behandlingsstart. Det var for det meste små forskjeller mellom kommunene.

**Tabell 3. Symptomer, hjelpsøking og medisinbruk ved behandlingsstart basert på spørreskjema-data, totalt og etter behandlingsgruppe.**

<i>Utfallsmål</i>	<b>Samlet</b> <i>Gjennomsnitt</i> <i>(95 % KI)</i>	<b>Ordinær RRH</b> <i>Gjennomsnitt</i> <i>(95 % KI)</i>	<b>Assistert Selvhjelp</b> <i>Gjennomsnitt</i> <i>(95 % KI)</i>
Depresjon (PHQ-9)	13,4 (12,9-13,9)	13,4 (12,8-14,0)	13,5 (12,7-14,2)
Angst (GAD-7)	10,6 (10,2-11,1)	10,6 (10,0-11,2)	10,6 (9,9-11,3)
Generell fungering (WSAS)	19,7 (18,9-20,5)	20,0 (19,0-21,0)	19,3 (18,0-20,5)
Livskvalitet (WEMWBS)	13,3 (12,9-13,7)	13,5 (12,9-14,0)	13,0 (12,4-13,7)
Sosial angst (SPIN)	12,5 (11,8-13,3)	12,4 (11,4-13,4)	12,7 (11,5-13,9)
	<i>Prosentandel</i> <i>(95 % KI)</i>	<i>Prosentandel</i> <i>(95 % KI)</i>	<i>Prosentandel</i> <i>(95 % KI)</i>
Caseness depresjon eller angst	86,5 (83,1-90,0)	86,3 (81,9-90,8)	86,8 (81,3-92,2)
Insomni	34,0 (29,2-38,7)	34,8 (28,6-41,0)	32,7 (25,2-40,2)
<u>Hovedproblematikk*</u>			
Angst	22,4 (18,4-27,0)	23,0 (17,9-29,1)	21,5 (15,5-29,1)
Depresjon	52,4 (47,2-57,5)	54,4 (47,7-60,9)	49,3 (41,2-57,4)
Blandet angst og depresjon	25,2 (21,0-30,0)	22,6 (17,5-28,6)	29,2 (22,3-37,1)
<u>Varighet og tidligere hjelpsøking</u>			
Varighet symptomer ≥ 6 mnd.	77,7 (73,5-82,0)	78,7 (73,3-84,0)	76,4 (69,5-83,2)
Varighet nåværende symptomtrykk ≥ 6 måneder	42,2 (37,2-47,3)	43,8 (37,3-50,3)	39,9 (32,0-47,8)
Søkt hjelp hos fastlege eller andre instanser	44,0 (39,0-49,0)	42,5 (36,0-48,9)	46,3 (38,3-54,3)
<u>Medisinbruk</u>			
Beroligende medisin, ukentlig	5,7 (3,0-8,3)	5,9 (2,4-9,5)	5,3 (1,2-9,4)
Medisin mot depresjon, daglig	10,8 (7,2-14,4)	10,4 (5,9-15,0)	11,5 (5,6-17,4)
Sovemedisin, ukentlig	9,8 (6,3-13,2)	8,6 (4,5-12,8)	11,6 (5,7-17,5)

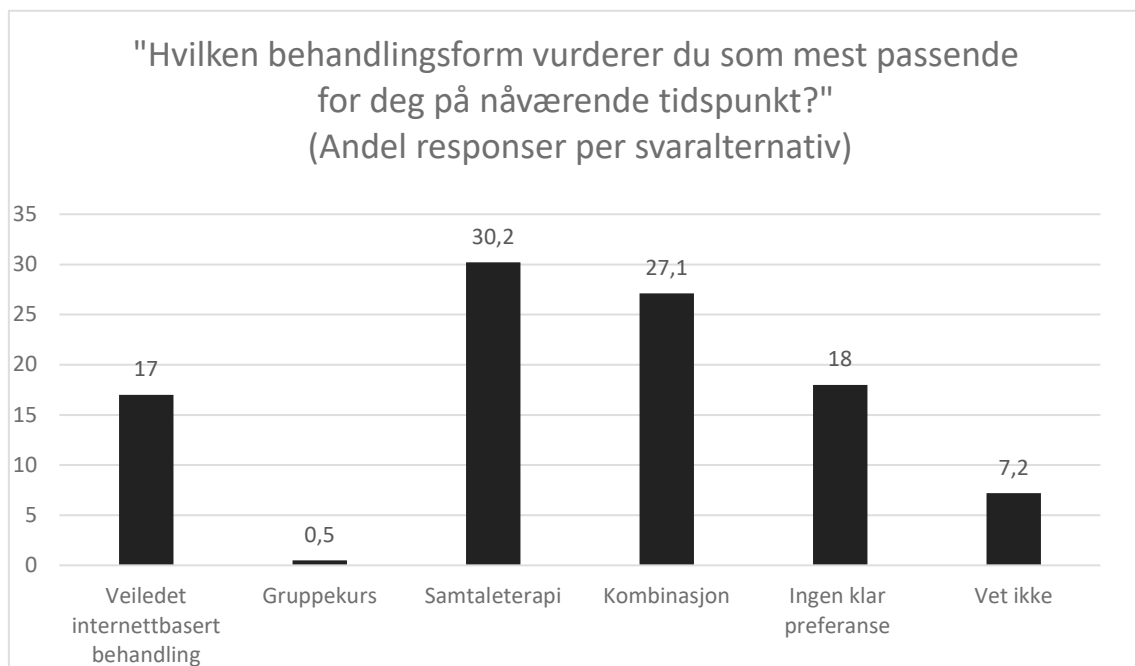
\*Terapeutvurdert basert på inntakssamtalen

### 3.4 Forventninger og motivasjon til behandlingen

I baselineskjemaet, før deltakerne visste hvilken behandlingstilnærming de ville bli tilbudt, ble de stilt spørsmål om motivasjon for behandling, hvilke(n) behandlingsform(er) de vurderte som mest passende for seg og hvor vidt de regnet med å bli friske igjen etter behandling. De som var sykmeldte, ble også spurt om de regnet med å være tilbake på jobb etter behandlingen.

Som vist i figur 3 ble samtaleterapi vurdert mest passende av flest (30,2 %), og nesten av dobbelt så mange som vurderte veiledet internettbehandling (17,0 %) som mest passende. Nesten ingen (0,5 %) oppgav gruppekurs som mest egnet. Dette er interessant å merke seg, i og med at gruppekurs utgjør en betydelig del av RPHs ordinære tilbud i de fleste kommuner. Det er ikke utenkelig at studiekonteksten, med ekstra informasjon om og søkelys på Assistert Selvhjelp i inntakssamtalen, kan ha hatt innvirkning på svarene. Vel halvparten (52,3%) svarte enten at de trodde en kombinasjon av behandlingsformer var best, eller at de ikke hadde noen klar preferanse eller ikke visste hvilken behandlingsform de vurderte som best for seg.

De aller fleste (86,0 % [95 % KI 79,2-90,8]) var svært eller ganske motiverte for å starte behandlingen. Samlet rapporterte rundt 2 av 3 (67,1 % [95 % 59,0-74,4]) at de forventet å bli friske igjen etter behandlingen (helt eller delvis enig). Også de fleste av de som var sykmeldte (82,6 % [95 % KI 75,3-87,9]) forventet å være tilbake på jobb etter behandlingen.



Figur 3. Behandlingspreferanse ved baseline.



### 3.5 Kjennetegn ved og innhold i behandlingen

I tabell 4 vises hvilke behandlingstyper og oppfølgingsformat klientene i hver av behandlingsgruppene mottok, målt i prosent av sesjonene de mottok.

Assistert Selvhjelp-gruppen mottok, som forventet, for det meste Assistert Selvhjelp som behandlingstype (90,8 % av sesjonene samlet). Utover dette var 8,3 % av sesjonene knyttet til samtaleterapi og 0,9 % annen veiledet selvhjelp. Oppfølgingsformatet var via telefon i omtrent tre av fire sesjoner, og ved fysisk oppmøte i en av fire. I forskningsprotokollen til terapeutene ble oppfølging via telefon og fysisk møte sidestilt for å gi mer fleksibilitet ved behov.

I ordinær RPH-oppfølgingsgruppen var totalt sett vel tre-fjerdedeler (78 %) av oppfølgingen samtaleterapi. Utover dette fordelte behandlingen seg nokså jevnt mellom kurs (12 %) og veiledet selvhjelp (10 %). Et lite mindretall i RPH-oppfølgingsgruppen (4,9 %) mottok Assistert Selvhjelp. Dette ansees så lavt, at det ikke regnes å «kontaminere» resultatene. Oppfølgingsformatet var for det meste via fysisk oppmøte (91,2 %), mens et lite mindretall av sesjonene ble gjennomført via telefon (6,8 %) eller annen digital kontakt (1,4 %).

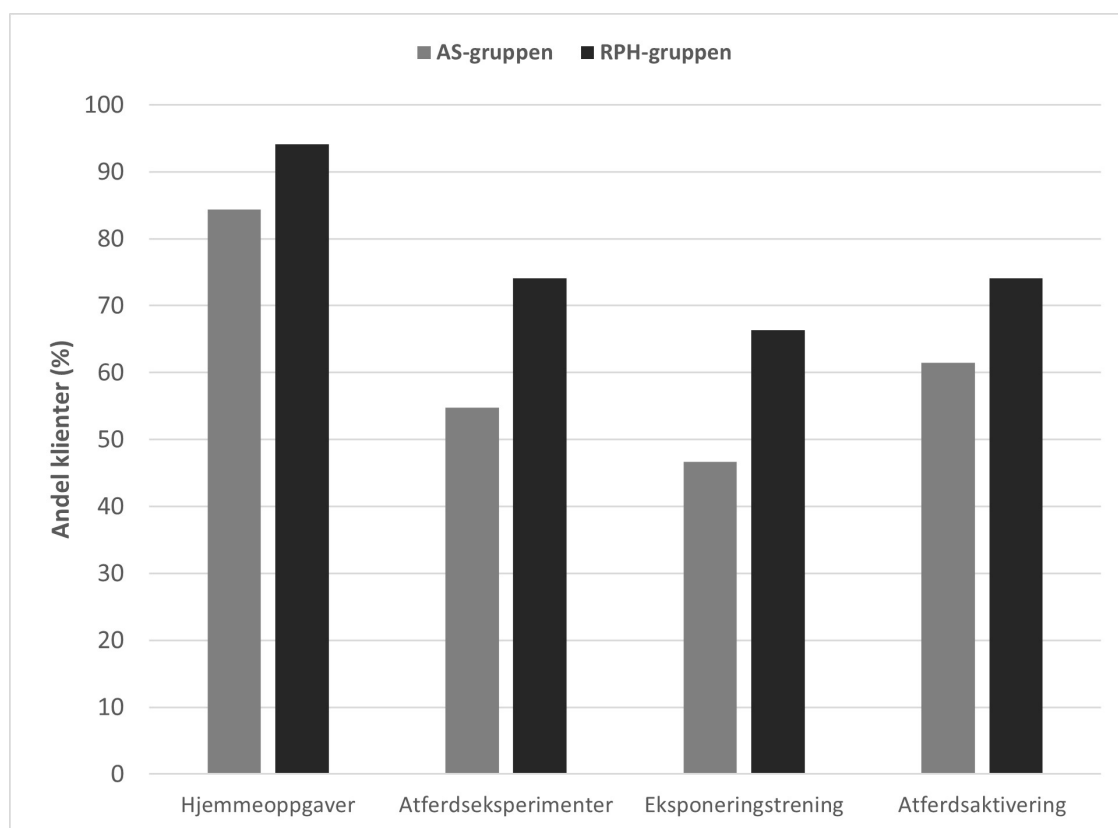
Se Appendiks 8.2 (tabell A7 og A8) for tilsvarende kjennetegn ved behandlingen gitt per kommune. Innen Assistert Selvhjelps-gruppen er det små forskjeller, utover at oppfølging ved fysisk oppmøte var vesentlig høyere i Fosen og Vestvågøy (begge 40 %) og lavest i Karmøy (8,3 %). Fosen hadde også vesentlig høyere bruk enn de øvrige av behandlingsform kodet som «samtaleterapi». Dette skyldes trolig at de fikk fortsette sin etablerte praksis med fysisk førstemøte ved veiledet selvhjelp. Innen gruppen som fikk ordinær oppfølging ved RPH var «samtaleterapi» den klart mest brukte sesjonstypen og «fysisk oppmøte» den vanligste sesjonsformatet på tvers av pilotstedene.

**Tabell 4. Gjennomsnittlig prosentvis fordeling av sesjonstype og sesjonsformat i hver av behandlingsgruppene.**

	<b>Ordinær RPH</b>	<b>Assistert Selvhjelp</b>
	<b>Gj.snitt (95% KI)</b>	<b>Gj.snitt (95% KI)</b>
<u>Sesjonstype:</u>		
Assistert Selvhjelp	4,9 (2,1-7,7)	90,8 (87,3-94,2)
Annen veiledet selvhjelp	4,9 (2,7-7,0)	0,9 (-1,7-3,6)
Kurs	12,0 (8,9-15,2)	0
Samtaleterapi	78,2 (73,9-82,5)	8,3 (3,0-13,6)
<u>Sesjons-format:</u>		
Fysisk oppmøte	91,8 (87,8-95,8)	25,4 (20,5-30,3)
Telefon	6,8 (3,0-10,6)	74,6 (69,9-79,3)
Digitalt	1,4 (0,3-2,4)	0

### 3.5.1 Bruk av spesifikke terapeutiske teknikker

For hver klient ble terapeutene spurt om de hadde brukt følgende teknikker i terapiforløpet: Bruk av hjemmeoppgaver, atferdsekspesimenter, eksponeringstrening og atferdsaktivering. Som vist i figur 4 var bruk av disse teknikkene mindre vanlig i Assistert Selvhjelps-gruppen enn i ordinær oppfølgingsgruppen (alle p-verdiene under ,05).



**Figur 4. Bruk av spesifikke terapeutiske teknikker på tvers av behandlingsgruppene.**

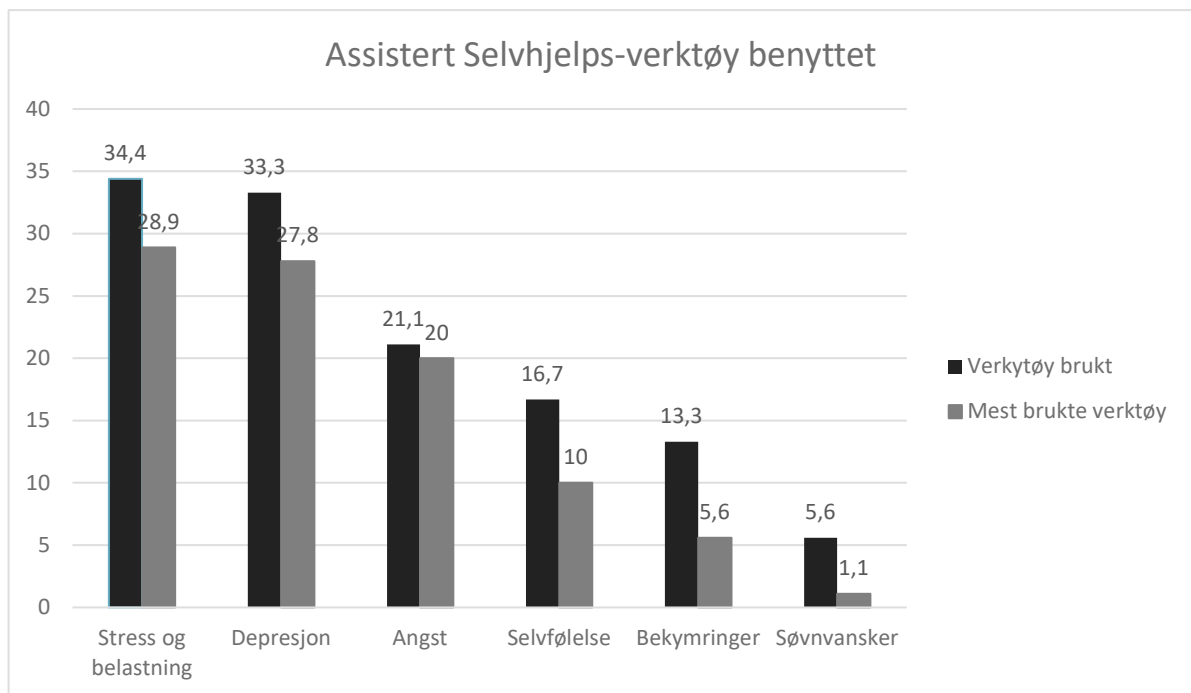
### 3.5.2 Brukerdata fra Assistert Selvhjelp

På grunn av manglende data fra terapeutsiden var brukerdata fra Assistert Selvhjelp kun tilgjengelig for 58 % av deltakerne i Assistert Selvhjelpsgruppen ( $n=90$ ). Godt over halvparten (67 %) jobbet hovedsakelig med ett verktøy. Deltakerne brukte i gjennomsnitt 1,5 (range: 1-4) verktøy. De mest brukte verktøyene var «Stress og belastning» og «Depresjon», begge brukt av omtrent en-tredjedel av deltakerne (se figur 5). Videre ble verktøyet Angst brukt av 21 %, Selvfølelse av 17 %, Bekymringer av 13 % og Søvnvansker av 6 %. Flere av pilotstedene tilbød i hele eller deler av studieperioden også andre verktøy i tillegg. Disse ble brukt i relativ liten grad av studiedeltakerne; Panikkangst (6%), Tilbake til jobb (3 %), Helseangst (3 %), Sosial angst (2 %), Fobi (1 %), Livsmestring (1 %).

Ifølge Assistert Selvhjelp AS har mange verktøy mye likt innhold, men er pakket inn forskjellig. For eksempel er ABC/kognitiv terapi del av mange ulike verktøy, men er tilpasset den spesifikke tematikken, som depresjon eller angst.

Brukerne hadde median hatt 10 (interkvartilområde (IKO: 6-16)) innlogginger, vært innlogget 3,2 timer (IKO=1,9-5,1) og fullført 42,5 (IKO: 27,5-54,5) behandlingseinheter. En behandlingseinhet utgjør et delkapittel i et behandlingsverktøy. De fleste enkeltverktøy har seks moduler med totalt rundt 30 delkapitler, pluss/minus fem. Stress og belastningsverktøyet, som flest tok i bruk, inneholder for eksempel 33 delkapitler. De fleste ser dermed ut til å ha fullført delkapitler tilsvarende minst et fullstendig verktøy.

Lignende plattformbruk ble funnet i en RCT-studie av veiledet internettbehandling innen «NHS Talking Therapies» (før IAPT) i England, der deltakerne etter åtte uker hadde hatt median 11 (IQR 12) innlogginger og brukt median 3,4 timer (IQR 3,7) på verktøyene [27].

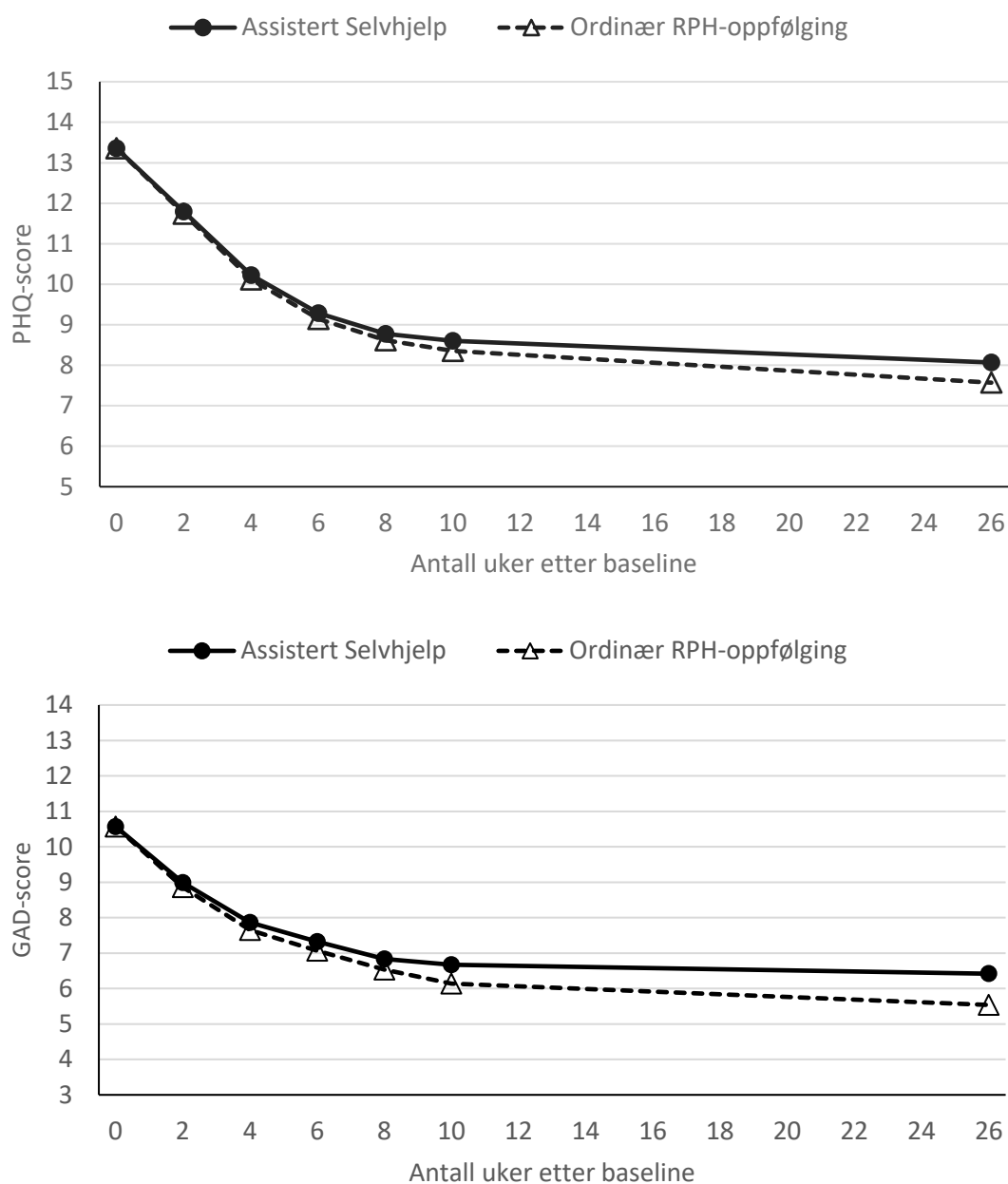


**Figur 5. Verktøy i Assistert Selvhjelp som ble brukt under studieperioden.**

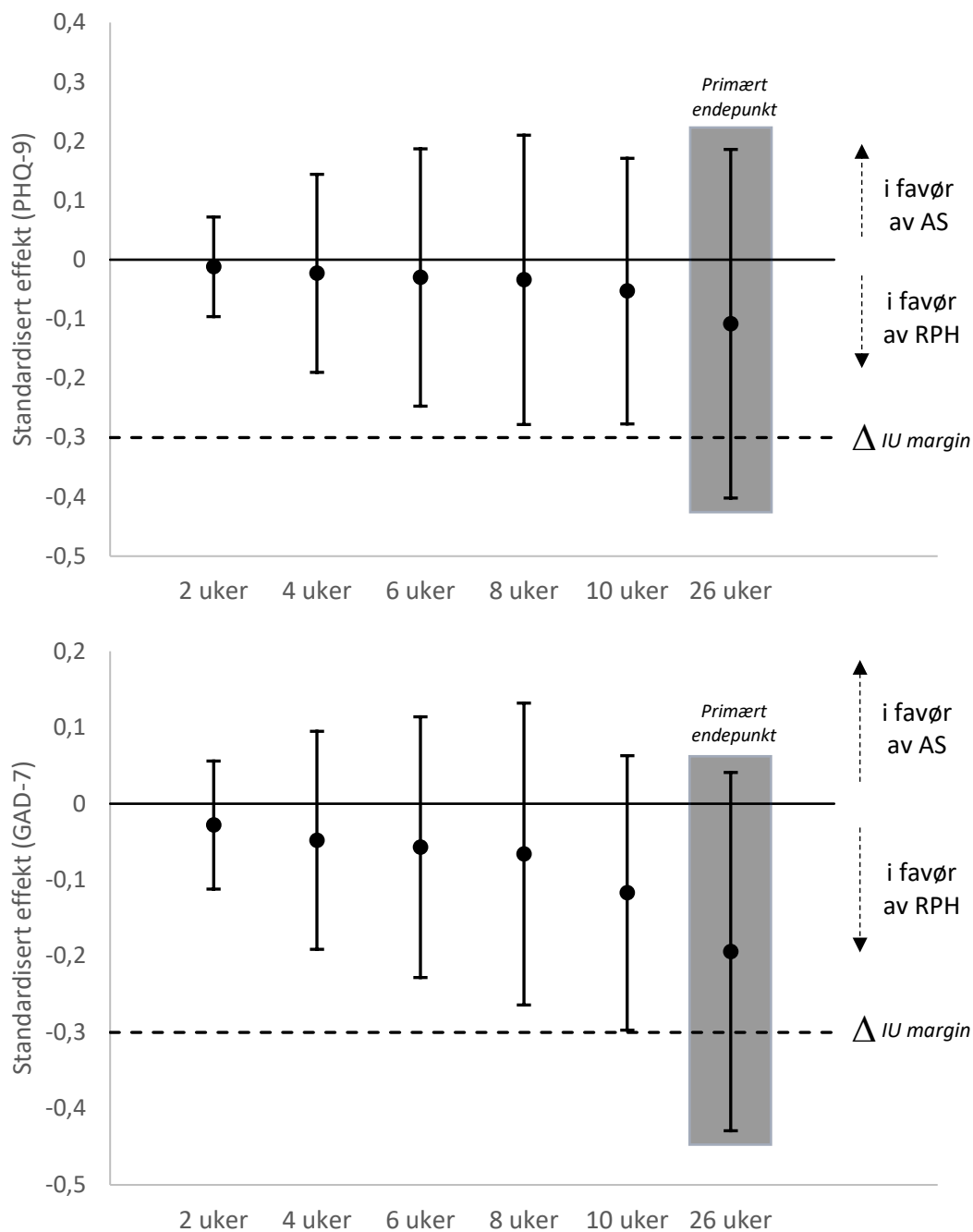
### 3.6 Effekt på primære utfallsmål (symptomer på depresjon og angst)

#### 3.6.1 Behandlingsintensjonsanalysen (ITT)

Figur 6 viser utviklingen fra randomiseringstidspunktet til 6-måneders oppfølging for både symptomer på depresjon (PHQ-9) og symptomer på angst (GAD-7) i begge gruppene, basert på behandlingsintensjonsanalysen. Utviklingstrendene over tid er sammenlignbare, men deltakere som ble tildelt ordinær RPH-oppfølging endte opp med en litt lavere skår på både depresjon og angst etter 6 måneder enn de som ble tildelt Assistert Selvhjelp. Begge gruppene viste en klinisk signifikant nedgang i symptomer på depresjon og angst (6 måneder). I Assistert Selvhjelpsgruppen var den standardiserte endringen  $d_i = -1,15$  (95%CI -1,40; -,89) for PHQ-9 og  $d_i = -,92$  (95%CI -1,12; -,71) for GAD-7. I ordinær RPH-oppfølgingsgruppen var denne endringen  $d_i = -1,26$  (95%CI -1,46; -1,05) for PHQ-9 og  $d_i = -1,11$  (95%CI -1,29; -,94) for GAD-7.



Figur 6. Endring i depresjons- og angstskår over tid etter behandlingsgruppe.

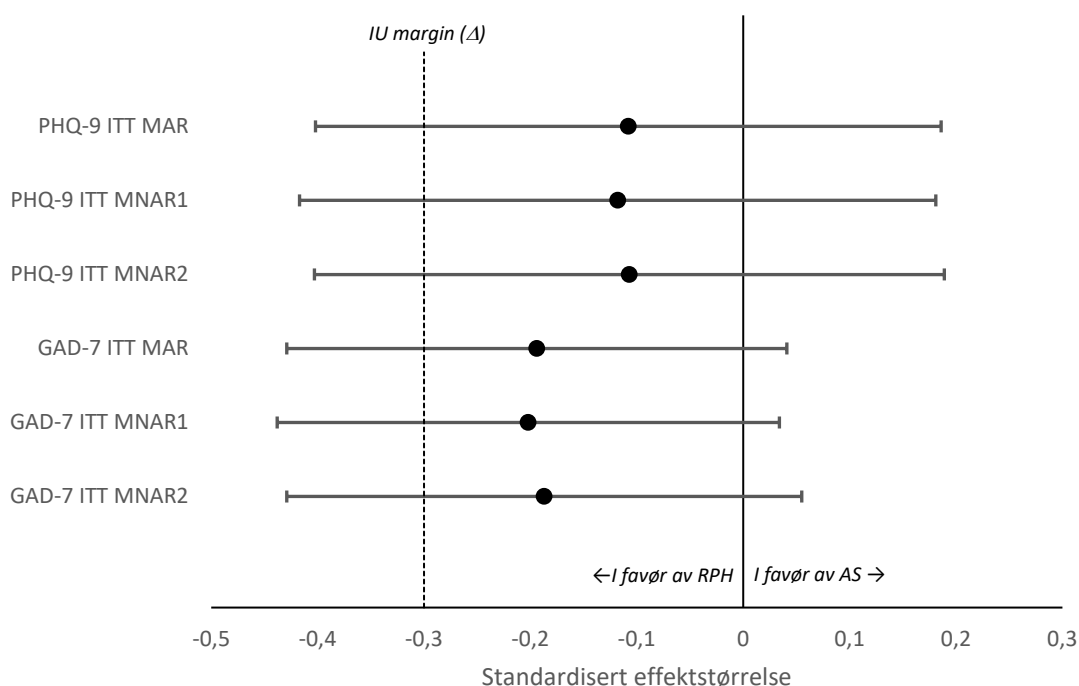


**Figur 7. Standardiserte mellom-gruppe effekter over tid for symptomer på depresjon (øverste figur) og angst (nederste figur) (punkttestimat og 95% konfidensintervaller).**

De standardiserte mellom-gruppe effekttestimatene på henholdsvis 2, 4, 6, 8, 10 og 26 uker etter randomiseringen vises i figur 7. Over tid ble punkttestimatet for mellom-gruppe-effekten mer negativ og mer i favør av ordinær oppfølging ved RPH. Avgjørende for at Assistert Selvhjelp kan betraktes som minst like effektivt som ordinær RPH-oppfølging, er om den nederste grensen til 95% konfidensintervallet er høyere (mer negativ) enn den forhåndsdefinerte ikke-underlegenhetsmarginen ( $d = -0,30$ ). For symptomene på både depresjon og angst var dette tilfelle opp til 10 uker etter randomiseringen. Men på det primære endepunktet på 26 uker strekker den nederste grensen av konfidensintervallet seg forbi ikke-underlegenhetsmarginen. Det betyr at det ikke ble vist at Assistert Selvhjelp er minst

like effektiv som oppfølging ved RPH for de primære utfallsmålene depresjon ( $d_m = -0,11$ ; 95%CI  $-0,40$ ;  $0,19$ ) og angst ( $d_m = -0,19$ ; 95%CI  $-0,43$ ;  $0,04$ ) på 6-måneders oppfølging basert på behandlingsintensjonsanalysen. Det betyr at vi ikke har nok bevis for å trekke en klar konklusjon om Assistert Selvhjelps-behandlingen er minst like effektiv eller dårligere enn ordinær RPH-oppfølging.

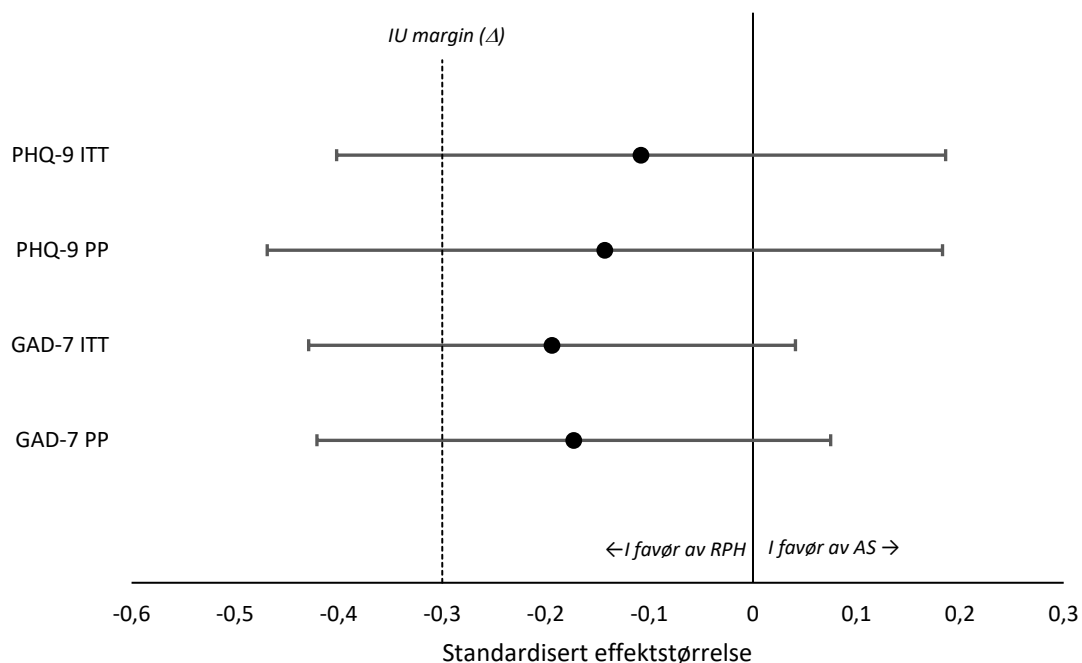
Sannsynlighetsmaksimerings-estimatene som ble brukt for resultatene presentert ovenfor, er gyldig under MAR-antagelsen (frafall betinget tilfeldig). De manglende dataene på oppfølgingstidspunktene kan også skyldes MNAR (frafall ikke tilfeldig), noe som kan føre til skjevhet i de gitte estimatene. Figur 8 viser de standardiserte mellom-gruppe effektestimaterne for depresjon og angst for to alternative modeller, der vi gjør ulike antakelser som er i tråd med MNAR. Resultatene viste seg å være nokså like som i hovedanalysen over, noe som øker tilliten til gyldigheten av sannsynlighetsmaksimerings-estimatene under MAR-antagelsen.



**Figur 8. Mellom-gruppe effekt på 6-måneders oppfølging basert på ulike manglende data antagelser for PHQ-9 og GAD-7 (punkttestimat og 95% konfidensintervaller).**

### 3.6.2 Per-protokoll analyse

I denne studien er 83,8 % av deltakerne i ordinær oppfølging ved RPH-gruppen og 76,6 % av deltakerne i Assistert Selvhjelps-gruppen med i per-protokoll inndelingen. Som vist i figur 9 er punktestimatene for mellom-gruppe effekten enda lavere (mer i favør RPH) i per-protokoll analysen sammenlignet med behandlingsintensjonsanalysen for symptomene på både depresjon og angst. Den nederste grensen til konfidensintervallet var over ikke-underlegenhetsmarginen for både PHQ-9 og GAD-7. Det vil si at det ikke ble påvist at Assistert Selvhjelp var minst like effektiv som ordinær RPH-oppfølging i per-protokoll analysen heller.

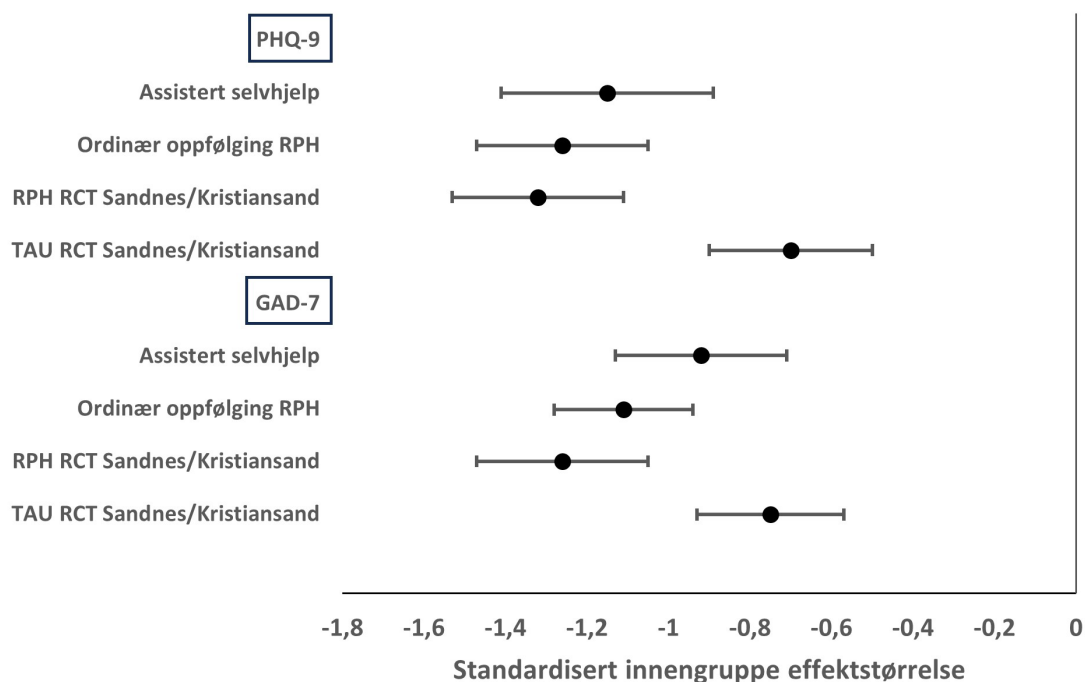


**Figur 9. Mellom-gruppe effekt på 6-måneders oppfølging basert på behandlingsintensjonsanalysen (ITT) and per-protokoll (PP) for PHQ-9 and GAD-7 (punktestimat og 95% konfidensintervaller).**

### 3.6.3 Sammenligning med RCT i Sandnes og Kristiansand

I inneværende studie sammenlignes Assistert Selvhjelp med ordinær oppfølging innen RPH. Det er også interessant å sammenligne behandlingseffekten med annen ordinær oppfølging utenfor RPH-kontekst. Vi har derfor gjort en enkel sammenligning med resultatene fra RCT-studien som ble gjennomført i Sandnes og Kristiansand (2016-2017), der RPH-oppfølging ble sammenlignet med oppfølging som vanlig av helsetjenesten i kommunen (treatment as usual - TAU) (Se kap. 1.3.1 for nærmere beskrivelser av denne studien).

I figur 10 vises innengruppe-effektene for Assistert Selvhjelps-gruppen og ordinær RPH-oppfølgingsgruppen for både PHQ-9 og GAD-7 ved 6-måneders oppfølging. Til sammenligning har vi lagt til innengruppe-effektene ved 6-måneders oppfølging som ble funnet i RCT-en i Sandnes og Kristiansand. Gitt at behandlingsgruppene er sammenlignbare, ville Assistert Selvhjelps-gruppen sannsynligvis vært mer effektiv enn TAU på daværende tidspunkt for depressive plager, mens det ville vært mer usikkert for angstplager.



Figur 10. Innengruppe-effekter på tvers av RCT-studier.

### 3.7 Effekter på sekundære utfallsmål

Tilfriskningsraten var 56,1 % i Assistert Selvhjelps-gruppen og 58,9 % i ordinær RPH-oppfølgingsgruppen. Den pålitelige tilfriskningsraten var 50,2 % i Assistert Selvhjelps-gruppen og 51,8 % i ordinær RPH-oppfølgingsgruppen. For begge disse utfallene kunne det ikke fastslås med tilstrekkelig sikkerhet at Assistert Selvhjelps-behandlingen var minst like effektiv, selv om forskjellene i punktestimaterne var små (se tabell 5).

Evidens for at Assistert Selvhjelp var minst like effektiv ble funnet for mentalt velvære (sWEMWBS), sosial angst (SPIN), søvnproblemer og fysisk aktivitet. Derimot ble dette ikke påvist for generell fungering (WSAS), helserelatert livskvalitet (EQ5D), panikkangst (PADIS), stillesittende aktivitet og arbeid.

På generell fungering (WSAS), mentalt velvære (sWEMWBS), sosial angst (SPIN), og panikkangst (PADIS) var de absolutte innengruppe-endringene større enn  $d_i=,75$ . På de øvrige kontinuerlige utfallsmålene var de absolutte innengruppe-endringene for begge gruppene relativt begrenset, altså lavere enn  $d=,5$ . Merk at ordinær oppfølging ved RPH heller ikke var statistisk signifikant *bedre* enn Assistert Selvhjelp for noen av utfallsmålene, noe som ville ha samsvart med scenario 5 fra Figur 1 (s.29).



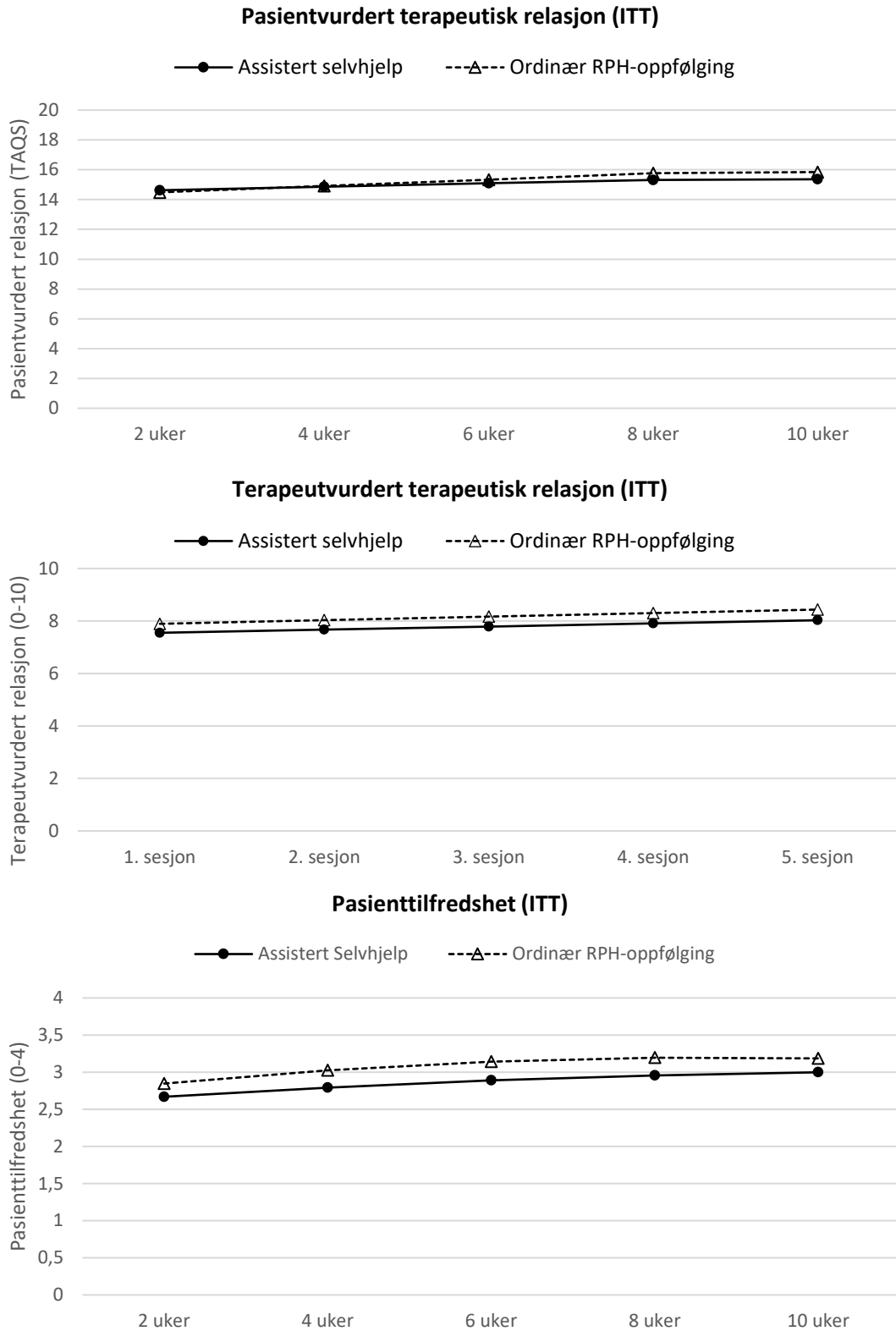
Tabell 5. Mellom-gruppe effektene for sekundære utfallsmål basert på behandlingsintensjonsanalysen.

Utfall	Behandlingsintensjonsanalysen (ITT)		
	Estimat ved 6 måneder (95% KI) <i>Assistert Selvhjelp</i>	Estimat ved 6 måneder (95% KI) <i>Ordinær oppfølging ved RPH</i>	Effektstørrelse (95% KI) <i>Mellomgruppe</i>
Tilfriskningsrate†, %	56,1 (45,1; 67,2)	58,9 (50,1; 67,6)	-,06 (-,38; ,26)
Pålitelig tilfriskningsrate†, %	50,2 (39,3; 61,1)	51,8 (42,7; 60,9)	-,04 (-,36; ,29)
Generell fungering (WSAS), gj.snitt	13,9 (11,8; 16,0)	12,0 (10,4; 13,5)	-,24 (-,56; ,08)
Livskvalitet (EQ5D), gj.snitt	4,5 (3,5; 5,4)	3,7 (2,9; 4,4)	-,19 (-,46; ,09)
Mentalt velvære (WEMWBS), gj.snitt	16,9 (16,0; 17,9)	16,4 (15,5; 17,4)	<b>,12 (-,19; ,43)</b>
Sosial angst (SPIN-9)†, gj.snitt	10,5 (8,7; 12,2)	11,9 (10,5; 13,4)	<b>,28 (-,15; ,71)</b>
Panikkangst (PADIS)†, gj.snitt	3,1 (2,0; 4,1)	2,7 (1,7; 3,6)	-,18 (-,81; ,45)
Insomni, %	24,3 (14,3; 35,7)	33,3 (24,6; 42,1)	<b>,27 (-,26; ,80)</b>
Fysisk aktivitet, gj.snitt	3,3 (2,8; 3,9)	3,3 (2,8; 3,7)	<b>,02 (-,18; ,22)</b>
Stillesittende aktivitet, gj.snitt	1,8 (1,5; 2,1)	1,7 (1,5; 1,9)	-,06 (-,36; ,24)
I arbeid, %	64,4 (53,4; 75,3)	61,8 (53,7; 69,9)	,10 (-,34; ,55)

†Ikke basert på hele utvalget, se 2.1.4. Merknad: Ikke-underlegenhet ble funnet for effektestimater i fet skrift.

### 3.8 Terapeutisk relasjon, brukertilfredshet og frafall.

Som vist i figur 11, vurderte både klienter og terapeuter den terapeutiske relasjonen som tilfredsstillende i begge gruppene (høy skår), selv om de estimerte gjennomsnittsverdiene var litt høyere (bedre opplevd relasjon) i ordinær RPH-oppfølgingsgruppen.



Figur 11. Vurdering av terapeutisk relasjon og tilfredshet med behandlingen.

For begge gruppene gjaldt også at klientene i snitt var tilfredse med behandlingen. Den estimerte gjennomsnittsverdien på klienttilfredshet på tvers av måletidspunktene var likevel litt høyere (mer tilfreds) i ordinær oppfølging ved RPH-gruppen enn i Assistert Selvhjelpsgruppen.

Ikke-underlegenhet *ble funnet* for den klient-vurderte terapeutiske relasjonen, men ikke for den terapeut-vurderte terapeutiske relasjonen (se tabell 6). Tvert imot vurderte terapeutene den terapeutiske relasjonen som statistisk signifikant *bedre* for klienter som var i oppfølging ved RPH-gruppen i behandlingsintensjonsanalysen.

Ikke-underlegenhet *ble ikke funnet* for tilfredshet med behandlingen. På noen tidspunkter var klienter i ordinær RPH-oppfølgingsgruppen statistisk signifikant mer tilfreds med behandlingen enn klienter i Assistert Selvhjelpsgruppen.

Klienter som mottok Assistert Selvhjelp, ble også spurt om hvor fornøyde de var med behandlingen de fikk under dette programmet. Svarmønsteret var det samme som vist i figur 11, med andre ord var deltakerne stort sett fornøyde med bruken av Assistert Selvhjelp som behandlingsform.

**Tabell 6. Mellom-gruppe estimatene for terapeutisk relasjon og klienttilfredshet.**

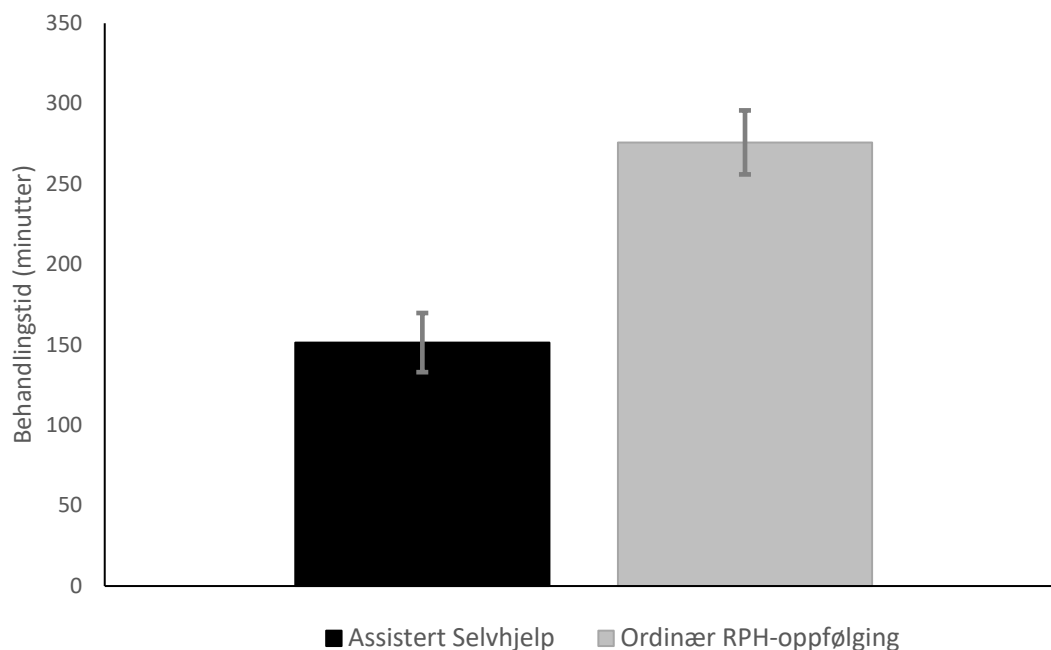
Utfallsmål	Mellom-gruppe effekt (ITT)
Klientvurdert terapeutisk relasjon (TAQS, 0-20)	
2 uker	<b>,04 (-,17; ,26)</b>
4 uker	<b>-,02 (-,21; ,18)</b>
6 uker	<b>-,08 (-,30; ,14)</b>
8 uker	-,14 (-,41; ,14)
10 uker	-,15 (-,45; ,16)
Terapeutvurdert terapeutisk relasjon (enkelt item, 0-11)	
Sesjon 1	-,26 (-,47; -,06)*
Sesjon 2	-,28 (-,46; -,09)*
Sesjon 3	-,29 (-,47; -,10)*
Sesjon 4	-,30 (-,50; -,10)*
Sesjon 5	-,31 (-,54; -,08)*
Klientvurdert tilfredshet (enkelt item, 0-4)	
2 uker	-,20 (-,41; ,02)
4 uker	-,26 (-,45; -,07)*
6 uker	-,28 (-,48; -,08)*
8 uker	-,26 (-,48; -,05)*
10 uker	-,21 (-,47; ,06)

*Merknad: Ikke-underlegenhet ble funnet for estimater i fet skrift. Overlegenhet ble funnet for estimater markert med \*.*

Tidlig frafall (<3 behandlingssesjoner) var på 10,4% i Assistert Selvhjelp-gruppen mot 6,1% i ordinær oppfølging ved RPH-gruppen ( $d_m = -,31$ , 95%KI  $-,73$ ;  $,11$ ). Frafall basert på per-protokoll-inndelingen (<5 behandlingssesjoner) var på 23,5 % i Assistert Selvhjelps-gruppen og 16,2% i ordinær oppfølging ved RPH-gruppen ( $d_m = -,25$ , 95%KI  $-,54$ ;  $,04$ ). Alt i alt var det en tendens til noe høyere frafall blant deltakere som fikk Assistert Selvhjelp og ikke-underlegenhet ble ikke påvist. De vanligste grunnene til frafall (<5 sesjoner) var at klienten sluttet å ta kontakt/ikke kunne bli nådd lenger (40,7 %), at klienten ikke opplevde behov for flere sesjoner/ikke var motivert lenger (25,4 %), at behandlingen hadde utilstrekkelig effekt (6,8 %), og studierelaterte årsaker (6,8 %). Årsakene varierte ikke vesentlig mellom behandlingsgruppene.

### 3.9 Ressursbruk

Median antall behandlingssesjoner var 5 i begge gruppene (IQR 3-7). Gjennomsnittet var 5,7 (sd=3,0) i ordinær oppfølging ved RPH-gruppen og 5,3 (sd=3,0) i Assistert Selvhjelp-gruppen, men denne forskjellen var ikke statistisk signifikant. Total behandlingstid med terapeut per klient var derimot betydelig og statistisk signifikant høyere i ordinær oppfølging ved RPH-gruppen enn i Assistert Selvhjelp-gruppen. Den estimerte gjennomsnittlige forskjellen var 124,5 minutter per klient (95%KI 97,8; 151,2) basert på behandlingsintensjonsanalysen (se figur 12). I snitt var behandlingstiden 1,8 ganger lengre i ordinær RPH-oppfølgingsgruppen enn i Assistert Selvhjelp-gruppen.



Figur 12. Gjennomsnittlig behandlingstid per klient etter behandlingsgruppe.

## 4 Terapeuterfaringer

I det følgende vil resultater fra intervjuene med terapeutene oppsummeres. Terapeutenes erfaringer med å bruke Assistert Selvhjelp ble sammenfattet i seks hovedtemaer, hvert med flere undertemaer (tabell 7). Terapeutsiteringer er kodet som Tx med totalt antall siteringer i parentes: T1 (2), T2 (5), T3 (7), T4 (2), T5 (10), T6 (6), T7 (1), T8 (3), T9 (2), T10 (9), T11 (7), T12 (1), T13 (8).

### 4.1 Oppsummeringer innen hvert tema

#### 4.1.1 Tema 1: Hva synes terapeutene om å jobbe med Assistert Selvhjelp: «En annerledes arbeidsmåte»

Tema 1 omhandler hva terapeutene synes om å bruke Assistert Selvhjelp. Brukervennligheten og kvaliteten på programmene ble vurdert som god, men terapeutene opplever å måtte være tydelige på hvor mange moduler klientene skal jobbe med til neste veiledningssamtale for å unngå misforståelser. Terapeutene opplevde at det var vanskelig å holde seg oppdatert på innholdet i de ulike programmene i en travel hverdag og at de fikk for lite mengdetrening i å bruke Assistert Selvhjelp. Det var også stor variasjon i hvor lenge og hvor mye terapeutene hadde brukt Assistert Selvhjelp. Noen syntes at den terapeutiske alliansen ble dårligere ved bruk av Assistert Selvhjelp enn ved samtaleterapi og mange starter med en samtale på kontoret for å bli litt kjent. Samtidig opplevde flere terapeuter at det er tidsbesparende å bruke Assistert Selvhjelp, at ansvaret legges mer på klientene og at de selv gjør mindre enn i samtaleterapi. Men terapeutene hadde opplevd at klienter tok Assistert Selvhjelp mindre alvorlig og at de ikke alltid opplevdes motiverte og tok ansvar for fremgang i behandlingen. For de klientene som opplevdes motiverte og selvdrevne, synes de Assistert Selvhjelp fungerer svært bra. Men noen av terapeutene hadde erfart at eksponering i forbindelse med angst krever en tettere oppfølging enn det som legges opp til i Assistert Selvhjelp.

#### 4.1.2 Tema 2: Faktorer som påvirker om terapeutene tar i bruk Assistert Selvhjelp: «Kliniske vurderinger med påtrykk fra egne og andres forventninger»

Terapeutene snakket om flere faktorer som er med på å påvirke om de tar i bruk Assistert Selvhjelp. Stort sett er det terapeutene selv som gjør vurderingen om en klient skal bruke Assistert Selvhjelp, men de kan kjenne på forventninger fra for eksempel fastleger om at en klientene skal få samtaleterapi. Klientenes egne ønsker blir også tillagt stor vekt og avklaringer rundt behandlingsform handler mye om hva klienten foretrekker, selv om terapeutene kan påvirke dette noe. Flere terapeuter tematiserte at det å tilby Assistert Selvhjelp til en klient kan føles som en avvisning. Terapeutene opplevde manglende kompetanse i Assistert Selvhjelp som en barriere mot å bruke det og at lav kompetanse kan føre til dårlige erfaringer med å bruke det og ytterligere vegring mot å ta det i bruk. Videre mente de at mange terapeuter ikke har helt troen på at Assistert Selvhjelp er et tilstrekkelig behandlingstilbud, men flere fortalte at deres egne oppfatninger ble mer positive etter vellykkede behandlingsforløp.

**Tabell 7. Oversikt over hovedtema og undertema i terapeutintervjuene.**

Hovedtema	Undertema	Hovedtema	Undertema
1: Hva synes terapeutene om å jobbe med AS: En annerledes arbeidsmåte	1.1. Vurdering av brukervennlighet og innhold	4: Hvem mener terapeutene at AS (ikke) passer for: For RPH-ere flest, med mer eller mindre klare unntak	4.1. Klientene må ha avgrenset og riktig problematikk
	1.2. Opplæring og erfaring: Lite formell opplæring og varierende erfaring		4.2. Egenskaper ved klienten
	1.3. Terapeutrollen er annerledes enn ved samtaleterapi		4.3. Livet ellers påvirker
	1.4. Hva er annerledes for klientene		4.4. Vanskelig å forutse hvem som blir bedre
	1.5. Terapeuts erfaring med effekt	5: Hva mener terapeutene det er som gjør at AS fungerer og hvilke betingelser må være til stede?	5.1. Struktur og fremdrift hjelper klienten, men det må være rom for fleksibilitet
2: Faktorer som påvirker om terapeutene tar i bruk AS: Kliniske vurderinger med påtrykk fra egne og andres forventninger	2.1. Eksternt nivå: Forventninger fra andre om at klienten skal få samtaleterapi	5: Hva mener terapeutene det er som gjør at AS fungerer og hvilke betingelser må være til stede?	5.2. Det kan være nødvendig å møte klienten ansikt-til-ansikt
	2.2. Klientnivå: Klientenes preferanser tillegges stor vekt, men kan påvirkes av terapeut		5.3. Egeninnsats gir effekt, men det krever motivasjon og grundig arbeid
	2.3. Terapeutnivå: Manglende kompetanse og egne preferanser gjør samtaleterapi til et lett valg, men positive erfaringer med Assistert Selvhjelp kan føre til økt bruk		5.4. Psykoedukasjon og muligheten til å friske opp kunnskap
3: Hvordan brukes AS i praksis av terapeutene: Fra manual til supplement	3.1. Egen sideguide	6: Fremtidens RPH: Terapeutenes syn på ideell implementering av AS i RPH	6.1. Assistert Selvhjelp som første tilbud, men med rom for videre behandling
	3.2. Telefon kontra ansikt-til-ansikt		6.2. Forankring i ledelsen og i RPH-teamet
	3.3. Fleksibilitet i møte med den enkelte klient		6.3. Tydeliggjøring av målgruppen
	3.4. Assistert Selvhjelp som supplement		6.4. Assistert Selvhjelp som ledd i ressursutnyttelse

#### *4.1.3 Tema 3: Hvordan brukes Assistert Selvhjelp i praksis av terapeutene: «Fra manual til supplement»*

Selv om Assistert Selvhjelp er laget som en manualbasert behandling, kunne terapeutene fortelle om flere ulike praksiser for bruk av Assistert Selvhjelp. Deltagelse i RCT-studien la noen rammer for hvordan Assistert Selvhjelp skal brukes, noe som i utgangspunktet ga lite rom for fleksibilitet til terapeutene som brukte det. I intervjuene beskrev terapeutene både hvordan de bruker Assistert Selvhjelp under RCT'en og utenom. Knyttet til bruk utenom RCT'en beskrev de at det varierte mye i hvor tett opp mot manualen de la seg og om de brukte Assistert Selvhjelp som den primære behandlingen eller som et supplement til annen behandling. Når Assistert Selvhjelp ble brukt som supplement til annen terapi, ble det for eksempel brukt som utgangspunkt for samtale eller som hjemmelekser mellom timene. Det ble nevnt at flere av RPH-teamene hadde utviklet egne oppskrifter og oppsummeringer av de ulike programmene i Assistert Selvhjelp til hjelp for terapeutene som skulle bruke dem. Terapeutene beskrev å være fleksible i sin tilnærming til hvordan de brukte Assistert Selvhjelp for å sikre et best mulig forløp for klientene. Noen hadde oppfølgingen av klienter på telefon, mens andre hadde første møte eller flere møter ansikt-til-ansikt, også under RCT'en. Terapeutene tilpasset gjerne opplegget til den enkelte klient, for eksempel ved å bytte program underveis ved behov.

#### *4.1.4 Tema 4: Hvem mener terapeutene at Assistert Selvhjelp (ikke) passer for: «For RPH-ere flest, med mer eller mindre klare unntak»*

Tema 4 omhandler terapeutenes synspunkt og erfaringer med hvilke klienter som passer for Assistert Selvhjelp. Selv om flere av terapeutene ytret tydelige synspunkt på hvem de synes passet best til Assistert Selvhjelp, kom det også frem at mange synes det er vanskelig å forutse hvem som får god effekt av behandlingen. Flere nevnte også at de hadde blitt overrasket over hvem det hadde fungert for og ikke. Flere mente at klienten burde være i målgruppen for RPH for å passe til Assistert Selvhjelp, men dette ikke alltid var så enkelt for terapeutene å vurdere før man var i gang med behandlingen. Terapeutene uttrykte at videre at problematikken som skulle behandles burde være mild eller moderat og relativt avgrenset. Terapeutene nevnte også at noen spesifikke lidelser opplevdes spesielt utfordrende å behandle med Assistert Selvhjelp. Av spesifikke egenskaper ble det nevnt at det å ha et høyt funksjonsnivå, være strukturert og pliktoppfyllende kunne være en fordel. Alder ble også nevnt som en faktor, hvor ungdommer og eldre ble trukket fram som grupper de opplevde kunne ha større utfordringer med Assistert Selvhjelp. Terapeutene tematiserte også at livet i klientens liv ellers syntes å påvirke om Assistert Selvhjelp ville passe godt. For de med en travel hverdag kunne Assistert Selvhjelp være en fordel, siden det tar mindre tid og er enklere å tilpasse til hverdagen. Samtidig mente de at noen klienter som hadde andre problemer ellers i livet, burde få disse sortert før de kunne begynne på behandlingen.

#### *4.1.5 Tema 5: Hva mener terapeutene det er som gjør at Assistert Selvhjelp fungerer og hvilke betingelser må være til stede?*

Terapeutene tematiserte flere egenskaper ved Assistert Selvhjelp som de mente kunne bidra til bedring hos klientene. De pekte også på flere betingelser de mente må være til stede for at klientene skal dra nytte av Assistert Selvhjelp. De konkrete rammene og strukturen som Assistert Selvhjelp har, ble trukket frem at gjorde det enklere for både terapeuter og klienter å holde fokus i terapien. Samtidig ble det tematisert at noen klienter ville ha behov for å bevege seg mer utenfor de faste rammene som Assistert Selvhjelp tilbyr. De mente derfor at det bør være rom for fleksibilitet, for at klientene skal få mest mulig nytte av behandlingen. Denne fleksibiliteten vil for noen også innebære at man møtes ansikt til ansikt, selv om det vanligvis

kun er lagt opp til telefonkontakt i Assistert Selvhjelp. Flere terapeuter poengterte at det kunne være flere fordeler med å møtes ansikt til ansikt i første time, før man fortsatte resten av behandlingen med telefonkontakt. Det ble vektlagt at effekt av behandlingen også i stor grad handlet om den egeninnsatsen hver klient blir nødt til å legge inn i behandlingen. For å klare egenarbeidet som Assistert Selvhjelp krever, mente terapeutene at klienten måtte ha nok indre motivasjon. En siste faktor som ble trukket frem som en kilde til god effekt av Assistert Selvhjelp, var den psykoedukasjonen som kommer som en del av programmet, og det at informasjonen og verktøyene er tilgjengelig for klientene etter at behandlingen er avsluttet.

#### 4.1.6 Tema 6: Fremtidens RPH – terapeutenes syn på ideell implementering av Assistert Selvhjelp i RPH

Terapeutene som ble spurt, syntes stort sett å være enige i hvordan en ideell implementering av Assistert Selvhjelp i RPH-teamet skulle sett ut. Mange tematiserte at Assistert Selvhjelp burde prøves som et første tilbud for alle klienter, og at man heller kunne være fleksible på å gi andre tilbud dersom det ikke fungerte. Det var videre tematisert som viktig at Assistert Selvhjelp ble implementert som en fast del av tilbudet i RPH og at det ble satt av nok tid til opplæring og veiledning for terapeutene. Noen poengterte også at Assistert Selvhjelp som et fast første tilbud i RPH kunne være med å definere tydeligere hvem målgruppen for RPH er. Likevel la terapeutene mye vekt på hensynet til den enkelte klient og virket å ha mest søkelys på å tilby den best mulige behandlingen til den enkelte klient, fremfor å øke ressursutnyttelse og gi flere tilgang til behandling.

## 4.2 Tema 1. Hva synes terapeutene om å jobbe med Assistert Selvhjelp: «En annerledes arbeidsmåte»

### 4.2.1 Vurdering av brukervennlighet og innhold

Terapeutene mente for det meste at brukervennligheten til programmet er veldig god både sett fra terapeutsiden og fra klientsiden. Programmet opplevdes som intuitivt og oversiktlig, men de opplevde det samtidig viktig å presisere for klientene hvilket program de skal bruke og hvor mange moduler de skal gå gjennom mellom oppfølgingssamtalene for å unngå misforståelser: «Vi forklarer nøye at, «ja, men stopp når du er ferdig med quizen, så stopper du før det kommer på del to. Litt forvirringer opplever vi med «*hvor langt skulle jeg ta nå?*»» (T2). Terapeutene syntes det var positivt at både terapeuter og klienter hadde mulighet til å gi tilbakemelding til utviklerne, og at de raskt fikk svar tilbake.

Terapeutene beskrev for det meste at innholdet i modulene var bra og hadde god kvalitet: «*Innholdsmessig så er det både saklig og relevant og informativt og ... alt sanna som det der. Så ingenting galt med det. Det er det positive jeg kan si om Assistert Selvhjelp. Innholdet er supert.*» (T2) Men de påpekte også flere elementer som kan forbedres. Programmet om stress og belastninger fikk eksempelvis ros for blant annet å ha konkrete verktøy og være allsidig, mens andre programmer kan bli for generelle. Noen terapeuter sa at de ønsker mer dybde i programmene, noe som særlig gjaldt programmet om selvfølelse. Terapeutene nevnte også et behov for flere spesifikke programmer, som for eksempel omhandlet foreldrerollen eller



avhengighet. Språket i programmene ble også kritisert av én terapeut for å kunne bidra til sykeliggjøring, da det benytter diagnosebegreper istedenfor mer generelle begreper.

#### 4.2.2 *Opplæring og erfaring: «Lite formell opplæring og varierende erfaring»*

Det varierte hvor lenge og hvor mye terapeutene hadde brukt Assistert Selvhjelp. Noen hadde brukt det i flere år, mens andre hadde brukt det i mindre enn ett år. Ingen av terapeutene hadde hatt opplæring spesifikt i Assistert Selvhjelp under RPH-utdanningen, men i veiledet selvhjelp generelt. Flere beskrev sin egen opplæring som en kombinasjon av at de hadde lest seg opp på egenhånd, at de som driver Assistert Selvhjelp hadde gitt dem opplæring og svart på eventuelle spørsmål, samt at saker der Assistert Selvhjelp ble brukt ble diskutert i møter på arbeidsplassen eller i veiledning. Noen ønsket seg mer opplæring, mens andre syntes at de hadde tilstrekkelig opplæring, men ønsket å få mengdetrening. Flere nevnte at det er vanskelig å holde seg oppdatert på de ulike modulene og innholdet i dem og at de ikke har tid til det i en travel arbeidshverdag:

*«Det er en jungel ute der og sist jeg talte så tror jeg at jeg kom frem til at det var 35 programmer i Assistert Selvhjelp, sant. Så det å ha oversikt over alle de er jo nesten umulig i en travel hverdag, for vi har jo et enormt kjøp.» (T10)*

#### 4.2.3 *Terapeutrollen er annerledes enn ved samtaleterapi*

Mange av terapeutene mente at terapeutrollen er annerledes ved bruk av Assistert Selvhjelp sammenlignet med samtaleterapi. Noen av terapeutene mente at den terapeutiske alliansen ikke er dårligere når de bruker Assistert Selvhjelp sammenlignet med samtaleterapi, men at den heller utvikler seg på en annen måte og at det kan ta litt lengre tid enn i samtaleterapi: *«Det skjer på en annerledes måte. Det er det som er greien. Det er andre ... Det er trinnsvis, men det er andre typer trinn, hvis det gir mening? Men det skjer allikevel. Det bare skjer på en annerledes måte.» (T3)*. Andre mente at alliansen blir dårligere når man bruker telefon til oppfølging, og mange startet med en samtale ansikt-til-ansikt på kontoret eller hadde all oppfølging kontoret. Men noen av terapeutene poengterte at denne opplevelsen ikke nødvendigvis deles av klientene. En av terapeutene fortalte at i tilfeller der hen selv har følt at oppfølgingen ble for avgrensede og stringent, så har ikke klientene opplevd det slik. På lignende måte tematiserte en terapeut at selv om hen selv opplever den terapeutiske alliansen som dårligere, så går det ikke på bekostning av behandlingseffekt:

*«Det har kanskje overrasket meg litt, det at vi kanskje ikke nødvendigvis har opparbeidet oss en sånn veldig solid relasjon, eller brukt veldig mye tid på undringsspørsmål. Men så har de jo rapportert kjempebedring gjennom programmet.» (T6)*

Ved bruk av Assistert Selvhjelp opplevde terapeutene seg mer som en assistent som holder strukturen, mens det er programmet som er terapeuten. Én av terapeutene sammenlignet terapeutrollen i Assistert Selvhjelp med en personlig trener:

*«Jeg tenker at man som terapeut er en personlig trener for psyken. Og liksom, det de gjør er jo egentlig at man har jo et opplegg som man presenterer, men det er jo veldig stor grad all den innsatsen som gjøres mellom, da. Så jeg tenker at vi noen ganger blir litt som personlige trenere som gjør mye av øvelsene for folk.» (T5)*

Videre beskrev informantene at veiledet internettbehandling, sammenlignet med samtaleterapi, forskyver ansvaret mer over på klienten, og terapeuten til og med kan oppmuntre klienten til å gjenta oppgaver for å styrke denne ansvarsfølelsen. Alle terapeutene

opplevde at de sparte tid ved å bruke Assistert Selvhjelp: *«For når jeg har en del på Assistert Selvhjelp og har sånn der telefonsamtaler med de da, så kan jeg ha ganske mange flere samtaler på en dag enn hvis jeg har de vanlige timene på 45 minutter.»* (T11) Mye av tidsbesparelsen mente de handlet om at klientene leser seg opp på psykoedukasjon selv, slik at terapeutene slipper å bruke tid på dette i timene, samt at veiledningssamtalene skal være korte.

Behandlingsopplegget i Assistert Selvhjelp opplevdes også mer konkret, som ifølge terapeutene gjør det lettere å være målrettet mens man prater, i motsetning til samtaleterapi hvor det er lettere at samtalen sporer av. Terapeutene mente også at det er lettere for klienter å finne tid til å bli med på en time med Assistert Selvhjelp, og man dermed får færre avbestillinger og færre klienter som kommer for sent:

*«Mindre avbestilling og mindre tidskrevende, synes jeg. Ingen som kommer for sent og jeg ringer og spør hvor de er, «Jeg er midt i trafikken, jeg finner ikke plassen». Og det er lettere å finne tid da. Det er lettere å finne tid.»* (T3)

#### 4.2.4 Hva er annerledes for klientene

Flere terapeuter hadde en opplevelse av at noen klienter tar Assistert Selvhjelp mindre alvorlig enn vanlig samtaleterapi. Terapeutene fortalte om tilfeller der klienten ikke har satt seg på et uforstyrret sted under oppfølgingsamtalene og blir distraheret av det som skjer rundt dem, eller at de holder på med andre ting samtidig. Én terapeut hadde erfaringer med at klienter ikke tok telefonen når hen ringte: *«De tar ikke telefonen og så svarer de ikke, og så ... Det er nok kanskje litt sånn, for noen, mindre forpliktende, at de er opptatt med andre ting.»* (T13)

Samtidig nevnte én terapeut at det at klienter er distraherete når de tar telefonen også vitner om noe av det positive med Assistert Selvhjelp, at man kan få gjort det i en travel hverdag, mens man gjør andre ting eller er på vei til noe: *«Og på sett og vis, så viser det jo noe av det positive med det òg. At du kan få til noe i en travel hverdag, da.»* (T2)

Terapeutene beskrev hvordan klientene gjennomførte forløp med Assistert Selvhjelp. Det virker å være stor variasjon i hvordan klientene nyttiggjør seg av Assistert Selvhjelp, fra at *«pasienten har vært veldig sånn, bare, kjørt på på egenhånd og man bare titter innom og sjekker»* (T5), til at *«folk ikke kommer videre, de gjør ikke det vi har blitt enige om, altså, de må trekke seg»* (T8). Flere av terapeutene fortalte om klienter som ikke kommer i gang med Assistert Selvhjelp og ikke setter av tid til å jobbe med modulene. Terapeutene hadde ulike fortolkninger av hva dette kunne skyldes, som at kan oppleves mindre forpliktende med Assistert Selvhjelp enn med samtaleterapi, spesielt dersom klienten ikke har vært innom kontoret, at klienten ikke har tro på at Assistert Selvhjelp skal være til hjelp, eller at klienten ikke er klar for å gjøre endringer i livet sitt. Én terapeut fortalte at noen klienter har droppet ut av RCT'en fordi de har havnet i Assistert Selvhjelp-gruppen. Flere av terapeutene nevnte at de kan følge med på hvor lenge og på hvilket klokkeslett klientene har vært inne på programmet. I kombinasjon med hva klientene sier på oppfølgingsamtaler merker de lett om det er noen som ikke har jobbet med materialet siden sist. I slike tilfeller ble det tematisert at det ikke nødvendigvis hjalp å gå over på fysiske samtaler. På den andre siden fortalte flere av terapeutene om klienter som jobber seg gjennom flere moduler enn de skulle mellom hver oppfølgingsamtale og raser gjennom programmet. Da ber de klienten om å gå gjennom og jobbe med modulene på nytt: *«... så bruker jeg litt sånn metaforer der og sier ta dette er som å lese menyen og smake på maten. Nå har du lest menyen. Nå må du tilbake igjen og så må du gjøre oppgavene.»* (T9)

#### 4.2.5 *Terapeuters erfaringer med effekt*

Terapeutene fortalte at de har erfart at Assistert Selvhjelp kan være effektivt, men mindre for de som ikke har hatt troen på behandlingen. Der det har fungert, oppleves det å ha vært svært vellykket, og for enkelte mer enn de trodde tradisjonell samtaleterapi ville fungert. Mange klienter mente de hadde hatt mange "aha"-opplevelser og har vært positivt overrasket over behandlingen. For andre ble Assistert Selvhjelp for vanskelig, noe man fant ut underveis i behandlingen. Noen terapeuter fortalte at de syntes flere falt ut i Assistert Selvhjelp sammenlignet med samtaleterapi, mens andre rapporterte om det motsatte.

*«Ja, eller, for noen har jeg da kanskje tenkt at, «okei, men da blir du med på dette prosjektet». Og så har vi på en måte kommet til at «nei, du må melde deg ut for det her ble for vanskelig for deg».» (T8)*

Det har også vært blandede erfaringer med eksponeringsterapi i Assistert Selvhjelp. Noen fortalte at effekten av eksponering under Assistert Selvhjelp har vært dårlig og mente en slik intervensjon krever tett oppfølging, og at det har vært vanskelig å gjennomføre dette med klientene på grunn av den unnvikende adferden man kan se ved angstproblematikk. Andre hadde erfart at det fungerte bra. Én terapeut fortalte om en ungdom som hadde sosial angst og som hadde isolert seg over lang tid, hvor terapeuten i utgangspunktet hadde tenkt at det var kontraindisert og la henne la være å møte på kontoret, men hvor hen hadde blitt overrasket over hvor godt behandlingen fungerte.

*«Så det var liksom den beste måten å hjelpe henne på over telefonen når hun var litt på farten. Og der funkete det ordentlig bra. Hun ble ... hun kom seg virkelig ut i verden og livet og fikk gjort mye som hun aldri har gjort før og som hun ...» (T13)*

### 4.3 Tema 2. Faktorer som påvirker om terapeutene tar i bruk Assistert Selvhjelp: «Kliniske vurderinger med påtrykk fra egne og andres forventninger»

#### 4.3.1 *Eksternt nivå: Forventninger fra andre om at klienten skal få samtaleterapi*

Ansvaret for å vurdere om Assistert Selvhjelp er aktuelt for en klient syntes fra intervjuene i stor grad å ligge på den enkelte terapeut, mens noen diskuterer saker i team: *«Først så sitter du alene i vurderingen, på en måte, så har vi da en gang i uken da vi går gjennom alle sakene. Så da kan vi ha drahjelp av hverandre, sånn sett» (T7).*

Terapeutene fortalte at de kunne kjenne på forventninger fra andre i sine vurderinger rundt å ta i bruk Assistert Selvhjelp. Noen av terapeutene beskrev at de opplever skepsis mot Assistert Selvhjelp fra fastleger og andre, og en utbredt forståelse i samfunnet av psykologisk behandling som samtaleterapi, der terapeuten «gir» noe til klienten heller enn at klienten skal gjøre mye selv: *«Men så tror jeg òg at det er mye skepsis fra leger og andre, at, nei, man kan ikke gå bort fra det der relasjonelle». (T6)*

#### 4.3.2 *Klientnivå: Klientenes preferanser tillegges stor vekt, men kan påvirkes av terapeut*

Ifølge terapeutene handler avklaringen rundt hvorvidt en klient skal bruke Assistert Selvhjelp først og fremst om klienten ønsker å bruke det:

*«Prøver å ha med oss, da, at skal du være i målgruppa [til RPH] så skal du egentlig kunne ha både kurs og Assistert Selvhjelp. Så jeg vil jo si at avklaringen først og fremst er om hvorvidt de vil, da. Hvorvidt de er åpne for det.» (T5)*

Terapeutene fortalte at noen klienter ønsker Assistert Selvhjelp og takker nei til å bli med i RCT'en fordi de ikke vil randomiseres til samtaleterapi. Andre klienter ytrer et klart ønske om at de vil møte terapeuten på kontoret, og da har de ofte en forestilling om at terapi skal bestå av en-til-en samtaler på et kontor. Flere av terapeutene sa at de fleste klientene ytrer å ønske samtaleterapi. En terapeut beskrev at det er vanskelig å selge inn Assistert Selvhjelp til de som har et klart ønske om samtaleterapi. Klientenes preferanser mente de kunne henge sammen med alder, kjøreavstand eller livssituasjon. For eksempel ønsker ofte de som har lange kjøreavstander eller som vil slippe å ta fri fra jobb å bruke Assistert Selvhjelp.

Terapeutene tematiserte at hvordan de legger frem eller «selger inn» Assistert Selvhjelp for klientene har noe å si for hvorvidt klientene ønsker å bruke Assistert Selvhjelp. Formidler de at de selv er positive til Assistert Selvhjelp og har troen på at det er et godt behandlingstilbud, opplever de at klientene er mer positive til det. Noen av terapeutene opplevde likevel at deres egne tanker om hvorvidt Assistert Selvhjelp kan passe for den enkelte klient, eller egne motforestillinger mot Assistert Selvhjelp generelt, kan skinne litt gjennom når de legger det frem og påvirke hva klienten velger.

*«Jeg har prøvd å legge det frem så nøytralt som jeg kan, uten at mine egne holdninger skal skinne gjennom. Men jeg har nok ikke gått rundt som noen reklameplakat for Assistert Selvhjelp, det har jeg ikke. Så veldig, veldig mange av de som jeg har informert sier at de helst ikke vil bli randomisert til Assistert Selvhjelp, de vil ha samtale.» (T4)*

En forklarte at hen beskriver Assistert Selvhjelp mer konkret nå enn før, at hen går i detalj på hvordan programmet er lagt opp for at klienten ikke skal tro at «du skal ha en robot til å ha samtale med», og opplever at klientene er mer positive til Assistert Selvhjelp da. En annen mente at det å tilby muligheten til å justere og tilpasse opplegget underveis i behandlingsforløpet gjør at flere er positive til å prøve Assistert Selvhjelp. De klientene som ikke har sett for seg noe på forhånd er ofte åpne for det terapeuten foreslår.

Noen av terapeutene beskrev at de kan føle at de avviser klientene ved å tilby Assistert Selvhjelp. En terapeut beskrev at hen allerede har begynt å etablere en relasjon til klienten under kartlegging og at det føles kaldt å tilby Assistert Selvhjelp istedenfor samtaleterapi, og knytter dette til at mange klienter har en forventning om å få samtaleterapi. Flere terapeuter trakk frem at det å tilby Assistert Selvhjelp til klienter som står i en krise føles som å avvise dem: *«... vært store kriser i livet og så skal man bare sånn, nei men, hvor mye tid skal... du får ett minutt, liksom.» (T13)*

#### *4.3.3 Terapeutnivå: Manglende kompetanse og egne preferanser gjør samtaleterapi til et lett valg, men positive erfaringer med Assistert Selvhjelp kan føre til økt bruk*

Manglende kompetanse synes å være en barriere mot at terapeutene ønsker å ta i bruk Assistert Selvhjelp. Flere av terapeutene synes de får lite mengdetrening i Assistert Selvhjelp, at de ikke har tid til å sette seg inn i de ulike programmene, og at det da er lett å falle tilbake på den måten de er vant til å jobbe på, som ofte er samtaleterapi: *«Men hvis jeg bare gjør det en gang innimellom, så faller jeg fort tilbake på, liksom, den stien som jeg vanligvis er på.» (T10)*

Manglende kompetanse i å bruke Assistert Selvhjelp kan også føre til at de synes de ikke får gjennomført behandling med Assistert Selvhjelp på en god måte, og da vegrer seg for å bruke det igjen: *«For da ble det litt sånn, ja, fant ut av det selv, leste meg opp selv, og så ble det lange samtaler, og litt sånn ustrukturert, og så ble det et hinder for å sette i gang neste gang.»* (T6) Én terapeut nevnte også at det kan være en barriere for noen at de må finne frem på nett og logge seg på for å bruke Assistert Selvhjelp, spesielt for eldre terapeuter.

Også terapeutenes egne preferanser for terapiform spiller inn på om de vil ta i bruk Assistert Selvhjelp. Flere av terapeutene uttrykte at de foretrekker ansikt-til-ansikt terapi, enten fordi de synes de mister noe relasjonelt over telefon og/eller fordi det er det de kan best og det blir det mest lettvinne valget: *«Jeg tror alle har noen preferanser i bunn. Og hvis man er vant til å ha samtaler på 45-60 minutter, så er man jo vant til å strukturere de minuttene.»* (T10) Flere av terapeutene beskrev også at de helst ønsker å jobbe etter sine egne overbevisninger om hva som er den beste behandlingen for hver enkelt klient og etter hvordan de selv foretrekker å jobbe. Dette kan innebære å forklare ting på en annen måte enn i Assistert Selvhjelp, å strukturere oppfølgingen litt annerledes med rom for utforskning og undring, eller at man bruker Assistert Selvhjelp i kombinasjon med andre tilbud: *«For det er jo ... sånn er jo de fleste mennesker sydd sammen, altså det du ønsker å tilby en innbygger som søker hjelp, det har du jo lyst å ha litt sånn eierforhold til selv.»* (T10)

En annen viktig årsak til at Assistert Selvhjelp ikke blir tatt mer i bruk, eller brukes i kombinasjon med andre tilbud, kan, ifølge informantene, være at terapeuter ikke har troen på at Assistert Selvhjelp er tilstrekkelig behandling:

*«Så av og til helgarderer du, sant. Du helgarderer, ok, for å sikre meg at du blir frisk fra depresjonen, så skal du gå på det kurset og så skal du få samtaler og så skal du få ... i tillegg til Assistert Selvhjelp. Du helgarderer deg uten å, liksom, tenke, ok, hadde det vært nok å jobbe med depresjonsprogrammet? Så jeg tror mange terapeuter er litt sånn, de er ikke trygge nok i seg selv til å tenke at det at jeg tilbyr veiledet selvhjelp, er bra nok for den personen her.»*(T10)

Mange av terapeutene som ble intervjuet mente selv at Assistert Selvhjelp er et fullverdig tilbud til de som er i målgruppen for RPH, mens noen uttrykte at de hadde en tanke om at samtalerterapi er bedre. Selv om flere mente at Assistert Selvhjelp er et fullverdig behandlingstilbud for dem i målgruppen til RPH, ble det trukket frem noen viktige unntak: Én terapeut mente at Assistert Selvhjelp blir for overfladisk når det er snakk om problematikk med selvfølelse, mens andre mente at det ikke alltid er tilstrekkelig når det kommer til angstproblematikk og eksponering. Én av terapeutene mente også at Assistert Selvhjelp kan være for overfladisk ved at man kun lindrer symptomer og ikke tar tak i årsaken til symptomene: *«Vertfall opplever jeg at veldig mange opplever at hvis man liksom får tak i litt mer enn bare akkurat den uroen de hadde i dag, så gir det litt mer varig endring.»* (T13)

Samtidig beskrev terapeutene hvordan det å ha erfaring med at Assistert Selvhjelp kan fungere bra har endret deres oppfatninger av Assistert Selvhjelp som et fullverdig behandlingstilbud. Én terapeut beskrev at hen tidligere tenkte at samtalerterapi var det beste tilbudet og var usikker på om Assistert Selvhjelp var tilstrekkelig, men har nå erfart at Assistert Selvhjelp kan fungere veldig bra.

*«Jeg tenker jo helt annerledes om det nå. For når jeg begynte her så tenkte jeg nok at en-til-en var absolutt å foretrekke. Men det har vi jo sett, så mye erfaring på det nå, hvor Assistert Selvhjelp har, det har vært nøkkelen for veldig mange, da.»* (T6)

En terapeut vektla behovet for at RPH-teamet diskuterer og drar nytte av hverandres erfaringer med Assistert Selvhjelp: «Hvis noen får såpass mye mengdetrening og de er litt sånn innflytelsesrike i sin avdeling: «Åja, det fungerer som bare juling det han holder på med.» Så vil jo det smitte over på andre, sant.» (T10) Videre mente hen at evidens for at Assistert Selvhjelp fungerer godt vil kunne føre til økt bruk:

«Hvis det er en sannhet at 15-20 minutters samtaler med bruk av Assistert Selvhjelp er like god behandling som å sitte i 40-50-60 minutter, så trenger man jo liksom litt mengdeerfaring for å overbevise folk om at dette er virkelig en ... så det er klart at hvis studien nå trekker i retning av den konklusjonen, så vil det jo være lettere å, liksom, her er faktaene, sant. Her er måten dere må jobbe på fremover for å få det til.» (T10)

#### 4.4 Tema 3. Hvordan brukes Assistert Selvhjelp i praksis av terapeutene: «Fra manual til supplement»

##### 4.4.1 Egen side-guide

Ifølge informantene har de ved flere av RPH-teamene laget egne oppskrifter for oppfølgingssamtaler med oppsummeringer av innholdet i de mest brukte programmene i Assistert Selvhjelp, slik at terapeutene raskt kan få overblikk over hva de ulike programmene inneholder: «For det som står i Assistert Selvhjelp er veldig begrenset. Det er litt sånn, ja, hvordan går det sisten sist? Litt generelt, nesten samme på hver modul.» (T2) Flere nevnte at guidene som ligger i Assistert Selvhjelp har blitt bedre med tiden.

##### 4.4.2 Telefon kontra ansikt-til-ansikt

Noen terapeuter har oppfølging med klientene på telefon, mens andre har oppfølgingen ansikt-til-ansikt. Mange starter med en time på kontoret eller på video for å bli kjent, før de går over til telefon. Mange av terapeutene sa at dersom klienten har et sterkt ønske om å komme på kontoret, selv om de bruker Assistert Selvhjelp, så får de det: «Jeg sier ikke nei, hvis de absolutt vil. Og de vil bruke det [Assistert Selvhjelp], men de vil møte her. Da er jeg åpen for det. Men jeg holder samme struktur.» (T3)

##### 4.4.3 Fleksibilitet i møte med den enkelte klient

Mange av terapeutene brukte Assistert Selvhjelp på en fleksibel måte for å sikre et best mulig forløp. Dette innebar å bytte program underveis ved behov, å tilby flere programmer etter hverandre, å hjelpe klienten å gå gjennom programmet og å tilpasse innholdet ved å forklare ting på en annen måte eller avvike fra manualen for å tilpasse oppfølgingssamtalene til den enkelte. Flere forklarte at de tilbyr klientene oppfølgingssamtaler i etterkant av et behandlingsforløp med Assistert Selvhjelp dersom klienten ønsker det, og en av terapeutene forklarte at hen fortsetter behandlingen helt til klienten er fornøyd. Mange sa at de tar klienten inn på kontoret dersom et forløp går trått, enten for å forsøke å få behandlingen på gli igjen eller for å gå over til samtaleterapi.

Eksposering i forbindelse med angst ble trukket frem som noe som ofte krever tettere oppfølging enn det Assistert Selvhjelp legger opp til:

«For hvis de på en måte, etter å ha fått den teoridelen, den psykoedukasjonen, klarer å komme i gang med eksposering på egen hånd, så er det jo kjempebra. Men jeg ser at det er en del som ikke får det til. Og at du kanskje må følge de litt tett i en periode, få dem i gang, da.» (T11)

#### 4.4.4 Assistert Selvhjelp som supplement

Assistert Selvhjelp blir brukt på dynamisk vis av mange av terapeutene, der det varierer i hvilken grad de bruker det slik det er lagt opp til å brukes. Noen av terapeutene fortalte at de i hovedsak har brukt Assistert Selvhjelp som et supplement til samtaleterapi, enten som et utgangspunkt for samtale eller som hjemmeoppgaver mellom timene. Andre har brukt Assistert Selvhjelp på flere ulike måter, både slik det er lagt opp at det skal brukes, som supplement til gruppeterapi, som supplement til samtaleterapi, eller at de har delt ut koder slik at folk kan bruke det uten veiledning:

*«Før [deltagelse i RCT] var det nok det, ja. At vi delte ut kode når folk ringte, så fikk de en kode med en gang. Og så jobbet de med det før de skulle inn i terapi, da. Eller at de begynte med det og så ikke trengte terapi.» (T9)*

#### 4.5 Tema 4: Hvem mener terapeutene at Assistert Selvhjelp (ikke) passer for: «For RPH-ere flest, med mer eller mindre klare unntak»

##### 4.5.1 Klientene bør ha avgrenset og riktig problematikk

Flere av terapeutene nevnte at om man ikke er i målgruppen for RPH så passer man som regel heller ikke til Assistert Selvhjelp. Noen av terapeutene fortalte at de får inn en del klienter som ikke er i målgruppen for RPH og at det da ofte ikke er aktuelt å bruke Assistert Selvhjelp. Men terapeutene opplevde at det er ikke alltid så lett å vite om en klient er i målgruppen før man har kommet i gang med behandlingen. Noen viser seg å ha litt mer sammensatt problematikk, eller terapeuten får mistanke om underliggende utfordringer som burde blitt utredet. *«Men det er litt mer når man har mistanke om at de ikke er rene RPH. At det er litt mer sammensatt problematikk.» (T3)*

Flere terapeuter trakk frem at de mener problematikken som presenteres bør være mild eller moderat, og gjerne nedre sjiktet av moderat. I tillegg bør den være avgrenset, for eksempel en ren angst eller depresjon, for at de mener en person skal passe til Assistert Selvhjelp. Terapeutene tematiserte også hvordan klientenes problematikk kunne stå i veien for en god gjennomføring av Assistert Selvhjelp. Flere nevnte at de med depresjon kan takke nei til Assistert Selvhjelp eller slite med å gjennomføre på grunn av konsentrasjonsproblemer eller hukommelsesproblemer:

*«Det er nok depresjonen som gjør at de ikke ... At det med å lese og huske og konsentrere seg er vanskelig. Så det har ingenting med, det har ingenting med innholdet i selve programmet å gjøre eller at dette er en person som ikke kan nyttiggjøre seg av det, men det er liksom depresjonen som hindrer det litt.» (T11)*

Når det gjelder angst sa flere av terapeutene at de opplever det utfordrende med Assistert Selvhjelp, fordi klientene kan være unnvikende eller oppleve det vanskelig å motivere seg for eksponering. Samtidig beskrev en terapeut at Assistert Selvhjelp fungerer på flere klienter med angstproblematikk enn hen hadde trodd. I tillegg nevnte terapeutene at de med utbrenthets- eller utmattelsesproblematikk, og de som nettopp har vært gjennom sorg eller en krise kan ha vansker med å benytte seg av programmet. Stress og belastning ble på sin side trukket frem som en problematikk der Assistert Selvhjelp passer godt.

*«Stress og belastning, håndtering av det er kjempebra å bruke Assistert Selvhjelp til. For mange av de som, mange av de som sliter med den problematikken stress og belastning, de er jo veldig*

*sånn pliktoppfillende. Så de jobber med det de skal jobbe med. Så det er litt sånn forskjell i forhold til problematikk også.» (T11)*

Også annen problematikk hos klientene enn den de søker behandling for oppleves å kunne gi utfordringer. Flere terapeuter nevnte at Assistert Selvhjelp ikke passer for eller kan bli utfordrende for de som har konsentrasjonsproblemer, lese- og skrivevansker eller ADHD. Noen terapeuter snakket om at det burde bli tilrettelagt for dette eller laget et program spesifikt for disse klientene. En terapeut mente at man bør vurdere om klienten har konsentrasjonsproblemer før man starter med Assistert Selvhjelp, og hvis en klient har ADHD bør man la være å informere om Assistert Selvhjelp, fordi det kunne blitt enda en ting som man ikke klarte å følge opp.

*«Noen av de har sagt det, og det er spesielt de som har slitt på skolen, eller som har lese- og skrivevansker, eller ADHD og konsentrasjonsvansker, de synes det er utfordrende. De sier at de klarer ikke å ... når de leser det så vet de ikke, de klarer ikke å omsette det til seg selv. Og de husker ikke egentlig hva det var de leste, også leser de det opp igjen også blir de forbasket irritert også: «nei, det her orker jeg ikke ... hvis det her er det jeg skal ha så skal jeg ikke ha det». (T12)*

#### 4.5.2 Egenskaper ved klienten

Terapeutenes oppfatninger om hvilke klienter som passer til Assistert Selvhjelp var både basert på antagelser om hvem som kunne dra nytte av et sånt behandlingsformat og erfaring med hvilke klienter som har hatt effekt av Assistert Selvhjelp. Ifølge informantene passer de som har et høyere funksjonsnivå og god kognitiv funksjon til Assistert Selvhjelp. Det er også en fordel om personen er høyt utdannet, i fast jobb, eller nettopp har studert. Av personlighetsfaktorer ble det nevnt at Assistert Selvhjelp passer godt til de som er pliktoppfillende og strukturerte: *«Tror det handler mye om ressurser, det handler mye om motivasjon, det handler mye om forventningene vedkommende har. Og ikke ... kanskje ikke minst hvordan vi vurderer dem, liksom. Hvor er du egentlig? Hvor motivert er vedkommende?» (T8)*

Det at veiledet internettbehandling gir klienter mer ansvar for egen behandling sammenlignet med andre former for terapi, ble tematisert å kunne gi ulike utslag for ulike personer. Én terapeut anså det som spesielt egnet for de som vanligvis ikke tar mye ansvar for sin egen bedring. Flere nevnte at opplegget kunne bli utfordrende for de som har vanskeligheter med å sette grenser for seg selv og som er svært pliktoppfillende, da de kunne ha en tendens til å skynde seg gjennom programmet. En av terapeutene tematiserte også at hen gjerne ønsker å tilby samtaleterapi til de klientene som gir et inntrykk av å ha ventet lenge med å ta kontakt og som etter terapeutens mening har behov for erfaring med samtaler:

*«Ja, jeg har tenkt at noen som på en måte har veldig lite erfaring med kanskje å snakke om tanker, følelser ... og som, eller, snakke om ting som er vanskelig, da. At i seg selv så kan det ligge en effekt i det å snakke med noen og møte noen og erfare at, ja, jeg kan også snakke om de tingene som ikke er så lett, da. De som er litt unnvikende, kanskje.» (T5)*

Flere terapeuter påpekte at alder kunne spille inn på om Assistert Selvhjelp passet for dem, og hadde erfart utfordringer både blant de yngste og eldste klientene. En terapeut nevnte at ungdom kunne være mer tilbøyelige til å avslutte behandlingen, noe som hen mente kunne være på grunn av at de er opptatt med andre ting, slik som studier. Eller det kunne handle om



forventninger til behandlingen som ikke ble møtt, eller om det var rett tilbud i starten. Samtidig påpekte en terapeut at noen unge er mer åpne for å ta i bruk Assistert Selvhjelp.

*«Unge voksne synes jeg kanskje er mer positiv til det for er vant til data og vant til ... synes det er veldig behagelig å bare bestemme selv. Mens kanskje litt eldre synes det er veldig behagelig å møte opp på kontoret igjen da.» (T1)*

Flere nevnte at eldre klienter kunne ha vansker med å bruke Assistert Selvhjelp på grunn av dataferdighetene som kreves. Innholdet i programmet mente de var godt nok tilpasset til denne gruppen, men at noen eldre kunne ha mer vansker med å bruke data, eller være mer skeptiske til å ta det i bruk. En terapeut mente utilstrekkelige dataferdigheter bør bli sett på som er klart eksklusjonskriterium for å bruke Assistert Selvhjelp, mens en annen terapeut mente at noen i den eldre gruppen bare trenger mer veiledning for å få det til.

*«Hvis jeg har en tanke om at Assistert Selvhjelp hadde vært perfekt her, da prøver jeg litt mer for å se at, «Skal vi se sammen om vi klarer det», for eksempel. Prøve å logge oss inn. «Har du iPad?» «Ja, jeg har iPad» «Bruker du det?» «Ja, av og til», sant, «Ja, men da kan du bruke det på iPaden også», «Åja, kan jeg det?», «Ja». Også da viser jeg det hvordan de bruker det på iPaden da.» (T3)*

#### 4.5.3 Livet ellers påvirker

Terapeutene tematiserte hvordan livsomstendighetene til klientene kan ha innvirkning på hvor godt Assistert Selvhjelp passer for dem. Terapeutene beskrev at Assistert Selvhjelp var spesielt egnet for noen fordi det er lettere å innlemme det i en travel hverdag og at klientene ikke trenger å ta fri fra jobb for å gjennomføre behandlingen. Noen klienter ønsker å bruke Assistert Selvhjelp fordi de slipper lang kjørevei.

Noen terapeuter snakket om klienter som man merker har mye som skjer i livet og som kanskje har behov for å sortere dette litt før de eventuelt klarer å begynne jobben med Assistert Selvhjelp. For eksempel kan det handle om jobbkonflikter, økonomiproblemer og lignende, som trenger å sorteres i en samtale før man kan starte på Assistert Selvhjelp: *«...at de har prøvd å ha noen samtaler og sortere litt og litt problemløsning og så da kanskje de er klare for en sann, å forsøke Assistert Selvhjelp i etterkant.» (T3)*

#### 4.5.4 Vanskelig å forutse hvem som blir bedre

Selv om informantene hadde noen forestillinger om hvilke klienter Assistert Selvhjelp passet for og ikke, så fortalte de også at de blir overrasket. Terapeutene fortalte om tilfeller der de hadde antatt at Assistert Selvhjelp skulle fungere bra, for eksempel for klienter med høy utdanning og fast jobb, men der klienten ikke klarte å gjennomføre. I andre tilfeller forventet de at klienten ikke skulle klare å gjennomføre, men så hadde de god effekt av Assistert Selvhjelp.

*«Jeg har blitt, av og til blir jeg både overrasket over at jeg har tenkt at det kanskje ikke går og så går det likevel. Det har jeg opplevd. Men jeg har vært med på at jeg var sikker på at dette her var, men så ser jeg etterpå at her blir en faktisk dårligere. Og der har vi stoppet og tar en inn og ser hva som skjer, og kartlegger litt mer og ... kommer med andre forslag da.» (T3)*

Flere av terapeutene uttrykte å være overrasket over hvor godt Assistert Selvhjelp fungerer og at det fungerer for en bredere gruppe enn først antatt. En terapeut la også merke til at det ikke var noen åpenbar forskjell mellom de som fullførte behandlingen og de som avbrøt den, noe

som utfordret tidligere antagelser om hvem som ville dra nytte av behandlingen. «... jeg har funnet ut en ting da i forhold til den studien her. Og det er at jeg ikke er synsk. Det er ikke alltid jeg at det jeg tenker er riktig nødvendigvis er det». (T11)

#### 4.6 Tema 5. Hva mener terapeutene det er som gjør at Assistert Selvhjelp fungerer og hvilke betingelser må være til stede?

##### 4.6.1 Struktur og fokus hjelper klienten, men det må være rom for fleksibilitet

Terapeutene pekte på at de konkrete rammene og forhåndsdefinerte spørsmålene i Assistert Selvhjelp oppleves å gjøre det lettere for både klienter og terapeuter å holde fokus i terapien. Klientene kommer med mindre «utenomstakk» i Assistert Selvhjelp og terapeut opplever seg selv som mer strukturert.

«Da er det greit med spørsmålene da, som er laget på forhånd. Sånn da blir vi veldig på med en gang. For ofte i et samtalerom så blir det ofte mye snakk om mye annet. Men Assistert [Selvhjelp] så er jeg veldig på.» (T1)

Noen av terapeutene trakk også frem at denne strukturen i Assistert Selvhjelp hjelper klientene å ha fremdrift i terapiforløpet, på en annen måte enn individualterapi:

Intervjuer: «Men tror du denne typen pasient er sånn som ville jobbet godt og vært så egenmotivert at selv i en ansikt-til-ansikt-terapi så ville du tenkt at «her går det på skinner», eller tenker du at det er noe med måten du sier at dette strukturerer for dem, at det er noen egenskaper ved Assistert Selvhjelp som hjelper dem?»

Informant: «Ja, det tror jeg. At det er såpass lagt opp, at da skal du gjøre så og så mye, så er det en oppgave som ligger klar til neste gang. Jeg tror, ja, da oppleves det som veldig god hjelp å ... at det ikke sklir ut, da.» (T5)

Flere terapeuter mente at det er viktig å følge hjelpespørsmålene og holde seg til manualen for å sikre at behandlingen har best mulig effekt: «Det er kanskje litt sånn nøkkelen, da. Å stole på at det holder, da. Og det er bra. Og da opplever jeg veldig sånn boost, de gangene som har vært sånn drømmeforløp, da». (T5) Flere uttrykte at det kan være utfordrende å konsekvent holde seg til manualen i begynnelsen, spesielt for terapeuter som er vant til en mer utforskende tilnærming. Andre fortalte at de kan oppleve de rammene som ligger i Assistert Selvhjelp som for rigide. Flere terapeuter fortalte at de tilpasser opplegget litt til den enkelte klient for at det skal være til best mulig hjelp for den enkelte, mens andre ønsker å skreddersy behandlingstilbudet basert på egne preferanser og klientens behov: «Jeg prøver å selge en bil her som jeg synes er ok. Men jeg kunne fått stylet den ganske mye opp hvis det var jeg som bestemte selv». (T10)

Noe av behovet for fleksibilitet ble sagt å handle om at klientene ofte har mer sammensatt problematikk enn Assistert Selvhjelp legger opp til. Terapeutene løste dette med å være åpne for at det kan bli nødvendig å bytte program underveis. Samtidig kommenterte én terapeut at det også er mange likheter mellom programmene:

«Det er jo ... mange ting er jo sånn transdiagnostisk og mye av Assistert Selvhjelp, mange av kapitlene som handler om kognitiv terapi og om leveregler og slikt går jo igjen i forskjellige program. Sånn at, litt sånn uavhengig, du kan lære mye av det uansett hvilket program du tar. Men det er jo, av og til, synes jeg, vanskelig å tenke på forhånd hva som vil passe best.» (T13)

Det kan også dukke opp annen problematikk eller individuelle hensyn underveis i behandlingsløpet som terapeutene ønsket å ta tak i. Et eksempel som ble beskrevet var at det ble avdekket relasjonelle problemer i samtalene som skapte problemer for klienten, men som ikke ble tatt opp i den modulen klienten jobbet med: *«Men hvis man skulle fulgt hjelpeguiden og bare stilt de spørsmålene som står i kapittel 3 på stress og belastning, så ville jeg jo ikke ha, kanskje, snakket om de tingene som oppstår, som jeg legger merke til».* (T13)

#### 4.6.2 Det kan være nødvendig å møte klienten ansikt-til-ansikt

For å få et vellykket løp med Assistert Selvhjelp mente mange av terapeutene at det er nødvendig å møte klientene ansikt-til-ansikt i første time, før man går over til telefonkontakt. Terapeutene mente at å møtes ansikt-til-ansikt gjør behandlingen mer forpliktende og man blir fortere kjent med hverandre. I tillegg kan de da bruke første time på å sortere litt av andre stressfaktorer i livet til klienten, slik som økonomiproblemer eller jobbkonflikter, slik at dette ikke står i veien når man skal begynne med behandlingen. I kontrast til dette nevne én terapeut som vanligvis likte å ha første møte ansikt-til-ansikt, men ble nødt til å droppe dette en periode, at hen likevel ikke opplevde at klientene rapporterte at behandlingen var dårligere.

*«Ja, jeg tror at ... at vi har en idé om at det hadde vært fint å få sett hverandre. For å få til en god relasjon etterpå. Men jeg er ikke sikker på om, hadde man forsket på det, så er det ikke sikkert at det hadde vært noe resultat.»* (T2)

Flere terapeuter snakket om at det er informasjon som går tapt når man ikke får se klienten, for eksempel nevner flere den manglende nonverbale informasjon, som gjør at man blir nødt til å etterspørre mer informasjon. En terapeut klarte ikke å benevne akkurat hva det var man mistet med telefonkontakt, men hadde erfaringer med at inntrykket ble annerledes ved fysisk møte. *«Det er noen ganger jeg har fått litt sånn aha-opplevelse når jeg har møtt personen etter noen ganger og så får du et litt annet inntrykk ...».* (T5)

Én terapeut poengterte også at noen vansker, slik som generalisert angstlidelse eller stress, kan være utfordrende å håndtere kun over telefon. Som én terapeut påpekte, vil man ansikt-til-ansikt kunne se ubehaget i klientens nonverbale kommunikasjon når man snakker om de ulike vanskene, men dette vil være vanskeligere å få tak på over telefon.

#### 4.6.3 Egeninnsats gir effekt, men det krever motivasjon og grundig arbeid

Noen av terapeutene pekte på egeninnsatsen som kreves ved veiledet internettbehandling som en årsak til at det kan gi god bedring. Eksempelvis mente en av terapeutene at langtidseffekten av Assistert Selvhjelp muligens er bedre enn av samtaleterapi, siden klienten gjør så mye selv og at endringene de gjør med det kan være mer indre motivert. Til sammenligning ble det tematisert at samtaleterapi kunne gi en forventning om at terapeuten skal «fikse» klienten, heller enn at klienten skal jobbe selv. *«Jeg tror veldig mye av den langvarige behandlingseffekten tror jeg ligger i en, på en måte, ansvarliggjøring for egen psykisk helse. Som, på en måte, gjør at det blir noen endringer, da. Som er indre motivert».* (T5)

Klientenes motivasjon for å jobbe med Assistert Selvhjelp ansett som svært viktig for god effekt og terapeutene sjekket ut klientens motivasjon både og behandlingsstart og under veiledning. Terapeuten mente de også enkelt kan sjekke klientens innsats underveis ved å se om oppgavene er utført, og at dette kan indikere klientens ansvarsfølelse i behandlingen.

*«Jeg opplever at alle har en motivasjon for å få det bedre, men ikke alle har motivasjon for å jobbe for å få det bedre, på en måte, da. Og da er det, det kan være litt vanskelig å liksom ansvarliggjøre det, da.» (T5)*

I tillegg til å være motiverte må klientene, ifølge terapeutene, kunne relatere innholdet i Assistert Selvhjelp til sitt eget liv for å oppnå bedring. Noen klienter opplever de gjennomfører behandlingsprogrammet raskt, men uten å knytte innholdet til sitt eget liv; de leser det som en bok. Terapeutene mente at dette kan resultere i manglende evne til å anvende det de har lært på seg selv og gir derfor mindre effekt av behandlingen.

*«At det liksom, det der å faktisk anvende og tenke gjennom og liksom teste ut den kommende uken, hvordan var det her for meg i de situasjonene? At folk kan ha et litt sånn distansert forhold til det hvis man bare trykker fort og ikke ...» (T13)*

Videre nevnte terapeutene at for at Assistert Selvhjelp skal være effektivt må klienten ha troen på at det virker, og selv sørge for å ha tid og rom til å gjennomføre oppgavene og delta i veiledningen. For å sikre et godt behandlingsforløp nevnte flere av terapeutene at det er nødvendig med en forventningsavklaring med klientene før oppstart. Dette kunne bestå av avklaringer rundt hva programmet inneholder og hva veiledningen består av, og om at klienten skal sette av tid til veiledningen, får hovedansvaret for sin egen behandling, og bør sette av tid til hjemmeoppgavene. Én terapeut nevnte at hen påpekte at noen verktøy i programmet ville være mer aktuelle enn andre, og klientene kunne velge hvilke verktøy man jobbet mer og mindre med. *«Det har kanskje vært en viktig del av de løpene som har vært vellykka. At det er en sånn felles forventningsavklaring og at det er tydelig hva slags forventning han har til meg også».* (T6)

#### 4.6.4 Psykoedukasjon og muligheten til å friske opp kunnskap

Flere av terapeutene fortalte at de har fått tilbakemeldinger fra klienter om at de har lært mye nytt ved å bruke Assistert Selvhjelp. En klient hadde *«fått verktøy hun hadde savnet hele livet»*. Normalisering ble trukket frem som en opplevd virksom ingrediens, der det å kjenne seg igjen i det de lærer i Assistert Selvhjelp har gitt bedring: *«Derfor også synes jeg det er et godt og viktig trinn i RPH dette med psykoedukasjon, normalisering. Og at det er absolutt en kjempeviktig del av behandlingen, som Assistert Selvhjelp gir med sine program».* (T6)

Flere av terapeutene opplevde at klientene likte å ha noe håndfast å jobbe med og at du kunne repetere modulene ved behov. Mange av terapeutene mente at det var positivt at klientene har tilgang til Assistert Selvhjelp etter endt behandlingsforløp. En sa at dette gjør at færre klienter tar kontakt i ettertid, sammenlignet med andre terapiforløp, og en annen trakk frem muligheten for at langtidseffekten av Assistert Selvhjelp er bedre enn ved andre terapiformer med denne muligheten til å friske opp det de har lært:

*«Jeg tror den langtidseffekten, den der effekten av at man har gjort så mye av innsatsen selv, kan gå inn igjen og hente det opp igjen, det tror jeg står veldig mye sterkere enn at man har fått en sånn samtale-boost, og så bare detter det sammen, da.» (T5)*

## 4.7 Tema 6. Fremtidens RPH – terapeutenes syn på ideell implementering av Assistert Selvhjelp i RPH

### 4.7.1 Assistert Selvhjelp som første tilbud, men med rom for videre behandling

På spørsmål om hvordan man ideelt sett burde bruke Assistert Selvhjelp i RPH, svarte mange av terapeutene at alle klienter kunne startet med Assistert Selvhjelp, men at man da gjorde vurderinger underveis om det fungerte for den enkelte og om man måtte gjøre justeringer eller gi andre tilbud. Flere nevnte at man må kunne tilby videre oppfølging etter endt forløp med Assistert Selvhjelp, for de som trenger det.

*«Og hvis det ikke fungerer, så må man kanskje evaluere om man bør supplere med andre ting. Bør man ha kurs eller henvisning videre, eller individuelle samtaler eller grupper. At man, på en måte, har litt differensierte tilbud og at man har litt ulike verktøy i verktøykassen.» (T13)*

Én av terapeutene mente derimot at Assistert Selvhjelp er et steg i feil retning og ønsker å stoppe utviklingen som går bort fra en-til-en samtalerapi, selv om terapeuten mente Assistert Selvhjelp kan være nyttig i kombinasjon med samtaler. *«Baner veien for mer og mer distansering fra menneskelig kontakt for pasienten».* (T4)

### 4.7.2 Forankring i ledelsen og i RPH-teamet

Flere av terapeutene trakk frem at Assistert Selvhjelp bør være en fast del av RPH-tilbudet. En av terapeutene løftet frem behovet for en felles forståelse i teamet om at man skal bruke Assistert Selvhjelp så mye som mulig. *«Jeg tror det måtte kommet mer fra ledelsesnivå da, at de hadde på en måte ryddet tid til at da skulle vi gjøre det».* (T11) Flere nevnte at per nå er det samtalerapi som ofte automatisk blir sett på som det beste og mest lettvinde alternativet. Dersom alle klienter skulle startet med Assistert Selvhjelp, måtte det, ifølge terapeutene, vært bestemt av ledelsen, eksemplifisert av følgende utsagn: *«Det trengs jo at det er noen som bestemmer at det skal være sånn. For ellers blir det jo ikke sånn.»* (T11) I tillegg etterlyste terapeutene mer fokus på digitalt veiledet selvhjelp i RPH-utdanningen, samt tid til å sette seg inn i og trene på å bruke Assistert Selvhjelp i arbeidshverdagen for å øke kompetansen og redusere barrieren mot å ta det i bruk.

En av terapeutene ville foretrukket om man kunne spesialisere seg litt innad i RPH, ved at de som liker å jobbe med Assistert Selvhjelp kunne fått mer tid til å bli gode på det. *«Og jeg tror selv òg, at hvis jeg hadde en dag i uken hvor jeg kun skulle jobbe med Assistert Selvhjelp, så ville jeg hatt mye mer fokus på det».* (T10) En annen problematiserte derimot en slik spesialisering av terapeuter i små kommuner og mente at der må alle terapeutene kunne tilby både samtaler, grupper og Assistert Selvhjelp.

### 4.7.3 Tydeliggjøring av målgruppen

I gruppeintervjuet ble det trukket frem at det å tilby Assistert Selvhjelp som første tilbud til alle som kommer til RPH også kunne vært med på å tydeliggjøre hvem som er i målgruppen for RPH: *«Jeg tror det ville skape mindre frustrasjon her også, for da ville det ikke vært tvil om hvilken gruppe vi skulle hatt inn.»* (T8). De løftet også frem muligheten for at det å definere målgruppen for RPH kunne være nasjonalt styrt, heller enn å være opp til kommunene.

#### 4.7.4 *Assistert Selvhjelp som ledd i ressursutnyttelse*

Generelt syntes terapeutene å ha stort fokus på å tilby best mulig hjelp til den enkelte klient og mindre fokus på Assistert Selvhjelp som et middel for å gi flere tilgang til helsehjelp. Når temaet om ressursutnyttelse ble tatt opp av intervjulederen, ble ulike barrierer mot eller forhold som må være til stede for å få til en utstrakt bruk av Assistert Selvhjelp i RPH tematisert. For eksempel ble det vektlagt at det må det være lett å bruke Assistert Selvhjelp og terapeutene må være godt kjent med programmet. Noen tematiserte også terapeutenes perspektiv som en viktig faktor, der noen har et forebyggende perspektiv og tenker at man må nå mange, mens andre har mer fokus på å gi best mulig hjelp til den enkelte klient eller var skeptisk til nettbasert behandling.

## 5 Diskusjon

### 5.1 Oppsummering av hovedfunn

#### Kvantitativ evaluering

- Det ble ikke vist at Assistert Selvhjelp er minst like effektiv som oppfølging ved RPH for de primære utfallsmålene depresjon ( $d_m = -,11$ ; 95%CI  $-,40$ ;  $,19$ ) og angst ( $d_m = -,19$ ; 95%CI  $-,43$ ;  $,04$ ) på 6-måneders oppfølging basert på behandlingsintensjonsanalysen. Det betyr at vi ikke har nok bevis for å trekke en klar konklusjon om Assistert Selvhjelps-behandlingen er minst like effektiv eller dårligere enn ordinær RPH-oppfølging.
- Assistert Selvhjelp var minst like effektiv som ordinær RPH-oppfølging for de sekundære utfallsmålene livskvalitet, sosial angst, søvnproblemer og fysisk aktivitet ved 6-måneders oppfølging. Det ble ikke vist at Assistert Selvhjelp var minst like effektiv for tilfriskningsrate, generell fungering, panikkangst, helserelatert livskvalitet, stillesitting, og arbeidsdeltakelse.
- Assistert Selvhjelp var assosiert med klinisk signifikant forbedring på de fleste utfallsmålene. Dette var mest tydelig for depressive symptomer, der endringen var på nivå med funn fra det forrige randomiserte kontrollerte forsøket innen Rask psykisk helsehjelp i Sandnes og Kristiansand. For angstsymptomer var dette i mindre grad tilfellet. Den estimerte (pålitelige) tilfriskningsraten for behandlingen ved Assistert Selvhjelp var høyere enn 50 %, den nasjonale minimumsstandarden for «NHS Talking Therapies» i England.
- Klient-vurdert terapeutisk allianse ved Assistert Selvhjelps-behandlingen var minst like god som ved ordinær oppfølging ved RPH, mens terapeuter vurderte alliansen i ordinær oppfølging ved RPH som statistisk signifikant bedre enn i Assistert Selvhjelp.
- Det var en tendens til høyere frafall fra behandlingen i Assistert Selvhjelp sammenlignet med ordinær RPH-oppfølging, og ikke-underlegenhet ble ikke påvist.
- Assistert Selvhjelp-behandlingen bandt opp 1,8 ganger mindre terapeuttid enn ordinær oppfølging ved RPH.
- Begge gruppene var fornøyde med behandlingen, selv om ikke-underlegenhet ikke ble påvist for Assistert Selvhjelp. Klienter som mottok Assistert Selvhjelp, var også fornøyde med selve verktøyene.

#### Kvalitativ evaluering - terapeuterfaringer

- Terapeutene vurderte brukervennligheten og kvaliteten på programmene til Assistert Selvhjelp positivt, men noen opplevde det som krevende å bli kjent med mange moduler samtidig.
- Utilstrekkelig kompetanse og tvil om at Assistert Selvhjelp er et tilstrekkelig behandlingstilbud ble trukket frem som barrierer for bruk.
- Flere terapeuter rapporterte å få mer positive oppfatninger etter vellykkede behandlingsforløp, men de opplevde RCT-rammene som begrensende og ønsket mer fleksibilitet i bruken.

- Programmet ble ansett som tidsbesparende og spesielt egnet for motiverte, selvdrevne klienter med avgrensede problemstillinger.
- Valg av behandling syntes mer styrt av terapeutens ønske om å gi best mulig behandling til den enkelte enn av hensyn til den overordnede ressursbruken.
- Flere terapeuter tematiserte å være positive til å prøve Assistert Selvhjelp som et første tilbud for alle klienter og mente det kunne bidra til å definere målgruppen for RPH tydeligere.
- Forankring i ledelsen og klare rammer ble sett på som viktige faktorer for å lykkes med implementeringen.

## 5.2 Kliniske resultater i kontekst av annen forskning på feltet

Tidligere studier har vist at veiledet internettbasert behandling for angst og depresjon er effektivt opp mot venteliste-kontrollgrupper [23]. Deltakere i kontrollgruppen i denne studien fikk i hovedsak ansikt-til-ansikt terapi. Tidligere studier har også sammenlignet veiledet internettbasert behandling med slike kontrollgrupper [25], men de fleste av disse studiene er utformet som overlegenhetsstudier (behandling x er bedre enn behandling y) og ikke som ekvivalens- eller ikke-underlegenhetsstudier [58]. Sistnevnte stiller spesielle krav til å predefinere hva ekvivalens- eller ikke-underlegenhetsstudier betyr i kvantitativ forstand. I tillegg krever slike studier ofte et større utvalg enn i overlegenhetsstudier. Slik sett er det relativt få enkeltstudier som med tilstrekkelig sikkerhet kan si at veiledet internettbehandling er minst like effektiv som tradisjonell ansikt-til-ansikt terapi [58]. I meta-analyser fra 2018 og 2023, der resultater fra flere eller mange enkeltstudier ble analysert samlet, ble det imidlertid funnet evidens som tyder på at veiledet internettbehandling er minst like effektiv som ansikt-til-ansikt terapi [59]. En mulig utfordring er at flere av studiene som var inkludert i meta-analysene brukte gruppe-basert kognitiv atferdsterapi som kontrollgruppe. Gruppebasert behandling gir ikke nødvendigvis like gode resultater som individuell samtaleterapi [60]. Videre er det veldig få studier som har testet ikke-underlegenhet (eller ekvivalens) av veiledet internettbehandling i ordinære kliniske settinger i primærhelsetjenesten [31]. En direkte sammenligning med tidligere studier er derfor vanskelig. Også i «NHS talking therapies (tidligere IAPT)» er det ingen tilsvarende ikke-underlegenhetsstudier som er direkte sammenlignbare. Det nærmeste vi kommer er å sammenligne innengruppe-effektstørrelsene som ble funnet i IAPT-forsøket fra Richards et al. [27], der veiledet internettbehandling ble sammenlignet med en venteliste-kontrollgruppe. Ved 6-måneders oppfølging var de standardiserte innengruppe-effektene for intervensjonsgruppen omtrent -1,34 for PHQ-9, -1,18 for GAD-7, og -,87 for WSAS (generell fungering). Disse estimatene sammenfaller ganske godt med estimatene funnet i inneværende rapport. I studien til Richards et al. [27] hadde de riktig nok kun inkludert deltakere som skåret over den kliniske grenseverdien på PHQ-9 eller GAD-7 ved baseline, noe som trekker opp effektstørrelsesestimatene.

De estimerte forskjellene mellom Assistert Selvhjelp og ordinær RPH-oppfølging var litt større for angst (GAD-7) enn for depresjon (PHQ-9). I tillegg var endringen på angst fra baseline til 6-måneders oppfølging litt lavere i Assistert Selvhjelpsgruppen sammenlignet med den forrige RCT-en [19]. Videre ble ikke-underlegenhet påvist for sosial angst, men ikke for panikk-angst. Funnene på angst er derfor både litt mer blandet og usikre. En utfordring i denne studien er at det var relativt få deltakere med angstplager som hovedproblem (22%), samt at type angst var ganske heterogent fordelt blant deltakere. Ideelt sett er det ønskelig å kunne si noe om effekt av Assistert Selvhjelp for hver enkel form av angst, men dette forutsetter tilstrekkelig



datagrunnlag. For generalisert angst finnes det generelt lite i litteraturen om hvordan veiledet internettbehandling sammenlignes med ansikt-til-ansiktsbehandling [25]. Både for sosial angst og panikkangst ser effektene imidlertid like ut på tvers av behandlingsformer, selv om dagens datagrunnlag ikke er tilstrekkelig enda for å kunne fastslå med stor nok sikkerhet at veiledet internettbehandling er minst like effektiv som ansikt-til-ansikt terapi [25].

### 5.3 Ressursbruk

Det å ta i bruk mindre terapeutintensive behandlingsformer, er ansett som en sentral løsning for å kunne redusere behandlingsgapet for angst og depresjon og samtidig ivareta en bærekraftig helsetjeneste. I denne studien mottok begge behandlingsgrupper relativt korte behandlingsforløp, med median 5 behandlingsmøter i begge grupper. Samtidig rapporterte terapeutene å bruke 1,8 ganger kortere tid i gruppen som mottok Assistert Selvhjelp. Sett sammen med de relativt gode kliniske resultatene for Assistert Selvhjelpsgruppen, indikerer dette at økt bruk av Assistert Selvhjelp ved RPH kan bidra til at man kan nå ut flere med evidensbasert behandling. Lignende ble vist i en RCT-studie av CBT-behandling for sosial angst innen «NHS talking therapies», der det ble estimert at veiledet internettbehandling gav 2,45 ganger mer symptombedring per time brukt med en terapeut sammenlignet med ansikt-til-ansiktsbehandling [28].

Terapeuttid er imidlertid bare ett av flere kriterier som kan benyttes for å vurdere om et behandlingstilbud er effektivt i et kostnad-nytteperspektiv. Det er også viktig at det tas høyde for eventuelle forskjeller i effekt på arbeidsdeltakelse og kvalitetsjusterte leveår (såkalt QALYs), samt at behandlingseffekten vedvarer og ikke gir ulikt behov for videre helsetjenestebruk. For å kunne gjøre en slik kostnad-nytte-analyse skal spørreskjemadataene fra denne studien på et senere tidspunkt kobles til registerdata fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og Kontroll og utbetaling av helserefusjoner databasen (KUHR).

I overnevnte studie i NHS Talking Therapies-kontekst av Ricard et al. [27], fant de lovende resultater for kostnadseffektivitet målt i kvalitetsjusterte leveår (QALYs) opp mot NICE guidelines-standarder. Resultatene er imidlertid vanskelig å sammenstille med funn fra innværende undersøkelse, blant annet fordi de brukte venteliste-kontroll.

### 5.4 Akseptabilitet av Assistert Selvhjelp

#### 5.4.1 Egnethet og behandlingspreferanse

Som nevnt i innledningen går oppskalering av digitale verktøy i psykologisk behandling tregere enn de digitale mulighetene og det økende evidensgrunnlaget skulle tilsi, både i Norge og andre land, og en rekke implementeringsutfordringer er pekt på [33]. I effektstudier på feltet er det ofte lite informasjon om seleksjonen inn til studien og hva som kjennetegner de som ble vurdert ikke egnede, eller selv ikke ønsket å motta veiledet internettbehandling [32]. For å få bedre kunnskap om hvem veiledet selvhjelp er per tid er et reelt alternativ for innen konteksten av Rask psykisk helsehjelp, ba vi derfor terapeutene om en del bakgrunnsinformasjon om de som ble ekskluderte fra studien og grunner for eksklusjon.

En interessant observasjon var at det var få og små forskjeller mellom deltakerne og ikke-deltakerne på demografiske kjennetegn, som aldersgruppe og utdanningsnivå, og symptomskår ved inntak. Ikke helt uventet var det andelen eldre noe høyere blant ikke-deltakerne. Mer overraskende var det at andelen med høy symptomskår (PHQ og/el GAD >14)

og andelen med høyere utdanning var omtrent like stor blant deltakerne som ikke-deltakerne. Samlet gir dette noe indikasjon på at resultatene i studien er generaliserbare til RPH-målgruppen som helhet. Samtidig er dette nokså grovmaskede sammenligninger. Deltakerne utgjorde bare 24 % av dem som samlet mottok RPH-behandling i studieperioden og det kan være en rekke andre forskjeller i demografiske, kliniske og holdningsmessige kjennetegn mellom deltakerne og ikke deltakerne. Særlig var livskrise-, sorg- eller traume-relatert problematikk oppgitt som grunnlag for eksklusjon, samt ulike kognitive utfordringer eller begrenset datakyndighet som kunne gjøre det vanskelig å følge internettbasert behandling. I sum må man derfor være forsiktig med å generalisere resultatene fra studien til hele RPH-populasjonen.

Videre kom det frem både gjennom informasjon fra inklusjon til studien, rapporterte forventninger blant deltakerne og intervjuene med terapeutene at samtaleterapi fortsatt er det som forventes og foretrekkes av de fleste som søker behandling ved RPH. For eksempel var det 54 % som takket nei til studien fordi de *ikke* ønsket veiledet internettbehandling, mens kun 7 % takket nei fordi de spesifikt *ønsket* denne behandlingsformen. Blant de som deltok, mente 30 % at samtaleterapi ville passe best for dem, mot 17 % som mente veiledet internettbehandling passet best.

Det er verdt å merke at det var stor variasjon mellom de deltakende kommunene både i andelen klienter terapeutene vurderte at veiledet internettbehandling var uegnet for, og andelen klienter som selv ikke ønsket denne behandlingsformen. Noe av dette kan antakelig forklares av variasjon mellom kommunene i målgruppe de tar inn til behandling. Men det gir også indikasjoner på at god og trygg informasjon til klientene kan bidra til at flere tar sjansen på å prøve ut dette behandlingsformatet, som fortsatt er ukjent og uforventet for mange. Terapeutene tematiserte selv i intervjuene at «innsalget» hadde noe å si. Herunder hadde noen gjort seg positive erfaringer med å beskrive mer konkret for klientene hva veiledet internettbehandling går ut på, eller å tilby muligheten til å justere og tilpasse opplegget underveis (se for eksempel 4.2.3). Videre tematiserte en del terapeuter at det kunne være vanskelig å vurdere hvem som skulle tilbys veiledet selvhjelp, at det i stor grad var opp til dem selv å finne tid til å sette seg inn i verktøyene og at opplevd utilstrekkelig kompetanse var en barriere for dem å tilby Assistert Selvhjelp. Det bemerkes at mange av de samme barrierene mot bruk av veiledet selvhjelp ble tematisert i evaluering av de første 12 pilotene ved RPH i 2014-2016 [15]. Både tilgangen til egnede verktøy og bruken av behandlingsformen har økt siden den gang, men varierer fortsatt mye mellom RPH-ene. Bedre forankring på teamnivå, der det etableres felles praksis for bruk og settes av tid til tilstrekkelig opplæring og øvelse, ansees dermed også som en helt sentral faktor for god oppskalering av internettbasert behandling innen RPH.

I intervjuene med terapeutene kom det frem at flere ønsket å tilby Assistert Selvhjelp mer fleksibelt enn måten det ble utført i denne studien. I den ene ytterkanten mente de noen kun hadde behov for å få utdelt kode og mer eller mindre jobbet selvstendig med verktøyene. Andre igjen kunne trenge noe samtaleterapi før de var klare for å gå i gang med verktøyene. I den andre ytterkanten ønsket de for noen å bruke Assistert Selvhjelp som et supplement i ansikt-til-ansikt-terapiforløp. Det er mulig at en slik tilnærming vil kunne bidra til økt bruk av internettbasert behandling. Studier internasjonalt på såkalt «blandet behandling» er lovende [61], men det er behov for å undersøke både kliniske effekter, akseptabilitet og ressursbruk ved en slik tilnærming opp mot «ordinær» internettbasert behandling og individuell ansikt-til-ansikt behandling.

### 5.4.2 *Terapeutisk allianse*

Ei vanlig innvendig mot bruk av internettassistert behandling, er at formatet gjør det vanskelig å ivareta en god terapeutisk relasjon. Overordnet støttes ikke denne bekymringen i datamaterialet i denne studien, der både den terapeut-vurderte og klient-vurderte terapeutiske relasjonen ble funnet tilfredsstillende i begge behandlingsgrupper. Dette funnet er i tråd med oppsummeringer fra andre studier som har undersøkt på klient-terapeut-allianse ved iCBT [62]. I intervjuene med terapeutene uttrykte flere at den terapeutiske alliansen ikke ble opplevd som dårligere når de brukte Assistert Selvhjelp sammenlignet med samtaleterapi, men at den heller utviklet seg på en annen måte (se 4.1.4).

Et interessant funn var at *terapeutene* vurderte alliansen noe bedre i ordinær oppfølging ved RPH-gruppen, mens *klientens* vurdering av alliansen ble ikke funnet underlegen i Assistert Selvhjelps-gruppen sammenlignet med ordinær oppfølging ved RPH-gruppen. Denne diskrepansen mellom terapeut og klient er også funnet i andre studier på feltet, som innen NHS Talking Therapies i England [28]. På lignende måte tematiserte en terapeut som ble intervjuet at selv om hen selv opplever den terapeutiske alliansen som dårligere, så går det ikke nødvendigvis på bekostning av behandlingseffekt: «*Det har kanskje overrasket meg litt, det at vi kanskje ikke nødvendigvis har opparbeidet oss en sånn veldig solid relasjon, eller brukt veldig mye tid på undringsspørsmål. Men så har de jo rapportert kjempebedring gjennom programmet*».

Sammenhengen mellom terapeutisk allianse og behandlingsutfall er ikke undersøkt i inneværende studie. I likhet med studier på psykoterapi generelt, finner også studier på veiledet internetbehandling positiv sammenheng mellom allianse og behandlingsutfall [62,63]. At (god) terapeutstøtte er viktig for behandlingsutfall indikeres også fra det nokså klare funnet fra litteraturen at internettbehandling *med* veiledning er assosiert med bedre behandlingsresultater enn *uten* veiledning [23]. Med andre ord er det å jobbe mot å etablere og holde en god terapeutisk allianse også viktig for dette behandlingsformatet.

### 5.4.3 *Frafall fra behandling*

Det var tendens til noe høyere frafall, både tidlig og senere i terapiforløpet, blant deltakere som fikk Assistert Selvhjelp enn blant dem som mottok ordinær oppfølging ved RPH og ikke-underlegenhet ble ikke påvist. Det vil si at vi ikke med tilstrekkelig sikkerhet kunne utelukke at frafall er vesentlig høyere ved Assistert Selvhjelps-behandlingen sammenlignet med ordinær oppfølging ved RPH. Tendensen er i tråd med funn fra en meta-analyse som sammenlignet effektivitet og frafall i CBT-behandling for depresjon gitt i ulike terapiformat [23]. Selv om veiledet selvhjelp her ble funnet like klinisk effektivt som individuell samtaleterapi, var det høyere sannsynlighet for drop-out underveis i terapien ved veiledet selvhjelp enn både individuell og gruppebasert samtaleterapi, annen omsorg som vanlig-betingelse og venteliste. Studien var ikke designet for å besvare *hvorfor* det er høyere drop-out ved veiledet selvhjelp, men det ble spekulert i om den begrensede kontakten med terapeuten gir en mindre personlig relasjon som kan gi «push» til å fortsette.

## 5.5 **Metodiske betraktninger**

Denne studien har både sterke og svake sider. Viktige sterke sider er forskningsdesignet, bruk av gjentatte målinger, bruk av instrumenter med gode psykometriske egenskaper, samt at både kvantitative og kvalitative metoder ble anvendt til å belyse ulike aspekter ved bruken av

Assistert Selvhjelp som behandlingsform i RPH. At studien ble gjennomført under ordinær drift i RPH-teamene, bidrar til at en i større grad kan generalisere funnene til andre RPH-team.

Studien er også preget av en rekke svakheter. Vi har ikke rekruttert det antallet deltakere som vi i utgangspunktet hadde planlagt for. I kombinasjon med høyere nonrespons på 6-måneders oppfølging, har det ført til lavere statistisk styrke enn ønskelig og begrenset muligheten for undergruppe-analyser. Høyere nonrespons øker også risikoen for skjevhet, selv om resultater fra sensitivitetsanalysene tydet på at disse effektene ikke nødvendigvis trenger å være så store.

Studien ble startet opp midt under koronapandemien, noe som verken var gunstig for implementeringen av Assistert Selvhjelp eller rammen rundt datainnsamlingen. Muligheter for å treffes ansikt-til-ansikt var begrenset under oppstarten og vi slet med å finne et passende opplegg for datainnsamlingen på grunn av kapasitetsproblemer blant mange relevante aktører i Norge. Dette resulterte i et datainnsamlingsystem som var mindre skreddersydd RPH sammenlignet med de forrige evalueringene som ble gjort. Vi kan ikke utelukke at dette har bidratt til økt nonrespons ved oppfølging.

Måten Assistert Selvhjelp ble implementert på kan også ha påvirket resultatene i denne studien. Både opplæringen til bruken av veiledet selvhjelp generelt og opplæringen til bruken av Assistert Selvhjelp spesifikt har vært begrenset. På team- og terapeutnivå ble det oppfordret til at de selv måtte sette seg inn i materialet. Hvor systematisk og i hvilken grad det skjedde varierte fra team til team og fra terapeut til terapeut, basert på inntrykkene fra terapeutintervjuene. Flere terapeuter sa at de av og til har følt seg utrygge og ikke kompetente nok til å bruke Assistert Selvhjelp som behandlingsform. I tillegg rapporterte flere terapeuter en viss skepsis til Assistert Selvhjelp som passende behandling for større eller mindre deler av målgruppen til RPH. Hvorvidt disse faktorene virket inn på resultatene er usikkert, men fra tidligere forskning er det kjent at både implementering og holdninger kan ha effekt på behandlingsresultater [30].

Videre fant vi at bruk av spesifikke terapeutiske teknikker var mindre vanlig blant de som fikk Assistert Selvhjelps-behandlingen enn blant de som fikk ordinær oppfølging ved RPH. Noen teknikker kan være viktig å oppnå ønsket effekt. For eksempel er eksponering en viktig ingrediens for flere former av angstproblematikk. Dette kan derfor være en medvirkende faktor for å forklare den lavere innengruppe-effekt på angst blant de som fikk Assistert Selvhjelp.

At studien ble gjennomført i ordinær praksis, har også mulige negative sider. I en travel hverdag kan det være vanskelig å holde fokus på inklusjon av deltakere, datainnsamlingen, og det studiespesifikke behandlingsopplegget og kan det være lett å falle tilbake til å jobbe på den måten man er vant til. Dette kan påvirke både kvalitet av behandlingen og dataene og på den måten redusere den interne validiteten av studien.

## 5.6 Anbefalinger for videre implementering

Mange terapeuter rapporterte at de hadde begrenset erfaring og kompetanse med veiledet internettbehandling, noe som kan ha bidratt til motstand i bruken. Det er derfor viktig med tilstrekkelig opplæring i RPH-utdanningen, samt at det er muligheter for etterutdanning og veiledning knyttet til veiledet internettbehandling generelt og Assistert Selvhjelp spesifikt. Dette kan hjelpe terapeutene med å utvikle mer selvtillit og trygghet i metoden og vil gjøre det

lettere å anbefale behandlingen til klientene. I denne sammenheng kan det også være viktig å utvikle målrettet informasjon til klientene om hva behandlingen innebærer.

Terapeutene opplevde AS som brukervennlig og effektiv, men det var utfordrende å holde seg oppdatert på innholdet når det er så mange forskjellige moduler. Det kan være hensiktsmessig å ha klare retningslinjer for hvilke moduler som skal brukes på team-nivå, eventuelt at det er noen moduler som brukes til felles og at noen terapeuter spesialiserer seg i enkelt moduler som brukes mindre hyppig.

Selv om kun 24% av behandlede klienter i studieperioden deltok i evalueringen, er potensialet for veiledet internettbehandling som primære behandlingsform i RPH langt større, basert på informasjon presentert i kapittel 3.1 og Appendiks 8.1 anslagsvis minst 50 %. Hvis RPH-behandlingen begrenses til de som faktisk er i målgruppen, vil denne andelen sannsynligvis være betydelig høyere. Økt bruk av veiledet internettbehandling vil igjen gjøre det vesentlig lettere for flere klienter å få tilgang til RPH. I tråd med innspill fra flere terapeuter anbefales det derfor å bruke veiledet internettbehandling som et første behandlingstilbud for de aller fleste som er i målgruppen, med mindre det er faglig grunner (ref. NICE guidelines<sup>7</sup>) for å ikke gjøre det. Dersom behandlingen ikke fungerer for enkelte klienter, bør det være muligheter for å tilby andre behandlingsformer som samtaleterapi eller gruppekurs.

For at veiledet internettbehandling skal bli en integrert del av RPH-tilbudet, er det avgjørende at ledelsen og teamet er enige om bruken av denne behandlingsformen. Ledelsen bør tydelig kommunisere at veiledet internettbehandling skal benyttes i størst mulig grad og det bør dermed ikke være avhengig av enkelte terapeuter. Betydningen av å sette av tid til opplæring, veiledning og kompetansebygging gjentas i denne sammenheng.

## 5.7 Behov for videre forskning

Fremtidig forskning knyttet til Assistert Selvhjelp bør være basert på større utvalg, samt spesifikke analyser for ulike moduler og for ulike former for angst og depresjon, helst basert på randomiserte kontrollerte forsøk som inkluderer et bredest mulig utvalg av RPH-klienter. Nye studier som sammenligner ren bruk av Assistert Selvhjelp med individuell ansikt-til-ansikt terapi er av interesse. I tillegg er det også relevant å prøve ut hvordan en kombinasjon av veiledet internettbehandling og ansikt-til-ansikt terapi (blandet KAT) sammenlignes med ren individuell ansikt-til-ansikt terapi [61]. Blandet terapi kan fjerne noen av de mulige ulempene av veiledet internettbehandling som lavere etterlevelse og høyere frafall, samtidig beholde fordelene knyttet til mer effektiv ressursbruk. Dette imøtekommer også det uttrykte ønske fra flere behandlere om å kunne anvende Assistert Selvhjelp mer fleksibelt. Det kunne også vært spennende å undersøke hvordan en mer stringent stepped care-tilnærming vil være mer effektivt og kostnadseffektivt enn nåværende mixed care-tilnærming. Større studier vil også kunne bidra til å finne ut hvem veiledet internettbehandling fungerer for (moderators) og hvordan det fungerer (mekanismer) [64].

Generelt er det behov for bedre kartlegging innen Rask psykisk helsehjelp om hvordan teamene bruker Assistert Selvhjelp som behandlingsform, hvordan implementeringsform virker inn på klientenes bruk av verktøyene (brukerdata), og hvordan bruksmåte henger

---

<sup>7</sup> <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

sammen med resultatmålinger. Den planlagte nasjonale registreringsordningen for RPH<sup>8</sup> vil være en veldig god plattform for å finne svar på slike problemstillinger.

---

<sup>8</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/rask-psykisk-helsehjelp>

## 6 Konklusjon

I denne studien kunne det ikke med tilstrekkelig statistisk sikkerhet fastslås om Assistert Selvhjelp er minst like effektiv som ordinær oppfølging ved RPH for de primære utfallsmålene angst og depresjon ved 6-måneders oppfølging. Tilsvarende ble funnet for de sekundære utfallsmålene tilfriskningsrate, generell fungering og arbeidsdeltakelse. Assistert Selvhjelp resulterte likevel i klinisk signifikante forbedringer, spesielt for depressive symptomer, og tilfriskningsraten var over 50 %, i tråd med standarder fra det Engelske «NHS Talking Therapies». Videre ble Assistert Selvhjelp funnet minst like effektiv for andre sekundære mål, som livskvalitet, sosial angst, søvnproblemer og fysisk aktivitet.

Terapeutisk allianse i Assistert Selvhjelp ble vurdert som minst like god av klienter, mens terapeutene opplevde en sterkere terapeutisk allianse med klientene i ordinær RPH. Frafallet var noe høyere i Assistert Selvhjelpsgruppen, og ikke-underlegenhet ble ikke påvist. Behandlingen i Assistert Selvhjelp krevde omtrent halvparten så mye terapeuttid som den ordinære RPH-oppfølgingen og terapeutene vurderte verktøyene som brukervennlige. Klientene som mottok Assistert Selvhjelp som behandling var også fornøyde med verktøyene.

Samlet sett gir studien støtte til Assistert Selvhjelp som en del av behandlingstilbudet ved Rask psykisk helsehjelp. Verktøyet kan bidra til å nå flere som sliter med angst og depresjon. Samtidig er det behov for mer forskning for å få sikrere svar på hvordan Assistert Selvhjelp fungerer sammenlignet med det ordinære RPH-tilbudet. Spesielt med tanke på angstproblematikk er det viktig at det sikres at behandlingen med bruk av Assistert Selvhjelp gir tilsvarende gode resultater som det øvrige, ordinære RPH-tilbudet. En helhetlig kostnadsnytte analyse basert på objektive registerdata er også ønskelig. For god oppskalering av veiledet internettbehandling i Rask psykisk helsehjelp er forankring på alle nivå et kjerneelement. Herunder er det viktig å sikre at terapeutene får tilstrekkelig opplæring og trening i å gi veiledet internettbehandling, samt å forske videre på både hvordan man kan forbedre digitale verktøy i enda større grad og hvordan denne behandlingsformen best kan integreres som en del av tjenesten.

## 7 Referanser

- [1] Tesli M, Kirkøyen B, Handal M, et al. Psykiske lidelser og plager hos voksne. 2023. In: Folkehelse rapporten [Internet]. Folkehelseinstituttet.
- [2] GBD. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204-1222.
- [3] Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries [10.1192/bjp.bp.116.188078]. *The British Journal of Psychiatry*. 2017;210(2):119.
- [4] Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S, et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety*. 2018;35(3):195-208.
- [5] NOU 2023:4. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Oslo 2023.
- [6] Ose SO, Kaspersen S. Kommunalpsykisk helse- og rusarbeid 2023: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. IS-24/8. SINTEF; 2023.
- [7] Cuijpers P, Karyotaki E, de Wit L, et al. The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: a meta-analytic review. *Psychotherapy research*. 2020;30(3):279-293.
- [8] McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, et al. Patient Preference for Psychological vs Pharmacologic Treatment of Psychiatric Disorders: A Meta-Analytic Review. *J Clin Psychiatry*. 2013 Jun;74(6):595-602.
- [9] Nordgreen T, Gjestad R, Andersson G, et al. The effectiveness of guided internet-based cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder in a routine care setting. *Internet Interventions*. 2018 2018/09/01/;13:24-29.
- [10] Nordgreen T, Blom K, Andersson G, et al. Effectiveness of guided internet-delivered treatment for major depression in routine mental healthcare-an open study. *Internet interventions*. 2019;18:100274.
- [11] Nordgreen T, Gjestad R, Andersson G, et al. The implementation of guided Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in a routine-care setting: effectiveness and implementation efforts. *Cogn Behav Ther*. 2018;47(1):62-75.
- [12] Hagatun S, Vedaa Ø, Nordgreen T, et al. The Short-Term Efficacy of an Unguided Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia: A Randomized Controlled Trial With a Six-Month Nonrandomized Follow-Up. *Behav Sleep Med*. 2019 2019/03/04;17(2):137-155.
- [13] Smoktunowicz E, Barak A, Andersson G, et al. Consensus statement on the problem of terminology in psychological interventions using the internet or digital components. *Internet Interventions*. 2020 2020/09/01/;21:100331.
- [14] Johnsen HM, Haddeland K. User evaluation of a therapist-guided internet-delivered treatment program for anxiety disorders: A qualitative study. *Internet Interventions*. 2021;25:100389.
- [15] Smith OR, Alves DE, Knapstad M. Rask Psykisk Helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge. [Prompt Mental Health Care: Evaluation of the first 12 pilot sites in Norway]. Oslo: Norwegian Institute of Public Health; 2016.
- [16] Knapstad M, Nordgreen T, Smith ORF. Prompt mental health care, the Norwegian version of IAPT: clinical outcomes and predictors of change in a multicenter cohort study. *BMC Psychiatry*. 2018 2018/08/16;18(1):260.
- [17] Sæther SMM, Knapstad M, Grey N, et al. Twelve months post-treatment results from the Norwegian version of Improving Access to Psychological Therapies. *Front Psychol*. 2019;10(2303).



- [18] Sæther SMM, Knapstad M, Grey N, et al. Long-term outcomes of Prompt Mental Health Care: A randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* 2020;135.
- [19] Knapstad M, Lervik LV, Sæther SMM, et al. Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom.* 2020;89(2):90-105.
- [20] Smith ORF, Sæther SMM, Haug E, et al. Long-term outcomes at 24- and 36-month follow-up in the intervention arm of the randomized controlled trial of Prompt Mental Health Care. *BMC Psychiatry.* 2022 2022/09/09;22(1):598.
- [21] Eilert N, Enrique A, Wogan R, et al. The effectiveness of Internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: An updated systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety.* 2021;38(2):196-219.
- [22] Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, et al. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Mar 12;3(3):Cd011565.
- [23] Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, et al. Effectiveness and Acceptability of Cognitive Behavior Therapy Delivery Formats in Adults With Depression: A Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2019 Jul 1;76(7):700-707.
- [24] Karyotaki E, Efthimiou O, Miguel C, et al. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression: A Systematic Review and Individual Patient Data Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2021 Apr 1;78(4):361-371.
- [25] Hedman-Lagerlöf E, Carlbring P, Svärdman F, et al. Therapist-supported Internet-based cognitive behaviour therapy yields similar effects as face-to-face therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry.* 2023;22(2):305-314.
- [26] Andersson G, Carlbring P, Titov N, et al. Internet Interventions for Adults with Anxiety and Mood Disorders: A Narrative Umbrella Review of Recent Meta-Analyses. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 2019 2019/07/01;64(7):465-470.
- [27] Richards D, Enrique A, Eilert N, et al. A pragmatic randomized waitlist-controlled effectiveness and cost-effectiveness trial of digital interventions for depression and anxiety. *NPJ Digit Med.* 2020;3:85.
- [28] Clark DM, Wild J, Warnock-Parkes E, et al. More than doubling the clinical benefit of each hour of therapist time: a randomised controlled trial of internet cognitive therapy for social anxiety disorder. *Psychol Med.* 2023;53(11):5022-5032.
- [29] Apolinário-Hagen J, Kemper J, Stürmer C. Public acceptability of e-mental health treatment services for psychological problems: a scoping review. *JMIR mental health.* 2017;4(2):e6186.
- [30] Romijn G, Batelaan N, Kok R, et al. Internet-delivered cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in open community versus clinical service recruitment: meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2019;21(4):e11706.
- [31] Wells MJ, Owen JJ, McCray LW, et al. Computer-assisted cognitive-behavior therapy for depression in primary care: systematic review and meta-analysis. *The primary care companion for CNS disorders.* 2018;20(2):24454.
- [32] Etzelmüller A, Vis C, Karyotaki E, et al. Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Routine Care for Adults in Treatment for Depression and Anxiety: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res.* 2020 Aug 31;22(8):e18100.
- [33] Vis C, Mol M, Kleiboer A, et al. Improving implementation of eMental health for mood disorders in routine practice: systematic review of barriers and facilitating factors. *JMIR mental health.* 2018;5(1):e9769.
- [34] Van Ballegooijen W, Cuijpers P, Van Straten A, et al. Adherence to Internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: a meta-analysis. *PLoS One.* 2014;9(7):e100674.

- [35] Pihlaja S, Stenberg J-H, Joutsenniemi K, et al. Therapeutic alliance in guided internet therapy programs for depression and anxiety disorders—a systematic review. *Internet interventions*. 2018;11:1-10.
- [36] van Lotringen CM, Jeken L, Westerhof GJ, et al. Responsible relations: a systematic scoping review of the therapeutic alliance in text-based digital psychotherapy. *Frontiers in Digital Health*. 2021;3:689750.
- [37] Clark DM, Layard R, Smithies R, et al. Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behav Res Ther*. 2009 Nov;47(11):910-920.
- [38] Mundt JC, Marks IM, Shear MK, et al. The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry*. 2002;180(5):461-464.
- [39] Rabin R, Charro Fd. EQ-SD: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med*. 2001;33(5):337-343.
- [40] Sobocki P, Ekman M, Ågren H, et al. Health-related quality of life measured with EQ-5D in patients treated for depression in primary care. *Value Health*. 2007;10(2):153-160.
- [41] Tennant R, Hiller L, Fishwick R, et al. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health Qual Life Outcomes*. 2007 Nov 27;5:63.
- [42] Stewart-Brown S, Tennant A, Tennant R, et al. Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:15.
- [43] Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, et al. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;176(4):379-386.
- [44] Antony MM, Coons MJ, McCabe RE, et al. Psychometric properties of the social phobia inventory: Further evaluation. *Behav Res Ther*. 2006;44(8):1177-1185.
- [45] Johnson SU, Hoffart A, Nordahl HM, et al. Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*. 2017 2017/08/01/;50:103-112.
- [46] Sunderland M, Batterham PJ, Calear AL, et al. The development and validation of static and adaptive screeners to measure the severity of panic disorder, social anxiety disorder, and obsessive compulsive disorder. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2017;26(4):e1561.
- [47] Batterham PJ, Mackinnon AJ, Christensen H. The panic disorder screener (PADIS): Development of an accurate and brief population screening tool. *Psychiatry Res*. 2015 2015/07/30/;228(1):72-76.
- [48] Pallesen S, Bjorvatn B, Nordhus IH, et al. A new scale for measuring insomnia: the Bergen Insomnia Scale. *Percept Mot Skills*. 2008 Dec;107(3):691-706.
- [49] Kurtze N, Rangul V, Hustvedt B-E, et al. Reliability and validity of self-reported physical activity in the Nord-Trøndelag Health Study — HUNT 1. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2008 2008/01/01/;36(1):52-61.
- [50] Lee PH, Macfarlane DJ, Lam TH, et al. Validity of the international physical activity questionnaire short form (IPAQ-SF): A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2011 2011/10/21;8(1):115.
- [51] Bickman L, Athay MM, Riemer M, et al., editors. *Manual of the Peabody Treatment Progress Battery*. 2nd ed. Nashville, TN: Vanderbilt University; 2010.
- [52] Driessen E, Van HL, Don FJ, et al. The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *Am J Psychiatry*. 2013;170(9):1041-1050.
- [53] Chen FF. Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*. 2007;14(3):464-504.

- [54] Enders CK. *Applied Missing Data Analysis*. New York: The Guilford Press; 2010.
- [55] Schumi J, Wittes JT. Through the looking glass: understanding non-inferiority. *Trials*. 2011;12:1-12.
- [56] Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*. 2019 2019/08/08;11(4):589-597.
- [57] Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. 2006;3(2):77-101.
- [58] O’Kearney R, Kim S, Dawson RL, et al. Are claims of non-inferiority of internet and computer-based cognitive-behavioural therapy compared with in-person cognitive-behavioural therapy for adults with anxiety disorders supported by the evidence from head-to-head randomised controlled trials? A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2019;53(9):851-865.
- [59] Carlbring P, Andersson G, Cuijpers P, et al. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther*. 2018 2018/01/02;47(1):1-18.
- [60] Morrison N. Group cognitive therapy: Treatment of choice or sub-optimal option? *Behav Cogn Psychother*. 2001;29(3):311-332.
- [61] Erbe D, Eichert H-C, Riper H, et al. Blending face-to-face and internet-based interventions for the treatment of mental disorders in adults: systematic review. *J Med Internet Res*. 2017;19(9):e306.
- [62] Pihlaja S, Stenberg JH, Joutsenniemi K, et al. Therapeutic alliance in guided internet therapy programs for depression and anxiety disorders - A systematic review. *Internet Interv*. 2018 Mar;11:1-10.
- [63] van Lotringen CM, Jeken L, Westerhof GJ, et al. Responsible Relations: A Systematic Scoping Review of the Therapeutic Alliance in Text-Based Digital Psychotherapy. *Front Digit Health*. 2021;3:689750.
- [64] Reins JA, Buntrock C, Zimmermann J, et al. Efficacy and moderators of internet-based interventions in adults with subthreshold depression: an individual participant data meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychother Psychosom*. 2021;90(2):94-106.

## 8 Appendiks

### 8.1 Eksklusjonsgrunner og sammenstilling mellom inkluderte og ekskluderte

#### 8.1.1 Eksklusjonstype og eksklusjonsgrunn

Det å se på grunner til ikke å ville delta i studien, samt kjennetegn ved dem som mottok RPH-tilbud, men ble vurdert ikke å oppfylle inklusjonskriteriene til studien, kan bidra til å gi et bilde av hvem og hvor stor andel av RPH-brukerne veiledet internettbehandling per tid ikke er et reelt til tilbud for.

##### 8.1.1.1 Hovedgrunn til ikke å oppfylle inklusjons-/eksklusjonskriteriene

Tabell A1 gir en oversikt over terapeutenes vurdering av hovedgrunn til at klienter ikke oppfylte inklusjonskriteriene til studien. En rekke forskjellige grunner ble oppgitt. Nederst i tabellen er de ulike grunnene slått sammen til fem samlekategorier; «for mild» problematikk, «for alvorlig» problematikk, studiespesifikke årsaker, «Assistert Selvhjelp vurdert som uegnet», og «annet». Tabellen viser først eksklusjonsfordelingen blant alle ekskluderte og deretter blant dem som mottok behandling ved RPH. Førstnevnte gir et overordnet bilde av bredden av personer og problematikk som RPH-ene møter ved inntak. For inneværende studie er sistnevnte det mest relevante og vil beskrives nærmere i det følgende.

Blant de som mottok RPH, ble vel halvparten (55,3 %) ekskluderte av «studiespesifikke årsaker». Med dette menes at de passet innen RPH-målgruppen, men falt utenfor de spesifikke inklusjonskriteriene satt for studien. Herunder var den vanligste enkeltårsaken de skulle delta på spesifikke kurs (18,7 %). Det var avklart med forskerne at en unntaksvis kunne gjøre dette for å fylle opp kurs lokalt.

For 14,8 % av dem som fikk RPH ble det vurdert Assistert Selvhjelp ville være uegnet behandlingstilbud. Vanlige oppgitte begrunnelser var her var både knyttet til problemene det ble søkt hjelp for (livskrise-, sorg- eller traume-relatert) og ulike kognitive utfordringer eller begrenset datakyndighet som ville gjøre det vanskelig å følge et nettbasert behandlingsprogram.

Utover dette fordelte de ekskluderte som fikk RPH seg nokså jevnt mellom og det å ha «mildere» problematikk (12,1 %) eller mer alvorlig problematikk (12,5 %) enn RPH-målgruppen. Vi har ikke informasjon om omfanget av oppfølging disse mottok (om det var enkelte støtte/avklarings-samtaler eller hele forløp).

**Tabell A1. Hovedgrunn til ikke å oppfylle inklusjons-/eksklusjonskriteriene, totalt og blant dem som mottok RPH.**

<i>Hovedgrunn til eksklusjon</i>	Alle ekskluderte (n=1067)		Ekskluderte som mottok RPH (n=593)	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ingen/for lite symptomer på angst / depresjon <sup>1</sup>	74	6,9	29	4,9
Livets normale problemer <sup>1</sup>	90	8,4	43	7,3
Alvorlig depresjon <sup>2</sup>	69	6,5	23	3,9
Psykose <sup>2</sup>	4	0,4	0	0
Bipolar lidelse <sup>2</sup>	17	1,6	3	0,5
Personlighetsforstyrrelse <sup>2</sup>	22	2,1	6	1,0
Rusproblemer <sup>2</sup>	22	2,1	5	0,8
Selvmondsrisiko <sup>2</sup>	22	2,1	4	0,7
Utilstrekkelig norsk/engelsk-kunnskaper <sup>3</sup>	49	4,6	46	7,8
Feil aldersgruppe (<18 år) <sup>3</sup>	21	2,0	15	2,5
Ikke internettilgang/utilstrekkelig digital kompetanse <sup>4</sup>	22	2,1	20	3,4
Gjennomgått minst to behandlinger uten effekt for nåværende plager <sup>3</sup>	83	7,8	46	7,8
Alvorlige fysiske helseplager som primære problem <sup>3</sup>	43	4,0	26	4,4
Skal delta i et spesifikk kurs og kan derfor ikke randomiseres (f.eks. søvnkurset Stå opp) <sup>3</sup>	127	11,9	111	18,7
Tidligere hatt behandling i RPH og trenger kun litt ekstra oppfølging <sup>3</sup>	69	6,5	64	10,8
Annen grunn <sup>4</sup>	333	31,2	152	25,6
2.linjeproblematikk– viderehenvisning vurderes <sup>2</sup>	93	8,7	33	5,6
Livskrise, sorg, traume-relatert <sup>4</sup>	60	5,6	42	7,1
Annen kommunal tjeneste -viderehenvisning <sup>3</sup>	31	2,9	0	0
Bor i annen kommune <sup>3</sup>	25	2,3	0	0
Assistert Selvhjelp vurdert mest egnet <sup>3</sup>	17	1,6	11	1,9
Kognitive utfordringer – AS vurdert uegnet <sup>4</sup>	15	1,4	12	2,0
Sammensatt problematikk – AS vurdert uegnet <sup>4</sup>	14	1,3	11	2,5
Utmattelsesproblematikk <sup>5</sup>	18	1,7	15	1,9
Diverse rest <sup>5</sup>	60	5,6	28	4,7
<b>Samlet</b>	<b>1067</b>	<b>100</b>	<b>593</b>	<b>100</b>
Hovedgrunn til eksklusjon – grupper av overnevnte				
<sup>1</sup> Mild problematikk	164	15,4	72	12,1
<sup>2</sup> Alvorlig problematikk	249	23,3	74	12,5
<sup>3</sup> Studiespesifikk eksklusjonsgrunn	465	43,6	319	55,8
<sup>4</sup> AS vurdert uegnet	114	10,7	88	14,8
<sup>5</sup> Annet rest	78	7,3	43	7,3

Notat: Grunner med suffiks <sup>1</sup> kategorisert som «for» mild, <sup>2</sup> kategorisert som «for» alvorlig for RPH, <sup>3</sup> kategorisert som studiespesifikk grunn til eksklusjon, <sup>4</sup> kategorisert som a Assistert Selvhjelp ble vurdert uegnet utover at problematikken var for mild eller alvorlig, og <sup>5</sup> kategorisert som restkategori (herunder f.eks. oppfølging som pårørende, at klienten skulle ha annen oppfølging, som meta-kognitiv behandling)

### 8.1.1.2 Hovedgrunn til ikke å ville delta i studien

Av de 1077 personene som oppfylte inklusjonskriteriene, takket 674 nei til å delta i studien. Vel halvparten av disse (53,6 %), begrunnet dette med at de ikke ønsket å bli randomisert til Assistert Selvhjelp. Denne andelen varierte fra mye mellom pilotstedene (25 % - 67 %). En mindre andel (7,0 %) ønsket *bare* Assistert Selvhjelp. En firedel (25,4 %) oppgav ikke å ha interesse eller kapasitet for delta i studien (tabell A2).

**Tabell A2. Hovedgrunn til ikke å ville delta i studien.**

<i>Begrunnelse</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>
Ikke kapasitet eller interesse for studiedeltakelse	171	25,4
Ønsket ikke Assistert Selvhjelp	362	53,7
Ønsket bare Assistert Selvhjelp	47	7,0
Assistert Selvhjelp vurdert uegnet*	43	6,4
Skulle delta på kurs eller andre praktiske hensyn	14	2,1
Vet ikke	37	5,5
<b>Totalt</b>	<b>674</b>	<b>100</b>

\*Det er en del overlapp i begrunnelser for eksklusjon mellom denne gruppen og de som ble vurdert ekskludert grunnet «utilstrekkelig digital kompetanse», «utilstrekkelige norskkunnskaper» og «annet» (herunder f.eks. dysleksi, konsentrasjonsvansker, pårørendesamtale, sammensatt). Disse er likevel plassert i gruppen som selv takket nei til å delta, siden terapeutene har registrert dette som overordnet eksklusjonsgrunn.

### 8.1.2 Sammenligning mellom studiedeltakerne og øvrige RPH-klienter

Som omtalt i introduksjonskapittelet er det ofte uklart i forskningsstudier på feltet i hvilken grad studiedeltakerne er representative for målgruppen som helhet. For å få mer kunnskap om dette, ble det samlet inn informasjon om enkelte demografiske kjennetegn og PHQ/GAD-skår for alle som var til vurdering i studien. Det er også interessant å sammenligne deltakerne med dem som deltok i RCT-studien i RPH i Kristiansand og Sandnes, da den forrige studien hadde en svært høy deltakerrate (92,7 %).

Overordnet var det relativt beskjedne forskjeller i demografiske kjennetegn og symptomskår ved inntak mellom deltakerne og øvrige RPH-klienter under studieperioden (se tabell A3). Den største forskjellen var andelen over 60 år, som var tydelig lavere blant deltakerne (2,5 %) enn øvrige RPH-klienter, både blant dem som oppfylte inklusjonskriteriene (9,1 %) og dem som ikke oppfylte inklusjonskriteriene (9,7 %). Utover dette var deltakerne og øvrige RPH-klienter så å si likt fordelt på demografiske variabler. Andel kvinner (69,2 % vs. 69,2 %), andel under 30 år (34,0 % vs. 32,8 %), andel med høyere utdanning (41,4 % vs. 42,0 %), og andel med PHQ og/eller GAD-skår over 14 (45,2 % vs. 45,2 %).

**Tabell A3. Kjennetegn ved studiedeltakerne, øvrige RPH-klienter under studieperioden og deltakerne i den forrige RCT-studien i RPH-setting (Kristiansand og Sandnes 2016-17).**

	<b>Deltakere</b>	<b>Fylte inkl.-kriteriene, men ønsket ikke delta i studien</b>	<b>Fylte ikke inkl.-kriteriene, men fikk behandling</b>	<b>Samlet: Fikk RPH, men var ikke med i studien</b>	<b>Deltakere i RCT-studien i RPH Kristiansand og Sandnes (2016-17)</b>
	<b>(n=403)</b>	<b>(n=674)</b>	<b>(n=593)</b>	<b>(n=1267)</b>	<b>(n=770)</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Kvinne	69,2	68,3	70,1	69,2	66,0
Aldersgruppe					
Under 30	34,0	34,0	31,4	32,8	40,0
30-60	63,5	56,9	58,9	57,9	56,2
Over 60	2,5	9,1	9,7	9,4	3,8
Høyere utdanning	41,4	42,7	41,1	42,0	45,2
PHQ/GAD-skår					
PHQ og GAD < 10	18,5	22,0	27,4	24,3	14,2
PHQ el GAD 10-14	36,3	31,9	28,5	30,5	34,5
PHQ og/el GAD >14	45,2	46,0	44,1	45,2	51,3

Det var også relativt liten forskjell i andel med lav skår på PHQ og GAD (<10) mellom deltakerne (18,5 %) og de som fylte inklusjonskriteriene, men ikke ønsket å delta (22,0 %). Noe uventet var denne andelen derimot klart høyere blant de som *ikke* fylte inklusjonskriteriene, men likevel mottok RPH-tilbud (27,4 %).

Sammenlignet med deltakerne i den forrige RCT-en i Kristiansand og Sandnes var det små forskjeller i andel kvinner og aldersgruppedeling. Kanskje overraskende var andelen med høyere utdanning svakt høyere i Kristiansand/Sandnes-studien (45,2 % vs. 41,4 %). Dette speiler muligens at disse kommunene generelt har en høyere andel med høyere utdanning, mer enn at det er en indikasjon på ulik seleksjon inn i studien. Vel så interessant var at andelen med høy skår på PHQ/GAD var noe høyere blant deltakerne i forrige RCT enn inneværende (51,3 % vs. 45,2 %).

**Tabell A4. Kjennetegn ved RPH-klienter som ikke ønsket å delta i studien, selv om de oppfylte inklusjonskriteriene.**

	Deltakere	Ikke-deltakere			
		Ønsket ikke Assistert Selvhjelp	Ikke kapasitet / interesse for studie-deltakelse	Assistert Selvhjelp vurdert som uegnet tilbud	Ønsket bare Assistert Selvhjelp
	n=403 %	n=362 %	n=171 %	n=43 %	n=47 %
Kvinne	69,2	68,1	71,2	62,8	70,2
Aldersgruppe					
Under 30	34,0	31,5	35,3	30,2	45,7
30-60	63,5	58,8	57,1	53,5	50,0
Over 60	2,5	9,7	7,7	16,3	4,4
Høyere utdanning	41,4	46,8	40,4	19,4	58,3
PHQ/GAD-skår					
PHQ og GAD < 10	18,5	21,8	17,3	27,3	35,5
PHQ el GAD 10-14	36,3	31,0	36,7	30,3	22,6
PHQ og/el GAD >14	45,2	47,2	46,0	42,4	41,9

Det var også stort sett små eller ingen forskjeller i observerte kjennetegn mellom deltakere og ikke-deltakerne blant dem som oppfylte inklusjonskriteriene (tabell A4). Den tydeligste forskjellen kunne sees for utdanningsnivå, der andelen med høyere utdanning var klart *lavere* blant dem der Assistert Selvhjelp ble vurdert uegnet (19,4 %) og *høyere* blant dem som bare



ønsket Assistert Selvhjelp (58,3 %) enn andelen blant deltakerne (41,4 %). Andelen over 60 år var også klart høyere blant ikke-deltakerne enn deltakerne i alle undergrupper, utenom blant dem som bare ønsket Assistert Selvhjelp (se tabell A4).

Samlet sett kan man konkludere at andel RPH-klienter som Assistert Selvhjelp kunne vært aktuelt for er minst 50 % av de som mottok behandlingen under studieperioden (N=1670). Av disse deltok 403 i studien, mens 171 ikke deltok på grunn av manglende interesse for studien, 47 ønsket kun Assistert Selvhjelp, 14 skulle delta på kurs. Av de som ikke oppfylte inklusjonskriteriene var det 72 med mild problematikk, og 111 som skulle delta på kurs. Det er rimelig å anta at Assistert Selvhjelp kunne vært aktuelt for alle disse klientene ( $818/1670 * 100 = 49\%$ ). Andelen kunne sannsynligvis vært enda høyere med bedre innsalg av Assistert Selvhjelp som behandling og ved å begrense RPH-tilbudet til de som faktisk er i målgruppen.

## 8.2 Tabeller etter pilotkommune

Det var for det meste relativt små forskjeller mellom pilotkommunene både i demografiske kjennetegn (tabell A5) og symptomer, hjelpsøking og medisinbruk ved behandlingsstart (tabell A6). Gjennomsnittsalderen blant deltakerne var noe lavere i Sandnes (33,2 år) enn i Modum (39,7 år) og Notodden (39,2 år). Karmøy merket seg ut med en høyere andel med ansvar for barn under 7 år (43,4 %) enn blant deltakerne i de øvrige kommunene (21,3-29,3 %).

Tabell A5. Demografiske kjennetegn blant deltakere etter pilotkommune.

	Samlet (n=390)	Fosen (n=93)	Karmøy (n=78)	Modum (n=41)	Notodden (n=47)	Sandnes (n=62)	Vestvågøy (n=69)
<i>Variabel</i>	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Kjønn (Kvinne)	69,0 (269)	72,0 (67)	70,5 (55)	70,7 (29)	70,2 (34)	62,9 (39)	66,7 (46)
Aldersgruppe							
18-29	33,9 (132)	37,6 (35)	28,2 (22)	17,1 (7)	36,2 (17)	37,1 (23)	40,6 (28)
30-49	44,9 (201)	44,1 (41)	62,8 (49)	65,9 (27)	36,2 (17)	58,1 (36)	44,9 (31)
50 år og eldre	14,6 (57)	18,3 (17)	9,0 (7)	17,1 (7)	27,7 (13)	4,8 (3)	14,5 (10)
Utdanningsnivå							
Grunnskole	8,5 (32)	4,5 (4)	6,6 (5)	12,2 (5)	8,5 (4)	9,7 (6)	12,7 (8)
VGS	49,5 (187)	53,9 (48)	53,9 (41)	26,8 (11)	44,7 (21)	51,6 (32)	54,0 (34)
Universitet/høgskole	42,5 (159)	41,6 (37)	39,5 (30)	61,0 (25)	46,8 (22)	38,7 (24)	33,3 (21)
Gift/samboer/kjæreste (Ja)	75,5 (283)	71,9 (64)	86,7 (65)	73,2 (30)	70,2 (33)	76,7 (46)	71,4 (45)
Ansvar for barn <7 år (Ja)	29,4 (111)	25,8 (23)	43,4 (33)	29,3 (12)	21,3 (10)	25,8 (16)	27,0 (17)
Innvandrerbakgrunn (Ja)	5,3 (20)	3,4 (3)	4,0 (3)	4,9 (2)	6,4 (3)	8,1 (5)	6,4 (4)
Arbeidsstatus							
Ikke i jobb	14,9 (58)	14,6 (13)	13,2 (10)	14,6 (6)	19,1 (9)	16,1 (10)	15,9 (10)
I jobb, sykmeldt	42,1 (164)	47,2 (42)	40,8 (31)	58,5 (24)	36,2 (17)	37,1 (23)	42,9 (27)
I jobb, ikke sykmeldt	40,0 (156)	38,2 (34)	46,0 (35)	26,8 (11)	44,7 (21)	46,8 (29)	41,3 (26)
Økonomiske vansker (Av og til- ofte)	17,9 (27)	18,0 (16)	18,4 (14)	29,3 (12)	25,5 (12)	22,6 (14)	15,9 (10)

Merk: På variablene utenom alder og kjønn manglet det data på 12-15 personer. Disse er holdt utenfor i prosentfordelingene der data mangler.

**Tabell A6. Symptomer, hjelpsøking og medisinbruk ved behandlingsstart basert på spørreskjemadata etter kommune.**

	<b>Fosen DMS</b> <i>Gjennomsnitt</i> <i>(95 % KI)</i>	<b>Karmøy</b> <i>Gjennomsnitt</i> <i>(95 % KI)</i>	<b>Modum</b> <i>Gjennomsnitt</i> <i>(95 % KI)</i>	<b>Notodden</b> <i>Gjennomsnitt</i> <i>(95 % KI)</i>	<b>Sandnes</b> <i>Gjennomsnitt</i> <i>(95 % KI)</i>	<b>Vestvågøy</b> <i>Gjennomsnitt</i> <i>(95 % KI)</i>
Depresjon (PHQ-9)	13,8 (12,9-14,7)	13,0 (12,0-14,1)	13,1 (11,8-14,4)	13,7 (12,1-15,2)	13,5 (12,5-14,5)	13,2 (11,9-14,5)
Angst (GAD-7)	10,8 (9,8-11,8)	10,4 (9,4-11,5)	10,1 (8,7-11,5)	10,6 (9,3-11,9)	10,9 (9,9-12,0)	10,6 (9,4-11,8)
Sosial angst (SPIN)	13,1 (11,4-14,7)	11,9 (10,3-13,5)	12,3 (9,8-14,8)	13,3 (11,1-15,5)	11,4 (9,7-13,0)	13,3 (11,5-15,1)
Generell fungering (WSAS)	21,7 (20,1-23,3)	18,9 (17,2-20,7)	20,6 (18,2-23,0)	18,3 (15,9-20,7)	19,8 (18,0-21,6)	18,2 (16,2-20,3)
	<i>Prosentandel</i> <i>(95 % KI)</i>	<i>Prosentandel</i> <i>(95 % KI)</i>	<i>Prosentandel</i> <i>(95 % KI)</i>	<i>Prosentandel</i> <i>(95 % KI)</i>	<i>Prosentandel</i> <i>(95 % KI)</i>	<i>Prosentandel</i> <i>(95 % KI)</i>
Caseness depresjon eller angst	84,3 (76,7-91,8)	85,5 (77,6-93,4)	92,7 (84,7-100)	85,1 (74,9-95,3)	90,3 (83,0-97,7)	84,1 (75,1-93,2)
Insomni	27,0 (17,7-36,2)	34,2 (23,5-44,9)	29,3 (15,3-43,2)	40,4 (26,4-54,5)	35,5 (23,6-47,4)	40,3 (28,1-52,5)
Hovedproblem: Angst	14,3 (7,7-23,0)	23,4 (14,3-33,8)	33,3 (18,2-48,5)	27,5 (15,0-42,5)	24,6 (14,0-35,1)	22,2 (12,7-33,3)
Hovedproblem: Depresjon	71,4 (61,5-80,2)	49,4 (39,0-59,7)	51,5 (36,4-66,7)	32,5 (17,5-47,5)	50,9 (38,6-63,2)	42,9 (30,2-55,6)
Hovedproblem: Angst og depresjon	14,3 (6,6-22,0)	27,3 (18,2-36,4)	15,2 (3,0-27,3)	40,0 (25,0-57,5)	24,6 (14,0-36,8)	34,9 (23,8-46,0)
Varighet symptomer ≥ 6 måneder	75,0 (66,0-84,0)	75,7 (65,9-85,5)	80,0 (67,6-92,4)	83,0 (72,2-93,7)	79,0 (68,9-89,2)	77,4 (67,0-87,8)
Varighet nåværende symptomtrykk ≥ 6 mnd.	33,0 (23,1-42,8)	48,0 (36,7-59,3)	36,6 (21,8-51,3)	39,1 (25,0-53,2)	50,0 (37,6-62,4)	46,8 (34,4-59,2)
Søkt hjelp hos fastlege eller andre instanser	39,8 (29,5-50,0)	53,3 (42,0-64,6)	34,1 (19,6-48,7)	40,4 (26,4-54,5)	59,7 (47,5-71,9)	32,3 (20,6-43,9)
Beroligende medisin, ukentlig	4,5 (-0,5-9,4)	7,7 (0,4-14,9)	0	9,4 (-0,7-19,5)	7,7 (0,4-14,9)	4,1 (-1,5-9,6)
Medisin mot depresjon, daglig	7,4 (1,1-13,6)	7,5 (0,4-14,7)	15,6 (3,0-28,2)	6,7 (-2,3-15,6)	21,8 (10,9-32,7)	6,2 (-0,6-13,1)
Sovemedisin, ukentlig	10,0 (3,0-17,0)	7,7 (0,4-14,9)	9,7 (-0,7-20,1)	0	24,1 (12,7-35,5)	2,0 (-1,9-6,0)

**Tabell A7. Ordinær oppfølging ved RPH-gruppen:  
Gjennomsnittlig prosentvis fordeling av sesjonstype og sesjonsformat per kommune.**

	Fosen n=41 <i>Gj.snitt</i>	Karmøy n=30 <i>Gj.snitt</i>	Modum n=27 <i>Gj.snitt</i>	Notodden n=17 <i>Gj.snitt</i>	Sandnes n=33 <i>Gj.snitt</i>	Vestvågøy n=43 <i>Gj.snitt</i>
<u>Sesjonstype:</u>						
Assistert Selvhjelp	8,3	6,1	3,7	0,7	2,9	4,7
Annen VS*	17,8	5,6	0	2,0	0	0
Kurs	0	0	25,6	0	4,3	34,1
Samtaleterapi	73,8	88,3	70,7	97,4	92,8	61,3
<u>Sesjons-format:</u>						
Fysisk oppmøte	90,7	86,1	93,6	95,4	94,1	92,6
Telefon	8,2	13,9	6,4	4,6	2,9	4,7
Digitalt	1,1	0	0	0	3,0	2,7

\*VS=veiledet selvhjelp

**Tabell A8. Assistert Selvhjelp-gruppen:  
Gjennomsnittlig prosentvis fordeling av sesjonstype og sesjonsformat, per kommune.**

	Fosen n=20 <i>Gj.snitt</i>	Karmøy n=36 <i>Gj.snitt</i>	Modum n=14 <i>Gj.snitt</i>	Notodden n=17 <i>Gj.snitt</i>	Sandnes n=20 <i>Gj.snitt</i>	Vestvågøy n=19 <i>Gj.snitt</i>
<u>Sesjonstype:</u>						
Assistert Selvhjelp	70,7	97,2	97,0	87,5	96,5	92,1
Annen VS	2,7	0,9	0	0,7	1,0	0
Kurs	0	0	0	0	0	0
Samtaleterapi	26,7	1,9	3,0	11,8	2,5	7,9
<u>Sesjons-format:</u>						
Fysisk oppmøte	39,5	8,3	31,9	20,1	28,1	40,2
Telefon	60,5	91,7	68,1	79,9	71,9	59,8
Digitalt	0	0	0	0	0	0

\*VS=veiledet selvhjelp

### 8.3 Grunner til å søke hjelp, opplevde årsaker til problemene, og tidligere behandlinger

Tabell A9 viser klientrapportert opplevd hovedproblem og tabell A10 opplevd årsak til plagene det søkes hjelp for. Deltakerne kunne hake av en eller flere av en liste med problemer og opplevde problemårsaker. Nesten alle (96 %) oppgav mer enn ett problem og over halvparten (57 %) hadde huket av for mer enn fem. Likeså oppgav de fleste (82 %) mer en opplevd årsak og vel 1 av 3 (35 %) oppgav mer enn tre av de oppgitte årsakene. Mange valgte også å hake av for «andre» problemer (34,6 %) og årsaker (48,9 %) enn de alternativene som ble gitt. Samtidig oppgav rundt halvparten at årsaken til problemene var uklare for dem.

De tre hyppigst oppgitte problemene var bekymring (87,6 %), stress (81,6 %) og engstelighet (72,1 %) (se tabell A9). Over halvparten oppgav også problemer med depresjon, trøtthet, søvnproblemer og konsentrasjonsproblemer. Dette bildet var likt på tvers av pilotkommunene (se tabell A11).

De to klart hyppigst oppgitte årsakene var jobb-/skoleproblematikk (55,8 %) og familieproblemer (40,6 %), etterfulgt av fysisk sykdom (27, %), vanskelig oppvekst (25,7 %) og samlivsproblemer (24,9 %). Selv om det var noe variasjon mellom pilotkommunene, var jobb-/skoleproblematikk oppgitt som årsak av halvparten og familierelasjoner av over en-tredel av deltakerne på tvers av kommunene. Årsaker som ikke ble inkludert i tabellene, men som ble oppgitt av deltakere var rus, gambling og gaming (alle < 3%).

Utover «fysisk sykdom» var det ikke statistisk signifikante forskjeller mellom behandlingsgruppene i oppgitte problemer og årsaksforståelser.

Tabell A9. Opplevd hovedproblem klientene søker hjelp for, basert på spørreskjemaet ved behandlingsstart, totalt og etter behandlingsgruppe

Opplevd hovedproblem	Samlet % (95 % KI)	RPH-TAU % (95 % KI)	Assistert Selvhjelp % (95 % KI)
Depresjon (N=366)	68,0 (63,3-72,8)	68,6 (62,5-74,7)	67,1 (59,4-74,8)
Engstelighet (N=365)	72,1 (67,5-76,7)	72,8 (66,9-78,7)	70,9 (63,6-78,3)
Trøtthet (N=361)	67,0 (62,2-71,9)	67,0 (60,7-73,2)	67,1 (59,4-74,8)
Søvnproblemer (N=357)	52,4 (47,2-57,6)	50,7 (44,0-57,4)	54,9 (46,7-63,0)
Stress (N=365)	81,6 (77,7-85,6)	80,5 (75,3-85,8)	83,3 (77,2-89,4)
Bekymring (N=370)	87,6 (84,2-90,9)	87,3 (82,9-91,7)	88,0 (82,8-93,2)
Bitterhet (N=353)	25,8 (21,2-30,3)	24,4 (18,6-30,2)	27,9 (20,4-35,3)
Sinne/aggresjon (N=351)	26,2 (21,6-30,8)	28,9 (22,8-35,0)	22,1 (15,3-29,0)
Hukommelsesprobl. (N=355)	39,4 (34,4-44,5)	38,8 (32,3-45,3)	40,4 (32,3-48,5)
Konsentrasjonsprobl. (N=358)	65,9 (61,0-70,8)	65,1 (58,8-71,5)	67,1 (59,4-74,9)
Smerte (N=353)	28,0 (23,4-32,7)	31,0 (24,8-37,2)	23,6 (16,5-30,6)
Andre (N=335)	34,6 (29,5-39,7)	36,3 (29,7-43,0)	32,1 (24,2-40,0)

Tabell A10. Opplevd årsak av symptomene klientene søker hjelp for, basert på spørreskjemaet ved behandlingsstart, totalt og etter behandlingsgruppe.

	Samlet % (95 % KI)	RPH-TAU % (95 % KI)	Assistert Selvhjelp % (95 % KI)
Samlivsprobl. (N=354)	24,9 (20,4-29,4)	22,3 (16,7-27,9)	28,7 (21,3-36,1)
Familierelasjoner (N=355)	40,6 (35,5-45,7)	38,0 (31,5-44,5)	44,4 (36,2-52,5)
Spiseproblemer (N=350)	16,3 (12,4-20,2)	17,7 (12,5-22,9)	14,2 (8,4-19,9)
Jobb/skoleprobl. (N=353)	55,8 (50,6-61,0)	57,1 (50,4-63,7)	53,9 (45,7-62,1)
Overvekt (N=345)	18,0 (13,9-22,0)	18,9 (13,6-24,3)	16,5 (10,4-22,7)
Fysisk sykdom (N=350)	27,7 (23,0-32,4)	<b>21,9 (16,3-27,5)</b>	<b>36,4 (28,5-44,4)</b>
Vanskelig oppvekst (N=350)	25,7 (21,1-30,3)	26,8 (20,8-32,8)	24,1 (17,1-31,2)
Voldtekt (N=344)	4,1 (2,0-6,2)	4,8 (1,9-7,8)	2,9 (0,1-5,7)
Mobbing (N=346)	18,8 (14,7-22,9)	19,2 (13,9-24,6)	18,1 (11,7-24,5)
Andre årsaker (N=352)	48,9 (43,6-54,1)	46,9 (40,2-53,7)	51,8 (43,5-60,0)
Årsak uklar for meg (N=348)	51,4 (46,2-56,7)	52,2 (45,4-58,9)	50,4 (42,0-58,6)

**Tabell A11. Opplevd hovedproblem klientene søker hjelp for, data basert på spørreskjemaet ved behandlingsstart, stratifisert etter pilot.**

	Fosen DMS	Karmøy	Modum	Notodden	Sandnes	Vestvågøy
	% (95 % KI)	% (95 % KI)	% (95 % KI)	% (95 % KI)	% (95 % KI)	% (95 % KI)
Depresjon	75,9 (66,9-84,9)	56,9 (45,5-68,4)	70,7 (56,8-84,7)	68,9 (55,4-82,4)	67,2 (55,4-79,0)	68,3 (56,6-80,1)
Engstelighet	72,1 (62,6-81,6)	72,4 (62,3-82,4)	75,6 (62,5-88,8)	69,8 (56,0-83,5)	74,2 (63,3-85,1)	68,4 (56,4-80,5)
Trøtthet	67,8 (58,0-77,6)	69,3 (58,9-79,8)	60,5 (45,0-76,1)	58,1 (43,4-72,9)	66,7 (54,7-78,6)	74,1 (62,9-85,4)
Søvnproblemer	50,6 (40,1-61,1)	43,8 (32,5-55,2)	44,7 (28,9-60,5)	59,5 (44,7-74,4)	50,0 (37,1-62,9)	67,8 (55,9-79,7)
Stress	77,9 (69,1-86,7)	88,2 (80,9-95,4)	85,0 (73,9-96,1)	76,7 (64,1-89,4)	83,6 (74,3-92,9)	78,0 (67,4-88,5)
Bekymring	86,4 (79,2-93,5)	85,5 (77,6-93,4)	90,2 (81,2-99,3)	91,1 (82,8-99,4)	93,5 (87,4-99,7)	81,0 (70,9-91,1)
Bitterhet	29,1 (19,5-38,7)	30,0 (19,3-40,7)	27,5 (13,7-41,3)	21,4 (9,0-33,8)	21,7 (11,2-32,1)	21,8 (10,9-32,7)
Sinne og/eller aggresjon	25,6 (16,4-34,8)	25,0 (15,0-35,0)	26,3 (12,3-40,3)	25,0 (11,6-38,4)	22,4 (11,7-33,1)	33,3 (21,1-45,6)
Hukommelsesproblemer	38,1 (27,7-48,5)	36,1 (25,0-47,2)	42,1 (26,4-57,8)	44,2 (29,3-59,0)	32,2 (20,3-44,1)	47,5 (34,7-60,2)
Konsentrasjonsproblemer	69,0 (59,2-78,9)	64,9 (54,0-75,7)	61,5 (46,3-76,8)	65,9 (51,9-79,9)	66,1 (54,0-78,2)	65,5 (53,3-77,7)
Smerte	25,0 (15,7-34,3)	26,0 (16,0-36,1)	15,8 (4,2-27,4)	39,5 (24,9-54,1)	22,4 (11,7-33,1)	40,4 (27,6-53,1)
Andre	33,3 (23,3-43,4)	26,1 (15,7-36,4)	45,9 (29,9-62,0)	42,1 (26,4-57,8)	33,3 (21,1-45,6)	36,0 (22,7-49,3)

**Tabell A12. Opplevd årsak av symptomene klientene søker hjelp for, data basert på spørreskjemaet ved baseline stratifisert etter pilot.**

	Fosen DMS	Karmøy	Modum	Notodden	Sandnes	Vestvågøy
Opplevd årsak symptomer	% (95 % KI)	% (95 % KI)	% (95 % KI)	% (95 % KI)	% (95 % KI)	% (95 % KI)
Samlivsproblematikk	24,4 (15,3-33,5)	26,4 (16,2-36,6)	20,0 (7,6-32,4)	23,3 (10,6-35,9)	23,7 (12,9-34,6)	29,6 (17,5-41,8)
Familierelasjoner	33,3 (23,4-43,2)	44,6 (33,3-55,9)	40,0 (24,8-55,2)	59,5 (44,7-74,4)	33,9 (21,8-46,0)	39,6 (26,5-52,8)
Spiseproblemer	14,9 (7,5-22,4)	12,5 (4,9-20,1)	12,2 (2,2-22,2)	17,5 (5,7-29,3)	27,6 (16,1-39,1)	13,5 (4,2-22,7)
Jobb/skoleproblematikk	59,3 (48,9-69,7)	55,4 (44,1-66,7)	74,4 (60,7-88,1)	57,5 (42,2-72,8)	50,9 (37,9-63,9)	42,1 (29,3-54,9)
Overvekt	19,8 (11,4-28,2)	15,3 (7,0-23,6)	12,5 (2,3-22,7)	17,9 (5,9-30,0)	21,1 (10,5-31,6)	19,6 (8,7-30,5)
Fysisk sykdom	27,9 (18,4-37,4)	23,6 (13,8-33,4)	24,4 (11,2-37,5)	27,5 (13,7-41,3)	31,0 (19,1-42,9)	32,1 (19,5-44,6)
Vanskelig oppvekst	24,1 (15,1-33,1)	27,4 (17,2-37,6)	22,5 (9,6-35,4)	29,3 (15,3-43,2)	24,1 (13,1-35,2)	27,5 (15,2-39,7)
Mobbing	10,3 (3,9-16,7)	23,9 (14,0-33,9)	24,4 (11,2-37,5)	17,5 (5,7-29,3)	31,6 (19,5-43,6)	8,0 (0,5-15,5)
Andre årsaker	40,5 (30,0-51,0)	50,0 (38,5-61,5)	46,2 (30,5-61,8)	58,1 (43,4-72,9)	52,5 (39,8-65,3)	50,9 (37,7-64,1)
Årsaken er uklart for meg	45,3 (34,8-55,9)	47,3 (35,9-58,7)	48,6 (32,5-64,8)	57,5 (42,2-72,8)	50,0 (37,1-62,9)	66,0 (53,3-78,8)



## 8.4 Intervjuguide: Terapeutintervjuer

### Intervjuguide:

1. Hvordan har det vært for deg å bruke Assistert Selvhjelp så langt?
  - a. Hvor lenge, mye, hvordan brukt?
  - b. Hvilken opplæring har du fått?
  - c. Uttalte positive og/eller negative erfaringer?
2. Hvordan blir det avklart at en klient bruker Assistert Selvhjelp som behandling, eventuelt som del av behandlingen?
  - a. Hvordan gjøres vurderingen (steg for steg)?
  - b. Klare indikatorer? Tilfeller som er spesielt vanskelig å vurdere?
  - c. Endret oppfatning under pilotperioden?
3. Hvordan synes du brukervennligheten av og det faglige innholdet i Assistert Selvhjelp er?
  - a. For deg som terapeut, for klienter?
  - b. Intuitivt og selvforklarende, legges det opp til kommunikasjon?
  - c. Tilpasses den enkeltes problematikk?
  - d. Er det noen spesifikke moduler du synes fungerer spesielt godt /ikke fungerer spesielt godt?
  - e. Noe du synes bør forbedres?
4. Hvordan utformer du det veiledende aspektet ved Assistert Selvhjelp?
  - a. Rammer, hva gjør du?
  - b. Hvordan opplever du den terapeutiske relasjonen gjennom et Assistert Selvhjelp - forløp (sammenlignet med ansikt-til-ansikt-forløp)?
  - c. Hva tenker du har vært utslagsgivende de gangene veiledningen har fungert bra/ikke fungert bra?
5. I hvilken grad synes du at Assistert Selvhjelp er et fullverdig behandlingsalternativ for RPH-klienter? Og under hvilke betingelser?
  - a. Passer for alle RPH målgruppen? Bestemt type problematikk, klientkarakteristikk?
  - b. Hva tenker du skal til for at Assistert Selvhjelp (eller tilsvarende behandlingsform) benyttes i større grad innen RPH?
  - c. Hva opplever du som muligheter og fallgruver med Assistert Selvhjelp som behandlingstilbud for brukerne ved RPH?
  - d. Hvordan kunne du ideelt sett tenke deg å bruke Assistert Selvhjelp når studien er ferdig?
6. Er det noe som vi ikke har snakket om, som du tenker er relevant/viktig å ta med i evalueringen av Assistert Selvhjelp?

Utgitt av Folkehelseinstituttet  
Februar 2025  
Postboks 222 Skøyen  
NO-0213 Oslo  
Telefon: 21 07 70 00  
Rapporten kan lastes ned gratis fra  
Folkehelseinstituttets nettsider [www.fhi.no](http://www.fhi.no)