

RAPPORT

2018

FULLSTENDIG METODEVURDERING

Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser

Utgitt av	Folkehelseinstituttet, Område for helsetjenester
Tittel	Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser – en fullstendig metodevurdering
English title	Therapist-supported internet therapy for mental disorders – a health technology assessment
Ansvarlig	Camilla Stoltenberg, direktør
Forfattere	Ida-Kristin Ørjasæter Elvsaas, prosjektleder, <i>forsker, Folkehelseinstituttet</i> Anna Stoinska-Schneider, <i>helseøkonom, Folkehelseinstituttet</i> Geir Smedslund, <i>seniorforsker, Folkehelseinstituttet</i>
ISBN	978-82-8082-980-1
Prosjektnummer	ID2017_036
Publikasjonstype	Fullstendig metodevurdering
Antall sider	66 (103 inklusiv vedlegg)
Oppdragsgiver	Bestillerforum RHF, Nye Metoder
Emneord(MeSH)	Internet therapy, internet-based therapy, internet-based cognitive behavioural therapy, internet-based CBT, iCBT, eHealth, Health Technology Assessment, HTA
Sitering	Elvsaas IKØ, Stoinska-Schneider A, Smedslund G. Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser – en fullstendig metodevurdering. [Therapist-supported internet therapy for mental disorders – a health technology assessment] Rapport–2018. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018.

Innhold

INNHold	3
HOVEDBUDSKAP	5
SAMMENDRAG	6
KEY MESSAGES	12
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	13
FORORD	19
INNLEDNING	21
KLINISK EFFEKT	24
Metode	24
Inklusjonskriterier	24
Litteratursøking	25
Artikkelutvelging	25
Vurdering av inkluderte studier	25
Dataekstraksjon	25
Analyser	25
Vurdering av tillit til effektestimaterne	26
Etikk	26
Resultater	27
Resultater av litteratursøket	27
Beskrivelse av studiene	28
Ekskluderte systematiske oversikter	28
Inkluderte systematiske oversikter	29
Effekt av tiltak – terapeutveiledet internettbehandling	30
Effekt av tiltak – terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet internettbehandling	34
HELSEØKONOMISK EVALUERING	46
Metode	46
Generelt	46
Resultater	50
DISKUSJON	52
Hovedfunn	52
Kvaliteten på forskningsresultatene	54
Styrker og svakheter	55

Hvor generaliserbare er resultatene?	57
Overensstemmelse med andre oversikter	58
Resultatenes betydning for praksis	60
Kunnskapshull	61
KONKLUSJON	62
REFERANSER	63
VEDLEGG	67
Vedlegg 1. Invitasjon til brukerorganisasjon	67
Vedlegg 2. Søkestrategi	68
Vedlegg 3. Andre relevante oversikter og studier	77
Vedlegg 4. Kvalitetsvurdering av systematiske oversikter	79
Vedlegg 5. Ekskluderte studier	81
Vedlegg 6. Kjennetegn ved inkluderte systematiske oversikter	86
Vedlegg 7. Prosjektplan	89

Hovedbudskap

Psykiske lidelser og rusbrukslidelser er utbredt i den norske befolkningen. Kun et fåtall søker behandling for lidelsene. Behandling via internett åpner for at flere personer som har behov for det søker hjelp.

Våre funn viser at terapeutveiledet internettbehandling for angst hos voksne ved studieslutt ga:

- Bedre effekt, vurdert som klinisk viktig bedring og reduksjon av angstspesifikke symptomer (lav tillit), og bedre livskvalitet (middels tillit) enn ingen behandling.
- Ingen forskjell i effekt (svært lav tillit) og litt bedre livskvalitet (svært lav tillit) sammenlignet med ikke-terapeutveiledet internettbehandling.
- Ingen forskjell i effekt (lav tillit) og litt bedre livskvalitet (lav tillit) sammenlignet med ansikt til ansikt-behandling.
- Pasientene var i hovedsak fornøyde med behandlingen.
- Negative effekter var mangelfullt rapportert.

Internettbehandling med og uten terapeutkontakt sammenlignet med ingen behandling ga ved studieslutt:

- Bedre effekt på symptomlindring og funksjonsnivå enn ingen behandling hos voksne med depresjon, angst eller søvnforstyrrelser og psykisk helse hos barn og unge. Dette var også tilfelle for studenter som misbrukket alkohol, men ikke hos voksne som misbrukket alkohol. Vi har fra middels til svært lav tillit til disse effektestimatene.

For å sette resultatene i en norsk kontekst, utførte vi en kostnadsminimeringsanalyse for det terapeutveilede programmet «eMeistring» som tilbys i Helse Vest RHF sammenlignet med ansikt til ansikt-behandling. Vi fant at:

- En behandlingsserie med terapeutveiledet internettbehandling koster omtrent like mye som ansikt til ansikt-behandling i direkte kostnader.
- En behandlingsserie med terapeutveiledet internettbehandling er billigere enn ansikt til ansikt-behandling når vi inkluderer reisekostnader.
- Det er usikkert hvilke budsjettkonsekvenser en innføring av terapeutveiledet internettbehandling som rutinebehandling i Helse Vest RHF vil medføre. Økt bruk av veiledet internettbasert behandling kan føre til besparelser i form av reduserte reisekostnader. Det kan også føre til en økning i antall pasienter som får behandling, og dermed gi økte totale kostnader.

Tittel:

Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser – en fullstendig metodevurdering

Publikasjonstype:

Metodevurdering

En metodevurdering er resultatet av å

- innhente
 - kritisk vurdere og
 - sammenfatte
- relevante forskningsresultater ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder.

Minst ett av følgende tillegg er også med:

helseøkonomisk evaluering, vurdering av konsekvenser for etikk, jus, organisasjon eller sosiale forhold

Svarer ikke på alt:

- Ingen studier utenfor de eksplisitte inklusjonskriteriene
- Ingen anbefalinger

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet har gjennomført metodevurderingen på oppdrag fra Bestillerforum RHF, Nye metoder

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter oversikter ble avsluttet januar 2018.

Eksterne fagfeller:

Roger Hagen, professor ved institutt for psykologi, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Filip Drozd, forsker, PhD, ved Seksjon for sped- og småbarns psykiske helse, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør

Sammendrag

Innledning

Psykiske lidelser og rusbrukslidelser er utbredt i den norske befolkningen. Lidelsene bidrar til betydelig helsetap i form av nedsatt arbeidsførhet, økt sykefravær, økt risiko for fysiske lidelser og tidlig død. Kun et fåtall søker behandling for lidelsene. Den teknologiske utviklingen har åpnet for at flere personer som har behov for det søker hjelp.

Målsetning

Det foreligger flere nyere systematiske oversikter om effekten av veiledet internettbehandling for ulike diagnoser, og målet med denne metodevurderingen var å utarbeide en oversikt over systematiske oversikter som har oppsummert kliniske effekter av terapeutveiledet internettbehandling ved ulike psykiske lidelser hos barn og voksne, og vurdert tilliten til effektestimatene i de systematiske oversiktene. I tillegg utførte vi en helseøkonomisk analyse og vurderte budsjettkonsekvenser av en eventuell innføring av et terapeutveiledet internettprogram («eMestring») for psykiske lidelser som rutinebehandling i Helse Vest RHF. Metodevurderingen er utarbeidet på oppdrag fra Bestillerforum RHF i Nye metoder.

Metode

Effekt

Vi utførte systematiske søk etter litteratur i ni databaser. Minst to forskere gikk uavhengig av hverandre gjennom tittel, sammendrag og fulltekstartikler. Følgende kriterier ble lagt til grunn for søkestrategi og artikkelutvelging:

Populasjon:	Voksne med primærdiagnose lett til moderat depresjon og/eller angst, alkoholavhengighet eller søvnforstyrrelse, og psykiske lidelser hos barn og unge
Intervensjon:	Terapeutveiledet internettbehandling på alle plattformer (datamaskin, nettbrett, mobiltelefon)
Sammenlikning:	Behandling ansikt til ansikt, ikke-terapeutveiledet internettbasert behandling, ventelistekontroll
Utfall:	Symptomer, funksjonsnivå, arbeidsførhet, livskvalitet, pasient tilfredshet, negative effekter, ventetid på behandling
Studiedesign:	Systematiske oversikter med høy til middels metodisk kvalitet vurdert ved hjelp av sjekklister basert på Scientific Quality Assessment of Review, Cochrane EPOC group

Språk: Engelsk, skandinavisk

Eksklusjonskriterier: Systematiske oversikter med lav metodisk kvalitet

Relevante systematiske oversikter innen hver diagnose ble kvalitetsvurdert ved hjelp av relevante sjekklister. Tilliten til dokumentasjonen ble vurdert ved hjelp av Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE).

Helseøkonomi

For å sette resultatene i en norsk kontekst, utførte vi en kostnadsminimeringsanalyse fra helsetjenesteperspektivet der vi sammenlignet «eMeistring», et terapeutveiledet internettprogram for psykiske lidelser som tilbys i Helse Vest RHF, med ansikt til ansikt-behandling. I tillegg belyste vi budsjettkonsekvenser av å innføre programmet som rutinebehandling i Helse Vest RHF.

Resultat

Effekt

De systematiske litteratursøkene ga 3684 treff. Vi gjennomgikk 107 publikasjoner i fulltekst etter å ha ekskludert ikke-relevante publikasjoner fra gjennomlesning av tittel og sammendrag. Vi ekskluderte ytterligere 90 publikasjoner etter fulltekstgjennomgang og satt igjen med 17 systematiske oversikter. Disse ble kvalitetsvurdert. For hver av de relevante diagnosene inkluderte vi den systematiske oversikten med det nyeste søket og høyeste metodiske kvalitet, til sammen seks systematiske oversikter. Det var kun én av de systematiske oversiktene som utelukkende vurderte terapeutveiledet internettbehandling. De andre fem systematiske oversiktene inkluderte studier som undersøkte internettbehandling både med og uten terapeutveiledning. I noen av disse systematiske oversiktene var det gjort egne subgruppeanalyser mellom terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet internettbehandling. I andre ble det diskutert og eventuelt kvalitativt undersøkt om det var forskjell i effekt mellom terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet internettbehandling.

Terapeutveiledet internettbehandling

Angst:

Sammenlignet med ingen behandling, voksne

Terapeutveiledet internettbehandling med kognitiv atferdsterapi ga bedre symptomlindring (standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) -1,06 [95 % KI -1,25 til -0,82], lav tillit), høyere funksjonsnivå (RR 3,75 [95 % KI 2,51 til 5,60], lav tillit) og bedre livskvalitet (SMD 0,47 [95 % KI 0,38 til 0,57], middels tillit) enn ingen eller minimal behandling. Oversikten vurderte ingen av de andre relevante utfallene for vår metodevurdering.

Sammenlignet med ikke-veiledet internettbehandling, voksne

Terapeutveiledet internettbehandling med kognitiv atferdsterapi ga ikke bedre symptomlindring (SMD -0,22 [95 % KI -0,56 til 0,13], svært lav tillit) eller livskvalitet (SMD 0,07 [95 % KI -0,37 til 0,50], svært lav tillit) enn ikke-veiledet internettbehandling. Data om funksjonsnivå manglet.

Sammenlignet med ansikt til ansikt-behandling, voksne

Terapeutveiledet internettbehandling med kognitiv atferdsterapi ga ikke bedre symptomlindring (SMD 0,06 [95 % KI -0,25 til 0,37], lav tillit) eller funksjonsnivå (RR 1,09 [95 % KI 0,89 til 1,34], lav tillit) enn ansikt til ansikt-behandling. Det var en liten forskjell i livskvalitet i favør av veiledet internettbehandling (SMD 0,26 [95 % KI 0,06 til 0,45], lav tillit).

Internettbehandling med og uten terapeutveiledning

Depresjon:

Sammenlignet med ingen behandling, voksne

Internettbehandling (med og uten terapeutveiledning) med kognitiv atferdsterapi ga bedre symptomlindring (SMD 0,74 [95 % KI 0,62 til 0,86], middels tillit) enn ingen behandling. Oversikten vurderte ingen av de andre relevante utfallene for vår metodevurdering.

Depresjon og angst (samlede effektestimater):

Sammenlignet med ingen og minimal behandling, voksne

Internettbehandling (med og uten terapeutveiledning) med kognitiv atferdsterapi ga større reduksjon av psykiske symptomer ($g = 0,90$ [95 % KI 0,74 til 1,00], lav tillit) enn ingen og minimal behandling. Deltakerne i internettbehandlingen var hovedsakelig fornøyde med behandlingen (median 86 % fornøyde). Oversikten vurderte ingen av de andre relevante utfallene for vår metodevurdering.

Sammenlignet med ansikt til ansikt-behandling, voksne

Internettbehandling (med og uten terapeutveiledning) med kognitiv atferdsterapi ga større reduksjon av psykiske symptomer ($g = 0,38$ [95 % KI 0,18 til 0,59], lav tillit) enn ansikt til ansikt-behandling.

Søvnforstyrrelse:

Sammenlignet med ingen behandling, voksne

Internettbehandling (med og uten terapeutveiledning) med kognitiv atferdsterapi ga bedre søvneffektivitet ($g = 0,58$ [95 % KI 0,36 til 0,81], svært lav tillit) og bedring i alvorlighet av søvnforstyrrelse ($g = 1,09$ [95 % KI 0,74 til 1,45], svært lav tillit) enn ingen behandling. Oversikten vurderte ingen av de andre relevante utfallene for vår metodevurdering.

Alkoholmisbruk:

Sammenlignet med ingen behandling, voksne

Internettbehandling (med og uten terapeutveiledning) med ulike former for evidensbaserte behandlingsformer for alkoholmisbruk ga ingen forskjell i alkoholkonsum (gjennomsnittsforskjell (MD) -25,0 gram/uke [95 % KI -51,9 til 1,9], lav tillit) eller inntak under veiledende grense for alkoholkonsum (RR 1,22 [95 % KI 0,79 til 1,89], svært lav tillit) hos voksne som misbrakte alkohol sammenlignet med ingen behandling. Det var ingen forskjell mellom gruppene i selvrapporterte sosiale problemer (svært lav tillit). Oversikten vurderte ingen av de andre relevante utfallene for vår metodevurdering.

Sammenlignet med ingen behandling, studenter

Internettbehandling (med og uten terapeutveiledning) med ulike former for evidensbaserte behandlingsformer for alkoholmisbruk ga forskjell i alkoholkonsum (MD -11,7 gram/uke [95 % KI -19,3 til -4,1], middels tillit) og inntak under veiledende grense for alkoholkonsum (RR 1,53 [95 % KI 1,09 til 2,17], middels tillit), men ingen forskjell i selvrapporterte sosiale problemer (SMD 0 [95 % KI -0,10 til 0,10], middels tillit) hos studenter som misbrukte alkohol sammenlignet med ingen behandling.

Psykiske lidelser hos barn og unge:

Sammenlignet med ingen behandling, barn og unge

Internettbehandling (med og uten terapeutveiledning) med kognitiv atferdsterapi ga bedring i depressive symptomer (MD -1,68 [95 % KI -3,11 til -0,25], svært lav tillit), angstsymptomer (MD -1,47 [95 % KI -2,36 til -0,59], lav tillit) og livskvalitet (MD -5,55 [95 % KI -10,88 til -0,22], svært lav tillit) hos barn og unge sammenlignet med ingen behandling. Flere i kontrollgruppen enn i intervensjonsgruppen forlot studien tidlig (OR 1,31 [95 % KI 1,08 til 1,58], middels tillit). Oversikten vurderte ingen av de andre relevante utfallene for vår metodevurdering.

Helseøkonomi

Direkte behandlingstkostnader forbundet med terapeutveiledet internettbehandling er ca. 17 600 norske kroner per avsluttende behandlingsserie. En behandlingsserie levert som ansikt til ansikt-behandling koster omtrent 17 100 kroner. Når reisekostnader er inkludert i beregningen kan terapeutveiledet internettbehandling generere kostnadsbesparelser sammenlignet med ansikt til ansikt-behandling.

Det er usikkert hvilke budsjettkonsekvenser en innføring av terapeutveiledet internettbasert kognitiv adferdsterapi som rutinebehandling vil medføre. Økt bruk av terapeutveiledet internettbehandling kan føre til noen besparelser i form av reduserte reisekostnader. Det kan også føre til økning i antall pasienter som får behandling, og dermed gi økning i de totale kostnadene.

Diskusjon

Effekt

Målet med denne metodevurderingen var å vurdere effekt av terapeutveiledet internettbehandling gjennom å gi en oversikt over systematiske oversikter og vurdere tilliten til effektestimatene i disse oversiktene. Gjennomgangen av systematiske oversikter for de ulike diagnosene, viste at det er utført mange oversikter av høy metodisk kvalitet. Vurderingen av de inkluderte randomiserte, kontrollerte studiene utført av forfatterne av de systematiske oversiktene, viste at det var variasjon i utførelsen av studiene, og dette resulterte i at vår tillit til effektestimatene varierte fra middels til svært lav.

Kun én av de inkluderte systematiske oversiktene inkluderte utelukkende studier med terapeutveiledede internettprogram. I de fem andre systematiske oversiktene varierte graden av terapeutveiledning i de ulike studiene fra ingen terapeutveiledning til stor

grad av terapeutveiledning. Det var i hovedsak samsvar i resultater mellom terapeutveiledet internettbehandling og samleresultater for terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet internettbehandling.

Det synes å mangle systematiske oversikter som sammenligner terapeutveiledet internettbehandling med ikke-terapeutveiledet internettbehandling for voksne med depresjon, søvnforstyrrelser eller alkoholavhengighet, og for psykiske lidelser hos barn og unge. Det kan også være nyttig å utføre systematiske oversikter om effektiviteten av tiltaket i klinisk praksis for ulike diagnoser.

Helseøkonomi

Resultatene viser at direkte behandlingskostnader forbundet med veiledet internettbehandling er sammenlignbare med kostnader knyttet til konvensjonell ansikt til ansikt-behandling, til tross for nye merutgifter som drift av plattform. Dette kan tyde på at terapeuter ved veiledet internettbehandling kan behandle flere pasienter eller gi flere konsultasjoner innenfor samme tid. Når reisekostnader er inkludert i kalkylen kan veiledet internettbehandling gi kostnadsbesparelser.

Konklusjon

Terapeutveiledet internettbehandling hos voksne med angst ga ved studieslutt:

- Bedre effekt, vurdert som klinisk viktig bedring og reduksjon av angstspesifikke symptomer, (lav tillit) og bedre livskvalitet (middels tillit) enn ingen behandling.
- Ingen forskjell i effekt (svært lav tillit) og litt bedre livskvalitet (svært lav tillit) sammenlignet med ikke-terapeutveiledet internettbehandling.
- Ingen forskjell i effekt (lav tillit) og litt bedre livskvalitet (lav tillit) sammenlignet med ansikt til ansikt-behandling.
- Pasientene var i hovedsak fornøyde med behandlingen.
- Negative effekter var mangelfullt rapportert.

Internettbehandling med og uten terapeutkontakt sammenlignet med ingen behandling ga ved studieslutt:

- Bedre effekt på symptomlindring og funksjonsnivå enn ingen behandling ved depresjon, angst eller søvnforstyrrelser hos voksne og psykisk helse hos barn og unge. Dette var også tilfelle for studenter som misbrukte alkohol, men ikke hos voksne som misbrukte alkohol. Vi har fra middels til svært lav tillit til disse effektestimatene.

Budsjettkonsekvenser:

- Direkte behandlingskostnader forbundet med terapeutveiledet internettbehandling er sammelignbare med kostnader knyttet til ansikt til ansikt-behandling
- Når reisekostnader er inkludert i kalkylen kan terapeutveiledet internettbehandling gi kostnadsbesparelser sammenlignet med ansikt til ansikt-behandling
- Det usikkert hvilke budsjettkonsekvenser en innføring av terapeutveiledet internettbehandling som rutinebehandling vil medføre. Økt bruk av terapeutveiledet internettbehandling kan føre til noen besparelser i form av

reduerte reisekostnader. Det kan også føre til økning i antall pasienter som får behandling, og dermed gi en økning i totale kostnader.

Key messages

Mental disorders and substance abuse disorders are common in the Norwegian population. Only a few seek treatment for the disorders. Internet treatment opens for more people who need it to seek help.

We found that:

Therapist-supported internet therapy for anxiety in adults at the end of the study gave:

- Better effect, measured as clinically important improvement and reduction of anxiety-specific symptoms (low confidence), and better quality of life (medium confidence) than no treatment.
- No difference in effect (very low confidence) and slightly better quality of life (very low confidence) compared to non-therapist-supported internet treatment.
- No difference in effect (low confidence) and slightly better quality of life (low confidence) compared to face-to-face treatment.
- Patients were mainly satisfied with the treatment.
- Negative effects were inadequately reported.

Internet treatment with and without therapist support compared to no treatment at the end of the study gave:

- Better effect on symptom relief and functional level than no treatment for depression, anxiety or sleep disturbance in adults and mental disorders in children and adolescents. This was also the case for students who abused alcohol, but not in adults who abused alcohol. We have from medium to very low confidence in these effect estimates.

To put the results in a Norwegian context, we conducted a cost-minimization analysis comparing therapist-supported internet-based cognitive behavioural therapy (“eMestring”) with conventional cognitive behavioural therapy in the Western Norway Regional Health Authority. We found that:

- Direct costs associated with therapist-supported internet therapy are comparable to direct treatment costs associated with conventional face-to-face therapy.
- When patients’ travel costs are included in the calculation, therapist-supported internet therapy have a potential to generate cost savings compared with conventional face-to-face therapy.
- The budget implications of introduction of therapist-supported internet therapy as routine treatment are uncertain. Increased use of therapist-supported internet therapy could lead to some savings in terms of reduced travel costs. It can also lead to an increase in the number of patients receiving treatment and thus an increase in total cost.

Title:

Therapist-supported internet therapy for mental disorders – a health technology assessment

Type of publication:

Health technology assessment

Health technology assessment (HTA) is a multidisciplinary process that summarizes information about the medical, social, economic and ethical issues related to the use of a health technology in a systematic, transparent, unbiased, robust manner. Its aim is to inform the development of safe, effective health policies that are patient focused and that seek to achieve best value.

Doesn't answer everything:

- Excludes studies that fall outside of the inclusion criteria
- No recommendations

Publisher:

Norwegian Institute of Public Health. Client The Commissioning Forum (Bestillerforum RHF)

Updated:

Last search for systematic reviews: January 2018.

Peer review:

Roger Hagen, Professor at Department of Psychology, Faculty of Social and Educational Sciences. Norwegian University of Science and Technology

Filip Drozd, researcher, PhD, Department for Infant Mental Health, Regional Center for Child and Adolescent Mental Health, Eastern and Southern Norway

Executive summary (English)

Background

Mental disorders and substance abuse disorders are common in the Norwegian population. The disorders contribute to significant health loss in the form of reduced workforce, increased sickness absence, increased risk of physical illness and early death. Only a few seek treatment for the disorders. Technological development has opened for more people in need of assistance, seeking help.

Objective

There are several recent systematic reviews on the effect of therapist-supported internet therapy for various diagnoses and the aim of this health technology assessment was to provide an overview of high quality systematic reviews summarizing the clinical effect of therapist-supported internet therapy for various mental disorders in children, adolescents and adults, as well as assessing certainty of effect estimates. In addition, we performed a health economic evaluation and described budgetary consequences of a therapist-supported internet program for mental disorders compared with conventional cognitive behavioural therapy in the Western Norway Regional Health Authority. The health technology assessment is prepared on behalf of the Commission Forum in the National System for Managed Introduction of New Health Technologies within the Specialist Health Service in Norway, i.e. New Methods (“Nye metoder”).

Method

Effect

We conducted systematic searches for literature in nine databases. At least two researchers went independently through title, abstracts and full-text articles. The following criteria were used for search strategy and article selection:

- Population: Adults with primary diagnosis of mild to moderate depression and / or anxiety, alcohol dependence or insomnia, and psychical disorders in children and adolescents
- Intervention: Therapist-supported internet-based therapy on all platforms (data machine, tablets, mobile phone)
- Comparator: Face-to-face treatment, unguided internet therapy, waiting list control
- Outcomes: Symptoms, functional level, workforce, quality of life, patient satisfaction, adverse events, waiting time for treatment
- Study design: High quality systematic reviews based on Scientific Quality Assessment of Review, Cochrane EPOC group

Language: English, Scandinavian

Exclusion criteria: Systematic reviews with low methodological quality
Relevant systematic reviews within each diagnosis were quality-assessed using relevant checklist. The certainty in the documentation was assessed using Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE).

Health economy

To put the results in a Norwegian context, we performed a cost-minimization analysis in the payer's perspective, comparing "eMeistring", a therapist-supported internet-based program for mental disorders available in the Western Norway Regional Health Authority, with conventional face-to-face treatment. In addition, we described the budget implications of introduction of this program as a routine treatment in the Western Norway Regional Health Authority.

Results

Effect

The systematic literature searches gave 3684 hits. We reviewed 107 publications in full text after excluding non-relevant publications by title and abstract review. We excluded another 90 publications after full text assessment and was left with 17 systematic reviews. These were quality assessed. For each of the relevant diagnoses, we included the systematic review with the latest search and highest methodological quality. Only one of the systematic reviews exclusively assessed therapist-supported internet therapy. The other systematic reviews included studies that assessed internet treatment with both with and without therapist support. In some of the systematic reviews, separate subgroup analyzes were performed between therapist-supported and unguided treatment. In other systematic reviews, it was discussed and possibly qualitatively investigated if there were differences between therapist-supported internet therapy and unguided internet treatment.

Therapist-supported internet therapy

Anxiety:

Compared with minimal or no treatment, adults

Therapist-supported internet therapy with cognitive behavioral therapy gave better symptom relief (standardized mean difference (SMD) -1.06 [95% CI -1.25 to -0.82], low confidence), higher functional level (RR 3.75 [95% CI 2, 51 to 5.60], low confidence) and better quality of life (SMD 0.47 [95% CI 0.38 to 0.57], moderate confidence) than no or minimal treatment. The review did not assess any of the other relevant outcomes for our health technology assessment.

Compared with unguided internet therapy, adults

Therapist-supported internet therapy with cognitive behavioral therapy did not improve symptom relief (SMD -0.22 [95% CI -0.56 to 0.13], very low confidence) and quality of life (SMD 0.07 [95% CI -0.37 to 0.50], very low confidence) compared to unguided internet therapy. Functional level estimates were not measurable. The review

did not assess any of the other relevant outcomes for our health technology assessment.

Compared with face-to-face treatment, adults

Therapist-supported internet therapy with cognitive behavioral therapy did not improve symptom relief (SMD 0.06 [95% CI -0.25 to 0.37], low confidence) or function level (RR 1.09 [95% CI 0.89 to 1.34], low confidence) compared to face-to-face treatment. There was a small difference in quality of life in favour of therapist-supported internet therapy (SMD 0.26 [95% CI 0.06 to 0.45], low confidence). The review did not assess any of the other relevant outcomes for our health technology assessment.

Internet therapy with and without therapist support

Depression:

Compared with no treatment, adults

Internet therapy (with and without therapist-support) with cognitive behavioral therapy gave better symptom relief (SMD 0.74 [95% CI 0.62 to 0.86], moderate confidence) than no treatment. The review did not assess any of the other relevant outcomes for our health technology assessment.

Depression and anxiety (overall effect estimates):

Compared with minimal or no treatment, adults

Internet therapy (with and without therapist-support) with cognitive behavioral therapy gave larger reduction of mental symptoms ($g = 0.90$ [95% CI 0.74 to 1.00], low confidence) than minimal and no treatment. Participants in the internet therapy group were mostly satisfied with the treatment (median 86% satisfied). The review did not assess any of the other relevant outcomes for our health technology assessment.

Compared with face-to-face treatment

Internet therapy (with and without therapist-support) with cognitive behavioral therapy gave larger reduction of mental symptoms ($g = 0.38$ [95% CI 0.18 to 0.59], low confidence) than face-to-face treatment.

Insomnia:

Compared with no treatment, adults

Internet therapy (with and without therapist-support) with cognitive behavioral therapy gave better sleep efficiency ($g = 0.58$ [95% CI 0.36 to 0.81], very low confidence) and improvement in insomnia severity ($g = 1.09$ [95% CI 0.74 to 1.45], very low confidence) than no treatment. The review did not assess any of the other relevant outcomes for our health technology assessment.

Alcohol abuse:

Compared with no treatment, adults

Internet therapy (with and without therapist-support) with different forms of evidence-based treatment for alcohol abuse gave no difference in alcohol consumption (MD -25.0 grams / week [95% CI -51.9 to 1.9], low confidence) or proportion of partici-

pants meeting drinking limit guidelines (RR 1.22 [95% CI 0.79 to 1.89], very low confidence) in adults who misused alcohol as compared to no treatment. There was no difference between the groups in self-reported social problems (very low confidence). The review did not assess any of the other relevant outcomes for our health technology assessment.

Compared with no treatment, students

Internet therapy (with and without therapist-support) with different forms of evidence-based treatment for alcohol abuse lowered alcohol consumption (MD -11.7 grams / week [95% CI -19.3 to -4.1], moderate confidence) and the proportion of participants meeting drinking limit guidelines (RR 1.53 [95% CI 1.09 to 2.17], moderate confidence) in students who misused alcohol compared to no treatment. There were no difference in self-reported social problems (SMD 0 [95% CI -0.10 to 0.10], moderate confidence) between the groups.

Mental disorders in children and adolescents:

Compared with no treatment, children and adolescents

Internet therapy (with and without therapist-support) with cognitive behavioral therapy gave improvement in depressive symptoms (MD 1.68 [95% CI -3.11 to -0.25], very low confidence), anxiety (MD -1.47 [95% CI -2.36 to -0.59], low confidence) and quality of life (MD -5.55 [95% CI -10.88 to -0.22], very low confidence) in children and adolescents compared to no treatment or waiting list control. More in the control group than in the intervention group left the study early (OR 1.31 [95% CI 1.08 to 1.58], moderate confidence). The review did not assess any of the other relevant outcomes for our health technology assessment.

Health economy

Direct treatment costs associated with therapist-supported internet-based treatment are NOK 17,600 for a treatment series. A treatment series delivered in conventional setting costs about NOK 17,100. When patients' transportation costs are included in the calculation, internet-based therapy have a potential to generate cost savings compared with conventional face-to-face therapy.

The budget implications of introduction of internet-based therapy as routine treatment are uncertain. Increased use of therapist-supported internet-based therapy could lead to some savings in terms of reduced travel costs. It can also lead to an increase in the number of patients receiving treatment and thus an increase in total cost.

Discussion

Effect

The aim of this health technology assessment was to assess the effect of therapist-supported internet therapy by providing an overview of systematic reviews and assessing the effect estimates in these reviews. The review of systematic reviews in the different areas showed that many high methodological quality reviews have been performed. The assessment of the included randomized controlled studies performed by the authors of the systematic reviews showed that there was variation in the performance of

the studies, and this resulted in that our confidence to the effect estimates varied from moderate to very low.

Only one of the included systematic reviews exclusively included studies with therapist-supported internet programs. In the other systematic reviews, the degree of therapist support varied between no support to a large extent of support (6.5 hours). There were consistency in results between therapist-supported internet therapy and aggregated results for therapist-supported and unguided internet therapy.

There seem to be a lack of systematic reviews comparing therapist-supported internet therapy with unguided internet therapy for adults with depression, insomnia or alcohol dependence and mental disorders for children and adolescents. It may also be useful to perform systematic reviews on the effectiveness of the intervention in clinical practice for different diagnoses.

Health economy

The results show that direct treatment costs associated with therapist-supported internet treatment are comparable to costs associated with conventional face-to-face treatment, despite of additional investment cost and platform operation costs. This may indicate that therapists can treat more patients with the help of internet-based programmes compared with standard treatment within the same time. When transportation costs are included in the calculation, therapist-supported internet treatment can generate cost savings.

Conclusion

Therapist-based internet therapy for anxiety in adults at the end of the study gave:

- Better effect, measured as clinically important improvement and reduction of anxiety-specific symptoms, (low confidence) and better quality of life (medium confidence) than no treatment.
- No difference in effect (very low confidence) and slightly better quality of life (very low confidence) compared to non-therapist-based internet treatment.
- No difference in effect (low confidence) and slightly better quality of life (low confidence) compared to face-to-face treatment.
- Patients were mainly satisfied with the treatment.
- Negative effects were inadequately reported.

Internet treatment with and without therapist support compared to no treatment at the end of the study gave:

- Better effect on symptom relief and functional level than no treatment for depression, anxiety or sleep disturbance in adults and mental disorders in children and adolescents. This was also the case for students who abused alcohol, but not in adults who abused alcohol. We have from medium to very low confidence in these effect estimates.

Budget impact

- Direct costs associated with therapist-supported internet therapy are comparable to direct treatment costs associated with conventional face-to-face therapy.

- When patients' travel costs are included in the calculation, therapist-supported internet therapy have a potential to generate cost savings compared with conventional face-to-face therapy.
- The budget implications of introduction of therapist-supported internet therapy as routine treatment are uncertain. Increased use of therapist-supported internet therapy could lead to some savings in terms of reduced travel costs. It can also lead to an increase in the number of patients receiving treatment and thus an increase in total cost.

Forord

Folkehelseinstituttet har det fulle ansvaret for innholdet i rapporten. Eksterne rådgivere og fagfeller har ingen ansvar knyttet til innholdet i rapporten.

Folkehelseinstituttet fikk i brev fra Nye metoder den 29.05.17, et oppdrag fra Bestillerforum RHF om å utarbeide en fullstendig metodevurdering om bruken av veiledet internettbehandling ved psykiske lidelser, «eMeistring» / «eMestring» (henholdsvis nynorsk og bokmål). Bestillerforum RHF ba om ett samlet produkt i to deler; effekt av tiltaket og en budsjettkonsekvensanalyse. Arbeidet med metodevurderingen startet i januar 2018.

Prosjektgruppen anså at det var metoden og ikke programmet som ble ønsket vurdert. Siden «eMestring» er navnet på et program, ønsket gruppen å benytte en programuavhengig benevnelse for å kunne inkludere alle terapeutveiledede internettbaserte behandlingsprogram i rapporten (ikke bare «eMestring»). Vi foreslo derfor å endre tittel på prosjektet fra «eMestring – veiledet internettbehandling ved psykiske lidelser» til «Terapeutveiledet internettbasert behandling ved psykiske lidelser». Forslagsstiller og den eksterne arbeidsgruppen ble informert om dette, og ble gitt mulighet til å gi tilbakemelding på om dette var en tilfredsstillende måte å løse oppdraget.

Den interne prosjektgruppen har bestått av:

- Ida-Kristin Ørjasæter Elvsaa (forsker, prosjektleder)
- Geir Smedslund (seniorforsker)
- Hege Kornør (seniorforsker)
- Anna Stoinska-Schneider (helseøkonom)
- Elisabet Hafstad (forskningsbibliotekar)

Ekstern rådgivende gruppe har bestått av:

- Arne Repål, spesialrådgiver, Sykehuset i Vestfold, Helse SørØst RHF
- Tine Nordgreen, psykologspesialist, fagekspert innen telemedisin / internettbehandling, Bjørgvin disktilktspsykiatriske senter, Helse Bergen HF
- Gunn Elise Sætre, psykologspesialist, Bjørgvin disktilktspsykiatriske senter, Helse Bergen HF
- Vemund Nordnes Myrbakk, fagekspert innen e-helse, Universitetssykehuset i Nord-Norge

Vi takker den eksterne rådgivende gruppen for innspill til prosjektplan, utvalgte systematiske oversikter og rapportutkast. Deltakerne har fylt ut skjema for kartlegging av

mulige interessekonflikter. Ingen oppgir interessekonflikter. To av deltakerne er knyttet til programmet «eMeistring» i Bergen (Nordgreen og Sætre), én er knyttet til programmet «eMestring» i Vestfold (Repål) og én kjenner til både «eMestring» og andre lignende program.

Brukerrepresentasjon:

Mental helse ble kontaktet for å inkludere brukerperspektiv (invitasjon i vedlegg 1). Vi mottok dessverre ingen svar.

Fagfeller:

Det rettes stor takk til Roger Hagen, professor ved institutt for psykologi, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), og Filip Drozd, forsker, PhD, ved Seksjon for sped- og småbarns psykiske helse, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør, for ekstern fagfelleevaluering av rapportutkast.

Alle fagfeller har fylt ut et skjema som kartlegger mulige interessekonflikter. Ingen oppgir interessekonflikter. Drozd oppgir imidlertid samarbeid innenfor INTROMAT-prosjektet og Changetech (nettbasert tiltak uten veiledning).

Logg:

Forslag til metode innsendt	19.04.17
Beslutning i Bestillerforum RHF	22.05.17
Metodevurdering bestilt av Bestillerforum RHF	24.05.17
Start metodevurdering	15.01.18
Sekretariatet for Nye metoder kontaktet om ekspertgruppemedlemmer	09.04.18
Brukerrepresentant kontaktet første gang	10.04.18
Første møte med forslagsstiller (e-møte)	23.04.18
Mottatt siste forslag til medlem i ekspertgruppe fra Nye metoder	22.05.18
Fagekspertes kontaktet første gang	01.06.18
Siste tilbakemelding fra forslagsstiller om kostnader knyttet til programmene	18.09.18
Dato for rapport sendt til eksterne fagfeller	18. og 22.10.18
Dato for rapport sendt til sekretariatet for Bestillerforum RHF	27.11.18

Kåre Birger Hagen
Fagdirektør

Øyvind Melien
Avdelingsdirektør

Ida-Kristin Ørjasæter Elvsaa
Prosjektleder

Innledning

Psykisk helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet (1).

WHO rangerer depresjon som den mest utbredte sykdommen på verdensbasis. Over 300 millioner mennesker er rammet, noe som tilsvarer 4,4 % av verdens befolkning. Angstlidelser anses som den sjette mest utbredte lidelsen (2). I Norge er angst, depresjon og rusmiddelavhengighet de mest utbredte psykiske lidelsene hos voksne. Hos barn og unge er angst, atferdsforstyrrelser og affektive lidelser vanligst (3). Kroniske søvnforstyrrelser forekommer hos én av syv voksne. Ungdommer sover for lite på hverdagene. Lidelsene bidrar til betydelig helsetap i form av nedsatt arbeidsførhet, økt sykefravær, økt risiko for fysiske lidelser og tidlig død (3). I tillegg kan lidelsene virke inn på familiære og sosiale relasjoner (4). Imidlertid er det kun et fåtall som søker behandling for lidelsene (3).

Behandling av psykiske lidelser

Det finnes flere behandlingsalternativer for personer med psykiske lidelser, inkludert medisiner og psykoterapi (4). Cuijpers (5) fant i en oversikt over meta-analyser for ulike psykoterapibehandlinger at alle former for psykoterapi, inkludert kognitiv atferdsterapi, atferdsaktiveringsterapi, interpersonlig psykoterapi, problemløsningssterapi og korttids psykodynamisk psykoterapi, hadde effekt ved behandling av depresjon, og at det ikke var målbare forskjeller mellom de ulike behandlingene. Oversikten baserte seg på data fra en database med randomiserte kontrollerte studier om effekt av psykologiske behandlingsformer for behandling av depresjon som har hatt årlig oppdatering de siste 10 årene (5).

Psykologiske behandlingstilbud i det norske helsevesenet inkluderer kognitiv atferdsterapi, interpersonlig terapi, psykodynamisk orientert terapi, familieterapi og gruppe-terapi (6). Kognitiv atferdsterapi er som regel standardisert i henhold til en manual, og går blant annet ut på å jobbe med å snu negative tanker (6). I behandlingsmodellen er man mer opptatt av hva som vedlikeholder tilstanden, enn hva som utløste den (6). For å øke pasientens aktivering og involvering i behandlingen, er hjemmeoppgaver en viktig behandlingskomponent (6).

Bruk av teknologi ved behandling av psykiske lidelser

Den teknologiske utviklingen har åpnet for at flere personer som har behov for det, søker hjelp (7). Hindringer for å oppsøke hjelp gjennom ordinære kanaler kan inkludere opplevelse av stigmatisering, lang reisevei og manglende tilbud (8-11).

Bruk av datamaskiner som hjelpemiddel ved behandling av psykiske lidelser har eksistert lenge, men det er først i de senere årene at behandlingen har foregått via internett (12). Bruk av internett som kommunikasjonskanal mellom pasient og behandler reiser spørsmål om personvern, og sikker håndtering og oppbevaring av pasientsensitive opplysninger (12). Dette kan variere fra land til land. I Norge vedtok Stortinget å styrke vernet om den personlige integritet ved å ta bestemmelse om personvern inn i Grunnloven i 2014 (13).

Internettbasert behandling

Internettbasert behandling består gjerne av et program med interaktive komponenter som spørreskjema for kartlegging av symptomer og ulike oppgaver for å praktisere ferdigheter som skal hjelpe brukerne til å mestre sykdommen (4). Programmene kan være beregnet til selvhjelp eller det kan tilbys veiledede program med terapeutkontakt enten via telefon eller via sikker meldingsutveksling (4). Behandling via internett kan være mer fleksibel enn ordinær ansikt til ansikt-behandling fordi man kan ta tak i behandlingen når man selv ønsker dette (14). Internettbasert behandling anslås også å være mindre ressurskrevende for terapeutene enn tradisjonell behandling ansikt til ansikt (15). Dette gjør at man kan nå flere, samtidig som det kan frigjøres ressurser til bruk for pasienter som ikke kan nyttiggjøre seg denne behandlingsformen (15). Behandlingen kan muligens også være kostnadseffektiv (16-18).

I Sverige har veiledet selvhjelp via internett inngått som del av anbefalingene for behandling av angst og depresjon siden 2007 (7). I Norge kom anbefalinger om et spesifikt program for pasienter med lettere psykiske lidelser («MoodGYM») inn i de nasjonale retningslinjene for psykisk helse i 2009 (7;19). «MoodGYM» er et selvhjelpsprogram på internett uten terapeutveiledning (19). Den nyeste oppdateringen av programmet finnes på engelsk og tysk (20). Tidligere versjoner var også tilgjengelig på norsk (20).

Terapeutveiledet internettbehandling i Norge

Ved Universitetet i Tromsø har det blitt forsket på implementering av MoodGYM i kombinasjon med terapeutkontakt i primærhelsetjenesten for lett til moderat depresjon (21). Deltakere med milde til moderate depresjonssymptomer ble fulgt i et 6 ukers program som besto av det internettbaserte programmet MoodGYM, samt oppfølging fra psykolog. Oppfølgingen besto av ukentlige 20 minutters konsultasjoner med psykolog/lege. Målet var blant annet å evaluere effekten av intervensjonen i forhold til reduksjon av symptomer på angst og depresjon, og å evaluere nye samarbeidsrutiner mellom første- og andrelinjetjenesten.

I spesialisthelsetjenesten ved Helse Bergen, Solli DPS, Søndre Vestfold DPS og Nordre Vestfold DPS, benyttes et eget program for terapeutveiledet internettbehandling (22).

Programmet ble igangsatt i Helse Bergen i 2012, etter modell fra Karolinska Institutet i Sverige (7). Helse Bergen benytter programbetegnelsen «eMeistring» (nynorsk), mens betegnelsen «eMestring» (bokmål) benyttes ved Sykehuset i Vestfold HF (7). Helseforetakets beskrivelse av behandlingen er:

«eMeistring.no nyttar kognitiv atferdsterapi og behandlinga består av skriftleg informasjon og øvingar.» (22) [...] «Veileda internettbehandling inneheld dei same elementa som ordinær kognitiv atferdsterapi hos behandlar i poliklinikk. Forskjellen er at behandlinga og tilbakemelding frå behandlar skjer via internett.» (22).

Behandlingstiden med «eMeistring» / «eMestring» varer opp til 14 uker og består av åtte til ni moduler (7;22). Pasientene oppfordres til å jobbe med programmet én time per dag, og har ukentlig møter med sin terapeut via telefon eller internett (10-15 min) (23). Et spørreskjema må fylles ut ukentlig for å kartlegge angst, depresjon og symptomtrykk. Suicidrisiko blir vurdert hvis relevant spørsmål i spørreskjemaet overstiger en gitt verdi, og eventuelle tiltak iverksettes (7). Behandleren må godkjenne fullført modul før pasienten kan gå videre til neste modul. I tillegg er det prosedyrer for manglende pålogging i løpet av en uke og ved manglende fremdrift (7).

Oppdragets mål og metoder

Bestillerforum RHF har gitt Folkehelseinstituttet i oppdrag å utarbeide en fullstendig metodevurdering med fokus på effekt av veiledet internettbehandling og en budsjett-konsekvensanalyse. Metodevurderingens forslagsstiller, Bjørgvin DPS i Helse Vest RHF, ønsker å søke Helse- og omsorgsdepartementet om å bli nasjonal kompetansetjeneste for metoden «eMestring» / «eMeistring» og en metodevurdering må vedlegges søknad om nasjonal tjeneste.

Det foreligger flere nyere systematiske oversikter om effekten av veiledet internettbehandling for ulike diagnoser¹. Målet med denne metodevurderingen er derfor å:

- 1) Utarbeide en oversikt over systematiske oversikter som har oppsummert klinisk effekt av terapeutveiledet internettbehandling ved ulike psykiske lidelser hos barn, unge og voksne, samt vurdere tilliten til effektestimaterne.
- 2) Utføre en budsjettkonsekvensanalyse for programmet «eMestring» som tilbys i Helse Vest RHF. Dette for å sette resultatene fra oversikten over systematiske oversikter i en norsk kontekst.

¹ Beskrevet i egnethetsvurderingen utarbeidet av Folkehelseinstituttet i forkant av behandlingen i Bestillerforum den 22.05.17. Finnes i vedlegg 1 i prosjektplanen (vedlagt).

Klinisk effekt

METODE

For vurdering av behandlingseffekt benytter vi metoder beskrevet i «Slik oppsummerer vi forskning» (24). Metoden går i korthet ut på å formulere forskningsspørsmål, søke etter litteratur, velge ut studier, vurdere studienes metodiske kvalitet, hente ut data, sammenstille data og gradere det totale kunnskapsgrunnlaget. Gjennom denne tilnærmingen kan vi også identifisere forskningshull.

Inklusjonskriterier

Følgende kriterier ble lagt til grunn for søkestrategi og artikkelutvelging:

Populasjon:	Voksne med primærdiagnose lett til moderat depresjon og/eller angst, alkoholavhengighet eller søvnforstyrrelse, og psykiske lidelser hos barn og unge
Intervensjon:	Terapeutveiledet internettbehandling på alle plattformer (datamaskin, nettbrett, mobiltelefon)
Sammenlikning:	Behandling ansikt til ansikt, ikke-veiledet nettbasert behandling, ventelistekontroll
Utfall:	Symptomer, funksjonsnivå, arbeidsførhet, livskvalitet, pasient tilfredshet, negative effekter, ventetid på behandling
Studiedesign:	Systematiske oversikter (oversikter der det er brukt en systematisk og beskrevet fremgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere enkeltstudiene (24)) med høy til middels metodisk kvalitet vurdert ved hjelp av Folkehelseinstituttets sjekklister
Språk:	Engelsk, skandinavisk
Eksklusjonskriterier:	Systematiske oversikter av lav metodisk kvalitet vurdert ved hjelp av relevant sjekklister

Litteratursøking

En forskningsbibliotekar samarbeidet med prosjektgruppen for å utarbeide systematiske litteratursøk i henhold til inklusjonskriteriene. En annen bibliotekar fagfellevurderte søkestrategiene. Vi søkte i CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews, Embase, Epistemonikos, ERIC, HTA via Cochrane Library, MEDLINE, PsycINFO, PubMed (deldatabase: publisher[sb]).

Vi brukte søkeord for tiltaket og studiedesign. Søkestrategien finnes i vedlegg 2.

Artikkelutvelging

Etter fjerning av dubletter, gikk tre forskere gjennom trefflisten med titler og sammen- drag, uavhengig av hverandre ved hjelp av referansehandteringsverktøyet Covidence (25). Vi gikk i tillegg gjennom referanselisten i relevante oversikter over oversikter for å identifisere andre systematiske oversikter. Mulig relevante referanser ble bestilt inn i fulltekst.

Vurdering av inkluderte studier

Systematiske oversikter som oppfylte inklusjonskriteriene ble inkludert i datagrunnlaget. Oversiktenes metodisk kvalitet ble vurdert ved hjelp av sjekklister fra håndboken «Slik oppsummerer vi forskning» (24). Der vi fant flere systematiske oversikter med samme problemstilling, inklusjonskriterier og metodisk kvalitet, inkluderte vi bare den oversikten med det nyeste litteratursøket og best metodisk kvalitet. Vi presenterer imidlertid alle relevante oversikter og deres metodiske kvalitet i vedlegg 3.

Ved uenighet i vurderingene i de ulike utvelgingstrinnene, diskuterte forskergruppen dette og kom til enighet.

Dataekstraksjon

En medarbeider hentet ut informasjon og utarbeidet tabeller over karakteristika ved de inkluderte systematiske oversiktene. Informasjonen ble sjekket av de andre forskerne. Vi registrerte førsteforfatter, dato for siste litteratursøk, studiedesign på inkluderte studier, antall deltakere, diagnose eller indikasjon, sammenlignende tiltak, utfall og resultater (vedlegg 4).

Analyser

Vi baserte oss på analysene og sammenstillingene som forfatterne av de systematiske oversiktene har utført. Resultatene presenteres i tekst og tabeller.

Vurdering av tillit til effektestimatene

Vi vurderte vår tillit til resultatene ved hjelp av Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE). Vurderingen ble utført av to personer, uavhengig av hverandre. Uenighet i vurderingene ble diskutert for å komme til enighet. Vi brukte dataverktøyet Guideline Development Tool (GDT), <http://www.guidelinedevelopment.org/>. I de inkluderte systematiske oversiktene som hadde utført GRADE-vurderinger, brukte vi disse dersom de etter vår vurdering var gjort i tråd med anbefalingene i GRADE.

GRADE hjelper oss å vurdere hvilken tillit vi har til effektestimatene for hvert utfallsmål (Tabell 1). Metoden inkluderer vurdering av risiko for skjevhet («Risk of Bias»), samsvarende (konsistens) i resultater mellom studier, sammenlignbarhet (direkthet; hvor like populasjonene, intervensjonene og utfallene i studiene er sammenliknet med de personer, tiltak og utfall man egentlig er opptatt av), hvor presise resultatestimatene er, og om det er risiko for publiseringskjevheter. For hver kategori vurderer man om det er begrensninger; ingen begrensninger, alvorlige begrensninger (markert som -1 i oppsummeringstabellene i resultatkapittelet) eller svært alvorlige begrensninger (markert som -2 i oppsummeringstabellene i resultatkapittelet).

Tabell 1. GRADE-kategoriens betydning for påliteligheten av effektestimater

Kvalitetsvurdering	Betydning
Høy	Vi har stor tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten.
Middels	Vi har middels tillit til effektestimatet: effektestimatet ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men effektestimatet kan også være vesentlig ulik den sanne effekten.
Lav	Vi har begrenset tillit til effektestimatet: den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimatet.
Svært lav	Vi har svært liten tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten.

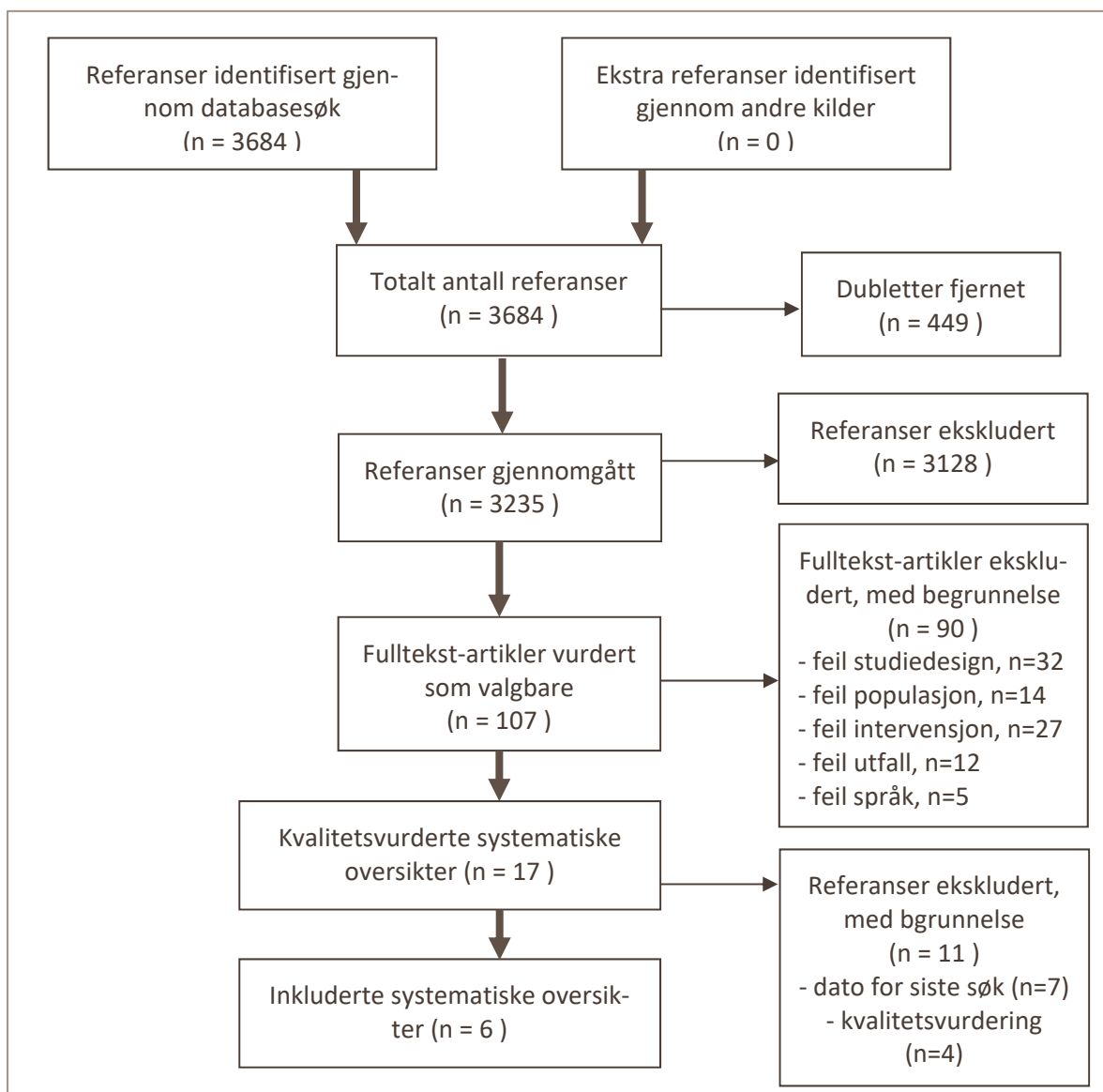
Etikk

Vi har ikke utført en full etisk evaluering av tiltaket i denne metodevurderingen. Temaet blir berørt gjennom diskusjon av etiske forhold knyttet til bruk av internett som kommunikasjonskanal mellom pasient og behandler, og mulige negative utfall knyttet til tiltaket.

RESULTATER

Resultater av litteratursøket

Vi søkte etter litteratur publisert i perioden 1. januar 2015 til 19. januar 2018. Litteratursøket og manuell gjennomgang av utvalgte referanselister, ga 3235 treff etter fjerning av dubletter (figur 1). Tre personer leste titler og sammendrag i referansehåndteringsprogrammet Covidence (25). Alle referanser ble lest og vurdert for inklusjon av minst to personer, uavhengig av hverandre. Ikke-relevante publikasjoner ble ekskludert i henhold til de oppsatte inklusjonskriteriene hvis begge som hadde lest referansene var enige om dette. Vi vurderte 107 mulig relevante artikler i fulltekst.



Figur 1. Flytskjema - utvelgelse av systematiske oversikter

Beskrivelse av studiene

Publikasjoner som oppfylte inklusjonskriteriene ble kvalitetsvurdert. Det ble også foretatt en vurdering av om intervensjonen inneholdt terapeutveiledning. Til denne vurderingen fikk vi hjelp av den eksterne arbeidsgruppen. I tillegg til intervensjonsvurderingene fikk vi også forslag om mulige relevante oversikter og studier. Dette var oversikter som var eldre enn det søket vårt var satt til å fange opp, ikke direkte relevante for problemstillingen eller primærstudier. Oversikt over studiene foreslått fra den eksterne gruppen finnes i vedlegg 3. Systematiske oversikter av høy kvalitet, nyest litteratursøk og intervensjoner som kunne sammenlignes med «eMeistring» ble inkludert i kunnskapsgrunnlaget for denne metodevurderingen.

Kvalitetsvurderte og relevante systematiske oversikter

Sytten relevante systematiske oversikter ble kvalitetsvurdert og vurdert for endelig inklusjon i kunnskapsgrunnlaget. Disse var fordelt på diagnosene depresjon, angst, sammenstilte data for depresjon og angst, søvnforstyrrelse eller alkoholavhengighet hos voksne, og psykiske lidelser hos barn og unge (tabell 2).

Tabell 2. Kvalitetsvurderte systematiske oversikter etter diagnose

Depresjon, voksne	Angst, voksne	Depresjon/ angst, voksne	Søvnforstyrrelse, voksne	Alkoholavhengighet, voksne	Barn og unge med psykiske lidelser
Sztein 2017 (26)	Olthuis 2016 (27)	Carlbring 2018 (28)	van Straten 2018 (29)	Giroux 2017 (30)	Välimäki 2017 (31)
Zhou 2016 (32)	Kampmann 2016 (33)	Andrews 2018 (34)	Seyffert 2016 (35)	Dedert 2015 (36)	Pennant 2015 (37)
	Richards 2015 (38)	Pasarelu 2017 (39)	Zachariae 2016 (40)		Rooksby 2015 (41)
		Newby 2016 (42)			

Kvalitetsvurdering av systematiske oversikter

De relevante systematiske oversiktene hadde fra lav til høy metodisk kvalitet vurdert ved hjelp av sjekklister for systematiske oversikter (24). Vurderingen av den metodiske kvaliteten ble gjennomført av to personer uavhengig av hverandre og finnes i vedlegg 4.

Ekskluderte systematiske oversikter

Vi ekskluderte de systematiske oversiktene som ikke oppfylte kriteriene vi hadde satt for inklusjon (høyest metodisk kvalitet, nyeste søk og relevant intervensjon). Tabell med de 11 ekskluderte systematiske oversiktene er plassert i vedlegg 5.

Inkluderte systematiske oversikter

Vi inkluderte kun resultater fra én systematisk oversikt for hver diagnose (depresjon, angst, (samlede effektestimater for) depresjon og angst, søvnforstyrrelse, alkoholavhengighet, psykisk helse hos barn og unge) som beskrevet i prosjektplanen. Vi inkluderte dermed seks systematiske oversikter. Det var kun én av de systematiske oversiktene som utelukkende vurderte terapeutveiledet internettbehandling (27). De fem andre systematiske oversiktene inkluderte studier som undersøkte internettbehandling både med og uten terapeutveiledning (26;31;34;36;40). I noen av de sistnevnte systematiske oversiktene var det gjort egne subgruppeanalyser mellom terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet behandling, eller det ble diskutert og eventuelt kvalitativt undersøkt om det var forskjell i effekt mellom terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet internettbehandling. I den videre fremstillingen har vi valgt å først presentere resultatene fra den systematiske oversikten som undersøkte terapeutveiledet internettbehandling, deretter presenterer vi og gir en vurdering av de systematiske oversiktene som har inkludert både terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet internettbehandling i sine analyser.

De seks inkluderte systematiske oversiktene er presentert kort i tabell 3. Ytterligere beskrivelse av de inkluderte systematiske oversiktene finnes i de neste kapitlene og i vedlegg 6.

Tabell 3. Inkluderte systematiske oversikter (n=6)

Oversikt	Indikasjon	Søke- dato (år/ mnd)	Inkl. RCT	Intervensjon	Sammen- ligninger	Hoved- utfall
Terapeutveiledet internettbehandling						
Olthuis 2016 (27)	Angst	2015/03	38	Terapeutveiledet internett- behandling	Venteliste Informasjon Selvhjelp Standard behandling Ansikt til ansikt	Symptomer Livskvalitet Pasient- tilfredshet Negative virkninger
Internettbehandling med og uten terapeutveiledning (samlede analyser)						
Sztejn 2017 (26)	Depresjon	2015/11	14	Terapeutveiledet og ikke-terapeut- veiledet internett- behandling	Venteliste	Symptomer
Andrews 2018 (34)	Depresjon og angst (samlede effektestimater for diagnosene)	2016/09	64	Terapeutveiledet og ikke-terapeut- veiledet internett- behandling	Venteliste Informasjon Standard behandling Ansikt til ansikt Placebo	Symptomer Negative virkninger
Zachariae 2015 (40)	Søvn- forstyrrelse	2015/06	11	Terapeutveiledet og ikke-terapeut- veiledet internett- behandling	Venteliste	Symptomer
Dedert 2015 (36)	Alkohol- avhengighet / -misbruk	2014/08 (delvis opp-	28	Terapeutveiledet og ikke-terapeut-	Ingen behandling Minimal behandling	Symptomer på alkohol- avhengighet

		datert 2015/ 03)		veidedet internett- behandling		Alkohol- relatert helse Livskvalitet Sosiale problemer Negative virkninger
Välimäki 2017 (31)	Psykiske lidelser hos barn og unge	2017/02	15	Terapeutveiledet og ikke-terapeut- veidedet internett- behandling	Venteliste Ingen behandling	Symptomer Livskvalitet Frafall Kostnader

Effekt av tiltak – terapeutveiledet internettbehandling

Én av de inkluderte systematiske oversiktene undersøkte effekten av terapeutveiledet internettbehandling (27).

Angst

Olthuis og medarbeidere (27) undersøkte effekten av terapeutveiledet kognitiv atferds-terapi via internett på ulike angstlidelser sammenlignet med ingen behandling ($n_{studier} = 28$), selvhjelp ($n_{studier} = 5$) eller behandling ansikt til ansikt ($n_{studier} = 7$) i sin systematiske oversikt. Oversikten inkluderte til sammen 38 randomiserte kontrollerte studier om sosial angst ($n_{studier} = 11$), panikklidelser ($n_{studier} = 8$), generelle angstlidelser ($n_{studier} = 5$), posttraumatisk stresslidelse ($n_{studier} = 2$), tvangslidelser ($n_{studier} = 2$), fobier ($n_{studier} = 2$) og ulike angstdiagnoser ($n_{studier} = 8$). Studiene var publisert i perioden frem til mars 2015 og omhandlet voksne over 18 år. Det ble brukt validerte skjema for diagnosefastsetting i studiene. Antall studiedeltakere varierte fra 21 til 212. Intervensjonene varte fra 4-15 uker. Terapeutkontakten i studiene varierte fra 23 minutter til 376 minutter (gjennomsnittlig 128 minutter og median 120 minutter), og strakk seg over 5 til 33 kontakttidspunkter.

Oversiktsforfatterne vurderte kvaliteten av studiene ved hjelp av Risk of Bias-verktøyet (43). Studiene hadde gjennomgående lav risiko for skjevhet. Flertallet av studiene var imidlertid ikke blindet, verken pasienter, behandlere eller de som vurderte dataene. Forfatterne benyttet standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) i analysene av kontinuerlige utfall. GRADE-vurderingene er utført av forfatterne av oversikten (27).

I meta-analysene fant oversiktsforfatterne at alvorligheten av angstspesifikke symptomer i gjennomsnitt var lavere hos intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen uten behandling (SMD -1,06 [95 % KI -1,29 til -0,82]). Tilliten til effektestimaten var lav (tabell 4). For terapeutveiledet internettbehandling sammenlignet med ikke-terapeutveiledet og ansikt til ansikt-behandling var alvorligheten av angstspesifikke symptomer ikke forskjellig, i gjennomsnitt, hhv. SMD 0,22 (95 % KI -0,56 til 0,13, svært lav tillit, tabell 5) og SMD 0,06 (95 % KI -0,25 til 0,37, lav tillit, tabell 6) (27). Klinisk viktig bedring etter endt behandling ble vurdert ved å bruke risk ratio (RR), og vurdert sammenlignet med ventelistekontroll og med ansikt til ansikt-behandling. Sammenlignet med ventelistekontroll fant forskerne en klinisk relevant forskjell mellom gruppene

(RR 3,75 [95 % KI 2,51 til 5,60], lav tillit, tabell 4) i favør av intervensjonsgruppen. Sammenlignet med ansikt til ansikt-behandling fant de ingen klinisk relevant forskjell mellom gruppene (RR 1,09 [95 % KI 0,89 til 1,34], lav tillit, tabell 6). Livskvalitet ble vurdert ved selvrapporing og var i gjennomsnitt høyere for veiledet internettbehandling sammenlignet med ventelistekontroll (SMD 0,47 [95 % KI 0,38 til 0,57], midtels tillit, tabell 4) og litt bedre enn ved ikke-veiledet behandling (tabell 5) og ansikt til ansikt-behandling (tabell 6). Pasientene var gjennomgående fornøyde eller svært fornøyde med den veiledede internettbehandlingen (tabell 4-6). Negative effekter var sjelden rapportert i studiene og kunne derfor ikke sammenstilles og oppsummeres.

Tabell 4. Veiledet internettbehandling for angst sammenlignet med lite eller ingen behandling

Utfall	Forventede absolutte effekter* (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (studier)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer Hentet fra oversikten til Olthuis m.fl 2016.
	Kontroll	Veiledet internettbehandling				
Symptomer (angst-spesifikke)	Studiepopulasjon			2147 (28 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{1,2}	Standardavvik på 0,80 eller mer representerer en stor forskjell mellom gruppene
		Gj.snitt symptomalvorlighet var 1,06 standardavvik lavere (0,82 til 1,29 lavere)				
Funksjonsnivå (klinisk viktig bedring etter beh.)	Studiepopulasjon		RR 3.75 (2,51 til 5,60)	866 (12 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{3,4}	Bedring vurdert vha standardisert intervju eller kliniske måleinstrumenter. Klinisk relevant forskjell mellom gruppene.
	14 per 100	53 per 100 (35 til 79)				
	Moderat					
	10 per 100	39 per 100 (26 til 58)				
Livskvalitet	Studiepopulasjon			1639 (23 RCT)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ⁵	Indeksert ved selvrapporing. Et standardavvik på 0,50 representerer en moderat forskjell mellom gruppene.
		Gj.snitt livskvalitet var 0,47 standardavvik høyere (0,38 til 0,57 høyere)				
Pasienttilfredshet	Studiepopulasjon		Ikke estimert	0 (13 RCT)		Studiene rapporterte høy tilfredshet for veiledet internettbehandling
Negative effekter	Studiepopulasjon		Ikke estimert	0 (0 RCT)		Siden negative effekter sjelden var rapportert, kunne dataene ikke sammenstilles på en meningsfull måte

¹ risiko for skjevhet (mulig selektiv rapportering, ufullstendige data, baseline forskjeller og ingen blinding (-1)), ² høy heterogenitet mellom studiene (-1), ³ risiko for skjevhet (ingen blinding (-1)), ⁴ publikasjonsskjevhet (-1), ⁵ risiko for skjevhet (baseline forskjeller mht alvorlighet, ingen blinding (-1))

*Risikoen i intervensjonsgruppen (og tilhørende 95% konfidensintervall) er basert på antatt risiko i sammenligningsgruppen og den relative effekten av intervensjonen (og tilhørende 95% konfidensintervall). KI: konfidensintervall; RR: Risk ratio; OR: Odds ratio; MD: gjennomsnittsforskjell.

Tabell 5. Veiledet internettbehandling for angst sammenlignet med ikke-veiledet behandling

Utfall	Forventede absolutte effekter* (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (studier)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer Hentet fra oversikten til Olthuis m.fl 2016.
	Kontroll	Veiledet internettbehandling				
Symptomer (angstspesifikke)	Studiepopulasjon			312 (5 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1 2 3}	Standardavvik på 0,20 representerer en liten forskjell mellom gruppene
		Gj.snitt symptomalvorlighet var 0,22 standardavvik lavere (0,56 lavere til 0,13 høyere)				
Funksjonsnivå (klinisk viktig bedring etter beh.)	Studiepopulasjon		Ikke estimert	54 (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1 4}	Ikke sammenstilt fordi det bare er én studie for dette utfallet
Livskvalitet	Studiepopulasjon			199 (3 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1 2 3}	Indeksert ved selvrappotering. Et standardavvik på 0,10 representerer en liten forskjell mellom gruppene.
		Gj.snitt livskvalitet var 0,07 standardavvik høyere (0,38 lavere til 0,50 høyere)				
Pasienttilfredshet	Studiepopulasjon		Ikke estimert	0 (2 RCT)		Studiene rapporterte generelt høyere tilfredshet for veiledet internettbehandling
Negative effekter	Studiepopulasjon		Ikke estimert	0 (0 RCT)		Siden negative effekter sjelden var rapportert, kunne dataene ikke sammenstilles på en meningsfull måte

¹ risiko for skjevhet (ingen blinding (-1), ² heterogenitet mellom studiene (-1), ³ få inkluderte studier (-1), ⁴ kun én studie (-2)

*Risikoen i intervensjonsgruppen (og tilhørende 95% konfidensintervall) er basert på antatt risiko i sammenligningsgruppen og den relative effekten av intervensjonen (og tilhørende 95% konfidensintervall). KI: konfidensintervall; RR: Risk ratio; OR: Odds ratio; MD: gjennomsnittsforskjell.

Tabell 6. Veiledet internettbehandling for angst sammenlignet med ansikt til ansikt-behandling

Utfall	Forventede absolutte effekter* (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (studier)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer Hentet fra oversikten til Olthuis m.fl 2016.
	Kontroll	Veiledet internett-behandling				
Symptomer (angst-spesifikke)	Studiepopulasjon			450 (7 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{1 2}	Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene.
		Gj.snitt symptom- alvorlighet var 0,06 standard-avvik lavere (0,25 lavere til 0,37 høyere)				
Funksjonsnivå (klinisk viktig bedring etter beh.)	Studiepopulasjon		RR 1,09 (0,89 til 1,34)	365 (4 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{3 4}	Bedring vurdert vha standardisert intervju eller kliniske måleinstrumenter Ingen klinisk relevant forskjell mellom gruppene.
	41 per 100	44 per 100 (36 til 54)				
	Moderat 45 per 100	49 per 100 (40 til 61)				
Livskvalitet	Studiepopulasjon			392 (5 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{1 2}	Indeksert ved selvrappotering. Et standardavvik på 0,20 representerer en liten forskjell mellom gruppene.
		Gj.snitt livskvalitet var 0,26 standardavvik høyere (0,06 lavere til 0,45 høyere)				
Pasient-tilfredshet	Studiepopulasjon		Ikke estimert	-		Studiene rapporterte høy tilfredshet for begge behandlingsformene, men dataene kunne ikke sammenstilles på en meningsfull måte
Negative effekter	Studiepopulasjon		Ikke estimert	-		Siden negative effekter sjelden var rapportert, kunne dataene ikke sammenstilles på en meningsfull måte

¹ risiko for skjevhet (ufullstendige data, manglende blinding (-1)), ² heterogenitet mellom studiene (-1), ³ lavt deltakerantall (-1), ⁴ risiko for skjevhet (ingen blinding (-1))

*Risikoen i intervensjonsgruppen (og tilhørende 95% konfidensintervall) er basert på antatt risiko i sammenligningsgruppen og den relative effekten av intervensjonen (og tilhørende 95% konfidensintervall). KI: konfidensintervall; RR: Risk ratio; OR: Odds ratio; MD: gjennomsnittsforskjell.

Oversikten rapporterte ikke data knyttet til arbeidsførhet eller ventetid på behandling.

Effekt av tiltak – terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet internetthandling

Fem inkluderte systematiske oversikter undersøkte effekten av terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet internetthandling i samlede analyser (26;31;34;36;40).

Depresjon

Sztejn og medarbeidere (26) undersøkte effekten av kognitiv atferdsterapi via internett på depressive symptomer sammenlignet med ingen behandling i sin systematiske oversikt. Oversikten inkluderte 14 randomiserte kontrollerte studier. Studiene var publisert i perioden 2005 til 2015 og omhandlet voksne over 18 år med milde til moderate depressive symptomer. Antall studiedeltakere varierte fra 45 til 396. Studiene hadde gjennomført forskjellige atferdsterapiprogrammer og de brukte ulike skalaer for å måle utfallet (BDI, BDI-II, CES-D, PHQ-9)². Tolv studier hadde en form for terapeutkontakt, enten via diskusjonsforum, e-post, telefon. Resten hadde ingen terapeutkontakt. Intervensjonene varte fra 6-11 uker. Oppfølgingstiden etter endt behandling var seks måneder ($n_{\text{studier}} = 11$), fire måneder ($n_{\text{studier}} = 1$) og tre måneder ($n_{\text{studier}} = 2$).

Oversiktsforfatterne vurderte kvaliteten av studiene ved hjelp av Risk of Bias-verktøyet. De fant at studiene hadde lav til moderat risiko for skjevheter. Alle, unntatt én studie, hadde adekvat sekvensgenerering, beskrevet frafall i studiene og foretok analyser etter intention-to-treat (ITT)-prinsippet. Ingen av studiene var blindet (pasienter, behandlere og de som behandlet dataene). Studiene brukte ulike skalaer for å måle utfallene, og forfatterne beregnet standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) for å vurdere effektstørrelsen på tvers av studiene. De vurderte også om effekten var liten, middels eller stor (definert som 0,2-0,39 = liten effekt, 0,4-0,79 = middels effekt, $\geq 0,8$ = stor effekt).

I meta-analysene fant oversiktsforfatterne at internetthandlingen hadde moderat til stor effekt på reduksjon av depressive symptomer etter endt behandling (SMD 0,74 [95 % KI 0,62 – 0,86], $p < 0,001$). Ved oppfølging etter 3-6 måneder var effekten av internetthandlingen fortsatt god (SMD 0,83 [0,69 – 0,99], $p < 0,001$). Forfatterne fant lav heterogenitet i resultatene fra meta-analysen og ingen publikasjonsskjevhet. Vi vurderte tilliten til dokumentasjonen ved hjelp av GRADE å være middels (tabell 7).

Det ble gjort subgruppe-analyser mellom terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet behandling. Forfatterne fant ingen forskjell mellom gruppene (hhv. SMD 0,73 [95 % KI 0,58 – 0,87] og SMD 0,79 [95 % KI 0,55 – 1,03]).

² BDI=Beck Depression Inventory, BDI-II=Beck Depression Inventory II, CES-D=Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, PHQ-9=Patient Health Questionnaire

Tabell 7. Internettbehandling sammenlignet med ingen behandling for depresjon

Utfall	Forventede absolutte effekter* (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (studier)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer
	Kontroll	Veiledet internettbehandling				
Symptomer	Studiepopulasjon			1631 (14 RCT)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ¹	GRADE-vurderingen er utført av forskere ved FHI basert på informasjon i oversikten av Sztein og medarbeidere.
		Gj.snittlig bedring SMD 0,74 høyere (0,62 til 0,86 høyere)				

¹ Skjult allokering kun delvis beskrevet i studiene, ingen blinding (-1)

* KI: konfidensintervall; SMD: standardisert gjennomsnittsforskjell

Oversikten rapporterte ikke data knyttet til funksjonsnivå, arbeidsførhet, livskvalitet, pasienttilfredshet, negative effekter eller ventetid på behandling.

Depresjon og angst (samlede effektestimater)

Andrews og medarbeidere (34) vurderte samlede effektestimater av kognitiv atferdsterapi via internett på depresjon og angst. Oversiktsforfatterne (34) inkluderte studier om alvorlig depresjon ($n_{\text{studier}} = 32$), panikklidelse ($n_{\text{studier}} = 12$), sosial angst ($n_{\text{studier}} = 11$) eller generell angstlidelse ($n_{\text{studier}} = 9$) sammenlignet med ingen behandling, informasjon, diskusjonsgruppe og behandling ansikt til ansikt i sin systematiske oversikt.

Oversikten inkluderte til sammen 53 randomiserte kontrollerte studier. Noen av studiene hadde flere armer og disse ble av forfatterne behandlet som egne studier, til sammen 64 studier. Studiene var publisert i perioden frem til september 2016, og omhandlet voksne over 18 år. Diagnose ble i studiene fastsatt av en kliniker, ved telefonintervju eller ved diagnosekriterier i validerte spørreskjema. Antall studiedeltakere varierte fra 20 til 637. Terapeutkontakten i studiene varierte fra 18 minutter til 352 minutter i terapeutveiledet internettbehandling, og fra 240 minutter til 600 minutter i ansikt til ansikt-behandling (rapportert i fem studier som ble omtalt i oversikten).

Kvaliteten på studiene ble vurdert ved hjelp av Risk of Bias-verktøyet. Femtien studier hadde lav risiko for skjevheter, mens 13 studier hadde moderat risiko for skjevheter. Nedgradering til moderat risiko skyldtes i hovedsak mangel på informasjon om skjult allokering. Alle studiene foretok analyser etter ITT-prinsippet. Studiene var ikke blindet.

Effektestimaterne (Hedges'g) ble kalkulert som post-behandlingsforskjeller mellom gjennomsnittet i intervensjonsgruppen og gjennomsnittet i kontrollgruppen delt på det sammenstilte post-standardavviket og justert for utvalgets størrelse.

I meta-analyser fant oversiktsforfatterne at internetbehandlingen hadde god effekt på reduksjon av psykiske symptomer etter endt behandling ($g = 0,80$ [95 % KI 0,68 – 0,92] $p=0,00$) sammenlignet med en kombinasjon av ingen behandling, informasjon, diskusjonsgruppe og behandling ansikt til ansikt. Ved oppfølging var effekten noe lavere (3-6 måneder; $g = 0,15$ [95 % KI 0,06 – 0,23], $n_{studier} = 29$, og 9-12 måneder; $g = 0,22$ [95 % KI 0,01 – 0,43], $n_{studier} = 15$). Det ble også kalkulert antall personer som måtte behandles for å få en mereffekt (number needed to treat (NNT)). NNT for dette utfallet ble rapportert å være 2,34. Forfatterne fant høy heterogenitet i resultatene fra meta-analysen. Vi vurderte tilliten til dokumentasjonen ved hjelp av GRADE å være lav (tabell 8).

Det ble gjort subgruppe-analyser mellom kontrollgruppene venteliste og ansikt til ansikt-behandling for psykiske symptomer. Forfatterne fant forskjell ($p < 0,05$) mellom ventelistekontroll ($g = 0,90$ [95 % KI 0,74 – 1,00]) og ansikt til ansikt-behandling ($g = 0,38$ [95 % KI 0,18 – 0,59]). Dette indikerer at det er mindre forskjell i effekt mellom internetbehandling og ansikt til ansikt-behandling enn mellom internetbehandling og ventelistekontroll. NNT ble rapportert å være hhv. 2,10 og 4,60. Flertallet av pasientene rapporterte at de var fornøyd eller svært fornøyd med internetbehandlingen (rapportert i 24/64 studier). Negative effekter ble ikke rapportert i noen av de inkluderte studiene.

Tabell 8. Internetbehandling sammenlignet med kontroll (ingen behandling, informasjon, diskusjonsgruppe og behandling ansikt til ansikt) for samleestimer av depresjon og angst

Utfall	Forventede absolutte effekter* (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (studier)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer
	Kontroll	Veiledet internetbehandling				
Symptomer (alle sammenligninger)	Studiepopulasjon			8279 (64 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{1,2}	GRADE-vurderingen er utført av forskere ved FHI basert på informasjon i oversikten av Andrews og medarbeidere.
		Gj.snitt symptomalvorlighet var 0,80 standardavvik lavere (0,68 til 0,92 lavere)				
Pasienttilfredshet	Studiepopulasjon		Median tilfredshet 86 % (62 – 100%)	Antall deltakere ikke oppgitt (24 RCT)	Ikke estimerbart	
Negative effekter	Studiepopulasjon		Ikke estimerbart	0 (0 RCT)		Mangelfull informasjon

¹ ingen blinding (-1), ² høy heterogenitet mellom studiene (-1)

*Risikoen i intervensjonsgruppen (og tilhørende 95% konfidensintervall) er basert på antatt risiko i sammenligningsgruppen og den relative effekten av intervensjonen (og tilhørende 95% konfidensintervall). KI: konfidensintervall; RR: Risk ratio; OR: Odds ratio; MD: gjennomsnittsforskjell

Oversikten rapporterte ikke data knyttet til funksjon, arbeidsførhet, livskvalitet eller ventetid på behandling.

Effektivitet av internetbasert kognitiv atferdsterapi

I oversikten av Andrews og medarbeidere (34) vurderte forfatterne også effektiviteten av behandlingen. Åtte av de inkluderte primærstudiene i den systematiske oversikten, undersøkte effektiviteten av internetbasert kognitiv atferdsterapi i rutinemessig klinisk praksis ved å undersøke endring i symptomer fra før til etter behandling. Studiene inkluderte alle de undersøkte diagnosene. De fant at resultatene fra disse effektivitetsstudiene var i samsvar med studier for effekt med en pre-post-effektstørrelse på $g = 1,07$ (standardavvik ikke oppgitt). Tre av effektivitetsstudiene oppga tidsbruk på terapeutkontakten, og den var mellom 11 og 12 minutter per pasient per uke.

Søvnforstyrrelse

Zachariae og medarbeidere (40) undersøkte effekten av søvnforstyrrelsesrettet kognitiv atferdsterapi via internet på søvnforstyrrelse (insomni) eller selvrapporterte søvnvansker sammenlignet med ingen behandling i sin systematiske oversikt. Utfallsmålene var primært alvorlighet av søvnforstyrrelse og søvneffektivitet, og sekundært ventetid på søvn, oppvåkning etter søvnstart, antall nattlige oppvåkninger, total søvnmengde, totaltid i sengen og subjektiv søvnkvalitet. Oversikten inkluderte til sammen 11 randomiserte kontrollerte studier. Studiene var publisert i perioden fra 2004 til 2015, og omhandlet voksne over 18 år. Alle studiene, unntatt én, inkluderte personer med kliniske søvnvansker vurdert ved hjelp av validerte kriterier (DSM-IV eller DSM-5)³. Antall studiedeltakere varierte fra 28 til 418, og gjennomsnittlig tid med søvnforstyrrelser var 9,6 år. Personkontakt i studiene varierte fra kun automatisert påminnelse og tilbakemelding ($n_{\text{studier}} = 4$), mulighet til å få kontakt med personale for å få individualisert systemstøtte ($n_{\text{studier}} = 3$), personlig kontakt med terapeut som en integrert del av intervensjonen ($n_{\text{studier}} = 3$) og telefonstøtte ($n_{\text{studier}} = 1$). Intervensjonstiden var gjennomsnittlig 5,5 uker, med et spenn fra 2 til 9 uker.

Kvaliteten av de inkluderte studiene ble vurdert ved hjelp av åtte modifiserte spørsmål fra Jadad skalaen, ett spørsmål fra Cochrane's Risk of Bias-sjekkliste, og tre søvn-relevante studiekriterier. Kvalitetsvurderingen ble rapportert i prosent av maksimal skåre, og varierte mellom 66,7 % og 95,8 %. Den største metodiske svakheten var mangelen på skjult allokering ($n=11$) og at studiene ikke hadde basert studiestørrelse på statistisk styrkeberegning ($n=6$).

Effektestimatene (Hedges' g) ble kalkulert som post-behandlingsforskjeller mellom gjennomsnittet i intervensjonsgruppen og gjennomsnittet i kontrollgruppen delt på det sammenstilte post-standardavviket og justert for utvalgets størrelse.

I meta-analysene for de primære utfallsmålene, fant oversiktsforfatterne at internetbehandlingen ga statistisk signifikant bedre resultater enn ingen behandling ved intervensjonsslutt (søvneffektivitet: $g = 0,58$ [95 % KI 0,36 – 0,81] $p < 0,001$; alvorlighet av

³ DSM-IV= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-5= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

søvnforstyrrelse: $g = 1,09$ [95 % KI 0,74 – 1,45] $p < 0,001$). Fem studier hadde oppfølging etter studieslutt på 4 til 48 uker (søvn effektivitet: $g = 0,57$ [95 % KI 0,14 til 1,01], $p = 0,009$; alvorlighet av søvnforstyrrelse: $g = 0,86$ [95 % KI 0,42 til 1,30], $p < 0,001$). Visuell inspeksjon av funnel-plot viste tegn til mulig publikasjonsskjevhet, og det ble derfor også foretatt analyser som justerte for dette. Heterogeniteten i meta-analysene for de primære utfallsmålene varierte fra høy heterogenitet for alvorlighet av søvnforstyrrelse og lav til middels for blant annet søvn effektivitet. Vi vurderte tilliten til dokumentasjonen ved hjelp av GRADE å være svært lav (tabell 9).

Tabell 9. Internettbehandling sammenlignet med ingen behandling for søvnforstyrrelse

Utfall	Forventede absolutte effekter* (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (studier)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer
	Kontroll	Veiledet internettbehandling				
Symptomer (søvn-effektivitet)	Studiepopulasjon			1071 (8 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,3}	GRADE-vurderingen er utført av forskere ved FHI basert på informasjon i oversikten av Zachariae og medarbeidere.
		Gj.snitt symptom-alvorlighet var 0,58 standard-avvik lavere (0,36 til 0,81 lavere)				
Funksjonsnivå (alvorlighet av søvnforstyrrelse)	Studiepopulasjon			1220 (10 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,3}	GRADE-vurderingen er utført av forskere ved FHI basert på informasjon i oversikten av Zachariae og medarbeidere.
		Gj.snitt symptom-alvorlighet var 1,09 standard-avvik lavere (0,74 til 1,45 lavere)				

¹ mangel på skjult allokering (-1), ² høy heterogenitet (-1), ³ mulig publikasjonsskjevhet (-1)

*Risikoen i intervensjonsgruppen (og tilhørende 95% konfidensintervall) er basert på antatt risiko i sammenligningsgruppen og den relative effekten av intervensjonen (og tilhørende 95% konfidensintervall). KI: konfidensintervall; RR: Risk ratio; OR: Odds ratio; MD: gjennomsnittsforskjell

Oversikten rapporterte ikke data knyttet til arbeidsførhet, livskvalitet, pasienttilfredshet, negative effekter eller ventetid på behandling.

Alkoholavhengighet

Dedert og medarbeidere (36) undersøkte i sin systematiske oversikt, effekten av internettintervensjoner mot alkoholproblemer eller -avhengighet sammenlignet med minimal eller ingen intervensjon. Populasjonen var voksne over 18 år med et alkoholproblem eller en alkoholavhengighet. Utfallene var alkoholkonsum, om personen møter grensen for alkoholforbruk, forekomst av overstadig drikking, alkoholrelatert helse, sosiale eller legale problemer, helse relatert livskvalitet og negative virkninger. Oversikten inkluderte til sammen 28 randomiserte kontrollerte studier, der 25 av studiene

inngikk i meta-analyser. Studiene var publisert i perioden fra 2004 til 2014. Studiene inkluderte personer med alkoholavhengighet ($n_{\text{studier}}=3$) og personer som misbrakte alkohol ($n_{\text{studier}}=25$). Antall studiedeltakere varierte fra 60 til 2652. Terapeutkontakten i studiene varierte og inkluderte ingen kontakt ($n_{\text{studier}}=17$), lav ikke-støttende kontakt ($n_{\text{studier}}=8$), og moderat til høy støttende kontakt ($n_{\text{studier}}=3$). Terapeutkontakt varierte fra 1,5 til 6,5 timer, og fra én kontakt til 62 interaksjoner over en periode på ett år. Intervensjonene i internettprogrammene besto av ulike former for evidensbaserte behandlingsprogrammer mot alkoholmisbruk.

Kvaliteten av de inkluderte studiene ble vurdert ved hjelp av Risk of bias-verktøyet. Studiene hadde lav ($n_{\text{studier}}=8$), middels ($n_{\text{studier}}=15$) og høy ($n_{\text{studier}}=5$) risiko for skjevhet.

Effektestimaterne for alkoholkonsum ble beregnet med gjennomsnittsforskjeller (MD) og konfidensintervall (95 % KI) etter 6 og 12 måneder, hos voksne og ungdom/studenter hver for seg. Intervensjonene som ble slått sammen i meta-analysene varierte i intensitet og terapeutkontakt.

Hos voksne som misbrakte alkohol var det ingen forskjell i alkoholkonsum etter 6 måneder (MD -25,0⁴ gram/uke [95 % KI -51,9 til 1,9]), eller etter 12 måneder (MD -8,6 gram/uke [95 % KI -53,7 til 36,5]). Hos studenter som misbrakte alkohol var forskjellen mellom gruppene etter 6 måneder MD -11,7 gram/uke (95 % KI -19,3 til -4,1) og ingen forskjell etter 12 måneder (MD -4,7 gram/uke [95 % KI -24,5 til 15,1]). For inntak under veiledende grense for alkoholkonsum, og måling etter 6 måneder hos personer som misbrakte alkohol, fant forskerne ingen forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen (RR 1,22 [95 % KI 0,79 til 1,89]). Hos studenter som misbrakte alkohol fant de en liten forskjell mellom gruppene (RR 1,53 [95 % KI 1,09 til 2,17]) etter 6 måneder i én studie som hadde undersøkt dette utfallsmålet. I én studie om sosiale konsekvenser hos voksne som misbrakte alkohol, fant forskerne ingen forskjell i selvrapporterte sosiale problemer (vha the Short Inventory of Problems Questionnaire), henholdsvis gjennomsnittlig 5,9 poeng (standardavvik 10,2) og 6,5 poeng (standardavvik 9,3). Hos studenter som misbrakte alkohol, fant forskerne ingen forskjell mellom gruppene etter 6 måneder (SMD 0 [95 % KI -0,10 til 0,10]), eller etter 12 måneder (SMD 0,01 [95 % KI -0,19 til 0,22]).

Hos personer med alkoholavhengighet ($n_{\text{studier}}=3$), ble det i én studie ikke funnet forskjell i alkoholkonsum ($p=0,62$) eller overdriking («binge drinking», $p=0,69$) etter 12 måneder mellom intervensjonsgruppen som fikk interaktiv tilbakemelding og motiverende intervju (30-40 minutter opp til fire ganger) og en inaktiv kontrollgruppe. I én annen studie inngikk interaktiv respons, tre internett-moduler og oppringing fra studiekoordinatoren ved manglende respons, i intervensjonen. Etter seks måneder var det ingen forskjell mellom intervensjonsgruppen og passiv kontrollgruppe i selvrapportert

⁴ 1 alkoholenhet er 12,8 gram. 25 gram alkohol tilsvarer ca. 2 alkoholenheter.

avholdenhet fra alkohol (-5,6 prosentpoeng [95 % KI -36,7 til 25,6]). I den tredje studien, som omhandlet personer som nylig hadde blitt utskrevet fra behandling for alkoholavhengighet, inkluderte intervensjonen utdeling av en smarttelefon med veiledet avspenning og alarm når personen nærmet seg høyrisikoområder (tjeneste knyttet til the Global Positioning System). Behandlerne fikk tilbakemelding om risiko for tilbakefall og kunne da ta kontakt med personen via telefon. Etter 12 måneder hadde personene i intervensjonsgruppen økt sannsynlighet for avholdenhet (OR 1,94 (95 % KI 1,14 til 3,31) og redusert hyppighet av risikabel drikking definert som >4 drinker per dag for menn og >3 drinker per dag for kvinner (MD, -1,47 dager i måneden [95 % KI -0,13 til -2,81]).

Tabell 10. Internettbehandling sammenlignet med minimal eller ingen behandling for skadelig alkoholbruk

Utfall	Forventede absolutte effekter* (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (studier)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer
	Kontr oll	Veiledet internett-behandling				
Symptomer (konsum) Voksne	Studiepopulasjon			2590 (7 RCT)	⊕⊕○○ LAV ¹²	Måling ved 6 måneder GRADE-vurderingen er utført av forskere ved FHI basert på informasjon i oversikten av Dedert og medarbeidere.
		Gjennomsnittlig konsum var 25 gram per uke lavere (51,9 lavere til 1,9 høyere)				
Symptomer (konsum) Studenter	Studiepopulasjon			6586 (11 RCT, 14 sammenligninger)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ⁵	Måling ved 6 måneder GRADE-vurderingen er utført av forskere ved FHI basert på informasjon i oversikten av Dedert og medarbeidere.
		Gjennomsnittlig konsum var 11,7 gram per uke lavere (19,3 lavere til 4,1 lavere)				
Funksjonsnivå (inntak under veiledende grense) Voksne	Studiepopulasjon		Ingen forskjell RR 1,22 (0,79 til 1,89)	1878 (4 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ²³	Måling ved 6 måneder GRADE-vurderingen er utført av forskere ved FHI basert på informasjon i oversikten av Dedert og medarbeidere.
Funksjonsnivå (inntak under veiledende grense) Studenter	Studiepopulasjon		Favør intervensjonsgr. OR 1,53 (1,09 til 2,17)	2435 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ⁶	Måling ved 6 måneder GRADE-vurderingen er utført av forskere ved FHI basert på informasjon i oversikten av Dedert og medarbeidere.
Arbeidsførhet (sosiale konsekvenser) Voksne	Studiepopulasjon			167 (1 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ⁴⁶	Ingen forskjell mellom gruppene. Måling ved 6 måneder GRADE-vurderingen er utført av forskere ved FHI basert på informasjon i oversikten av Dedert og medarbeidere.
	6,5 poeng (SD 9,3)	5,9 poeng (SD 10,2)				

Arbeidsførhet (sosiale konsekvenser) Studenter	Studiepopulasjon	5741 (7 RCT)	⊕⊕⊕○ MIDDELS [§]	Måling ved 6 måneder GRADE-vurderingen er utført av forskere ved FHI basert på informasjon i oversikten av Dedert og medarbeidere.
	Gjennomsnittlig endring var 0 (fra 0,10 lavere til 0,10 høyere)			
Livskvalitet	Studiepopulasjon	0 (0 RCT)		Mangelfullt rapportert
Negative virkninger	Studiepopulasjon	0 (0 RCT)		Mangelfullt rapportert

¹ moderat risiko for skjevhet (2/7 studier høy risiko) (-1), ² moderat heterogenitet (-1), ³ stor risiko for skjevhet (-2), ⁴ lavt deltakerantall (-2), ⁵ lav til moderat risiko for skjevhet (-1), ⁶ kun én studie (-1)

*Risikoen i intervensjonsgruppen (og tilhørende 95% konfidensintervall) er basert på antatt risiko i sammenligningsgruppen og den relative effekten av intervensjonen (og tilhørende 95% konfidensintervall). KI: konfidensintervall; RR: Risk ratio; OR: Odds ratio; MD: gjennomsnittsforskjell

Oversikten rapporterte ikke data knyttet til pasienttilfredshet eller ventetid på behandling.

Psykiske lidelser hos barn og unge

Välimäki og medarbeidere (31) undersøkte i sin systematiske oversikt, effekten av internettintervensjoner mot depresjon, depressive symptomer, angst og stress sammenlignet med venteliste kontroll eller ingen behandling. Oversikten inkluderte 22 studier, hvor 15 studier inngikk i meta-analyser. Søket etter studier ble utført i september 2015, og oppdatert i februar 2017. Totalt deltakerantall var 4979. Frafallet i studiene varierte fra 0 % til 67,3 %. Deltakerne var mellom 11 og 24 år, og de hadde en depresjonsdiagnose eller hadde opplevd depresjons- eller angstsymptomer. Intervensjonene inkluderte i hovedsak kognitiv atferdsterapi. Det ble benyttet interaktive spill, online chatter, mobiltelefonapplikasjoner og e-post. For å støtte fremgangen ble det gitt oppgaver og øvelser, arbeidsbøker, guider og spørreskjema som man kunne jobbe med for seg selv. Oversikten hadde ikke informasjon om hvor mye terapeutkontakt det var i de inkluderte studiene. Programmene inneholdt opp til 14 moduler, og varte fra tre til 10 uker. Tiden deltakerne brukte på programmene varierte fra 20 minutter til tre timer per uke. Deltakernes gjennomføring av programmene varierte mellom 10 og 94 %. Programmene ble tilbudt via skoler eller i ulike deler av helsetjenesten.

Kvaliteten på de inkluderte studiene ble vurdert ved hjelp av Risk of Bias-verktøyet. De fleste studiene hadde lav risiko for seleksjonsskjevhet (12/15). Halvparten av studiene hadde lav risiko knyttet til skjult allokering (7/15), men risikoen var høy i fire studier (4/15). Det var hovedsakelig lav risiko knyttet til blinding av pasienter og personell (13/15), og vurdering av utfallsmålene (11/15). Risikoen var høy for flere studier knyttet til ufullstendige data (6/15) og selektiv rapportering (8/15).

Det ble utført meta-analyser som anga gjennomsnittsforskjeller (MD) mellom gruppene til tross for at skalaene som inngikk i meta-analysene var ulike (f.eks. CES-D fra 0-60, DASS fra 0-42 og RADS-2 fra 30-120)⁵.

Ved sammenligning av korttidseffekt (post-intervensjon) på depressive symptomer inngikk 10 studier, og man fant en liten forskjell i effekt i favør av internettintervensjonen (MD -1,68 [95 % KI -3,11 til -0,25]). Forskjellen mellom gruppene var ikke forskjellig etter 3-5 måneders oppfølging (MD -2,91 [95 % KI -6,19 til 0,36], n=5) men, var det etter 6 måneders oppfølging eller mer (MD -1,78 [95 % KI -3,20 til -0,37], n=3). Ved sammenligning av korttidseffekt (post-intervensjon) på angstsymptomer inngikk åtte studier, og man fant en liten forskjell i effekt i favør av internettintervensjonen (MD -1,47 [95 % KI -2,36 til -0,59]). Forskjellen mellom gruppene var ikke forskjellig etter 3-5 måneders oppfølging (MD -1,42 [95 % KI -4,45 til 1,62], n=2). Tre studier vurderte forskjell i humør og følelser og fant effekt i favør av internettintervensjon (MD -5,55 [95 % KI -10,88 til -0,22]). Flere i kontrollgruppen enn i internettintervensjonsgruppen forlot studien tidlig (OR 1,31 [95 % KI 1,08 til 1,58]).

Tabell 11. Internettbehandling sammenlignet med ingen behandling blant barn og unge

Utfall	Forventede absolutte effekter* (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (studier)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer
	Kontroll	Veiledet internettbehandling				
Symptomer Depresjon	Studiepopulasjon			2944 (10 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,3}	Måling etter intervensjonsslutt. GRADE-vurderingen er utført av forskere ved FHI basert på informasjon i oversikten av Välimäki og medarbeidere.
		Gjennomsnittlig endring var 1,68 poeng lavere (3,11 lavere til 0,25 lavere)				
Symptomer Angst	Studiepopulasjon			2031 (8 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{1,3}	Måling etter intervensjonsslutt. GRADE-vurderingen er utført av forskere ved FHI basert på informasjon i oversikten av Välimäki og medarbeidere.
		Gjennomsnittlig endring var 1,47 poeng lavere (2,36 lavere til 0,59 lavere)				
Livskvalitet (Humør og følelser)	Studiepopulasjon			484 (3 RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,3}	Måling etter intervensjonsslutt. GRADE-vurderingen er utført av forskere ved FHI basert på informasjon i oversikten av Välimäki og medarbeidere.
		Gjennomsnittlig forskjell var 5,55 poeng lavere (10,88 lavere til 0,22 lavere)				
	Studiepopulasjon					

⁵ CES-D= Center for Epidemiological Studies Depression Scale, DASS=Depression Anxiety Stress Scales, RADS-2=Reynolds Adolescent Depression Scale-2nd edition

Pasient-tilfredshet (<i>Forlate studien tidlig</i>) (OR>1 betyr at flere i kontrollgr. forlot studien tidlig)		OR 1,31 (1,08 til 1,58)	3519 (11 RCT, 12 sammenligninger)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ¹	Måling etter intervensjonsslutt. GRADE-vurderingen er utført av forskere ved FHI basert på informasjon i oversikten av Välimäki og medarbeidere.
---	--	----------------------------	--------------------------------------	------------------------------	--

¹ moderat risiko for skjevhet (-1), ² høy heterogenitet (-2), ³ bruk av ulike skalaer og sammenslåing til gjennomsnittsforskjell (-1)

*Risikoen i intervensjonsgruppen (og tilhørende 95% konfidensintervall) er basert på antall risiko i sammenligningsgruppen og den relative effekten av intervensjonen (og tilhørende 95% konfidensintervall). KI: konfidensintervall; RR: Risk ratio; OR: Odds ratio; MD: gjennomsnittsforskjell

Oversikten rapporterte ikke data knyttet til funksjonsnivå, arbeidsførhet, negative effekter eller ventetid på behandling.

Oppsummering

Utfallene i denne metodevurderingen var symptomer, funksjonsnivå, arbeidsførhet, livskvalitet, pasienttilfredshet, negative effekter og ventetid på behandling for diagnosene depresjon, angst, søvnforstyrrelse eller alkoholavhengighet hos voksne, og psykiske lidelser hos barn og unge.

Vi inkluderte seks systematiske oversikter, der én av disse utelukkende vurderte effekten av terapeutveiledet internettbehandling. De resterende systematiske oversiktene vurderte effekten av studier som både omhandlet terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet internettbehandling.

Oppsummering – terapeutveiledet internettbehandling

Terapeutveiledet internettbehandling (tabell 12) ga ved angst hos voksne ved studieslutt bedre effekt og bedre livskvalitet enn ingen behandling, ingen forskjell i effekt og litt bedre livskvalitet sammenlignet med ikke-terapeutveiledet internettbehandling og ingen forskjell i effekt og litt bedre livskvalitet sammenlignet med ansikt til ansikt-behandling. Pasientene var i hovedsak fornøyde med behandlingen, mens negative effekter var mangelfullt rapportert. Tilliten til effektestimaterne varierte fra middels til svært lav. Data knyttet til utfallene arbeidsførhet, ventetid på behandling og negative effekter manglet eller var mangelfullt beskrevet.

Tabell 12. Oppsummering – terapeutveiledet internettbehandling med GRADE-vurderinger

Diagnose Studie	Symptomer	Funksjonsnivå (syk/frisk)	Arbeidsførhet	Livskvalitet	Pasienttilfredshet	Negative effekter	Ventetid på behandling
Terapeutveiledet internettbehandling							
Angst ¹ Olthuis 2016	SMD -1,06 [§] (-1,29 til -0,82) Lav tillit	RR 3,75 [§] (2,51 til 5,60) Lav tillit	-	SMD 0,47 (0,38 til 0,57) Middels tillit	Ca 90 % var fornøyde	-	-

Diagnose Studie	Symptomer	Funksjonsnivå (syk/frisk)	Arbeidsførhet	Livskvalitet	Pasienttilfredshet	Negative effekter	Ventetid på behandling
Angst ²	SMD -0,22 [§] (-0,56 til 0,13) <i>Svært lav tillit</i>	Ingen forskjell mellom gruppene	-	SMD 0,07 [§] (-0,37 til 0,50) <i>Svært lav tillit</i>	Hovedsakelig fornøyd	-	-
Angst ³	SMD 0,06 [§] (-0,25 til 0,37) <i>Lav tillit</i>	RR 1,09 [§] (0,89 til 1,34) <i>Lav tillit</i>	-	SMD 0,26 [§] (0,06 til 0,45) <i>Lav tillit</i>	Variierende resultater	-	-

¹ = sammenlignet med venteliste eller minimal behandling, ² = sammenlignet med ikke-terapeutveiledet behandling, ³ = sammenlignet med ansikt-til-ansikt behandling, SMD = standardisert gjennomsnittsverdi, RR= risk ratio, OR = odds ratio, § = ved studieslutt, - = ikke rapportert eller mangelfullt rapportert

Oppsummering – terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet internettbehandling

For depresjon, angst og søvnforstyrrelser hos voksne og psykiske lidelser hos barn og unge ga internettbehandling (samleanalyser både med og uten terapeutveiledning) bedre effekt på symptomer og funksjonsnivå ved studieslutt (tabell 13) sammenlignet med ingen behandling ved studieslutt. Dette var også tilfelle for studenter som misbrukte alkohol, men ikke hos voksne som misbrukte alkohol. Hos studenter og voksne som misbrukte alkohol var det ingen forskjell i sosiale konsekvenser mellom tiltaksgruppen og ventelistekontroll. Tilliten til dokumentasjonsgrunnlaget varierte fra midtels til svært lav (se tabell 13). Data knyttet til utfallene arbeidsførhet, ventetid på behandling og negative effekter manglet eller var mangelfullt beskrevet. Graden av terapeutveiledning varierte i de ulike studiene, fra ingen veiledning til betydelig (6,5 timer) veiledning.

Tabell 13. Oppsummering – terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet internettbehandling med GRADE-vurderinger

Diagnose Studie	Symptomer	Funksjonsnivå (syk/frisk)	Arbeidsførhet	Livskvalitet	Pasienttilfredshet	Negative effekter	Ventetid på behandling
Terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet behandling							
Depresjon ¹ Sztein 2017	SMD 0,74 [§] (0,62 til 0,86) <i>Middels tillit</i>	-	-	-	-	-	-
Depresjon og angst ¹ (samlede effekt-estimat) Andrews 2018	Hedges' g 0,90 [§] (0,74 til 1,00) <i>Lav tillit</i>	-	-	-	Median 86 % fornøyd	-	-
Depresjon og angst ³ (samlede effekt-estimat)	Hedges' g 0,38 [§] (0,18 til 0,59) <i>Lav tillit</i>	-	-	-	Median 86 % fornøyd	-	-

Diagnose Studie	Symptomer	Funksjonsnivå (syk/frisk)	Arbeidsførhet	Livskvalitet	Pasienttilfredshet	Negative effekter	Ventetid på behandling
Andrews 2018							
Søvnforstyrrelse ¹ Zachariae 2016	Hedges' g 0,58 [§] (0,36 til 0,81) (Søvn effektivitet) Svært lav tillit	Hedges' g 1,09 [§] (0,74 til 1,45) (Søvn alvorlighet) Svært lav tillit	-	-	-	-	-
Alkoholmisbruk ¹ Dedert 2015 Voksne	MD -25,0 [§] (-51,9 til 1,9) (Konsum) Lav tillit	RR 1,22 [§] (0,79 til 1,89) (Inntak under veiledende grenser) Svært lav tillit	Ingen forskjell mellom gruppene (Sosiale konsekvenser) Svært lav tillit	-	-	-	-
Alkoholmisbruk ¹ Dedert 2015 Ungdom	MD -11,7 [§] (-19,3 til -4,1) (Konsum) Middels tillit	OR 1,53 [§] (1,09 til 2,17) (Inntak under veiledende grenser) Middels tillit	SMD 0 [§] (-0,10 til 0,10) (Sosiale konsekvenser) Middels tillit	-	-	-	-
Psykiske lidelser hos barn og unge Välimäki 2017	<u>Depresjon:</u> MD -1,68 [§] (-3,11 til -0,25) Svært lav tillit <u>Angst:</u> MD -1,47 [§] (-2,36 til -0,59) Lav tillit	-	-	MD -5,55 [§] (-10,88 til -0,22) (Humør og følelser) Svært lav tillit	OR 1,31 [§] (1,08 til 1,58) (Forlate studien tidlig) Middels tillit	-	-

¹ = sammenlignet med venteliste eller minimal behandling, ² = sammenlignet med ikke-terapeutveiledet behandling, ³ = sammenlignet med ansikt-til-ansikt behandling, SMD = standardisert gjennomsnittsverdi, RR= risk ratio, OR = odds ratio, § = ved studieslutt, - = ikke rapportert eller mangelfullt rapportert

Helseøkonomisk evaluering

METODE

Generelt

For å sette resultatene fra de internasjonale systematiske oversiktene inn i en norsk kontekst, utførte vi en kostnadsminimeringsanalyse for det terapeutveiledete programmet «eMestring» som tilbys i Norge.

Det sentrale verdigrunnlaget for prioritering på overordnet nivå i helsesektoren ble fastsatt i regjeringens Melding om prioritering (44). Der drøftes det forslag til tre hovedkriterier for prioritering i helsetjenesten: nytte, ressursbruk og alvorlighet. Tiltak i helsetjenesten skal vurderes ut fra de tre kriteriene som brukes samlet og veies mot hverandre. Som grunnlag for prioriteringsbeslutninger på gruppenivå skal det gjennomføres en metodevurdering i tråd med prinsippene for prioritering (44).

En fullstendig helseøkonomisk evaluering er en sammenlignende analyse av behandlingsstrategier eller intervensjoner hvor man vurderer både kostnader og konsekvenser av helsetiltak. Både prioriteringsmeldingen og Helsedirektoratets veileder i økonomisk evaluering av helsetiltak anbefaler kostnadseffektivitetsanalyse (cost-utility analysis, CUA) som analyse og kvalitetsjusterte leveår (QALY) som et kvantifisert mål på gode leveår (44;45). Valg av type analyse er imidlertid avhengig av problemstillingen og tilgjengelig evidens for effekten av tiltaket.

I denne metodevurderingen fant vi at terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser sammenlignet med ansikt til ansikt-behandling ikke ga forskjell i effekt ved angst eller ved depresjon og angst. Sammenligning med ansikt til ansikt-behandling ble ikke rapportert for andre lidelser. Vi har derfor valgt ikke å utføre en kostnadseffektivitetsanalyse, men gjøre en økonomisk vurdering i form av en kostnadsminimeringsanalyse. Denne typen analyse er hensiktsmessig når lik effekt av behandlings alternativer kan antas. Beregningene er utført i helsetjenesteperspektivet.

Nedenfor beskriver vi hvordan kostnadsestimatene til både terapeutveiledet internettbehandling og konvensjonell ansikt til ansikt-behandling av psykiske lidelser er beregnet. Videre beregner og beskriver vi budsjettvirkninger av eventuell innføring av terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser som rutinebehandling.

Kostnader ved terapeutveiledet internettbehandling

Ettersom det i Norge benyttes terapeutveiledet behandling via internett i form av programmet «eMestring» / «eMeistring», har vi basert vår beregning av kostnadsestimatene til intervensjonen på informasjon om kostnader knyttet til drift av programmet «eMeistring» ved Bjørgvin distriktpsikiatriske senter (DPS) i 2017 mottatt fra Haukeland universitetssjukehus (46).

Behandlingsforløpet med «eMeistring» kan vare inntil 14 uker og består av:

- Ansikt til ansikt-intervju med vurdering av diagnose/symptombildet samt informasjon om behandlingen. Ved inklusjon får pasienten tilgang til en internettbehandlingsplattform (Checkware).
- Internettbasert behandlingsprogram i form av moduler, ni ved angst eller åtte ved depresjon, med en «chat» med veiledning og oppfølging av en terapeut. Modulene inkluderer arbeidsark med praktiske oppgaver i skriftlig form. Innholdet tilsvarer det som benyttes ved kognitiv atferdsterapi (CBT) ansikt-til-ansikt med terapeut i poliklinikk. Terapeuten og pasienten er i kontakt en eller to ganger i uken gjennom den sikrede internettplattformen. De vurderer hjemmeoppgaver sammen. Oppgaver planlegges skriftlig, registreres og evalueres. Modulene omfatter også spørreskjema for måling av symptomene.
- Avsluttende intervju ansikt til ansikt for å oppsummere og undersøke eventuelt videre behov for behandling.

Opplysningene om kostnader knyttet til drift av «eMeistring» i 2017 mottatt fra Bjørgvin DPS inkluderer:

- personellkostnader - lønn til terapeuter (som inkluderer psykologer, psykiatere, sosionomer og spesialsykepleiere) som jobber direkte med pasienter samt lønn til IKT-personell,
- kostnader knyttet til drift av arbeidsplattform (Checkware),
- lisens til rettinghetshavere og
- investeringsbehov i form av innkjøp av ekstra datamaskiner.

I tabell 12 presenterer vi oversikt over enhetskostnader brukt i kostnadsanalysen.

I tillegg har vi mottatt informasjon om at 4, 64 årsverk blant terapeutene i 2017 var knyttet direkte til «eMeistring» og at 250 «eMeistring»-konsultasjonsserier var avsluttet ved Bjørgvin DPS.

Basert på disse opplysningene, har vi beregnet et anslag på kostnad per pasient, per én behandlingsserie. I anslaget har vi også inkludert reisekostnader til to personlige konsultasjoner (innledende- og avsluttende intervju).

Tabell 12. Enhetskostnader brukt i kostnadsberegning

	Norske kroner	Kilde*
Årslønn til terapeutene inkludert sosiale kostnader:		
Psykolog	527 400 – 776 300	eMeistring, Haukeland universitetssjukehus (46)
Psykologspesialist	1 042 300	eMeistring, Haukeland universitetssjukehus (46)
Psykiatrispesialist	1 274 791	eMeistring, Haukeland universitetssjukehus (46)
Klinisk sosionom	726 600	eMeistring, Haukeland universitetssjukehus (46)
Spesialsykepleier	734 860 – 776 020	eMeistring, Haukeland universitetssjukehus (46)
Øvrige direkte kostnader		
IKT – lønnskostnader	800 000	eMeistring, Haukeland universitetssjukehus (46)
Lisenser til rettighetshavere	10 000	eMeistring, Haukeland universitetssjukehus (46)
Drift av plattform (Checkware)	110 000	eMeistring, Haukeland universitetssjukehus (46)
Innkjøp av 8 ekstra datamaskiner	64 000	eMeistring, Haukeland universitetssjukehus (46)
Reise kostnader til nærmeste DPS (tur-retur), gjennomsnittlig	480	Antakelse

*=opplysninger mottatt fra Bjørgvin DPS

Kostnader ved ansikt til ansikt-behandling

Vi har brukt kognitiv atferdsterapi gitt i ordinær poliklinikk som en komparator for veiledet internettbehandling. En behandlingsserie i en konvensjonell CBT består vanligvis av mellom 5 og 20 behandlingssesjoner (46).

Anslaget på kostnad per behandlingstime er basert på følgende antakelser :

- «Produksjonskravet» til en ansatt i 100 % stilling i poliklinikk er det 16 planlagte konsultasjoner pr uke. Etter justering for ferie, helligdager og kurs kan man regne 42 fulle uker per år. Dette gir omtrent 670 planlagte konsultasjoner per år per terapeut (46)

- Terapeutens lønn varierer etter kompetanse:
 - Psykolog: minstelønn 520 000 som tilsvarer 655 000 inkludert sosiale kostnader
 - Psykologspesialist: minstelønn 710 000 som tilsvarer 895 000 inkludert sosiale kostnader
 - Legespesialist, årslønn mellom 1 100 000 og 1 260 000 inkludert sosiale kostnader (46)

På bakgrunn av disse antakelsene, er timepriser beregnet til følgende:

Psykolog:	980 kroner per time
Psykologspesialist:	1 335 kroner per time
Overlege:	1 880 kroner per time

For videre beregning antar vi en gjennomsnittlig timepris på 1 365 kroner, og at gjennomsnittlig behandlingsserie med kognitiv adferdsterapi består av 13 konsultasjoner. Vi inkluderer ikke kostnader knyttet til IKT eller andre overheads da det er vanskelig å identifisere midler som er direkte øremerket til en konvensjonell CBT i poliklinisk oppsett.

I likhet til kostnader ved programmet «eMeistring» ved Bjørgvin DPS, har vi beregnet et anslag på kostnad per pasient, per behandlingsserie. I anslaget har vi inkludert reisekostnader til alle tretten personlige konsultasjoner.

Budsjettvirkninger

Budsjettvirkninger defineres som merutgiftene, det vil si de totale utgiftene ved å innføre den nye metoden minus de totale utgiftene ved ikke å gjøre det. Budsjettvirkninger for spesialisthelsetjenesten i et nasjonalt perspektiv ønskes belyst. anbefalt tidshorison for legemidler er fem år. For andre produkter vil tidshorisonen variere avhengig av produktets økonomiske levetid eller avskrivningstid.

RESULTATER

Kostnader ved behandling med eMeistring ved Bjørgvin DPS

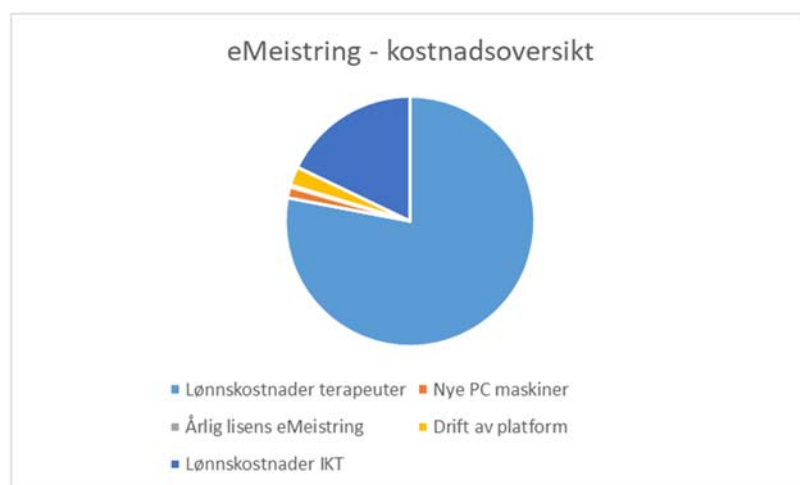
Direkte kostnader knyttet til behandling med «eMeistring» ved Bjørgvin DPS er beregnet til omtrent 17 600 norske kroner per avsluttende konsultasjonsserie (Tabell 13).

Inkludert kostnader forbundet med reise til og fra innledende og avsluttende konsultasjon med intervju, koster en konsultasjonsserie omtrent 18 600 kroner.

Tabell 13: Forventede totale kostnader og effekter for de alternative intervensjonene

Kostnadselement	Kostnader (NOK)
Lønnskostnader terapeuter	3 488 247
Lønnskostnader IKT	800 000
Drift av plattform	110 000
Årlig lisens til rettighetshavere	10 000
Nye PC maskiner	64 000
Totale kostnader eMeistring	4 408 247
Antall avsluttede konsultasjoner	250
Kostnad per konsultasjonsserie uten reisekostnader	17 633
Reisekostnader per konsultasjonsserie	960
Kostnad per konsultasjonsserie med reisekostnader	18 593

Det største kostnadselementet er arbeidskostnader som står for over tre fjerdedeler av de totale kostnadene (Figur 2).



Figur 2. Kostnadsoversikt for «eMeistring» ved Bjørgvin DPS

Kostnader ved standard behandling

Kostnader knyttet til behandling med kognitiv atferdsterapi levert som ansikt til ansikt-behandling er beregnet til omtrent 17 000 per behandlingsserie. Inkludert kostnader forbundet med reise til og fra konsultasjoner koster en konsultasjonsserie omtrent 23 300 kroner.

Kostnadselement	Kostnader (NOK)
Gjennomsnittlige lønnskostnader terapeuter per konsultasjonstime	1 365
Antall konsultasjoner per behandlingsserie	13
Kostnad per konsultasjonsserie uten reisekostnader	17 063
Reisekostnader per konsultasjonsserie	6 240
Kostnad per konsultasjonsserie med reisekostnader	23 303

Budsjettvirkninger

Ettersom vi ikke fant betydelige forskjeller mellom direkte kostnader knyttet til behandlingsalternativene, er det usikkert hvilke budsjettkonsekvenser en eventuell innføring av veiledet internettbasert CBT som rutinebehandling vil medføre.

Med en antakelse om uendret eller begrenset økning i antall pasienter som benytter CBT, kan økt bruk av veiledet internettbasert terapi føre til noen besparelser i form av reduserte reisekostnader.

Det er utfordrende å estimere hvordan pasientgrunnet, det vi si anslag på antall pasienter med psykiske lidelser som vil være aktuelle for veiledet internettbasert behandling med kognitiv adferdsterapi sammenlignet med dagens tradisjonelle ansikt til ansikt-behandling. Det vil være avhengig av flere faktorer, blant annet av geografiske og topografiske forhold (reiseavstand og infrastruktur) og personlige preferanser i henhold til hvilken form terapien er levert. Det er dermed usikkert hvordan innføring av veiledet internettbasert CBT som rutinebehandling vil endre antall behandlede pasienter totalt. En sannsynlig virkning av bredere portefølje og effektivisering av arbeidet kan være at flere pasienter får raskere tilgang til behandling. En kraftig økning i antall behandlede pasienter kan resultere i økte kostnader totalt sett.

Diskusjon

Hovedfunn

Hovedfunnene fra den systematiske oppsummeringen

I denne metodevurderingen vurderte vi effekten av terapeutveiledet internettbehandling på symptomer, funksjonsnivå, arbeidsførhet, livskvalitet, pasienttilfredshet, negative effekter og ventetid på behandling for områdene depresjon, angst, samlede effektestimater for depresjon og angst, søvnforstyrrelse eller alkoholavhengighet hos voksne, og psykiske lidelser hos barn og unge.

Vi utarbeidet en oversikt der vi inkluderte seks systematiske oversikter. Kun én av de inkluderte systematiske oversiktene vurderte effekten av terapeutveiledet internettbehandling. De resterende systematiske oversiktene vurderte samlede effektestimater av terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet internettbehandling. Det var i hovedsak samsvarende resultater mellom terapeutveiledet internettbehandling og samleresultater for terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet internettbehandling.

Terapeutveiledet internettbehandling ved angst ga bedre effekt og bedre livskvalitet enn ingen behandling, ingen forskjell i effekt og litt bedre livskvalitet sammenlignet med ikke-terapeutveiledet internettbehandling og ingen forskjell i effekt og litt bedre livskvalitet sammenlignet med ansikt til ansikt-behandling ved studieslutt. Pasientene var i hovedsak fornøyde med behandlingen, mens negative effekter var mangelfullt rapportert. Tilliten til effektestimaterne varierte fra middels til svært lav vurdert ved hjelp av GRADE. Data knyttet til utfallene arbeidsførhet, ventetid på behandling og negative effekter manglet eller var mangelfullt beskrevet i oversikten.

Internettbehandling (samleanalyser både med og uten terapeutveiledning) ga bedre effekt på symptomer og funksjonsnivå ved studieslutt sammenlignet med ingen behandling, hos voksne med depresjon, angst eller søvnforstyrrelser, og barn og unge med psykiske lidelser. Dette gjaldt også studenter som misbrukte alkohol, men ikke for voksne som misbrukte alkohol. Tilliten til dokumentasjonsgrunnlaget varierte fra middels til svært lav vurdert ved hjelp av GRADE. Data knyttet til utfallene arbeidsførhet, ventetid på behandling og negative effekter manglet eller var mangelfullt beskrevet i oversiktene. Graden av terapeutveiledning varierte fra ingen veiledning til betydelig (6,5 timer).

Hovedfunnene fra den helseøkonomiske evalueringen

For å analysere helseøkonomiske aspekter ved å innføre veiledet internettbehandling, har vi valgt å utføre en kostnadsminimeringsanalyse, det vil si begrense analysen til å sammenligne kostnader mellom behandlingsoalternativene. Denne typen analyse er hensiktsmessig når likeverdighet med hensyn til klinisk effekt og sikkerhet kan antas.

Vi har basert beregning av kostnadsestimat både til intervensjonen og komparatoren på informasjon mottatt fra Bjørgvin DPS, Helse Vest. Denne tilnærmingen kommer med en del begrensninger. Det er usikkert i hvilken grad beregningene kan generaliseres. Når det gjelder psykisk helse spesielt, kan kostnadsnivået for samme type tjeneste variere betydelig mellom ulike virksomheter. Kostnadsestimatet til intervensjonen er beregnet på reelle kostnader samt reelt antall avsluttende behandlingsserier, mens beregning av kostnader til ansikt til ansikt-behandling er basert på lønnskostnader for ordinær poliklinikk med antakelse om 16 konsultasjoner per uke. Estimaten til programmet «eMeistring» ved Bjørgvin DPS, inkluderer både personalkostnader til terapeuter og IKT-personell, samt drift av internettplattform og lisens. Disse kostnadene er identifiserbare som direkte knyttet til programmet. På den annen side, i estimaten til ansikt til ansikt-behandling, er kun personalkostnader inkludert uten overheads. Det er fordi det ikke er mulig å identifisere, for eksempel IKT-kostnader øremerket til denne typen konsultasjoner. Derfor kan anslaget på kostnader til ansikt til ansikt-behandling være underestimert. Etableringskostnader som innkjøp av utstyr, eventuell ombygging, opplæring av terapeuter og IKT-personell er ikke inkludert i beregningene.

Resultatene viser at direkte behandlingskostnader forbundet med veiledet internettbehandling, selv om de inkluderer flere elementer enn personalkostnader, er sammenlignbare med kostnader knyttet til ansikt til ansikt-behandling, som kun er basert på antakelser om minstelønn. Dette tyder på at terapeuter ved veiledet internettbehandling kan behandle flere pasienter eller gi flere konsultasjoner innenfor samme tid. Produksjonskravet for poliklinikk blir 3,2 per dag, mens for «eMeistring» er måltallet for veiledet internettbehandling 8-10 pasienter per dag ved Bjørgvin DPS (46). Når reisekostnader er inkludert i kalkylen kan veiledet internettbehandling generere kostnadsbesparelser.

Vi har ikke beregnet budsjettmessige konsekvenser av å innføre veiledet internettbasert behandling som rutinebehandling med en konkret pengesum. Antatt stabilt antall behandlede pasienter, kan økt bruk av internettbaserte tjenester føre til besparelser i form av lavere reisekostnader, flere behandlede pasienter per terapeut, økt fleksibilitet i tidsbruk og tidsbesparelser. Internettbasert CBT kan også bidra til at flere får raskere helsehjelp, korte ned ventetiden, nøytralisere effekt av avlyste timer og slikt effektivisere psykisk helsetjenestene. Det kan også øke tilgangen på psykologisk behandling, særlig i rurale og fjerntliggende strøk hvor tilbudet om psykologisk helsehjelp er begrenset. Det er usikkert hvor mange flere pasienter med psykiske lidelser som vil være aktuelle for veiledet internettbasert behandling med kognitiv adferdsterapi sammenlignet med dagens tradisjonelle ansikt til ansikt CBT, og hvordan dette tallet vil endres ved innføring av internettbehandling som rutinebehandling. Økt antall pasienter kan

føre til økte totale utgifter. Tjenesten blir imidlertid mer effektiv gjennom å behandle flere, selv om det medfører at kostnadene øker.

Ettersom analysene er utført i et helsetjenesteperspektiv er ikke virkninger for pasienter i form av endrede egenandeler eller reisekostnader og tidsbesparelser inkludert i kalkylene. Endringer i pasienters deltakelse i arbeidsliv og produksjonsvirkninger er heller ikke inkludert.

Påvirkning av en eventuell innføring av terapeutveiledet internettbehandling som rutinebehandling på inntekter ved individuelle psykiskhelsevirksomheter er (i tråd med helsetjenesteperspektivet) ikke undersøkt. Slik innføring kan trolig endre inntektsbildet for DPS og bør medføre tilpasninger i finansieringsmodellen.

Kvaliteten på forskningsresultatene

Kvaliteten på forskningsresultatene om effekt fra den systematiske oppsummeringen

De systematiske oversiktene vi inkluderte i denne oversikten, hadde alle fra middels/høy til høy metodisk kvalitet. Kvaliteten på gjennomføringen av de systematiske oversiktene ble vurdert ved hjelp av Folkehelseinstituttets sjekklister for systematiske oversikter (24). To forskere vurderte kvaliteten på oversiktene hver for seg. Resultatene ble diskutert. Uenighet i vurderingene ble løst ved konsensus eller konsultasjon hos en tredje forsker.

Tilliten til dokumentasjonen for de ulike effektestimaterne varierte fra middels til svært lav, og ble vurdert ved hjelp av GRADE-verktøyet. Hovedårsakene til nedgradering av tilliten var risiko for skjevhet i de inkluderte studiene, heterogenitet i analysene, få deltakere og mulig publikasjonsskjevhet. Den systematiske oversikten om terapeutveiledet internettbehandling inkluderte en GRADE-vurdering av effektestimaterne utført av oversiktsforfatterne, og vi benyttet denne vurderingen også i vår rapport. Vi benyttet GRADE-vurderingen fra den systematiske oversikten fordi den etter vår vurdering ble gjort i tråd med anbefalingene i GRADE. For de andre fem områdene, ble GRADE-vurderingene utført av en forsker ved Folkehelseinstituttet og kvalitetssikret av en annen forsker.

De fleste studiene som var inkludert i de systematiske oversiktene i denne metodevurderingen, hadde ikke blindet deltakere og personell. Ved psykologiske behandlinger er det svært vanskelig å blinde deltakere og personell siden de selv er aktive deltakere eller utøvere. Olthuis og medarbeideres (27) valgte likevel å nedgradere tilliten til effektestimaterne i GRADE-vurderingene sine for å være i samsvar med bruken av GRADE på tvers av andre fagområder og forhold. Vi som har utarbeidet denne metodevurderingen har gjort de samme vurderingene som Olthuis og medarbeidere, og har derfor benyttet deres GRADE-vurderinger. Vi benyttet de samme prinsippene ved GRADE-vurdering av effektestimaterne i de andre systematiske oversiktene i denne metodevurderingen.

Det finnes det strategier som kan begrense risikoen for skjevhet knyttet til blinding ved intervensjoner der det er vanskelig eller umulig å blinde deltakere og personell. Dette er for eksempel å bruke deltakere og personell som ikke favoriserer en behandling over en annen eller bruke deltakere og personell i begge grupper som tror de mottar eller leverer den «beste» behandlingen (27). En nedgradering i GRADE knyttet til manglende blinding i studiene, gir en mulighet til å markere mulig risiko for skjevhet og gjøre forskere i fremtidige studier oppmerksomme på tiltak som kan redusere denne skjevheten (27).

Styrker og svakheter

Mulige fordeler og begrensninger ved systematiske oversikter

I denne metodevurderingen har vi laget en oversikt, og inkludert seks systematiske oversikter som hver for seg vurderer effekten av internettbehandling på depresjon (26), angst (27), samleanalyser for depresjon og angst (34), søvnforstyrrelse (40), alkoholavhengighet (36) og psykiske lidelser hos barn og unge (31). Effekten av intervensjonene ble vurdert for hver systematiske oversikt som beskrevet i prosjektplanen (vedlegg 7). Ved at vi bare har basert oss på de nyeste systematiske oversiktene om effekt av tiltak, kan vi ha mistet systematiske oversikter som kan ha tatt for seg arbeidsførhet, negative effekter, pasienttilfredshet og andre sentrale effekter, samt relevante oversikter publisert før eller etter datoene for vårt søk (se vedlegg 3).

En oversikt over systematiske oversikter, eller såkalt paraplyoversikt, kan være en effektiv måte å få en oversikt over forskningsfeltet på, men den gir ikke uttømmende kunnskap på området. Det finnes relevante norske studier (47-52)⁶ av terapeutveiledet internettbehandling som ikke er med i våre inkluderte systematiske oversikter. Dette kan skyldes at de ikke har kontrollgruppe og/eller at studiene er publisert etter at siste søk i relevante oversikter ble foretatt. En svakhet ved paraplyoversikter om effekt av tiltak er at variasjoner i enkeltstudier som inkluderes, ikke alltid er tilstrekkelig godt beskrevet i den systematiske oversikten. På tross av svakhetene fant vi i denne metodevurderingen at terapeutveiledet internettbehandling har bedre effekt enn ingen behandling og om lag samme effekt som ansikt til ansikt-behandling.

Vurdering av sammensatte lidelser

Vi har ikke inkludert sammensatte lidelser av depresjon og angst, men inkludert en systematisk oversikt som har samleanalyser av depresjon og angst på tvers av studier av Andrews og medarbeidere (34). Denne systematiske oversikten (34), inneholder noen av de samme studiene som oversikten om depresjon av Sztein og medarbeidere (26) og oversikten om angst av Olthuis og medarbeidere (27)⁷. Alle de tre oversiktene ble av

⁶ Referanser over mulig relevante norske studier er ikke uttømmende, og baserer seg kun på et enkelt søk i PubMed og innspill fra faggruppen.

⁷ Ni av 14 studier i oversikten av Sztein og medarbeidere og 14 av 38 studier i Olthuis og medarbeidere var inkludert i oversikten av Andrews og medarbeidere.

oss vurdert å ha fra middels/høy til høy kvalitet. Det vil si at oversiktene var godt gjennomført vurdert ved hjelp av våre vurderingskriterier. Resultatene i de tre oversiktene pekte alle i samme retning, og fant reduksjon av symptomer og økt funksjonsnivå av internettbehandling sammenlignet med ventelistekontroll. Vår tiltro til resultatene var middels til lav, vurdert ved hjelp av GRADE.

Vi har vurdert kvaliteten på to systematiske oversikter om sammensatte depresjons- og angstlidelser av Pasarelu og medarbeidere (39) og Newby og medarbeidere (42). Begge oversiktene ble vurdert å ha høy metodisk kvalitet (vedlegg 4). Oversiktsforfatterne skriver at internettbasert terapeutveiledet behandling reduserer symptomer, men flere RCTer med høy metodisk kvalitet etterlyses (se vedlegg 5). Folkehelseinstituttet har ikke GRADE-vurdert tilliten til effektestimaterne i disse to oversiktene av Pasarelu og medarbeidere (39) og Newby og medarbeidere (42).

Heterogenitet mellom studier

Forskjell i pasientpopulasjon og diagnosesetting kan ha bidratt til at disse ikke er sammenlignbare på tvers av studier. Dette gjør det vanskelig å trekke sikre konklusjoner om effekt på ulike diagnoser og ulike pasientpopulasjoner (lette, moderate og alvorlige psykiske helseplager).

Det var forskjell mellom de ulike behandlingsprogrammene i sammenligningene i de ulike systematiske oversiktene. Mange studier manglet beskrivelse av enkeltkomponentene i programmene og det var variasjon i lengde, antall moduler og grad av terapeutveiledning. Dette gjør det vanskelig å vurdere effekten av enkeltkomponenter i programmene. I tillegg ble det benyttet ulik programvare i de ulike studiene. Dette kan medføre usikkerhet knyttet til om det er form eller innhold som vurderes (53). Form viser til måter å levere helsetjenester, for eksempel via internet og terapeutkontakt, mens innhold er knyttet til hva programmet inneholder og måten dette er lagt opp på (tekst, video, animasjoner, interaktive oppgaver) (53). Vi kan på bakgrunn av denne metodevurderingen ikke si om det er formen eller innholdet som kan skape variasjon i effekt.

Ingen av de inkluderte systematiske oversiktene, har tatt hensyn til setting/tjeneste for internettbasert behandling (54). I tillegg er mange av RCTene utført ved universitetsklinikker som kan antas å ha tilgang til de beste klinikerne og oppfølging i forbindelse med forskningen som normalt ikke finnes i den ordinære helsetjenesten (54). Det vil dermed kunne oppstå en del såkalte 'real-world differences' som er vanskelig å ta høyde for, men hvor man kan anta at effekten vil kunne være noe lavere i praksis (54).

Det er videre alltid en mulighet for at studier med negativt resultat ikke publiseres, noe som igjen kan lede til overestimering av behandlingseffekten.

Terapeutveiledet internettbehandling sammenlignet med ikke-terapeutveiledet internettbehandling

Kun én av våre seks inkluderte systematiske oversikter vurderte effekten av terapeutveiledet internettbehandling, de fem andre vurderte samlede effektestimater av terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet internettbehandling.

I tre systematiske oversikter ble det diskutert eller gjort analyser for å vurdere om det var forskjell i effekt mellom behandlingsprogrammer som inkluderte terapeutkontakt og behandlingsprogrammer som ikke inkluderte terapeutkontakt sammenlignet med ventelistekontroll (31;36;40). I oversikten av Dedert og medarbeidere (36) ble det foretatt kvalitative analyser som antydte at mer intensive intervensjoner med større grad av menneskelig kontakt kunne bedre effekten av intervensjonene (36). Hos Zachariae og medarbeidere (40) diskuterte forskerne at grad av personlig støtte og behandlingsvarighet av søvnløshet generelt var forbundet med større effekt. I oversikten av Välimäki og medarbeidere (31) diskuterte forfatterne at tiltak som favoriserte intervensjonsgruppen inkluderte veiledning ansikt til ansikt, oppfølging av deltakernes engasjement til programmet eller oppfølging via telefon med lærere eller helsepersonell.

Sztejn og medarbeidere (26) fant derimot ikke forskjell mellom terapeutveiledet (12 studier) og ikke-veiledet (4 studier) internettbehandling for depresjon. Vi har ikke vurdert tilliten til dette effektestimater på grunn av manglende informasjon om studiene som inngikk i analysen som ble utført av forfatterne. Olthuis og medarbeidere (27) inkluderte én studie om forskjeller mellom terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet internettbehandling. De fant ingen forskjell i symptomalvorlighet av angst (27) mellom de to behandlingsformene. Tilliten til dette resultatet var svært lav (27), noe som betyr at vi har svært liten tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten.

Mulige skjvheter i oppsummeringsprosessen

Vi har søkt å unngå skjvheter i oppsummeringsprosessen ved å søke systematisk i ni databaser etter systematiske oversikter om effekt av tiltaket, fra januar 2015 til januar 2018, som beskrevet i prosjektplanen. Forskningsbibliotekaren utarbeidet robuste søkestrategier for hver av databasene vi søkte i, og søkestrategiene ble fagfellevurdert av en annen forskningsbibliotekar. Alle referanser, sammendrag og fulltekstartikler ble gjennomgått av to forskere uavhengig av hverandre. I tillegg til dette ble ekspertene oppnevnt av Nye metoder, forelagt våre identifiserte systematiske oversikter for de ulike områdene som ble beskrevet i prosjektplanen. Ekspertene vurderte relevans, og ga også innspill til andre relevante studier og oversikter (vedlegg 3).

Hvor generaliserbare er resultatene?

Hvor dekkende og nyttige er forskningsresultatene om effekt fra den systematiske oppsummeringen?

Målet med denne metodevurderingen var å vurdere effekt av terapeutveiledet internettbehandling gjennom en oversikt over systematiske oversikter og vurdere tilliten til effektestimaterne i disse oversiktene. Gjennomgangen av systematiske oversikter på områdene depresjon, angst, samleestimater for depresjon og angst, søvnforstyrrelser eller alkoholavhengighet hos voksne, og psykiske lidelser hos barn og unge, viste at det er utført mange oversikter av høy metodisk kvalitet. Vurderingene av de inkluderte stu-

diene i oversiktene ble foretatt av oversiktsforfatterne, og viste at det var variasjon i utførelse og risiko for skjevhet i studiene. Vi benyttet oversiktsforfatterens vurderinger av risiko for skjevhet i primærstudiene som ett av domeneene i GRADE-vurderingen for vurdering av tilliten til effektestimaterne.

Negative effekter ved terapeutveiledet internettbehandling

Negative effekter var sjelden rapportert i de inkluderte oversiktene våre. Andrews og medarbeidere (34) utførte et eget søk etter litteratur om negative effekter i februar 2016, uten å finne studier som hadde undersøkt dette.

Ebert og medarbeidere (55) gjennomførte en meta-analyse med individuelle deltakerdata om forverring og modererende faktorer for forverring av depresjonssymptomer fra RCTer frem til januar 2014. Kun studier med terapeutveiledning ble inkludert, og populasjonen var personer over 18 år. Sammenligningen var venteliste, vanlig praksis eller annet. Risikoen for forverring fra baseline til intervensjonsslutt var lavere hos intervensjonsgruppen enn hos kontrollgruppen (relativ risiko (RR) 0,47 [95 % KI 0,29 til 0,75]) og number needed to treat (NNT) var 43,21 (95 % KI 25,83 til 132,10). Også fra baseline til oppfølging etter behandling (1-4 måneder) var det en tendens til å være mindre forverring i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen (RR 0,47 [95 % KI 0,20 til 1,42]). Forskjellen var imidlertid ikke statistisk signifikant forskjellig ($p=0,097$). Forfatterne fant at utdanningsnivå var den eneste modererende faktoren, der de med lav utdanning hadde høyere risiko for forverring enn de med høyere utdanning.

Også Rozental og medarbeidere (56) undersøkte forverring og modererende faktorer hos deltakere i internettbehandling og kontrollbehandling basert på individuelle deltakerdata. De benyttet the Reliable Change Index for å måle forverring. Forfatterne benyttet en metode der de sammenstilte data fra 2866 deltakere i 29 studier knyttet til fjerde- og femteforfatter av oversikten (G. Andersson, Karolinska Institutet og Universitetet i Lindköping, og P. Calbring, Universitetet i Stockholm). De fant at 5,8 % i intervensjonsgruppene og 17,4 % i kontrollgruppene opplevde forverring av psykiske symptomer. Å være i forhold (odds ratio (OR) 0,58 [95% KI 0,35 til 0,95], $p=0,03$), ha universitetsgrad (OR 0,54 [95% KI 0,33 til 0,88], $p=0,01$) eller høyere alder (OR 0,78 [95 % KI 0,62 til 0,98], $p=0,03$) var forbundet med lavere risiko for forverring i intervensjonsgruppene, men ikke i kontrollgruppene. Høyere symptomnivå før behandling var forbundet med lavere risiko for forverring både hos intervensjonsgruppene (OR 0,62 [95 % KI 0,50 til 0,77], $p=0,00$) og kontrollgruppene (OR 0,51 [95 % KI 0,51 til 0,80], $p=0,00$).

Overensstemmelse med andre oversikter

Stemmer den systematiske oversikten overens med andre oversikter?

Vi vurderte tilsammen 17 systematiske oversikter, hvorav seks er inkludert i kunnskapsgrunnlaget for denne metodevurderingen. Oversiktene som ble ekskludert fra

kunnskapsgrunnlaget presenteres i vedlegg 5, sammen med forfatterens konklusjoner. Resultatene fra de ekskluderte oversiktene (28-30;32;33;35;37-39;41;42) peker alle i samme retning som de oversiktene som er inkludert i kunnskapsgrunnlaget.

Stemmer den helseøkonomiske evalueringen overens med andre studier?

Vi har brukt litteratursøket etter systematiske oversikter om klinisk effekt for å identifisere relevante helseøkonomiske studier for å vurdere om våre helseøkonomiske vurderinger stemmer overens med det som er funnet i andre studier. Vi fant to systematiske oversikter over økonomiske vurderinger (17;18) og én primær kostnadseffektivitetsanalyse (16) som vi anså som relevante.

Oversikten til Paganini og medarbeidere (18) oppsummerer 12 økonomiske evalueringer av internett- og mobilbaserte intervensjoner i forebygging og behandling av depresjon. Metodologisk rammeverk brukt i studiene varierte, men den generelle kvaliteten var vurdert som god av oversiktsforfatterne. I de inkluderte studiene var betalingsvilligheten per kvalitetsjustert leveår definert som en verdi under 22 845 – 34 267 euro. Paganini og medarbeiderne fant at veidede internett- og mobilbaserte intervensjoner hadde «et potensiale» for å være kostnadseffektive med kostnadseffektivitetsbrøken som ligger mellom 3 100 og 22 600 euro per kvalitetsjustert leveår (18).

Oversikten til Ophius og medarbeidere (17) fokuserer på alle typer intervensjoner (inkludert ulike typer CBT og legemiddelbasert behandling) i behandling av angst. Konklusjonen oppgitt av forfatterne var at psykologiske intervensjoner hadde tendens til å være mer kostnadseffektive enn legemiddelbasert behandling og at internettbasert kognitiv adferdsterapi var mer sannsynlig å være kostnadseffektiv sammenlignet med kontroll (17).

Thiart og medarbeidere (16) utførte en kostnadseffektivitets- og kostnads-nytte analyse av internettbasert kognitiv adferdsterapi som behandling av skolelærere med søvnløshet. Effektivitetsmålet i kostnadseffektivitetsanalysen var antall deltakere med en positiv respons på behandling ved 6 måneder og resultatet var merkostnad per en positiv behandlingsrespons. Kostnads-nytteanalysen resulterte i en netto monetærnytteverdi per deltaker. Analysene var utført fra arbeidsgiverperspektivet og både kostnader knyttet til intervensjonen og sykefraværet samt nedsatt produktivitet var inkludert. Studien fant at selv ved svært lave terskelverdier for betalingsvilje var intervensjonen høyst sannsynlig kostnadseffektiv, og ved terskelverdi lik 2 000 euro, var denne sannsynligheten nær 100 %. Kostnad-nytteanalysen viste at netto nytte per pasient var på 418 euro og retur på investering i terapi på 208 % (16).

I tillegg til de tre publikasjonene omtalt ovenfor, ble vi varslet om en kostnadseffektivitetsanalyse publisert i etterkant av litteratursøket av Kolovos og medarbeidere (57). Kolovos og medarbeidere samlet og analyserte data om kostnader og livskvalitet på deltakernivå fra fem randomiserte kontrollerte studier som sammenlignet veiledet internettbasert intervensjon med kontroll (standard behandling eller venteliste). De fant at kostnader knyttet til intervensjonen var høyere, men ikke signifikant høyere enn de kostnadene som var knyttet til kontrollen. Gjennomsnittlige forskjeller i klinisk effekt

var ikke signifikante. Konklusjonen var at for betalingsvilligheten for ett kvalitetsjustert leveår på 24 000 – 35 000 euro, var sannsynligheten for at intervensjonen var kostnadseffektiv kun 0,29 og 0,31.

Ettersom vi i vår budsjettkonsekvensanalyse ikke fant betydelige forskjeller i direkte enhetskostnader av internettbaserte CBT sammenlignet med ansikt til ansikt-behandling, kun potensielle besparelser, konkluderer vi at våre resultater stemmer overens med andres funn.

Resultatenes betydning for praksis

I den foreliggende metodevurderingen, har vi ikke evaluert programmet «eMeistring» ved Bjørgvin DPS, men vurdert metoder knyttet til det overordnede begrepet «terapeutveiledet internettbehandling», som beskrevet i prosjektplanen.

Kun én av de inkluderte systematiske oversiktene i denne metodevurderingen inkluderte utelukkende terapeutveiledet internettbehandling sammenlignet med ulike kontrollbehandlinger (27). De fem andre inkluderte systematiske oversiktene vurderte samlede effektestimater for både terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet internettbehandling (26;31;34;36;40). Vi fant at det i hovedsak var samsvar mellom resultatene for terapeutveiledet internettbehandling, og samleresultater for terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet internettbehandling.

En av de inkluderte systematiske oversiktene fant også at resultatene fra effektstudiene om angst og depresjon var i samsvar med effektiviteten av internettbehandling i rutinemessig praksis (34). Dette kan tyde på at effekten vi fant av internettbehandling i denne metodevurderingen kan være overførbart til klinisk praksis.

Implementering til kunnskapsbasert praksis

For å kunne tilby kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester, bør forskningsbasert kunnskap integreres med erfaringskunnskap hos fagpersoner og brukere samt konteksten (58). Funnene fra denne metodevurderingen må derfor ses i sammenheng med den erfaringsbaserte kunnskapen, brukerkunnskapen og konteksten før en beslutning tas.

Å jobbe kunnskapsbasert vil dermed si at man bruker (58):

- **forskningsbasert kunnskap** der man systematisk innhenter forskning og kritisk vurderer funnene
- **erfaringsbasert kunnskap hos fagfolk**, som kan være ferdigheter og vurderingsevne, kommunikasjon og relasjoner utviklet i praksis
- **brukerkunnskap og brukermedvirkning**, som kan være kunnskap, erfaringer, verdier, ønsker og behov hos brukere, pasienter eller pårørende

Disse tre elementene vurderes så i en **kontekst**. Konteksten er det miljøet eller den settingen som man skal utøve kunnskapsbasert praksis i. Her kan geografisk beliggenhet, tilgjengelige ressurser, lovverk og retningslinjer spille inn på beslutningen.

Behov for videre forskning

Det er foretatt mange studier på effekten av internettbaserte programmer for behandling av psykisk sykdom. Denne metodevurderingen fant imidlertid kun én nyere systematisk oversikt av høy kvalitet som tok for seg terapeutveiledet internettbehandling alene (27).

Det synes å mangle systematiske oversikter som undersøker effekten av terapeutveiledet internettbehandling for de andre områdene for denne oversikten (depresjon, søvnvansker og alkoholavhengighet hos voksne, og psykisk helse hos barn og unge), både sammenlignet med ventelistekontroll, ikke-terapeutveiledet internettbehandling og ansikt til ansikt-behandling.

Gjennom denne metodevurderingen har vi ikke undersøkt hvem som kan ha nytte av internettbasert behandling, hvilke komponenter i programmene som kan ha effekt og hva som er minimum terapeutkontakt for å oppnå best mulig effekt.

I nye studier og systematiske oversikter på området kunne det vært nyttig å undersøke:

- **(Population)** Voksne med depresjon, sammensatte lidelser, søvnforstyrrelser, alkoholavhengighet, og barn og unge med psykiske lidelser
- **(Intervention)** Terapeutveiledet internettbehandling
- **(Comparisons)** Ventelistekontroll, ikke-terapeutveiledet internettbehandling og ansikt til ansikt-behandling
- **(Outcomes)** Symptomer, funksjonsnivå, arbeidsførhet, livskvalitet, pasienttilfredshet, negative effekter, ventetid på behandling
 - Subgruppeanalyser for å avdekke hvem som er egnet til å motta behandling via internett, intervensjonskomponenter som har effekt og mulige prediktorer for forverring av symptomer

I tillegg til systematiske oversikter om effekten av tiltaket på ulike diagnoser, kan det også være nyttig å utføre systematiske oversikter om effektiviteten av tiltaket i klinisk praksis for ulike diagnoser.

Konklusjon

I denne metodevurderingen vurderte vi effekten av terapeutveiledede internettbaserte behandlingstilbud for psykisk helse. Kun én systematisk oversikt inkluderte utelukkende studier med terapeutveiledede internettprogram. I de andre systematiske oversiktene varierte graden av terapeutveiledning i de ulike inkluderte studiene fra ingen veiledning til stor grad av veiledning. Vi har også vurdert budsjettkonsekvenser ved innføring av et terapeutveiledet tilbud («eMeistring») i norsk helsetjeneste.

Terapeutveiledet internettbehandling hos voksne med angst ga ved studieslutt:

- Bedre effekt, vurdert som klinisk viktig bedring og reduksjon av angstspesifikke symptomer, (lav tillit) og bedre livskvalitet (middels tillit) enn ingen behandling.
- Ingen forskjell i effekt (svært lav tillit) og litt bedre livskvalitet (svært lav tillit) sammenlignet med ikke-terapeutveiledet internettbehandling.
- Ingen forskjell i effekt (lav tillit) og litt bedre livskvalitet (lav tillit) sammenlignet med ansikt til ansikt-behandling.
- Pasientene var i hovedsak fornøyde med behandlingen.
- Negative effekter var mangelfullt rapportert.

Internettbehandling med og uten terapeutkontakt sammenlignet med ingen behandling ga ved studieslutt:

- Bedre effekt på symptomlindring og funksjonsnivå enn ingen behandling hos voksne med depresjon, angst eller søvnforstyrrelser og psykisk helse hos barn og unge. Dette var også tilfelle for studenter som misbrakte alkohol, men ikke hos voksne som misbrakte alkohol. Vi har fra middels til svært lav tillit til disse effektestimatene.

Budsjettkonsekvenser:

- Direkte behandlingstkostnader forbundet med terapeutveiledet internettbehandling er sammelignbare med kostnader knyttet til konvensjonell ansikt til ansikt-behandling
- Når reisekostnader er inkludert i kalkylen kan terapeutveiledet internettbehandling generere kostnadsbesparelser sammenlignet med ansikt til ansikt-behandling
- Det usikkert hvilke budsjettkonsekvenser en innføring av terapeutveiledet internettbehandling som rutinebehandling vil medføre. Økt bruk av terapeutveiledet internettbehandling kan føre til noen besparelser i form av reduserte reisekostnader. Det kan også føre til en økning i antall pasienter som får behandling, og dermed gi økte totale kostnader.

Referanser

1. Nes R.B. Fakta om livskvalitet og trivsel i Norge: Folkehelseinstituttet [lest 24.04.2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>
2. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
3. Reneflot A, Aarø LE, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Tambs K, Øverland S. Psykisk helse i Norge. Folkehelseinstituttet; 2018. Rapport 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
4. Folker M.P, Lauridsen S, Mathiasen K, Stenderup E, Folker A.P. Interpsyk. The organisation and implementation of internet-based cognitive behavioural therapy services in five European countries: a comparative case study. Centre for Telepsychiatry; 2017.
5. Cuijpers P. Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Can Psychol* 2017;58:7-19.
6. Nordahl HM, Martinsen EW, Wang CEA. Psychological treatments for depression with emphasis on individual interventions *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 2012;49:40-8.
7. Bendiksen D. Klinisk psykolog med Internett som medium *Tidsskrift for kognitiv terapi* 2015;16(4).
8. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2010;10:113.
9. Jang Y, Kim G, Hansen L, Chiriboga DA. Attitudes of older Korean Americans toward mental health services. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(4):616-20.
10. Mojtabai R, Olfson M, Sampson NA, Jin R, Druss B, Wang PS, et al. Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 2011;41(8):1751-61.
11. Mojtabai R. Mental illness stigma and willingness to seek mental health care in the European Union. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45(7):705-12.
12. Andersson G, Carlbring P, Lindefors N. History and current status of ICBT. I: Guided internet-based treatments in psychiatry. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; Switzerland; 2016. s. 1-16. Tilgjengelig fra: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc13&AN=2016-06617-001>
http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:psycdb&id=pmid:&id=doi:10.1007%2F978-3-319-06083-5_1&issn=&isbn=978-3-319-06082-8&volume=&issue=&page=1&pages=1-16&date=2016&title=Guided+internet-based+treatments+in+psychiatry.&atitle=History+and+current+status+of+ICBT.&aurlast=Andersson&pid=%3Cauthor%3EAndersson%2C+Gerhard%3C%2Faauthor%3E%3CAN%3E2016-06617-001%3C%2FAN%3E%3CDT%3EChapter%3C%2FDT%3E

13. Stiftelsen Lovdata. Kongeriket Norges Grunnlov [oppdatert 24.05.2016; lest 20.04.2018]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/NL/lov/1814-05-17/§102>
14. Barak A, Grohol JM. Current and Future Trends in Internet-Supported Mental Health Interventions. *Journal of Technology in Human Services* 2011;29(3):155-96.
15. Repål A. Prøving og feiling. *Tidsskrift for kognitiv terapi* 2015;16(4).
16. Thiart H, Ebert DD, Lehr D, Nobis S, Buntrock C, Berking M, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy for insomnia: A health economic evaluation. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research* 2016;39(10):1769-78.
17. Ophuis RH, Lokkerbol J, Heemskerk SC, van Balkom AJ, Hiligsmann M, Evers SM. Cost-effectiveness of interventions for treating anxiety disorders: A systematic review. *J Affect Disord* 2017;210:1-13.
18. Paganini S, Teigelkötter W, Buntrock C, Baumeister H. Economic evaluations of internet- and mobile-based interventions for the treatment and prevention of depression: A systematic review. *J Affect Disord* 2018;225:733-55.
19. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer; Depresjon [lest 18.04.2018]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon>
20. moodgym. Welcome to moodgym: e-hub Health Pty Ltd [lest 18.04.2018]. Tilgjengelig fra: <https://moodgym.com.au/>
21. Hoifodt RS, Lillevoll KR, Griffiths KM, Wilsgaard T, Eisemann M, Waterloo K, et al. The clinical effectiveness of web-based cognitive behavioral therapy with face-to-face therapist support for depressed primary care patients: randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2013;15(8):e153.
22. Helse Bergen. eMeistring [lest 16.04.2018]. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/emeistring>
23. A. R. eMestring - veiledet internettbehandling [lest 31.10.18]. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/18301259-Emestring-veiledet-internettbehandling-arne-repal.html>
24. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. *Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Oslo: 2015. 4. reviderte utgave.*
25. Covidence. Covidence - Better systematic review management [oppdatert 2018; lest 10.10.18].
26. Sztein DM, Koransky CE, Fegan L, Himelhoch S. Efficacy of cognitive behavioural therapy delivered over the Internet for depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *J Telemed Telecare* 2017;1357633X17717402.
27. Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, Hayden JA, Stewart SH. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;3:CD011565.
28. Carlbring P, Andersson G, Cuijpers P, Riper H, Hedman-Lagerlof E. 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;47(1):1-18.
29. van Straten A, van der Zweerde T, Kleiboer A, Cuijpers P, Morin CM, Lancee J. Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2018;38:3-16.
30. Giroux I, Goulet A, Mercier J, Jacques C, Bouchard S. Online and mobile interventions for problem gambling, alcohol, and drugs: A systematic review. *Front Psychol* 2017;8:954.
31. Valimaki M, Anttila K, Anttila M, Lahti M. Web-Based Interventions Supporting Adolescents and Young People With Depressive Symptoms: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Mhealth Uhealth* 2017;5(12):e180.

32. Zhou T, Li X, Pei Y, Gao J, Kong J. Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2016;16(1):356.
33. Kampmann IL, Emmelkamp PM, Morina N. Meta-analysis of technology-assisted interventions for social anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2016;42:71-84.
34. Andrews G, Basu A, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, English CL, et al. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *J Anxiety Disord* 2018;55:70-8.
35. Seyffert M, Lagisetty P, Landgraf J, Chopra V, Pfeiffer PN, Conte ML, et al. Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy to Treat Insomnia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE [Electronic Resource]* 2016;11(2):e0149139.
36. Dedert EA, McDuffie JR, Stein R, McNeil JM, Kosinski AS, Freiermuth CE, et al. Electronic interventions for alcohol misuse and alcohol use disorders: A systematic review. *Ann Intern Med* 2015;163(3):205-14.
37. Pennant ME, Loucas CE, Whittington C, Creswell C, Fonagy P, Fuggle P, et al. Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: A systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther* 2015;67((Pennant M.E., marypennant@outlook.com; Loucas C.E.; Naqvi S.; Stockton S.; Kendall T.) National Collaborating Centre for Mental Health, Royal College of Psychiatrists, London, United Kingdom):1-18.
38. Richards D, Richardson T, Timulak L, McElvaney J. The efficacy of internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Internet Interv* 2015;2(3):272-82.
39. Pasarelu CR, Andersson G, Nordgren LB, Dobrea A. Internet-delivered transdiagnostic and tailored cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cogn Behav Ther* 2017;46(1):1-28.
40. Zachariae R, Lyby MS, Ritterband LM, O'Toole MS. Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med Rev* 2016;30:1-10.
41. Rooksby M, Elouafkaoui P, Humphris G, Clarkson J, Freeman R. Internet-assisted delivery of cognitive behavioural therapy (CBT) for childhood anxiety: systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord* 2015;29:83-92.
42. Newby JM, Twomey C, Li SSY, Andrews G. Transdiagnostic computerised cognitive behavioural therapy for depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2016;199:30-41.
43. The Cochrane Collaboration. Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies: The Cochrane Collaboration [lest 16.11.18]. Version 5.1.0 [Tilgjengelig fra: https://handbook-5-1.cochrane.org/chapter_8/8_assessing_risk_of_bias_in_included_studies.htm
44. omsorgsdepartementet H-o. Meld.St. 34 (2015-2016). Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering. I: omsorgsdepartementet H-o, red. 2017.
45. Helsedirektoratet. Økonomisk evaluering av helsetiltak. Veileder i økonomisk evaluering av helsetiltak. . 2012.
46. Bruvik KH. Personlig informasjon mottatt fra Kristin Hogstad Bruvik, Seksjonsleder eMeistring, Haukeland universitetssjukehus. 2018.
47. Nordgreen T, Gjestad R, Andersson G, Carlbring P, Havik OE. The effectiveness of guided internet-based cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder in a routine care setting. *Internet Interv* 2018;13:24-9.
48. Hagatun S, Vedaa O, Harvey AG, Nordgreen T, Smith ORF, Pallesen S, et al. Internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia and comorbid symptoms. *Internet Interv* 2018;12:11-5.

49. 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;18(1):260.
50. Nordgreen T, Gjestad R, Andersson G, Carlbring P, Havik OE. 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.
51. Jakobsen H, Andersson G, Havik OE, Nordgreen T. Guided Internet-based cognitive behavioral therapy for mild and moderate depression: A benchmarking study. *Internet Interv* 2017;7:1-8.
52. Nordgreen T, Haug T, Ost LG, Andersson G, Carlbring P, Kvale G, et al. Stepped Care Versus Direct Face-to-Face Cognitive Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder and Panic Disorder: A Randomized Effectiveness Trial. *Behav Ther* 2016;47(2):166-83.
53. Myrbakk VN, Fagekspertinnspill til rapportutkast om Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser. til: Elvsaas IKØ, 26.10.18.
54. Drozd. F, Ekstern fagfelle vurdering av rapportutkast - Terapeutveiledet internettbehandling. til: Elvsaas IKØ, 29.10.18.
55. Ebert DD, Donkin L, Andersson G, Andrews G, Berger T, Carlbring P, et al. Does Internet-based guided-self-help for depression cause harm? An individual participant data meta-analysis on deterioration rates and its moderators in randomized controlled trials. *Psychol Med* 2016;46(13):2679-93.
56. Rozental A, Magnusson K, Boettcher J, Andersson G, Carlbring P. For better or worse: An individual patient data meta-analysis of deterioration among participants receiving Internet-based cognitive behavior therapy. *J Consult Clin Psychol* 2017;85(2):160-77.
57. Kolovos S, Kenter RM, Bosmans JE, Beekman AT, Cuijpers P, Kok RN, et al. Economic evaluation of Internet-based problem-solving guided self-help treatment in comparison with enhanced usual care for depressed outpatients waiting for face-to-face treatment: A randomized controlled trial. *J Affect Disord* 2016;200:284-92.
58. Helsebiblioteket. Kunnskapsbasert praksis [lest 13.11.18]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
59. Andersson G, Cuijpers P. Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cogn Behav Ther* 2009;38(4):196-205.
60. Karyotaki E, Ebert DD, Donkin L, Riper H, Twisk J, Burger S, et al. Do guided internet-based interventions result in clinically relevant changes for patients with depression? An individual participant data meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2018;63:80-92.
61. Richards D, Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2012;32(4):329-42.

Vedlegg

Vedlegg 1. Invitasjon til brukerorganisasjon

Invitasjon til deltakelse ved utarbeidelse av en nasjonal metodevurdering

Vi vil med dette informere om at Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å utarbeide en nasjonal metodevurdering om eMestring – veiledet internettbehandling av psykiske lidelser (<https://nyemetoder.no/metoder/emeistring>). Vi ønsker involvering av brukere i denne metodevurderingen og inviterer med dette brukerrepresentanter fra Mental Helse til å delta i utredningen.

Nedenfor har vi spesifisert hvilke brukere vi ønsker kontakt med, hvor mange, type involvering og en foreløpig tidsplan.

Brukerrepresentanter

- Antall bruker-/pårørenderepresentanter: Vi ønsker kontakt med to til tre brukere med alder over 18 år.

- Brukergruppe: Vi ønsker kontakt med brukere som primært har hatt erfaring med kognitiv atferdsterapi via nett eller mobil.

- Behov opplæring/forberedelser: Det vil ved utarbeidelsen av denne metodevurderingen ikke være behov for opplæring.

Metode

- Metode for brukervedvirkning: Vi ønsker korte, skriftlige innspill fra brukerne om hvordan det er å leve med en lettere psykisk lidelse, erfaring med fjernbehandling via nett eller mobil, og viktige pasientrelevante utfallsmål. Innspillene kan sendes oss via epost. I tillegg vil brukerne få mulighet til å lese og kommentere utkast til prosjektplan og rapportutkast.

- Forventet tidsforbruk per bruker: Vi regner med at innspillene vedrørende det å leve med tilstanden og behandlingalternativene vil ta relativt kort tid, avhengig av hvor mye brukerne ønsker å dele. Vi forventer ca. ½ til 1 sides innspill. I tillegg til dette får brukerne mulighet til å lese og kommentere prosjektplan og rapportutkast. Dette er imidlertid frivillig og vil kunne ta henholdsvis 2 timer og 5 timer.

Organisatoriske forhold

- Tidsplan: Vi ønsker å få innspillene om hvordan det er å leve med tilstanden og erfaringer med kognitiv atferdsterapi innen 20. mai 2018. Utkast til prosjektplan foreligger allerede, og rapportutkast forventes å være ferdig til 22. juni 2018.

- Honorar: det utbetales honorar for arbeidet etter statens satser. Antall timer benyttet til skriftlige innspill og eventuelt kommentarer til prosjektplan og rapportutkast oppgis i vedlagte skjema (fane 2). Avtalen i fane 1 må også fylles ut.

- Erklæring om interessekonflikter: Alle som deltar i eller bidrar til en nasjonal metodevurdering må fylle ut og signere et egenerklæringsskjema om mulige interessekonflikter (vedlagt). Prosjektleder, i samarbeid med nærmeste leder, avgjør om eventuell interessekonflikt er for stor til å kunne delta i metodevurderingsarbeidet.

Vedlegg 2. Søkestrategi

ID2017_036 eMeistring – veiledet internettbehandling ved psykiske lidelser: søkestrategier

Søkedato: 19. januar 2018

Søkeansvarlig: Elisabet Hafstad; fagfelle Hilde Strømme

Database	Antall treff
CINAHL	81
Cochrane Library: Cochrane Database of Systematic Reviews & HTA via Cochrane Library	51 22
Embase (OVID);	258
Ovid MEDLINE;	1375
PsycINFO (OVID)	1514
Epistemonikos	247
ERIC (ProQuest)	10
PubMed (deldatabaser: publisher[sb] og pubmednotmedline[sb])	126
Antall treff totalt før og (etter) dublettkontroll:	3684 (3174)

CINAHL

S1	(MH "Internet") OR (MH "World Wide Web") OR (MH "Social Media") OR (MH "World Wide Web Applications") OR (MH "Computer Communication Networks") OR (MH "Instant Messaging") OR (MH "Teleconferencing") OR (MH "Remote Consultation") OR (MH "Telepsychiatry") OR (MH "Cellular Phone+") OR (MH "Text Messaging") OR (MH "Videoconferencing") OR (MH "Computer Assisted Instruction") OR (MH "Therapy, Computer Assisted") OR (MH "Computer Types+")	104,755	Internet og lign.
S2	TI ((internet* or online or on-line or web* or www or computer*)) OR AB ((internet* or online or on-line or web* or www or computer*))	137,899	
S3	TI ((((smart or cell* or mobile) W0 (phone* or telephone*)) or smartphone* or cellphone* or iphone*)) OR AB ((((smart or cell* or mobile) W0 (phone* or telephone*)) or smartphone* or cellphone* or iphone*))	3,843	
S4	TI ((iPad* or tablet* or android* or handheld-device* or mobile-device*)) OR AB ((iPad* or tablet* or android* or handheld-device* or mobile-device*))	5,409	
S5	TI ((app or apps or mobile-application*)) OR AB ((app or apps or mobile-application*))	2,909	
S6	TI ((digital or electronic)) OR AB ((digital or electronic))	43,115	
S7	TI ((email* or e-mail* or text-messag* or instant-messag* or chat or chats or chatting or chatroom*)) OR AB ((email* or e-mail* or text-messag* or instant-messag* or chat or chats or chatting or chatroom*))	6,666	
S8	TI ((videoconferenc* or video-conferenc* or remote-consultation* or tele-consultation* or teleconsultation* or distance-counsel*)) OR AB ((videoconferenc* or video-conferenc* or remote-consultation* or tele-consultation* or teleconsultation* or distance-counsel*))	778	
S9	TI ((eHealth or e-Health or mHealth or m-Health)) OR AB ((eHealth or e-Health or mHealth or m-Health))	1,274	
S10	(MH "Cognitive Therapy") OR (MH "Psychoeducation")	11,163	Kognitiv Atferds-terapi (CBT)
S11	TI ((CBT or ((cognitive or cognition) N1 (psychotherap* or therap*)) or ((cognitive or cognition) N1 behavio*))) OR AB ((CBT or ((cognitive or cognition) N1 (psychotherap* or therap*)) or ((cognitive or cognition) N1 behavio*)))	10,198	
S12	TI ((self-help or selfhelp)) OR AB ((self-help or selfhelp))	2,159	

S13	TI ((psychoeducat* or psycho-educat*) OR AB ((psychoeducat* or psycho-educat*))	1,923	
S14	TI ((problem-solving N1 (therap* or psychotherap*))) OR AB ((problem-solving N1 (therap* or psychotherap*)))	148	
S15	TI ((iCBT or eCBT or cCBT or e-mental-health)) OR AB ((iCBT or eCBT or cCBT or e-mental-health))	118	Web-basert CBT
S16	(MH "Systematic Review") OR (MH "Meta Analysis") OR PT(systematic review)	61,051	Systematisk oversikt
S17	TI ((((systematic* or evidence or research) N1 (review* or overview* or synthes*)) or meta-anal* or metaanal* or metanal* or technology assessment* or HTA or pubmed or medline or embase or cinahl or cinhal or psycinfo or psychinfo or handsearch* or ((comprehensiv* or systematic* or manual or hand or database or reference list*) N1 search*))) OR AB ((((systematic* or evidence or research) N1 (review* or overview* or synthes*)) or meta-anal* or metaanal* or metanal* or technology assessment* or HTA or pubmed or medline or embase or cinahl or cinhal or psycinfo or psychinfo or handsearch* or ((comprehensiv* or systematic* or manual or hand or database or reference list*) N1 search*)))	82,450	
S18	(((S1 or S2 or S3 or S4 or S5 or S6 or S7 or S8 or S9) AND (S10 or S11 or S12 or S13 or S14)) or S15) AND (S16 or S17) Limiters - Published Date: 20150101-; Exclude MEDLINE records	81	

Koder og symboler i CINAHL	
MH	Term fra databasens kontrollerte vokabular
MH+	Angitt term og hierarkisk underordnede termer fra det kontrollerte vokabularet
TI	Søk i tittelfelt
AB	Søk i sammendrag
PT	Publikasjonstype
Nx	Nærhetsoperator hvor x angir antall tillatte ord mellom to søkeord uavhengig av rekkefølge
Wx	Nærhetsoperator hvor x angir antall tillatte ord mellom to søkeord i gitt rekkefølge
*	Trunkeringstegn

Cochrane Database of Systematic Reviews og HTA via Cochrane Library

#1	[mh Internet] or [mh ^"Social Media"] or [mh ^"Mobile Applications"] or [mh ^"Electronic Mail"] or [mh "Cell Phone"] or [mh Computers] or [mh ^"Computer-Assisted Instruction"] or [mh ^"Therapy, Computer-Assisted"] or [mh ^"Online Systems"] or [mh "Computer Communication Networks"] or [mh ^Videoconferencing] or [mh ^"Remote Consultation"]	7409
#2	(internet* or online or on-line or web* or www or computer*):ab,kw,ti	53373
#3	((smart or cell* or mobile) next (phone* or telephone*)) or smartphone* or cellphone* or iphone*):ab,kw,ti	2186
#4	(iPad* or tablet* or android* or handheld-device* or mobile-device*):ab,kw,ti	19367
#5	(app or apps or mobile-application*):ab,kw,ti	1046
#6	(digital or electronic):ab,kw,ti	14088
#7	(email* or e-mail* or text-messag* or instant-messag* or chat or chats or chatting or chatroom*):ab,kw,ti	3336
#8	(videoconferenc* or video-conferenc* or remote-consultation* or tele-consultation* or teleconsultation* or distance-counsel*):ab,kw,ti	1239
#9	(eHealth or e-Health or mHealth or m-Health):ab,kw,ti	581
#10	[mh ^"Cognitive Therapy"]	7296
#11	(CBT or ((cognitive or cognition) near/2 (psychotherap* or therap*)) or ((cognitive or cognition) near/2 behavio*)):ab,kw,ti	16557
#12	(self-help or selfhelp):ab,kw,ti	2533
#13	(psychoeducat* or psycho-educat*):ab,kw,ti	2235
#14	(problem-solving near/2 (therap* or psychotherap*)):ab,kw,ti	481
#15	(iCBT or eCBT or cCBT or e-mental-health):ab,kw,ti	369
#16	((#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9) and (#10 or #11 or #12 or #13 or #14)) or #15 Publication Year from 2015, in Cochrane Reviews	51
#17	[mh Internet] or [mh ^"Social Media"] or [mh ^"Mobile Applications"] or [mh ^"Electronic Mail"] or [mh "Cell Phone"] or [mh Computers] or [mh ^"Computer-Assisted Instruction"] or [mh ^"Therapy, Computer-Assisted"] or [mh ^"Online Systems"] or [mh "Computer Communication Networks"] or [mh ^Videoconferencing] or [mh ^"Remote Consultation"]	7409
#18	(internet* or online or on-line or web* or www or computer*)	109763
#19	((smart or cell* or mobile) next (phone* or telephone*)) or smartphone* or cellphone* or iphone*)	2409
#20	(iPad* or tablet* or android* or handheld-device* or mobile-device*)	21392
#21	(app or apps or mobile-application*)	2875
#22	(digital or electronic)	24033

#23	(email* or e-mail* or text-messag* or instant-messag* or chat or chats or chatting or chatroom*)	137005
#24	(videoconferenc* or video-conferenc* or remote-consultation* or tele-consultation* or teleconsultation* or distance-counsel*)	1358
#25	(eHealth or e-Health or mHealth or m-Health)	1071
#26	[mh ^"Cognitive Therapy"]	7296
#27	(CBT or ((cognitive or cognition) near/2 (psychotherap* or therap*)) or ((cognitive or cognition) near/2 behavio*))	19396
#28	(self-help or selfhelp)	3011
#29	(psychoeducat* or psycho-educat*)	2718
#30	(problem-solving near/2 (therap* or psychotherap*))	637
#31	(iCBT or eCBT or cCBT or e-mental-health)	408
#32	((#17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25) and (#26 or #27 or #28 or #29 or #30)) or #31 Publication Year from 2015, in Technology Assessments	22

Koder og symboler i Cochrane Library	
[mh xxx]	Angitt term og hierarkisk underordnede termer fra det kontrollerte vokabularet - MeSH
[mh ^xxx]	Term fra databasens kontrollerte vokabular - MeSH
near/x	Nærhetsoperator - x angir antall tillatte ord (-1) mellom to søkeord uavhengig av rekkefølge
next	Nærhetsoperator - ordene må stå inntil hverandre i gitt rekkefølge
*	Trunkeringstegn
:ab	Tekstordsøk i sammendrag
:kw	Keywords, inkludert MeSH
:ti	Tekstordsøk i tittel

Embase, MEDLINE, PsycINFO

1	Internet/ or "Mobile Applications"/ or "Electronic Mail"/ or exp "Cell Phone"/ or exp Computers/ or "Computer-Assisted Instruction"/ or "Therapy, Computer-Assisted"/ or Videoconferencing/ or exp "Remote Consultation"/ use ppez	553294
2	Internet/ or "Mobile Application"/ or exp Computer/ or Smartphone/ or "Computer Assisted Therapy"/ or Teleconsultation/ use oomezd	423231
3	Internet/ or exp "Mobile Devices"/ or exp Computers/ or exp "Computer-Assisted Instruction"/ or "Computer Assisted Therapy"/ or "Computer Mediated Communication"/ or "Cellular Phones"/ or Videoconferencing/ or Teleconferencing/ use psych	540598

4	(internet* or online or on-line or web* or www or computer*).tw,kw,kf,id.	1360188
5	(((smart or cell* or mobile) adj (phone* or telephone*)) or smartphone* or cellphone* or iphone*).tw,kw,kf,id.	42986
6	(iPad* or tablet* or android* or handheld-device* or mobile-device*).tw,kw,kf,id.	144139
7	(app or apps or mobile-application*).tw,kw,kf,id.	56136
8	(digital or electronic).tw,kw,kf,id.	666487
9	(email* or e-mail* or text-messag* or instant-messag* or chat or chats or chatting or chatroom*).tw,kw,kf,id.	71327
10	(videoconferenc* or video-conferenc* or remote-consultation* or distance-council* or tele-consultation* or teleconsultation*).tw,kw,kf,id.	9803
11	(eHealth or e-Health or mHealth or m-Health).tw,kw,kf,id.	15104
12	"Cognitive Therapy"/ use ppez	23982
13	exp "Cognitive Behavioral Therapy"/ or "Cognitive Therapy"/ or Psychoeducation/ use oomezd	88700
14	exp "Cognitive Behavior Therapy"/ or "Cognitive Therapy"/ or Psychoeducation/ or "3311".cc. use psych	110887
15	(CBT or ((cognitive or cognition) adj2 (psychotherap* or therap*)) or ((cognitive or cognition) adj2 behavio*).tw,kw,kf,id.	165311
16	(self-help or selfhelp).tw,kw,kf,id.	22618
17	(psychoeducat* or psycho-educat*).tw,kw,kf,id.	24002
18	(problem-solving adj2 (therap* or psychotherap*).tw,kw,kf,id.	1696
19	(iCBT or eCBT or cCBT or e-mental-health).tw,kw,kf,id.	2423
20	"Meta-Analysis".pt. or "Meta-Analysis as Topic"/ or "Technology Assessment, Biomedical"/ use ppez	149512
21	"Systematic Review"/ or "Meta Analysis"/ use oomezd	232226
22	"Meta Analysis"/ or ("0830" or "1200").md. use psych	270383
23	(((systematic* or evidence or research) adj2 (review* or overview* or synthes*)) or meta-anal* or metaanal* or metanal* or technology assessment* or HTA or pubmed or medline or embase or cinahl or cinhal or psycinfo or psychinfo or handsearch* or ((comprehensiv* or systematic* or manual or hand or database or reference list*) adj2 search*).tw,kw,kf,id.	31228002

24	((or/1-11) and (or/12-18)) or 19) and (or/20-23)	13618
25	limit 24 to yr="2015 -Current"	4396
26	remove duplicates from 25	3147
27	26 use oemezd	258
28	26 use ppez	1375
29	26 use psyh	1514

Koder og symboler i OVID-databasene	
exp "xxx"/	Angitt term og hierarkisk underordnede termer fra databasens respektive kontrollerte vokabular
"xxx"/	Term fra databasens respektive kontrollerte vokabular
ppez	Kode for deldatabasen av MEDLINE som er søkt
oemezd	Kode for deldatabasen av Embase som er søkt
psyh	Kode for deldatabasen av PsycINFO som er søkt
adj	Nærhetsoperator – søkeordene på hver side må stå ved siden av hverandre i gitt rekkefølge
adjx	Nærhetsoperator hvor x angir antall tillatte ord (-1) mellom to søkeord uavhengig av rekkefølge
*	Trunkeringstegn
.tw	Tekstordsøk i tittel og sammendrag
.kf	MEDLINE: Søk etter ord i feltet keyword heading
.kw	Embase: Søk etter ord i feltet keyword heading
.pt	MEDLINE: publikasjonstype
.id	PsycINFO: "key concepts" som supplement til termer fra det kontrollerte vokabularet
.cc	PsycINFO: Classification Code, firesifret kode som avgrenser til setting / fagområde, f.eks. psykoterapi, utviklingspsykologi
.md	PsycINFO: methods – firesifret kode for studiedesign, f.eks. systematisk oversikt eller RCT
.yr	Publikasjonsår

Epistemonikos

[Title/Abstract]; [Publication year: 2015-2018]

1	((internet* or online or "on-line" or web* or www or computer* or ((smart or cell or cellular or mobile) and (phone* or telephone*)) or smartphone* or cellphone* or iphone* or iPad* or tablet* or android* or "handheld device" or "handheld devices" or "mobile device" or "mobile devices" or app or apps or "mobile application" or	Broad Synthesis: 10
---	--	----------------------------

<p>"mobile applications" or digital or electronic or email* or "e-mail" or "e-mails" or "e-mailing" or "text-messaging" or "text messaging" or "text messages" or "instant-messaging" or "instant messaging" or chat or chats or chatting or chatroom* or videoconferenc* or "videoconferencing" or "video conferencing" or ((remote or tele) and consultation*) or teleconsultation* or "distance counselling" or "distance counseling" or eHealth or "e-Health" or mHealth or "m-Health") AND (CBT or "cognitive therapy" or "cognitive psychotherapy" or "cognitive behavioural therapy" or "cognitive behavioural psychotherapy" or "cognitive behaviour therapy" or "cognitive behaviour psychotherapy" or "cognitive behavioral therapy" or "cognitive behavioral psychotherapy" or "cognitive behavior therapy" or "cognitive behavior psychotherapy" or "cognition therapy" or "problem solving therapy" or "problem-solving therapy" or "problem solving psychotherapy" or "problem-solving psychotherapy" or "problem solving psycho-therapy" or "problem-solving psycho-therapy" or "self-help" or selfhelp or psychoeducat* or "psycho-education" or "psycho-educational")) OR (iCBT or eCBT or cCBT or "e-mental health"))</p>	<p>Structured Summary: 0</p> <p>Systematic Review: 237</p>
---	--

Koder og symboler i Epistemonikos	
*	Trunkeringstegn

ERIC

1	<p>((((SU.EXACT("Internet") OR SU.EXACT("Computer Uses in Education") OR SU.EXACT("Computer Use") OR SU.EXACT("Computer Assisted Instruction") OR SU.EXACT("Computers") OR SU.EXACT("Online Courses") OR SU.EXACT("Handheld Devices") OR SU.EXACT.EXPLODE("Teleconferencing")) or internet* or online or on-line or web* or www or computer* or ((smart or cell or cellular or mobile) n/1 (phone* or telephone*)) or smartphone* or cellphone* or iphone* or iPad* or tablet* or android* or handheld-device* or mobile-device* or app or apps or mobile-application* or digital or electronic or email* or e-mail* or text-messag* or instant-messag* or chat or chats or chatting or chatroom* or videoconferenc* or videoconferenc* or ((remote or tele) n/1 consultation*) or teleconsultation* or distance-counsel* or eHealth or e-Health or mHealth or m-Health) AND ((SU.EXACT("Cognitive Restructuring") OR SU.EXACT("Psychoeducational Methods")) or CBT or ((cognitive or cognition or problem-solving) n/1 (psychotherap* or therap*)) or ((cognitive or cognition) n/1 behavio*) or self-help or selfhelp or psychoeducat* or psycho-educat*)) OR (iCBT or eCBT or cCBT or "e-mental health")) AND (SU.EXACT("Meta Analysis") or (((systematic* or evidence or research) n/1 (review* or overview* or synthes*)) or meta-anal* or metaanal* or metanal* or technology-assessment* or HTA or pubmed or medline or embase or cinahl or cinhal or psycinfo or psychinfo or</p>	10
---	---	-----------

	handsearch* or ((comprehensiv* or systematic* or manual or hand or database or reference-list*) n/1 search*)) AND YR(2015-2018)	
--	---	--

Koder og symboler i ERIC	
*	Trunkeringstegn
SU	Term fra databasens kontrollerte vokabular
SU.EXPLODE	Angitt term og hierarkisk underordnede termer fra det kontrollerte vokabularet
n/x	Nærhetsoperator hvor x angir antall tillatte ord mellom to søkeord uavhengig av ordenes rekkefølge

PubMed

Filters activated: Publication date from 2015/01/01

#1	Internet[mh:noexp] or "Mobile Applications"[mh:noexp] or "Electronic Mail"[mh:noexp] or "Cell Phone"[mh] or exp Computers[mh] or "Computer-Assisted Instruction"[mh:noexp] or "Therapy, Computer-Assisted"[mh:noexp] or Videoconferencing[mh:noexp] or "Remote Consultation"[mh]	91728
#2	(internet*[tw] or online[tw] or on-line[tw] or web*[tw] or www[tw] or computer*[tw] or ((smart[tw] or cell[tw] or cellular [tw] or mobile[tw]) and (phone*[tw] or telephone*[tw]))) or smartphone*[tw] or cellphone*[tw] or iph-one*[tw] or iPad*[tw] or tablet*[tw] or android*[tw] or handheld-device*[tw] or mobile-device*[tw] or app[tw] or apps[tw] or mobile-application*[tw] or digital[tw] or electronic[tw] or email*[tw] or e-mail*[tw] or text-messag*[tw] or instant-messag*[tw] or chat[tw] or chats[tw] or chatting[tw] or cha-troom*[tw] or videoconferenc*[tw] or video-conferenc*[tw] or remote-consul-tation*[tw] or tele-consultation*[tw] or teleconsultation*[tw] or distance-coun-sel*[tw] or eHealth[tw] or e-Health[tw] or mHealth[tw] or m-Health[tw])	1286745
#3	"Cognitive Therapy"[mh:noexp]	21103
#4	(CBT[tw] or cognitive-therap*[tw] or cognition-therap*[tw] or cognitive-psy-chotherap*[tw] or cognitive-behavior*[tw] or self-help[tw] or selfhelp[tw] or psychoeducat*[tw] or psycho-educat*[tw] or problem-solving-therap*[tw] or problem-solving-psychotherap*[tw])	54423
#5	(iCBT[tw] or eCBT[tw] or cCBT[tw] or e-mental-health[tw])	755
#6	"Meta-Analysis".pt. or "Meta-Analysis as Topic"[mh:noexp] or "Technology As-sessment, Biomedical"[mh:noexp]	25646

#7	((systematic[tw] or evidence[tw] or research[tw]) and (review[tw] or overview[tw] or syntheses[tw])) or meta-anal[tw] or metaanal[tw] or metanal[tw] or technology-assessment[tw] or HTA[tw] or pubmed[tw] or medline[tw] or embase[tw] or cinahl[tw] or cinhal[tw] or psycinfo[tw] or psychinfo[tw] or handsearch[tw] or ((comprehensiv[tw] or systematic[tw] or manual[tw] or hand[tw] or database[tw] or reference-list[tw]) and search[tw]))	1993595
#8	publisher[sb] or pubmednotmedline[sb]	2620775
#9	((#1 or #2) and (#3 or #4)) or #5) and (#6 or #7) and #8 [Filters activated: Publication date from 2015/01/01]	126

Koder og symboler i PubMed	
[mh]	Angitt term og hierarkisk underordnede termer fra det kontrollerte vokabularet
[mh:noexp]	Term fra databasens kontrollerte vokabular
.tw	Søk i tittel, sammendrag, forfatters nøkkelord, publikasjonstype mm
[sb]	deldatabase
*	Trunkeringstegn

Vedlegg 3. Andre relevante oversikter og studier

I tillegg til de oversiktene som prosjektgruppen vurderte som relevante for problemtillingen, kom den eksternt nedsatte faggruppen med innspill om mulig relevante oversikter og studier. Disse var enten publisert før avgrensningen av vårt søk (før 2015), ikke direkte relevante i forhold til vår PICO, eller primærstudier. Innspillene presenteres i tabellen under.

Foreslåtte oversikter / studier	Årsak til at de ikke inngår i kunnskapsgrunnlaget om effekt av veiledet internettbehandling
Depresjon	
Andersson, G., Cuijpers, P., 2009. Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. Cogn. Behav. Ther. 38, 196–205. (59)	Eldre enn vårt søk
Ebert, D.D., Donkin, L., Andersson, G., Andrews, G., Berger, T., Carlbring, P., et al., 2016. Does	Om sikkerhet, ikke effekt av tiltaket.

Internet-based guided-self-help for depression cause harm? And individual participant data meta-analysis on deterioration rates and its moderators in randomized controlled trials. Psychol. Med. 46, 2679–2693. (55)	
Karyotaki E, Ebert DD, Donkin L, Riper H, Twisk J, Burger S, Rozental A, et.al., 2018. Do guided internet-based interventions result in clinically relevant changes for patients with depression? An individual participant data meta-analysis. Clin Psychol Rev. Jul; 63:80-92. (60)	Nyere enn vårt søk
Richards, D., Richardson, T., 2012. Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. Clin. Psychol. Rev. 32, 329–342. (61)	Eldre enn vårt søk
Barn og unge	
Richardson, T., et al. (2010). "Computerised Cognitive Behavioural Therapy for the Prevention and Treatment of Depression and Anxiety in Children and Adolescents: A Systematic Review." Clinical Child and Family Psychology Review 13(3): 275-290.	Eldre enn vårt søk
Bekker, M. J., et al. (2017). "Improving accessibility of cognitive behavioural therapy for children and adolescents: Review of evidence and future directions." Clinical Psychologist 21(3): 157-164.	Ikke en systematisk oversikt
Andre mulig relevante oversikter/studier	
Anderson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., Hedman, E., 2013. Guided internetbased vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. World Psychiatry 13, 288–295.	Eldre enn vårt søk
Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., Lin, J., 2014. The impact of guidance on Internet-based mental health interventions – a systematic review. Internet Interv. 1, 205–215.	Eldre enn vårt søk
Hedman, E., Ljótsson, B., Lindefors, N., 2012. Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. Expert. Rev. Pharm. Outcomes Res. 12, 745–764.	Eldre enn vårt søk
Nordgreen, T., Rolf Gjestad, R., Andersson, G., Carlbring, P., Havik, O.E. 2018. The effectiveness of guided internet-based cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder in a routine care setting. Internet Interventions, 13, 24-29.	Primærstudie

Vedlegg 4. Kvalitetsvurdering av systematiske oversikter

Sjekkliste for systematiske oversikter⁸

		Ja	Delvis/ uklart	Nei
1	Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne kunnskapsgrunnlaget (primærforskningen)?			
2	Er litteratursøket så omfattende at det er sannsynlig at alle studier er funnet (inkludert flere språk, flere aktuelle databaser, gjennomført referanselister, forfattere/eksperter kontaktet)?			
3	Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, endepunkter)?			
4	Ble det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (definerte seleksjonskriterier, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)?			
5	Er kriteriene som er brukt for å vurdere kvaliteten (intern validitet) av de inkluderte studiene, klart beskrevet?			
6	Er den interne validiteten til alle studiene som det er referert til i teksten, vurdert ved bruk av relevante kriterier (enten under seleksjon av studier eller i analysen av studiene)?			
7	Er metodene som ble brukt da resultatene ble sammenfattet, klart beskrevet?			
8	Ble resultatene fra studiene sammenfattet forsvarlig sett i lys av spørsmålet som oversikten handler om?			
9	Er forfatternes konklusjoner støttet av data og analyser som er beskrevet eller rapportert i oversikten?			
10	Hvordan vil du rangere den kvaliteten i oversikten?			

Oppsummering kritisk vurdering av systematisk oversikt, hjelp til å besvare spørsmål 10:

A (innhenting av data) omhandler de første seks spørsmål i sjekklisten (tabell 1.1.2) om søk, inklusjon og vurdering av validitet av studier i oversikten. Hvis "uklart/ delvis" er

⁸ Scientific Quality Assessment of Review, Cochrane EPOC group. Oxman AD, Guyatt GH. Validation of an index of the quality of review articles. J Clin Epidemiol 1991a;44:1271-1278 81

brukt en eller flere ganger på spørsmål 1-6 har oversikten i beste fall middels/moderat kvalitet. Hvis "nei" alternativet er brukt på spørsmål 2, 4 eller 6 er det sannsynlig at den metodiske kvaliteten på oversikten er mangelfull.

B (analyse av data) omhandler spørsmål 7-9 i sjekklisten (tabell 1.1.2) som gjelder kombinerings av data fra flere studier og analysen av funnene i studiene. Hvis "uklart/delvis" er brukt en eller flere ganger på spørsmål 7-9, er oversikten i beste fall av moderat kvalitet. Hvis "nei" blir brukt på spørsmål 8 er det sannsynlig at oversikten har store begrensninger og at den metodiske kvaliteten er mangelfull.

Samlet kvalitetsvurdering av studien (intern validitet):

Høy kvalitet (ingen begrensninger)	Brukes hvis alle eller de fleste kriteriene fra sjekklisten er oppfylt. Dersom noen av kriteriene ikke er oppfylt må det være veldig lite sannsynlig at studiens konklusjon blir påvirket.
Middels kvalitet (noen begrensninger)	Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke er oppfylt og/eller der kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er lite sannsynlig at studiens konklusjon påvirkes.
Lav kvalitet (alvorlige begrensninger)	Brukes hvis få eller ingen kriterier i sjekklisten er oppfylt og/eller ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er sannsynlig at studiens konklusjon kan forandres.

Kvalitetsvurdering av systematiske oversikter (n=17)

Oversikt	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Kvalitet
<i>Depresjon</i>										
Sztein 2017* (26)	Ja	Uklar	Ja	Uklar	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklar	Middels /Høy
Zhou 2016 (32)	Ja	Uklar	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklar	Middels /Høy
<i>Angst</i>										
Olthuis 2016* (27)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Kampmann 2016 (33)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Richards 2015 (38)	Ja	Uklar	Ja	Ja	Ja	Uklar	Ja	Ja	Uklar	Middels /Høy
<i>Depresjon og angst</i>										

Oversikt	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Kvalitet
Andrews 2018* (34)	Ja	Ja	Ja	Uklar	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy/ Middels
Carlbring 2018 (28)	Ja	Nei	Ja	Uklar	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Middels /lav
Pasarelu 2017 (39)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Newby 2016 (42)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
<i>Søvnforstyrrelse (insomni)</i>										
van Straten 2018 (29)	Ja	Uklar	Ja	Uklar	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Middels
Seyffert 2016 (35)	Ja	Ja	Ja	Uklar	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Zachariae 2016* (40)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
<i>Alkoholavhengighet</i>										
Giroux 2017 (30)	Ja	Ja	Uklar	Uklar	Uklar	Ja	Nei	Nei	Nei	Lav
Dedert 2015* (36)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
<i>Barn og unge med psykiske lidelser</i>										
Välimäki 2017* (31)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklar	Ja	Ja	Høy
Pennant 2015 (37)	Ja	Ja	Ja	Uklar	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Rooksby 2015 (41)	Ja	Ja	Nei	Uklar	Ja	Ja	Nei	Nei	Ja	Lav

*=inkludert i kunnskapsgrunnlaget

Vedlegg 5. Ekskluderte studier

I kunnskapsgrunnlaget inkluderte vi kun den systematiske oversikten med høyest kvalitet, nyeste søk og relevant intervensjon for hver av de seks indikasjonene (depresjon, angst, depresjon og angst, insomni, alkoholavhengighet, effekt hos barn og unge). De andre systematiske oversiktene som ble vurdert for metodisk kvalitet og relevans i tabell 3 i resultatkapittelet, ble ekskludert. De ekskluderte oversiktene presenteres i tabellen under. I tabellen gir vi en kort beskrivelse av oversiktens innhold, forfatterens konklusjoner og årsaken til eksklusjon.

Tabell. Ekskluderte oversikter

Oversikt	Kort beskrivelse og forfatterens konklusjoner	Årsak til eksklusjon
<i>Depresjon</i>		
Zhou 2016	<p>Systematisk litteratursøk etter RCTer fra januar 2005 til juli 2016 i seks databaser om mild depresjon («subthreshold depression») sammenlignet med venteliste og minimal intervensjon. Inkluderer 10 studier.</p> <p><i>«There has been substantial evidence that iCBT interventions has superior short-term efficacy compared to the results of control groups, while its long-term efficacy of iCBT for subthreshold depressive symptoms is inconclusive and must be examined in further research.»</i></p>	Dato for litteratursøk
<i>Angst</i>		
Kampmann 2016	<p>Systematisk litteratursøk etter RCTer i tre databaser fra 1985 til juni 2015 om sosial angst. Inkluderer 37 studier med en populasjon fra 18 år og eldre.</p> <p><i>“While the efficacy for cognitive bias modification was limited, substantial evidence for internet delivered cognitive behaviour therapy and preliminary evidence for virtual reality exposure therapy suggests that both can effectively reduce social anxiety disorder (SAD) symptoms indicating the potential of technology-assisted interventions for SAD”.</i></p>	Dato for litteratursøk
Richards 2015	<p>Systematisk litteratursøk etter RCTer i tre databaser frem til juni 2013 om generelle angstlidelser. Inkluderer 11 studier med en populasjon fra 18 år og eldre.</p> <p><i>“The paper aimed to systematically review and analyze all published studies of internet-delivered treatments for generalized anxiety disorder. Significant post-treatment gains are established for generalized anxiety and symptoms of pathological worry. Results are on a par with face-to-face literature regarding the efficacy of CBT for generalized anxiety disorder. In addition, we observed significant decreases in several comorbid behavioral health difficulties including depression, distress and disability. Lastly, while the results are promising and encouraging for internet-delivered interventions for generalized anxiety disorder further research is needed, especially to establish a more robust empirical foundation for their effects, to examine other theoretical approaches apart from CBT, to learn more about how we can effectively deliver treatment, to examine follow-up for maintenance of gains, and explore in more detail subgroups analysis such as differences in effects for intervention types, support types offered, and retention of participants.»</i></p>	Dato for litteratursøk og kvalitet på oversikten

Depresjon og angst

Carlbring 2018	<p>En oppdatert systematisk oversikt med meta-analyser. Systematisk litteratursøk etter RCTer i én database fra juli 2013 til februar 2017 om depresjon og angstlidelser. Inkluderer 20 studier med en populasjon fra 18 år og eldre.</p> <p><i>In conclusion, the aim of this systematic review and meta-analysis was to collect and analyze studies in which ICBT had been directly compared with face-to-face CBT. The findings are clear in that the overall effect for the main outcomes was close to zero, indicating that the two treatment formats are equally effective in treating social anxiety disorder, panic disorder, depressive symptoms, body dissatisfaction, insomnia, tinnitus, male sexual dysfunction, spider phobia, snake phobia, and fibromyalgia.</i></p>	Kvalitet på oversikten
Pasarelu 2017	<p>Systematisk litteratursøk etter RCTer i fem databaser frem til juli 2016 om sammensatte symptomer for depresjon og angst. Inkluderer 19 studier med en populasjon på 18 år eller eldre.</p> <p><i>Transdiagnostic and tailored iCBT are promising interventions that have a moderate-to-large effect size on symptoms of anxiety and depression. Also, the effect of such interventions on quality of life assessments is moderate. Much research needs to be done in order to establish the efficacy of such protocols in comparison with well-established treatments.</i></p>	Dato for litteratursøk
Newby 2016	<p>Systematisk litteratursøk etter RCTer i to databaser frem til februar 2014 om sammensatte symptomer for depresjon og angst. Inkluderer 50 studier med populasjon på 18 år eller eldre.</p> <p><i>In summary, this is the first meta-analysis to provide evidence from randomised controlled trials for the efficacy of TD-cCBT in reducing depression and anxiety severity, and improving quality of life. The effects of TD-cCBT appear to be relatively similar to disorder-specific CCBT programs, and offer several advantages in terms of practicality, increased efficiency and the ability to address multiple comorbidities. Future studies would benefit from examining the sources of heterogeneity amongst treatment effects observed across studies, comparing between TD-cCBT and control groups with long-term follow-up, comparing TD-cCBT programs to pharmacotherapies, and examining whether adopting a blended approach that combines computerised and face-to-face CBT improves outcomes for individuals suffering from anxiety and depression.</i></p>	Dato for litteratursøk

Søvnforstyrrelse (insomni)

Van Straten 2018	Systematisk søk etter RCTer i fire databaser frem til desember 2015 om søvnforstyrrelser. Inkluderer 87 studier med voksne over 18 år.	Kvalitet på oversikten
	<p><i>«Despite the limitations we conclude that CBTI, either its components or the full package, is effective in the treatments of insomnia. Face-to-face treatments and treatments of at least four sessions seem to be more effective than self-help interventions or face-to-face interventions with fewer sessions. Otherwise the results seem to be quite robust (similar for patients with or without comorbid disease, younger or older patients, using or not using sleep medication). We need more high quality research, comparing different treatment components directly with one another, to understand whether or not full CBTI is more effective than its separate components and whether or not there are other (older) treatments that are actually as effective as CBTI.»</i></p>	
Seyffert 2016	Systematisk litteratursøk etter RCTer i seks databaser frem til september 2015 om søvnforstyrrelser. Inkluderer 13 studier med personer over 16 år.	Dato for litteratursøk Uklart om terapeutveiledet internettbehandling er vurdert
	<p><i>«In conclusion, internet-delivered cognitive behavioral therapy is effective in improving sleep in adults with insomnia. Efforts should be made to educate the public and expand access to this therapy».</i></p>	
<i>Alkoholavhengighet</i>		
Giroux 2017	Systematisk litteratursøk etter studier i fire databaser fra januar 1991 til juni 2015 om problematferd knyttet til spill, alkohol og narkotika. Inkluderer 18 studier. Inklusjonskriterier for alder er ikke oppgitt, men gjennomsnittsalderen i 12 av studiene varierte mellom 30 og 46 år.	Kvalitet på oversikten
	<p><i>“In conclusion, this review shows that, in general, psychological interventions offered completely online for alcohol and drugs do not reinvent the underpinnings of self-administered interventions in regards to both the theoretical approach and their content. The online format represents an alternative way to offer these interventions, which could increase accessibility and attract a clientele who would not consult otherwise. These interventions appear promising and have short-term benefits among their users. However, further research is essential. Firstly, it is primordial to evaluate the efficacy of these interventions while including long-term follow-up measures. Secondly, the interventions offered through mobile applications appear to represent a challenge; they are based on less conventional approaches in regards to addiction and show mitigated results. This type of intervention should be further examined in order to ensure their safety. As such, other rigorous scientific studies are needed to be conducted before integrating them into a treatment</i></p>	

program. Finally, development and evaluation of interventions that are entirely online for problem gambling are necessary steps to the diversification of intervention tools for this clientele.”

Effekt hos barn og unge

Pennant 2015 Systematisk litteratursøk etter RCTer i 16 databaser frem til juni 2013 om depresjon og angst hos barn og unge. Inkluderer 27 studier med personer opp til 25 år. Dato for litteratursøk

“In conclusion, computerised CBT shows promise as an effective intervention for anxiety and depression in young people. The magnitude of effect is uncertain but this review highlights the potential for computerised CBT programs to treat young people with anxiety and depression, both as a part of broader conventional therapeutic programme and as a possible public health intervention for the large numbers of young people with mental health problems who do not access mental health support. Further product development, in line with current technologies and the preferences of young people, gives opportunities to bring improvements in anxiety and depression to clinical and general populations. Evidence is weaker for cCBT in children but there are opportunities for further research and development of child and parent-focussed interventions that may provide effective computerised treatments for children too. The evidence for other interventions is sparse and inconclusive, highlighting the need for increased and ongoing evaluation of computerised therapies.”

Rooksby 2015 Systematisk litteratursøk etter studier i 7 databaser frem til august og desember 2013 om angst hos barn. Inkluderer 7 studier med personer opp til 12 år. Kvalitet på oversikten

“This review updated a recent systematic review on internet-delivered CBT treatment for anxious children and adolescents, focusing on studies with children. While it calls for improvement in future research, the review supports online delivery of evidence-based CBT treatment for child anxiety disorders.”

Vedlegg 6. Kjennetegn ved inkluderte systematiske oversikter

Terapeutveiledet internettbehandling

Angst

Olthuis 2016	
Populasjon	Voksne over 18 år med angstlidelse som primærdiagnose (panikk lidelse med eller uten agorafobi, agorafobi uten panikk, sosial angst, posttraumatisk stress-syndrom, akutt stresslidelse, tvangslidelse, spesifikk fobi, generell angstlidelse, eller angstlidelse uten spesifisering)
Tiltak	Terapeutveiledet internettbehandling med kognitiv atferdsterapi, atferdsterapi eller kognitiv terapi
Sammenligning	1) Venteliste, informasjon, online diskusjonsforum, 2) Ikke-veiledet internettbehandling (selvhjelpsprogram), 3) Konvensjonell ansikt til ansikt-behandling (både individuell og/eller i gruppe)
Utfall	Primærutfall: 1) Klinisk viktig bedring av angst vurdert vha et validert diagnostisk verktøy, 2) Reduksjon av angstsymptomers alvorlighet vurdert vha validerte verktøy Sekundærutfall: 1) Livskvalitet, 2) Pasienttilfredshet, 3) Negative virkninger
Inkluderte studier	38 studier; ventelistekontroll (n=28), selvhjelp (n=5), ansikt til ansikt (n=7)
Oppfølgingstid	Intervensjon fra 4 til 15 uker. Ingen oppfølgingstid ut over intervensjonslengde.
Setting	Internett
Fulltekst	https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011565.pub2/full
Tidspunkt for siste søk i oversikten	16. mars 2015

Terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet internettbehandling

Depresjon

Sztein 2017	
Efficacy of cognitive behavioural therapy delivered over the Internet for depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis	
Populasjon	Voksne over 18 år med milde til moderate symptomer på depresjon
Tiltak	Kognitiv atferdsterapi med og uten terapeutkontakt (12 vs 4 sammenligninger)
Sammenligning	Ventelistekontroll
Utfall	Depresjonssymptomer
Inkluderte studier	14 studier med 16 sammenligninger
Oppfølgingstid	Intervensjoner mellom 6 og 11 uker. Oppfølging ved 3 til 6 måneder.
Setting	Internett

Fulltekst (krever abonnement)	http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1357633X17717402?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%3dpubmed
Tidspunkt for siste søk i oversikten	15. november 2015

Depresjon og angst

Andrews 2018	
Populasjon	Personer over 18 år som møtte primærdiagnosekriterier for alvorlig depresjon, generell angstlidelse, panikklidelse med eller uten agorafobi, eller sosial angst. Diagnosen kunne bli stilt enten av en kliniker, ved telefonintervju eller ved å møte anerkjente cut-off-verdier på validerte selvrapporterte spørreskjema
Tiltak	Internettlevert kognitiv atferdsterapi (iCBT)
Sammenligning	1) Ventelistekontroll, 2) informasjon, 3) vanlig praksis, 4) placebo
Utfall	Hovedutfall: 1) Endring i symptomalvorlighet, 2) negative effekter
Inkluderte studier	53 inkluderte RCTer med 64 sammenligninger
Oppfølgingstid	Vurdering av effekt etter studieslutt. Oppfølging etter mellom 1 og 36 måneder (median 6 måneder)
Setting	Internett
Fulltekst	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618517304474?via%3Dihub
Tidspunkt for siste søk i oversikten	September 2016 Systematisk søk etter litteratur om negative effekter i februar 2016

Søvnforstyrrelse

Zachariae 2016	
Populasjon	Voksne over 18 år med søvnforstyrrelse (insomni) eller selvrapporterte søvnvansker
Tiltak	1) multikomponent kognitiv atferdsterapi for søvnforstyrrelse (CBT-I), inkludert en kombinasjon av to eller flere elementer typisk for CBT-I (søvnrestriksjon, stimulus-kontroll, kognitiv terapi, undervisning i søvnhygiene, avspenning), 2) levert via internett (eCBT-I)
Sammenligning	Deltakere randomisert til minst én ikke-intervensjon (eks. ventelistekontroll)
Utfall	Pre- og post-intervensjonsdata for både intervensjon og kontroll for et eller flere søvnrelaterte utfall Primære: a) søvnforstyrrelsealvorlighet, b) søvneffektivitet Sekundære: c) ventetid på søvn, d) oppvåkning etter å ha falt i søvn, e) antall nattlige oppvåkninger, f) total sovetid, g) totaltid i sengen og h) subjektiv søvnkvalitet

Inkluderte studier	11 inkluderte RCTer (12 sammenligninger)
Oppfølgingstid	Intervensjon på gjennomsnittlig 5,5 uker, med et spenn fra 2 til 9 uker, oppfølging etter studieslutt på 4 til 48 uker
Setting	Internett
Fulltekst	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1087079215001483?via%3Dihub
Tidspunkt for siste søk i oversikten	Juni 2015

Alkoholavhengighet

Dedert 2015	
Populasjon	Personer som var alkoholmisbrukere og personer med alkoholforstyrrelser (alcohol use disorder), collestudenter og voksne
Tiltak	Behandling via internett, mobiltelefon eller CD-rom, med eller uten terapeutkontakt
Sammenligning	1) Ingen behandling, 2) Minimal behandling
Utfall	1) Alkoholkonsum, 2) Å møte anbefalinger for alkoholinntak, 3) Episoder av overdriking (binge drinking), 4) alkoholrelatert helse, 5) sosiale eller legale problemer, 6) Helserelatert livskvalitet, 7) Negative virkninger (adverse effects)
Inkluderte studier	28 RCTer, hvorav 17 RCTer hadde minimal støtte, 8 RCTer hadde lite menneskelig kontakt, men ingen terapeutveiledning, og 3 RCTer inkluderte moderat til høy grad av terapeutkontakt/-veiledning
Oppfølgingstid	Utfall etter 6 måneder eller lenger
Setting	Internett
Fulltekst	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4837467/
Tidspunkt for siste søk i oversikten	Hovedsøk 18. august 2014, oppdatert søk 25. mars 2015

Psykisk helse hos barn

Välimäki 2017	
Populasjon	Barn og unge fra 10 til 24 år med depresjonsdiagnose eller som hadde opplevd depresjons- eller angstsymptomer
Tiltak	Internettbasert behandling for depresjon (hovedsakelig basert på kognitiv atferdsterapi) med og uten terapeutveiledning
Sammenligning	Ventelistekontroll, ingen behandling
Utfall	Primærutfall: 1) depresjon Sekundærutfall: 1) angst, 2) stress, 3) humør og følelser, 4) forlate studien tidlig, 5) kostnader

Inkluderte studier	22 RCTer i 27 publikasjoner, 15 RCTer (i 16 publikasjoner) inngikk i meta-analyser
Oppfølgingstid	Intervensjoner med et spenn fra 3 til 10 uker, oppfølging etter studieslutt på 3 til 6 måneder eller mer
Setting	Internett
Fulltekst	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5741826/
Tidspunkt for siste søk i oversikten	Hovedsøk 1. september 2015, oppdatert søk 10. februar 2017

Vedlegg 7. Prosjektplan

Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser

Fullstendig metodevurdering utført som en oversikt over systematiske oversikter og en budsjettkonsekvensanalyse

Prosjektnummer / aktivitetsnummer / bestillingsnummer:	ID2017_036 eMeistring – veiledet internettbehandling ved psykiske lidelser
Plan utarbeidet (dd.mm.åååå):	01.06.2018

Kort tittel

Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser

Kort ingress

Folkehelseinstituttet skal vurdere effekten av terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser, og utføre en budsjettkonsekvensanalyse knyttet til innføring av tiltaket. Utredningen utføres på oppdrag fra Nye metoder.

Kort beskrivelse/sammendrag

Terapeutveiledet internettbehandling brukes blant annet ved behandling av depresjon, sosial angstlidelse og panikk lidelse. Metoden kan bygge på kognitiv atferdsterapi, der man kombinerer behandlingsprogram administrert via internett med terapeutkontakt før, under og etter behandling. Behandling via internett kan gi flere pasienter tilgang til evidensbasert behandling.

English:

Therapist-supported internet therapy for mental disorders

The Norwegian Institute of Public Health will carry out an effect and budget impact assessment on therapist-supported internet therapy for mental disorders. The National System for Managed Introduction of New Health Technologies within the Specialist Health Service in Norway have commissioned the assessment.

Therapist-supported internet therapy is used for depression, social anxiety disorder and panic disorder. The method can be based on cognitive behavioural therapy, where one combines treatment administered via the internet with therapist contact before, during and after treatment. Treatment via internet may offer more patients access to evidence-based treatment.

Prosjektkategori og oppdragsgiver	
Produkt (programområde):	Fullstendig metodevurdering
Tematisk område:	Spesialisthelsetjeneste / psykisk helse
Oppdragsgiver: (med navn på kontaktperson for eksterne prosjekter):	Bestillerforum RHF Forslagsstiller: Bjørgvin DPS, Divisjon psykisk helsevern, Helse Bergen, Helse Vest RHF ved seksjonsleder Kristin Hogstad Bruvik
Prosjektledelse og medarbeidere	
Prosjektleder:	Ida-Kristin Ørjasæter Elvsaa (forsker)
Prosjektansvarlig (gruppeleder):	Øyvind Melien (avdelingsleder)
Interne medarbeidere:	Geir Smedslund (seniorforsker) Hege Kornør (seniorforsker) Elisabet Hafstad (forskningsbibliotekar) Anna Stoinska-Schneider (helseøkonom) Gunhild Hagen (helseøkonom)
Eksterne medarbeidere:	- Arne Repål, spesialrådgiver, Sykehuset i Vestfold, Helse SørØst RHF - Tine Nordgreen, psykologspesialist, fagekspert innen telemedisin / internettbehandling, Bjørgvin disktilktspsykiatriske senter, Helse Bergen HF - Gunn Elise Sætre, psykologspesialist, Bjørgvin disktilktspsykiatriske senter, Helse Bergen HF - Vemund Nordnes Myrbakk, fagekspert innen e-helse, Universitetssykehuset i Nord-Norge
Plan for erstatning ved prosjektdeltakeres fravær:	Prosjektansvarlig finner erstatter

Oppdraget

Folkehelseinstituttet fikk i brev fra Nye metoder den 29.05.17, et oppdrag fra Bestillerforum RHF om å utarbeide en fullstendig metodevurdering om bruken av veiledet internettbehandling ved psykiske lidelser, «eMestring». Bestillerforum RHF ber om at det leveres ett samlet produkt i to deler; om effekt av tiltaket og budsjettkonsekvensanalyse.

Bestillingen til Folkehelseinstituttet kom som følge en beslutning i Bestillerforum den 22.05.2017, knyttet til et forslag fra Bjørgvin DPS i Helse Vest RHF. Forslaget ligger her: https://nyemetoder.no/Documents/Forslag/ID2017_036.pdf. Folkehelseinstituttet utarbeidet på bakgrunn av forslaget fra Bjørgvin DPS, en egnethetsvurdering med enkle litteratursøk som ble lagt til grunn for beslutningen i Bestillerforum (vedlegg 1). Litteratursøkene avdekket at det finnes flere nyere systematiske oversikter om temaet.

Presisering fra prosjektgruppen:

Prosjektgruppen anser at det er metoden og ikke programmet som ønskes vurdert. Siden eMestring er navnet på et program, ønsker gruppen å benytte en programuavhengig benevnelse for å kunne inkludere alle terapeutveilede internettbaserte behandlingsprogram i rapporten (ikke bare eMestring). Vi endrer derfor tittel på prosjektet fra «eMestring – veiledet internettbehandling ved psykiske lidelser» til «Terapeutveiledet internettbasert behandling ved psykiske lidelser».

Mål

Målet med metodevurderingen er å:

- 3) Utarbeide en oversikt over systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet som har oppsummert klinisk effekt av terapeutveiledet internettbehandling ved lettere psykiske lidelser, samt vurdere tilliten til effektestimaterne
- 4) Utføre en budsjettkonsekvensanalyse for veiledet internettbehandling

Bakgrunn

Et terapeutveiledet internettbehandlingsprogram for psykiske lidelser som depresjon, sosial angstlidelse og panikklidelse, «eMestring»⁹, ble utviklet for å gi flere pasienter i spesialist- og primærhelsetjenesten bedre tilgang til evidensbasert behandling. Metoden kombinerer et internettbasert behandlingsprogram med terapeutkontakt før, under og etter behandling (1).

Programmet «eMestring» er basert på kognitiv atferdsterapi, og har samme innhold som tilsvarende ordinær behandling med kognitiv atferdsterapi (1). Innholdet blir formidlet via internett i form av tekst, bilder, lyd- og videoklipp, og pasienten får støtte fra

⁹ Programmet kalles «eMeistring» (nynorsk) i Helse Bergen og «eMestring» (bokmål) ved Sykehuset Vestfold

en terapeut med opplæring i metoden (1). Kognitiv atferdsterapi bygger på manualiserte behandlingsmetoder med dokumentert klinisk effekt i randomiserte kontrollerte studier og i evaluering av klinisk praksis (1).

«eMestring» har vært et tilbud i Helse Bergen (Bjørgvin DPS og Solli DPS) og Sykehuset Vestfold (Søndre og Nordre Vestfold DPS) siden 2013 (1). Metoden er et tillegg til det ordinære tilbudet i spesialisthelsetjenesten, og benyttes i ordinær klinikk og i forskningsprosjekter. Metoden ønskes utredet i en fullstendig metodevurdering i forbindelse med søknad fra Bjørgvin DPS om å etablere en nasjonal kompetansetjeneste for metoden «eMestring» i Norge (1).

Metoder og arbeidsform

Vi vil undersøke effekt av terapeutveiledet internettbehandling og utføre en budsjett-konsekvensanalyse.

I forbindelse med prosjektet, vil vi opprette en arbeidsgruppe med fagpersoner fra de regionale helseforetakene og brukerrepresentanter. Gruppen vil bidra med sin fagkunnskap inn i prosjektet, både ved å gi innspill til inklusjonskriterier, litteratur, bakgrunnsinformasjon om pasientgruppen og intervensjonene, i tillegg til innspill til og tolking av resultater.

Klinisk effekt og sikkerhet

For vurdering av behandlingseffekt benytter vi metoder beskrevet i «Slik oppsummerer vi forskning» (2). Metoden går i korthet ut på å formulere forskningsspørsmål, søke etter litteratur, velge ut studier, vurdere studienes metodiske kvalitet, hente ut data, sammenstille data og gradere det totale kunnskapsgrunnlaget. Gjennom denne tilnærmingen vil vi også kunne identifisere forskningshull.

Søkestrategi

En forskningsbibliotekar samarbeider med prosjektgruppen for å utarbeide systematiske litteratursøk i henhold til inklusjonskriteriene. En annen bibliotekar fagfelle vurderer søkestrategiene. Vi søker i CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews, Embase, Epistemonikos, ERIC, HTA via Cochrane Library, MEDLINE, PsycINFO, PubMed (deldatabase: publisher[sb]).

Vi bruker søkeord for tiltaket og studiedesign. Utkast til OVID-søk ligger i vedlegg 1.

Seleksjonskriterier

Populasjon:	Voksne med primærdiagnose på lett til moderat depresjon og/eller angst, alkoholavhengighet eller søvnforstyrrelse, og psykiske lidelser hos barn
Intervensjon:	Terapeutveiledet internettbasert terapi på alle plattformer (datamaskin, nettbrett, mobiltelefon)

Sammenlikning:	terapi ansikt til ansikt, ikke-veiledet nettbasert atferdsterapi, ventelistekontroll
Utfall:	Symptomer, funksjonsnivå, arbeidsførhet, livskvalitet, pasient tilfredshet, negative effekter, ventetid på behandling
Studiedesign:	Systematiske oversikter med høy eller middels kvalitet
Språk:	Engelsk, skandinavisk

Eksklusjonskriterier: systematiske oversikter av lav metodisk kvalitet vurdert ved hjelp av relevante sjekklister (2).

Studieutvelging

Etter fjerning av dubletter, vil to forskere gå gjennom trefflisten med titler og sammen- drag, uavhengig av hverandre. Mulig relevante referanser bestilles inn i fulltekst. Vi vil i tillegg gå gjennom referanselisten i relevante meta-oversikter (oversikter over oversik- ter) for å identifisere relevante systematiske oversikter som bestilles inn i fulltekst.

Systematiske oversikter som oppfyller inklusjonskriteriene inkluderes i datagrunnla- get. Oversiktens metodisk kvalitet vurderes ved hjelp av sjekklister (2). Hvis vi finner flere systematiske oversikter med samme problemstilling, inklusjonskriterier og meto- disk kvalitet, inkluderer vi bare den oversikten med det nyeste litteratursøket og best metodisk kvalitet. Vi vil imidlertid presentere alle relevante oversikter og synliggjøre deres metodiske kvalitet.

Dersom det er uenighet i noen av vurderingene i de ulike utvelgingstrinnene, diskute- rer vi med en tredje forsker for å komme til enighet.

Datauttrekk og sammenstilling

En medarbeider henter ut informasjon og utarbeider tabeller over karakteristika ved de inkluderte systematiske oversiktene. Informasjonen sjekkes av en annen medarbei- der. Vi registrerer førsteforfatter, dato for siste litteratursøk, studiedesign på inklu- derte studier, antall deltakere, diagnose eller indikasjon, sammenlignende tiltak, utfall og resultater. Resultatene presenteres i tekst og tabeller. Vi vil basere oss på analysene og sammenstillingene som forfatterne av de systematiske oversiktene har utført.

Vurdering av tillit til effektestimater

Vi vurderer vår tillit til resultatene ved hjelp av Grading of Recommendations Assess- ment, Development and Evaluation (GRADE) (2). Vurderingen gjøres av to personer, uavhengig av hverandre. Vi bruker dataverktøyet Guideline Development Tool (GDT), <http://www.guidelinedevelopment.org/>. Hvis det i noen av de inkluderte systematiske oversiktene er utført GRADE-vurderinger, vil vi bruke disse dersom de etter vår vurde- ring er gjort i tråd med anbefalingene i GRADE.

GRADE hjelper oss å vurdere hvilken tillit vi har til effektestimatene for hvert utfallsmål (Tabell 1). Metoden inkluderer vurdering av risiko for skjevhet («Risk of Bias»), sam- svar (konsistens) i resultater mellom studier, sammenlignbarhet (direkthet; hvor like

populasjonene, intervensjonene og utfallene i studiene er sammenliknet med de personer, tiltak og utfall man egentlig er opptatt av), hvor presise resultatestimatene er, og om det er risiko for publiseringskjevheter.

Tabell 1. GRADE-kategoriens betydning for påliteligheten av effektestimater

Kvalitetsvurdering	Betydning
Høy	Vi har stor tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten.
Middels	Vi har middels tillit til effektestimatet: effektestimatet ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men effektestimatet kan også være vesentlig ulik den sanne effekten.
Lav	Vi har begrenset tillit til effektestimatet: den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimatet.
Svært lav	Vi har svært liten tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten.

Budsjettkonsekvensanalyse

Budsjettvirkninger defineres som merutgiftene, det vil si de totale utgiftene ved å innføre den nye metoden minus de totale utgiftene ved ikke å gjøre det.

Vi vil beregne og beskrive norske kostnader knyttet til terapeutveiledet internettbasert kognitiv atferdsterapi. Analysen av budsjettkonsekvenser vil bli basert på beregning av merkostnader ved metoden sammenliknet med standard behandling og estimert antall pasienter aktuelle for behandling. Resultatene vil bli belyst ut fra et helsetjenesteperspektiv. Tidshorizonten vil bli ett år.

Aktiviteter, milepæler og tidsplan

- Godkjenning av prosjektplan i avdelingsledermøtet
- Skrive rapportutkast
 - Klinisk effekt (velge ut studier, vurdere studienes kvalitet, hente ut og sammenstille data, gradere)
 - Budsjettkonsekvensanalyse
- Innspill fra faggruppe
- Fagfelleevaluering
- Godkjenning i avdelingsledermøtet
- Oversending av godkjent rapport til oppdragsgiver

Oppstartdato (for FHI.no): Januar 2018

Sluttdato: November 2018

Publikasjon/formidling

- Prosjektets sluttprodukt er en fullstendig metodevurdering utført som en oversikt over systematiske oversikter og en budsjettkonsekvensanalyse
- Målgruppe for produktet er primært Nye metoder

- Tidspunkt for offentliggjøring (to uker etter oversendelse til oppdragsgiver): november 2018
- Produktet formidles direkte til oppdragsgiver, og publiseres via fhi.no og nyemotoder.no
- Rapporten distribueres elektronisk
- Det skrives en artikkel til publisering i nasjonalt eller internasjonalt tidsskrift.

Risikoanalyse

RISIKOELEMENT	SANNSYNLIGHET	KONSEKVENNS	RISIKOFAKTOR
Vansker med å skaffe medlemmer til ekstern referansegruppe	Middels	Forsinkelse	Middels
Sykdom	Middels	Forsinkelse	Middels

Tiltak for å begrense risikoelementenes sannsynlighet og konsekvens:

- Avdelingsdirektørgruppen tar avgjørelser knyttet til mulig forsinkelse

Referanser/litteratur

1. Bruvik, KH. eMestring – veiledet internettbehandling ved psykiske lidelser. Forslag til nasjonal metodevurdering fra eMeistring, Bjørgvin DPS, Divisjon psykisk helsevern, Helse Bergen, Helse Vest RHF. (<https://nyemetoder.no/metoder/emeistring>). Oslo: Nye metoder; 2017.
2. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 4. reviderte utgave. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2015.

Indeksering for hjemmesiden

eMeistring, eMestring, kognitiv atferdsterapi, veiledet internettbehandling, internettveiledet terapi, psykoedukasjon, internettassistert selvhjelp.

Relaterte prosjekter/publikasjoner/studier

Ingen relevante norske systematiske oversikter eller metodevurderinger identifisert.

Vedlegg 1: Egnethetsvurdering – eMestring

IL2017_036 eMestring – veiledet internettbehandling ved psykiske lidelser

Tittel i kilden	Evt. lenke til kilden	Opprinnelig forslag til norsk tittel (angi om tittel er endret ifht dette)
		eMestring – veiledet internettbehandling ved psykiske lidelser

Indeksering

Handelsnavn	
Produsent	
Status for bruk og godkjenning: [Kilde til metode, produsentens hjemmeside og FDA]	Ingen produsent Ingen hjemmeside Ingen informasjon på hjemmesiden Informasjon på hjemmesiden: [Legg inn evt lenke til hjemmeside og evt informasjon] CE: FDA:
PICO Population, Intervention, Comparator, Outcome	P: pasienter med psykiske lidelser (depresjon, sosial angst og panikkelidelse) I: nettbasert kognitiv atferdsterapi C: [dagens behandling – (standard behandling eller placebo dersom ikke opplagt annet)] O: [Effekt og sikkerhet (dødelighet; sykkelighet; livskvalitet; bivirkninger; behov for oppfølging o.l.); Kostnader; Organisasjonelle konsekvenser; Etikk; Juridiske konsekvenser]
Emneord (MeSH termer – bare engelsk) P: Depression; Depressive Disorder; Seasonal Affective Disorder; Phobia, Social; Panic Disorder I: Cognitive Therapy; Therapy, Computer-Assisted	
Nøkkelord: [Omfatter: Synonymer (norsk og engelsk) for navn som ikke er gitt over. P - engelsk: Depressive symptoms; Emotional depression; Depressive Neurosis; Endogenous Depression; Depressive Syndrome; Melancholia; Unipolar Depression; Neurotic Depression; Seasonal Mood Disorder; Social Phobia; Social Anxiety Disorder; Panic Attack P - norsk: Depressiv forstyrrelse; Depressiv lidelse; Endogen depresjon; Depresjonssyndrom; Nevrotisk depresjon; Melankoli; Unipolar depresjon; År-	

stidsbestemt stemningsforstyrrelse; Mørketidsdepresjon; Vinterdepresjon; Årstidsdepresjon; Sosialfobi; Sosial angst; Panikkforstyrrelse; Panikkangst; Panikkanfall; Panikk lidelse; I - engelsk: computerized cognitive Behavior therapy; computerized cognitive behavioral therapy; internet delivered cognitive behavior therapy; internet delivered cognitive behavioral therapy; iCBT; eCBT; cCBT I - norsk: eMestring; internettbasert kognitiv atferdsterapi
Kategori: Prosedyre
Stråling: [Angi om metoden omfatter eller vil erstatte stråling. Angi type strålekilde (holder å velge CT/MR/Røntgen evt oppgi annet)]
Bruksområde: Behandling; Spesialisthelsetjeneste
Fagområde: Psykisk helse
Nasjonal faglig retningslinje / handlingsprogram: <i>Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten.</i> (2009). (Nasjonale faglige retningslinjer IS-1561). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonale-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten

Logg søk

Fullførte, pågående eller planlagte systematiske oversikter, metodevurderinger - Norge	
Kilde	Mulig relevante titler
Nasjonalt system Mini-MV databasen Folkehelseinstituttet	Ingen relevante norske systematiske oversikter eller metodevurderinger identifisert
Fullførte, pågående eller planlagte systematiske oversikter, metodevurderinger - internasjonalt	
Kilde; søkestrategi; treff	Mulig relevante titler
Hovedkilder (begrens søket til de siste tre årene): Epistemonikos Søkestrategi: [Title/Abstract:] (((internet* OR online OR web* OR www OR computer* OR remote OR tele*)) AND ((cognitive AND therapy) OR CBT)) OR iCBT OR eCBT OR cCBT AND (depression OR anxiety OR "social phobia" OR panic))	Pasarelu CR, et al. (2017). Internet-delivered transdiagnostic and tailored cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Cogn Behav Ther.</i> 46(1):1-28. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27712544 Twoomey C, et al. (2017). Effectiveness of a freely available computerised cognitive behavioural therapy programme (MoodGYM) for depression: Meta-analysis. <i>Aust N Z J Psychiatry.</i> 51(3):260-269. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27384752

<p>Publication year: 2015-2017</p> <p>Treff: 51</p> <p>NHS Evidence (HTA; SR) Søkestrategi: se Epistemonikos Date: 01/01/2015 – 24/04/2017 Treff: 173</p> <p>Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) Vårdverktyget.se - sök HTA</p>	<p>Brabyn S, et al. (2016). The second Randomised Evaluation of the Effectiveness, cost-effectiveness and Acceptability of Computerised Therapy (REEACT-2) trial: does the provision of telephone support enhance the effectiveness of computer-delivered cognitive behaviour therapy? A randomised controlled trial. <i>Health Technol Assess</i> 20(89) https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta20890/#/abstract</p> <p>Kampmann IL, et al. (2016): Meta-analysis of technology-assisted interventions for social anxiety disorder. <i>J Anxiety Disord.</i> 42:71-84. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27376634</p> <p>Newby JM, et al. (2016). Transdiagnostic computerised cognitive behavioural therapy for depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. <i>J Affect Disord.</i> 199:30-41. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27060430</p> <p>Olthuis JV, et al. (2016). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> (3),CD011565. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011565.pub2/abstract</p> <p>Zhou T, et al. (2016). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression: a systematic review and meta-analysis. <i>BMC Psychiatry.</i> 16(1):356. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073460/</p> <p>Donker T, et al. (2015). Economic evaluations of Internet interventions for mental health: a systematic review. <i>Psychol Med.</i> 45(16):3357-76. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26235445</p> <p>Linde K, et al. (2015). Comparative effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: network meta-analysis. <i>BMC Fam Pract.</i> 16:103. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4545315/</p>
--	--

Littlewood E, et al. (2015). A randomised controlled trial of computerised cognitive behaviour therapy for the treatment of depression in primary care: The Randomised Evaluation of the Effectiveness and Acceptability of Computerised Therapy (REEACT) trial. *Health Technol Assess* 2015;19(101).

<https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta191010/#/abstract>

Naidu VV, et al. (2015). Delivery of cognitive behavioural therapy to workers: a systematic review. *Occup Med (Lond)*. 66(2):112-7.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26409057>

Vallury CD, et al. (2015). Computerized Cognitive Behavior Therapy for Anxiety and Depression in Rural Areas: A Systematic Review. *J Med Internet Res*. 17(6):e139.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4526901/>

Arnberg FK, et al. (2014). Internet-delivered psychological treatments for mood and anxiety disorders: a systematic review of their efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PLoS One*. 9(5):e98118.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4028301/>

Mewton L, et al. (2014). Current perspectives on Internet-delivered cognitive behavioral therapy for adults with anxiety and related disorders. *Psychol Res Behav Manag*. 7:37-46.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3913603/>

Arnberg F, et al. (2013). *Internetförmiddlad psykologisk behandling vid ångest- och förstämningssyndrom*. (SBU Alert-rapport nr 2013-02). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hentet fra

http://www.sbu.se/contentassets/386ecea0a21c4dfd8d5b0ac19d8a17d0/internet_psykologisk_behandling_ange_st_forstamning_201302.pdf

So M, et al. (2013). Is computerised CBT really helpful for adult depression? A meta-analytic re-evaluation of CCBT for adult depression in terms of clinical implementation and methodological validity. *BMC Psychiatry*. 13:113

	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3638010/
Pågående prosjekter PROSPERO Søkestrategi: se Epistemonikos Treff: 379 POP-databasen Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)	McNabb C, et al. <i>The effectiveness of Internet-based interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review</i> . York: PROSPERO International Prospective Register of Systematic Reviews http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42016041866
Metodevarsel i Norge – MedNytt	
Psykologisk behandling via internett ved angstlidelser og stemningsforstyrrelser (april 2014 – norsk tittel i MedNytt)	
Metodevarsel – internasjonalt	
Kilde	Mulig relevante titler
NHS Evidence (horizon scan) EuroScan	<i>Internet delivered cognitive behavioural therapy for patients with depression</i> . (2009). Cologne: EuroScan International Network. Hentet fra https://www.euroscan.org/technologies/internet-delivered-cognitive-behavioural-therapy-for-patients-with-depression/
Registrerte og pågående studier	
ICTRP Søkestrategi: Internet* AND cognitive AND therapy AND depress* OR computer* AND cognitive AND therapy AND depress* OR Internet AND CBT AND depress* OR Internet* AND cognitive AND therapy AND panic* OR computer* AND cognitive AND therapy AND panic* OR Internet AND CBT AND panic* OR Internet* AND cognitive AND therapy AND anxiety OR computer* AND cognitive AND therapy AND anxiety OR Internet AND CBT AND anxiety OR iCBT AND depress* OR iCBT AND panic OR iCBT AND anxiety OR eCBT AND depress* OR eCBT AND panic OR eCBT AND anxiety OR cCBT AND depress* OR cCBT AND panic OR cCBT AND anxiety Treff: 318 Følg lenken http://apps.who.int/trialsearch/default.aspx og kopier inn søkestrategien ovenfor for å få opp trefflisten.	

ClinicalTrials.gov

Søkestrategi:

((((internet OR online OR web-based OR www OR computerized OR remote OR tele) AND ((cognitive AND therapy) OR CBT)) OR iCBT OR eCBT OR cCBT) AND (depression OR anxiety OR "social phobia" OR panic))

Treff: 594

Følg lenken <https://clinicaltrials.gov/> og kopier inn søkestrategien ovenfor for å få opp trefflisten.

Noen få eksempler:

Ongoing, not recruiting	NCT01482806	Online Treatments for Mood and Anxiety Disorders in Primary Care
Ongoing, not recruiting	NCT01379027	MoodHelper: Internet Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for Depression
Ongoing, not recruiting	NCT01598922	Internet Based Cognitive Behavioral Therapy Effects on Depressive Cognitions and Brain Function
Recruiting	NCT03043833	Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Anxiety and Depression Amongst French Canadians
Recruiting	NCT03068676	Internet-delivered Treatments for Depression and Anxiety in Primary Care (SUMMA)

Dato og søkeansvarlig: 24.04.2017 Elisabet Hafstad

Log for oppdatering av søk, indeksering og metodevarsel

Dato for oppdatering	Hva er oppdatert	Oppdatering utført av
	[Nytt søk; Oppdatering av status; Endret indeksering; Ny konklusjon]	

Vedlegg 2: Utkast til søkestrategi i OVID-databaser

Strategiutkast for OVID-baser:

#	Searches	Results	
1	Internet/ or Mobile Applications/ or Text Messaging/ or Electronic Mail/ or Cellular Phone/ or exp Computers/ or Computer-Assisted Instruction/ or Therapy, Computer-Assisted/ or Online Systems/ or Computer Communication Networks/ or Videoconferencing/ or Remote Consultation/ use ppez	582467	internet
2	Internet/ or Mobile Application/ or exp Computer/ or Smartphone/ or Computer Assisted Therapy/ or Online System/ or Computer Network/ or Teleconsultation/ use oomezd	455569	
3	Internet/ or exp Mobile Devices/ or exp Computers/ or exp Computer-Assisted Instruction/ or Computer Assisted Therapy/ or Computer Mediated Communication/ or "Cellular Phones"/ or Videoconferencing/ or Teleconferencing/ use psych	540262	
4	(internet* or online or on-line or web* or www or computer*).tw,kw,kf,id.	1359053	
5	(smartphone* or smart-phone* or cell-phone* or cellphone* or iphone* or mobile-phone*).tw,kw,kf,id.	39883	
6	(iPad* or tablet* or android* or handheld-device* or mobile-device*).tw,kw,kf,id.	144031	
7	(app or apps or mobile-application*).tw,kw,kf,id.	56050	
8	(digital or electronic).tw,kw,kf,id.	665719	
9	(email* or e-mail* or text-messag* or instant-messag* or chat or chatroom*).tw,kw,kf,id.	70277	
10	(videoconferenc* or video-conferenc* or remote-consultation* or tele-consultation* or teleconsultation*).tw,kw,kf,id.	9790	
11	(eHealth or e-Health or mHealth or m-Health).tw,kw,kf,id.	15071	
12	Cognitive Therapy/ use ppez	23937	Kognitiv atferdsterapi
13	exp Cognitive Behavioral Therapy/ or Cognitive Therapy/ use oomezd	71888	
14	exp Cognitive Behavior Therapy/ or Cognitive Therapy/ or "3311".cc. use psych	103305	

15	(CBT or ((cognitive or cognition) adj2 (psychotherap* or therap*)) or ((cognitive or cognition) adj2 behavio*)).tw,kw,kf,id.	165146	
16	(self-help or selfhelp).tw,kw,kf,id.	22612	
17	(psychoeducat* or psycho-educat*).tw,kw,kf,id.	23983	
18	(problem-solving adj2 (therap* or psychotherap*)).tw,kw,kf,id.	1692	
19	(iCBT or eCBT or cCBT or e-mental-health).tw,kw,kf,id.	2421	Nettbasert kognitiv at- ferdsterapi
20	((or/1-11) and (or/12-18)) or 19 [internet AND CBT]	22578	Systema- tiske over- sikter
21	Meta-Analysis.pt. or "Meta-Analysis as Topic" / or "Technology Assessment, Biomedical" / use ppez	149272	
22	Systematic Review/ or Meta Analysis/ use oomezd	231862	
23	meta analysis/ or ("0830" or "1200").md. use psyh	269975	
24	((((systematic* or evidence or research) adj2 (review* or overview* or synthes*)) or meta-anal* or metaanal* or metanal* or technology assessment* or HTA or pubmed or medline or embase or cinahl or cinhal or handsearch* or ((comprehensiv* or systematic* or manual or hand or database or reference list*) adj2 search*)).tw,kw,kf,id.	27128910	
25	20 and (or/21-24) [internet AND CBT AND SR]	8140	
26	limit 25 to yr="2015 -Current"	2646	
27	remove duplicates from 26 [2366]	1839	
28	27 use ppez [MEDLINE]	1304	
29	27 use oomezd [Embase]	358	
30	27 use psyh [PsycINFO]	177	

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Desember 2018

Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider
www.fhi.no