


Hva er effekten av internettbaserte tiltak mot angst og depresjon?

Notat fra Kunnskapssenteret
Hasteoppdrag
Oktober 2007

 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Bakgrunn: Dette notatet oppsummerer kort effekten av internettbaserte kognitiv atferdsterapi (CCBT) mot angst og depresjon. **Problemstilling:** Hva er effekten av internettbaserte tiltak mot lettere former for angst og depresjon?

Metode: Vi søkte i internasjonale forskningsdatabaser etter systematiske oversikter, og fant en relevant oversikt. Vi vurderte kvaliteten på effektestimatene ved hjelp av Grade. **Resultater:** I behandling av både angst og depresjon viste gruppen som fikk CCBT en forbedring, sammenlignet med gruppen som fikk ordinære tjenester målt på nivå av depresjon, arbeid og sosial tilpasning. Også angst ble forbedret, men denne forskjellen var ikke statistisk signifikant. I behandling av depresjon kom CCBT noe dårligere ut enn gruppen som fikk ukentlig telefonoppfølging. I sammenligning av de to dataprogrammene Moodgym og Blue Pages, kom Bluepages noe bedre ut, men forskjellen var ikke statistisk signifikant. **Konklusjon:** Internettbaserte tiltak mot angst og depresjon er mer effektivt enn avslapning, men mindre effektivt enn telefonoppfølging av personer som har lett til moderate lettere former for angst og depresjon.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
ISBN 978-82-8121-172-8

oktober 2007

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



Tittel Hva er effekten av internettbaserte tiltak mot angst og depresjon?
Institusjon Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig John-Arne Røttingen, *direktør*
Forfattere Asbjørn Steiro, *forsker*
Astrid Austvold-Dahlgren, *forsker*

ISBN ISBN 978-82-8121-172-8
ISSN
Notat Oktober 2007

Prosjektnummer431
Rapporttype Kunnskapsoppsummering
Produkt Hasteoppdrag
Antall sider 31
Oppdragsgiver Sosial- og helsedirektoratet
Sitering Steiro A, Austvoll-Dahlgren, A. Hva er effekten av Internettbaserte tiltak mot angst og depresjon? Notat Oktober 2007. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2007.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, oktober 2007

Sammendrag

Hensikten med dette notatet var å gi en kort oppsummering av en systematisk oversikt om bruk av pc- og Internettbasert former for kognitiv atferdsterapi (CCBT) for grupper med lette og moderate former for angst og depresjon.

I behandling av både angst og depresjon viste gruppen som fikk CCBT en forbedring sammenliknet med gruppen som fikk ordinære tjenester målt på nivå av depresjon, og arbeid og sosial tilpassning. Det var også en forbedring på angst, men denne var ikke statistisk signifikant. I gruppen som fikk Internettbaserte CCBT for lettere og moderate former for angst viste to av seks av studiene små, men statistiske signifikante forskjeller i favør av CCBT sammenliknet med ordinære tjenester eller avslapning.

I behandling av depresjon kom CCBT dårligere ut sammenliknet med gruppen som fikk ukentlig oppfølging på telefon.

Det var ingen forskjell i sammenlikning av CCBT og ikke-aktiv Internettbasert informasjon. I sammenlikning av to forskjellige CCBT-program (Moodgym og Bluepages), kom Bluepages noe bedre ut men forskjellen var ikke statistisk signifikant

I behandling av angst viste CCBT gruppene sammenliknet med terapeutledet kognitiv atferdsterapi en forbedring på angst, men bare en av tre sammenlikninger var statistisk signifikant. Det var også en forbedring i forhold til depresjon, livskvalitet, og arbeid og sosial tilpassning, men ingen av sammenlikningene var statistisk signifikant

CCBT sammenliknet med avslapning viste ulik effekt på angst. En sammenlikning viste en forverring og en studie en forbedring, hvorav sistnevnte var statistisk signifikant. Når det gjelder frekvens av panikkanfall, depresjon og arbeid og sosial tilpassning viste CCBT gruppen en forbedring, men bare sistnevnte var statistisk signifikant. Når det gjelder livskvalitet viste resultatene at avslapningsgruppen kom noe bedre ut, men heller ikke her var resultatet statistisk signifikant.

Det var få statistiske signifikante forskjeller når en sammenliknet CCBT program med avslapning, standard terapibehandling og ordinære tjenester i populasjoner med angst og depresjon. Et unntak var en studie som sammenliknet to ulike CCBT

programmer med en gruppe som fikk en ukentlig telefon, der en fant en statistisk signifikant forskjell i favør av gruppen som fikk en ukentlig telefon. En studie sammenliknet to CCBT program, Moodgym og Bluepages, men fant ingen statistisk signifikant forskjell.

Innhold

FORORD	5
PROBLEMSTILLING	6
INNLEDNING	7
METODE	8
Litteratursøk	8
Gradering av kvaliteten på effektestimatene	8
Kritisk vurdering	9
RESULTATER	11
Kunnskapsgrunnlaget	11
Angst	15
Angst og depresjon	15
Depresjon	16
DISKUSJON OG KONKLUSJON	17
Styrke og svakheter	17
Kostnadsanalyser	18
Behov for videre forskning	18
REFERANSER	21

Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk 24.04.2007 en forespørsel fra avdelingsdirektør Ellinor Major, avdeling for psykisk helse i Sosial- og helsedirektoratet, om å vurdere effekten av Internettbaserte tiltak mot for angst og depresjon. Grunnlaget for forespørselen var et oppdrag fra Universitetet i Tromsø og Folkehelseinstituttet om et Internettbasert forebyggingsprogram som var utviklet i Australia. Direktoratet var særlig interessert i å se på effekten av Internettbaserte tiltak, og spesielt med vekt på reduksjon av symptomer på angst og depresjon.

Tidsfristen gjorde at Kunnskapssenteret vurderte det til et hasteoppdrag (notat).

Etter et grunnleggende søk etter systematiske oversikter på området ble det funnet en rapport utført for The School of Health and Related Research (SchARR), University of Sheffield (UK) på oppdrag for National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Denne ble så oversendt Sosial- og helsedirektoratet (Shdir). Oppdraget ble etter videre kommunikasjon utvidet til at Kunnskapssenteret skulle gjennomføre en gradering av effektestimaterne fra SchARR-rapporten ved hjelp av instrumentet "The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation" (GRADE).

En oppdatering av rapporten er planlagt utført i 2007.

Prosjektgruppa har bestått av:

- Asbjørn Steiro, forsker
- Astrid Austvoll-Dahlgren, forsker

Assisterende direktør

Forskningsleder

prosjektleder,

Problemstilling

Hva er effekten av Internettbaserte tiltak mot lettere former for angst og depresjon?

Innledning

Pc- og Internettbasert kognitiv atferdsterapi er et tilbud til pasienter med lettere og moderate former for angst og depresjon. Behandlingen er beskrevet som selvhjelps-terapi, og der det er behov for lite faglig veiledning.

Bakgrunnen for å bruke Internettbaserte tiltak kan være mangel på terapeuter, lange ventelister, lange reiser til terapeut, økonomiske fordeler og pasienters motvilje til å gå i behandling m.m..

Dataprogrammer som Blue Pages, Beating the Blues, Cope, Fear Fighter og Mood-gym er nettbaserte "terapitilbud" som har som målsetting å redusere angst og depresjon hos forskjellige målgrupper.

Hensikten med denne oppsummeringen var å vurdere effekten av Internettbaserte tiltak mot lettere former for angst og depresjon, som er klassifisert etter screeningsverktøy som General Health Questionnaire (GHQ), International Classification of Diseases (ICD-10), Kessler psychological distress scale, Diagnostic and Statistical Manual og Mental Disorders (DSM-IV), Composite International Diagnostic Interview (CIDI) og Structured Clinical Interview Disorder (SCID).

Metode

LITTERATURSØK

Vi gjennomførte et grunnleggende søk i etter relevante systematiske oversikter I Cochrane databasen (www.interscience.wiley.com/cochrane), Centre for Reviews and Dissemination databases (www.crd.york.ac.uk) som inkluderer Dare, NHS EED, HTA), NICE, SBU, FINOTHA, DACEHTA og NICE). Vi søkt etter: "Internet AND depression" og "Internet AND anxiety"

Vi definerer en systematisk oversikt som en litteraturoversikt hvor forfatterne har søkt i minst én relevant database (f. eks. MEDLINE) og oppgir hvilke søkeord og inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Vi identifiserte en systematisk oversikt som møtte problemstillingen. Oversikten hadde som mål å identifisere alle studier som beskriver Internettbaserte tiltak mot angst og depresjon. Tiltaket ble tilbudt enten med en kort instruksjon på cd, data eller som rådgivning per telefon (Kaltenthaler, 2004).

Forskerne søkte etter psykoterapi og kognitiv atferdsterapi samt andre Internett og eller pc baserte tiltak for behandling av angst og depresjon, men kun CCBT tiltak ble inkluderte. De Internettbaserte tiltakene omfattet blant annet evaluering av psykologiske symptomer, mellommenneskelige relasjoner, sosial fungering, livskvalitet og tilfredshet (Kaltenthaler, 2004).

GRADERING AV KVALITETEN PÅ EFFEKTESTIMATENE

Vår tillit til effekttestimatene ble vurdert av begge prosjektmedarbeiderne ved hjelp av instrumentet Grading the Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE). Kvaliteten på dokumentasjonen for effekttestimatene ble kategorisert på følgende måte:

Høy: Videre forskning vil neppe endre vår tillit til effekttestimatet

Moderat: Det er sannsynlig at videre forskning vil påvirke vår tillit til effektestimater i betydelig grad, og kan endre det.

Lav: Det er svært sannsynlig at videre forskning vil påvirke vår tillit til effektestimater i betydelig grad, og kan endre det.

Svært lav: Ethvert effektestimater er svært usikkert.

- Vi bearbeidet tallene fra den internasjonale oppsummeringen på følgende måte:
- Analysen er avgrenset til å kun inkludere randomiserte kontrollerte studier.
- Alle resultater ble regnet om til "standardised mean differences"¹. For å gjøre det mer oversiktlig og sammenlignbart på tvers av intervensjonene.
- En studie kunne ikke regnes om til SMD fordi antall deltakere ikke ble rapportert (Calbring 2001). Denne studien er derfor ikke inkludert i Grade tabellene, men er rapportert i teksten under oppsummering av resultatene.
- Studiene ble kategorisert etter populasjon som tiltaket var rettet mot og deretter etter hva CCBT ble sammenlignet med.
- En studie hadde en blandingspopulasjon bestående av personer med både angst og depresjonsdiagnoser og er rapportert for seg (Proudfoot 2004).
- CCBT i behandling av depresjon, og på blandingspopulasjon av både angst og depresjon.
- CCBT i behandling av depresjon, og på blandingspopulasjon av både angst og depresjon, ble utfall målt på grad av depresjon, angst, livskvalitet, arbeid og sosial tilpassning.
- CCBT i behandling av angst ble utfall målt på grad av angst, frekvens panikkanfall, depresjon, livskvalitet, arbeid og sosial tilpassning

KRITISK VURDERING

Vi brukte Kunnskapssenterets sjekklister for enkeltstudier for å vurdere den metodiske kvaliteten i enkeltstudiene i oversikten. To forskere fylte ut en sjekklister for hver av studiene uavhengig av hverandre. Vi brukte kategoriene høy, middels og lav om den metodiske kvaliteten. Vurderingen av studiene ble gjennomført på bakgrunn av rapporteringen i den foreliggende oppsummeringen.

¹ Standardised mean differences (SMD) brukes når studiene har vurdert samme utfall, men det er variasjon i målingen av for eksempel symptomer for depresjon. Ulike instrumenter er også brukt for å måle depresjon. SMD tar høyde for variasjonen i de ulike målingene med å bruke et standardisert effektmål.

Resultater

KUNNSKAPSGRUNNLAGET

Vi vurderte og oppsummerte totalt syv studier. Fem studier vurderte tiltaket på en populasjon med angst, panikk og fobi; to studier som vurderte tiltaket på en populasjon med depresjon; og en studie som hadde en blandingspopulasjon med både angst og depresjon. Flere av studiene rapporterte utfall på mer enn en skala for måling av angst og depresjon. Vi gjorde et pragmatisk valg av utfallsmål basert på to kriterier:

- At studiene har brukt internasjonal validerte mål for angst og depresjon, som Becks Depression Inventory (BDI) og Becks Anxiety Inventory (BAI) og Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. Mål på arbeid og sosial fungering etter Work and Social Adjustment Scale (WSA), og depresjon etter Fear Questionnaire og livskvalitet etter Quality of Life Inventory (QOLI).
- Sammenlignbarhet, det vil si at skalaene ble brukt på tvers av flere av studiene.

Oversikten inkluderte deltakere med milde til moderate symptomer på angst og depresjon, målt etter screeningsverktøy som GHQ, Kessler, DSM-IV, ICD-10, CIDI og SCID. Personer med betydelige symptomer på depresjon eller andre alvorlige psykiatriske lidelser ble ekskludert, og fikk i stedet tilbud om standard terapibehandling. I tillegg ble pasienter som allerede var med i annen behandling ekskludert. I flere av studiene fikk deltakerne i både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen også medikamentell behandling.

Vi har vurdert syv studier som sammenlignet følgende tiltak:

- CCBT med avslapping.
- CCBT med terapeutledet kognitiv atferdsterapi.
- CCBT med Internettbasert informasjon.
- Moodgym med Bluepages.
- CCBT med ukentlig telefon.
- CCBT sammenliknet med ordinære tjenester.

Vi vurderte at samtlige studier hadde middels metodisk kvalitet. Vi brukte en sjekkliste til å vurdere kvaliteten på randomiseringsprosedyre, om gruppene var sammen-

lignbare ved oppstart, om gruppene var likt behandlet, blinding av forskere, om deltakerne var analysert i sin opprinnelige gruppe, om de var redegjort for ved slutten av studien, om det var brukt standardiserte mål på utfallene og om målene var presise (om det var rapportert konfidensintervall eller p-verdier for effektmålet).

Vi analyserte data ut fra en oppfølgingstid på 3 til 7 måneder for behandlingen av angst og 1,5 til 3 måneder for behandling av depresjon, fordi det ble rapportert gjennomgående i de inkluderte studiene. Intensiteten i programmene varierte noe, og for behandling av angst rapporterte de fleste brukere seks sesjoner. En studie skilte seg ut ved å bruke 10 sesjoner (Calbring 2004). For behandling av depresjon var det rapportert bruk av fem sesjoner og en avsluttende sesjon. Et unntak var en studie som hadde 8 sesjoner (Proudfoot 2004).

Rapporteringen av målgruppe, tiltak og utfallsmål varierer. Det faglige innholdet i programmene var ikke grundig beskrevet. I en av studiene var det ikke rapportert hvilken type dataprogrammer som var brukt, men det var kun beskrevet som selvhjelp via Internett (Calbring 2003 og 2004). Det var også vanskelig å vurdere hvor sammenlignbare studiene var ut fra behandlingen som var gitt. For eksempel så er det beskrivelser av at sammenligningsgruppene fikk standard behandling, som terapeutledet kognitiv atferdsterapi, ikke-dirigert rådgivning og rådgivning i primærhelsetjenesten. Det var også rapportert at det var brukt ulike former for medikamentell behandling. Det var også beskrevet bruk av modeller av CBT som biblioterapi, der bruk av skriftlig materiale var en sentral del av behandlingen sammenlignet med en standard terapeutledet gruppeterapi

Tabell 1 Inkluderte studier med utfallsmål på angst

Studie	Populasjon	Tiltaksgruppe	Kontrollgruppe	Studie kvalitet
Marks 1999	Personer med fobier, panikk, sosial angst	Fear Fighter (N=37). 6 sesjoner og 2 oppfølginger Frafall: 18	Avslapning (N=17). Frafall: 3 TCBT (N=39). Frafall: 12	Middels
Schneider, 2004	Personer med fobier, panikk, sosial angst	Fear Fighter (N=45). Frafall: 12	Ikke eksponering av CBT med noe rådgivning (N=23) Frafall: 10	Middels
Calbring, 2001	Panikk forstyrrelse	Selvhjelp via Internett (N=41) Frafall: 4	Venteliste Ikke rapportert. Frafall: 1	Ikke rapportert tilstrekkelig data for å beregne effektestimater
Calbring, 2003	Panikk forstyrrelse hovedproblem (>1 år), <21 poeng	Selvhjelp via Internett (N=11)	Avslapning og tilbakefall forebygging (N=11)	Middels

	på depresjon skala	Frafall: 5	Frafall: 3	
Calbring, 2204	Panikk forstyrrelse hovedproblem (>1 år), <21 poeng på depresjon skala	Selvhjelp via Internet (N=25) Frafall: 3	CBT (N=24) Frafall: 3	Middels
Proudfoot, 2004	Depresjon, med angst og depresjon, angst (inkl. panikk og fobier).	Beating the Blues (N=93) Frafall: 40	Ordinære tjenester (=85) Frafall: 31	Middels

Tabell 2 Inkluderte studier med utfallsmål på depresjon

Studie	Populasjon	Tiltaksgruppe	Kontrollgruppe	Studie kvalitet
Christensen, 1999	90% betydelig deprimert, 64% hadde søkt profesjonell hjelp.	Moodgym (N=182) 5 sesjoner, en per uke. Samt en avsluttende. Frafall: 46.	Bluepages (=165) Frafall: 25	Middels
Christensen, 1999	90% betydelig deprimert, 64% hadde søkt profesjonell hjelp.	Moodgym (N=182) 5 sesjoner, en per uke. Samt en avsluttende. Frafall: 46	Ukentlig telefon oppfølging (=178). Frafall: 25	Middels
Christensen, 1999	90% betydelig deprimert, 64% hadde søkt profesjonell hjelp.	Bluepages (N=165) Frafall: 46	Ukentlig telefon oppfølging (=178). Frafall: 25	Middels
Clarke, 2003	Ikke rapportert.	ODIN (=144) Frafall: 104.	Ikke interaktiv web side med info (=155) Frafall: Ikke rapportert	Middels
Proudfoot, 2004	Depresjon, blanding av angst og depresjon, angst (inkl. panikk og fobier).	Beating the Blues (N=93) Frafall:40	Ordinære tjenester. (=85) Frafall: 31	Middels

Tabell 3 Inkludert studie med en blandingspopulasjon av angst og depresjon

Studie	Populasjon	Tiltaksgruppe	Kontrollgruppe	Studie kvalitet
Proudfoot, 2004	Depresjon, blanding av angst og depresjon, angst (inkl. panikk og fobier).	Beating the Blues (N=93) Frafall:40	Ordinære tjenester. (=85) Frafall: 31	Middels

ANGST

Seks studier rapporterte effekten av CCBT på en populasjon med angst.

CCBT sammenliknet med avslapning viser ulik effekt på angst. En sammenlikning viser en forverring og en studie en forbedring, hvorav sistnevnte var statistisk signifikant. Når det gjelder frekvens av panikkanfall, depresjon og arbeid og sosial tilpassning viser CCBT gruppen en forbedring, men bare sistnevnte var statistisk signifikant. På livskvalitet kommer avslapningsgruppen bedre ut, men heller ikke her var resultatet statistisk signifikant (se tabell 4 i vedlegget).

En studie rapporterte effekten på frekvens av panikkanfall og fant ingen statistisk signifikant forskjell sammenliknet med avslapning (Marks 2004).

Vi har vurdert kvaliteten på utfallene her til svært lav, fordi deltakeren ikke var blindet, det er mulige rapporteringsskjevheter, og videre usikkerhet knyttet til estimatet på grunn av lite utvalg

CCBT gruppene sammenliknet med terapeutledet kognitiv atferdsterapi viste en forbedring på angst, men bare en av tre sammenlikninger var statistisk signifikant (se tabell 5 i vedlegget). Det var også en forbedring i forhold til depresjon, livskvalitet, og arbeid og sosial tilpassning men ingen av sammenlikningene var statistisk signifikant. Det var mangelfull rapportering om frekvens panikkanfall, bruk av andre helsetjenester og kostnader ved bruk av CCBT.

Vi har vurdert studiene her til å ha moderat kvalitet. Det er mulige rapporteringsskjevheter, fordi noen studier var unntatt offentlighet. Også fordi at deltakerne og utøverne ikke var blindet, men vi antar at det ikke har påvirket utfallet i vesentlig grad.

ANGST OG DEPRESJON

I gruppen med både angst og depresjon viste CCBT gruppen en forbedring sammenliknet med gruppen som fikk ordinære tjenester målt på nivå av depresjon, og arbeid og sosial tilpassning (se tabell 6). Det var også en forbedring på angst, men denne var ikke statistisk signifikant. Det var mangelfull rapportering om livskvalitet, bruk av andre helsetjenester og kostnader ved bruk av CCBT.

Vi har vurdert at studiene hadde moderat kvalitet, også her på grunn av rapporteringsskjevheter, deltakerne og utøvere var ikke blindet, men vi antar at det ikke har påvirket utfallet i vesentlig grad.

DEPRESJON

Gruppen som fikk Internettbaserte CCBT for depresjon viste små, men statistiske signifikante forskjeller i favør av CCBT, sammenlignet med bruk av andre helsetjenester. Imidlertid så viste to studier, der tiltaket var en ukentlig oppfølging over telefon, å være mer effektiv enn CCBT. I tabell 7 har vi sammenlignet CCBT med ikke aktiv Internettbasert informasjon. Det var mangelfull rapportering på livskvalitet, arbeid og sosial tilpassning, bruk av andre helsetjenester og kostnader ved bruk av CCBT.

Vi har vurdert kvaliteten på studiene her til moderat. Deltakerne var ikke blindet, men vi antar at dette ikke har påvirket utfallet i vesentlig grad. Det var stort frafall. Noen studier var unntatt offentlighet.

Vi har sammenlignet effekten av to Internettbaserte CBT programmer Moodgym og Bluepages. Som vi kan se av tabell 8 så går effekten i favør av Bluepages sammenlignet med Moodgym. Resultatene var imidlertid ikke statistiske signifikante forskjeller i mellom programmene. Det var mangelfull rapportering om angst, livskvalitet, arbeid og sosial tilpassning, bruk av andre helsetjenester og kostnader ved bruk av CCBT

Vi har vurdert studiene til moderat kvaliteten, og frafallet var likt i mellom de to Internettbaserte CBT.

Vi har også sammenlignet to Internettbaserte CBT med ukentlig telefon (se tabell 9). Det interessante her var at effekten går i favør av kontrollgruppen, men det var ikke statistiske signifikante forskjeller. Det betyr at telefonoppfølging var noe mer effektiv enn CCBT. Problemet her var at vi ikke vet intensiteten på oppfølging utover at det var rapportert at det var ukentlig telefonoppfølging. Det var mangelfull rapportering om angst, livskvalitet, arbeid og sosial tilpassning, bruk av andre helsetjenester og kostnader ved bruk av CCBT

Vi vurderte kvaliteten på studiene her til lav på grunn av rapporteringskjevheter.

Diskusjon og konklusjon

I behandling av gruppen med både angst og depresjon viste CCBT gruppen en forbedring sammenliknet med gruppen som fikk ordinære tjenester målt på nivå av depresjon, arbeid og sosial tilpassning. Det var også en forbedring på angst, men denne var ikke statistisk signifikant

I behandling av depresjon kom CCBT dårligere ut sammenliknet med gruppen som fikk ukentlig oppfølging på telefon.

I sammenlikning av CCBT og ikke-aktiv Internettbasert informasjon var det ingen forskjell. I sammenlikning av to forskjellige CCBT-program (Moodgym og Bluepages), kom Bluepages noe bedre ut men forskjellen var ikke statistisk signifikant

Det var ikke klare indikasjoner på at de Internettbaserte CCBT- programmene var mer effektive sammenliknet med en standard terapibehandling, ukentlig telefonoppfølging og vanlige tjenester, men heller ikke at de var dårligere. Det var også mangelfull rapportering i bruken av støttefunksjoner og andre helsetjenester overfor personer med moderate til lettere former for angst og depresjon.

Det er viktig å se nærmere på graden av terapeutens involvering (intensitet) for å vurdere når det er hensiktsmessig å bruke CCBT og hvilke grupper som har størst effekt av å få tiltaket.

STYRKE OG SVAKHETER

Kunnskapsgrunnlaget ble vurdert til å ha moderat til lav kvalitet. Dette fordi noen studier var unntatt offentligheten, og kunne ikke inkluderes i analysene. I noen tilfeller ble kvaliteten trukket ned pga av svakheter i studiedesign, samt at det generelt sett var få studier inkludert. Videre at det usikkerhet knyttet til estimatet på grunn av få deltakere i noen av studiene. Det store frafallet blant deltakerne øker usikkerheten knyttet til resultatene (se tabell 1,2,3)

Det er derfor sannsynlig at videre forskning kommer til å påvirke vår tillit til resultatene og at det kan bidra til å endre konklusjonene

Det var få deltakere i enkelte studier. Det store frafallet blant deltakerne øker også usikkerheten knyttet til resultatene.

Vi vurderte studiekvaliteten ut fra en sjekklister på bakgrunn av bestemte kriterier (se metoden). Når noen av studiene fikk lav kvalitet. I vurderingen vår etter bruken av GRADE, så er det fordi deltakerne og utøvere ikke var blindet, og vi antar at dette kan ha påvirket utfallet i vesentlig grad. I andre tilfeller var det forholdsvis like tiltak, og vi antar derfor at det ikke har påvirket utfallet i vesentlig grad.

Det var uensartethet i studiene, basert på hvem som var målgruppen, intensiteten og hva som var det faglige innholdet i tiltakene. Det var mangelfull rapportering av hvilke andre helsetjenester og støttefunksjoner gruppene fikk. Det var mangelfull rapportering av andre viktige utfall som bruk av andre helsetjenester, kostnader forbundet med intervensjonen og mulige bivirkninger ved bruken av CCBT.

KOSTNADSANALYSER

Det var gjennomført en kostnytteanalyse i en av enkeltstudiene (Proudfoot 2004), som konkluderte med at CCBT var effektiv sammenlignet med standard terapibehandling. Tiltaksgruppen fikk CCBT med vekt på Beating the blues, mens kontrollgruppen fikk tilbud om samtale med allmennpraktiker, henvisning til rådgiver, sykepleier, psykiatrisk sykepleier eller fysisk behandling. Resultatene indikerte at CCBT hadde bedre effekt på angst, depresjon, arbeid og sosial fungering enn standard behandling. Resultatene var statistisk signifikante og holdt seg i en seks måneders oppfølgingstid. Kostnadsanalysene var beregnet ut fra kliniske utfallsmål som reduksjon av symptomer på angst og kostnader per symptomfrie dag. Resultatene basert på BDI viste at gjennomsnittlig depresjonsfrie dager var 90 for tiltaksgruppen og 61 for kontrollgruppen.

Forskerne som utførte oversikten påpeker at graden av angst og depresjon må kartlegges før pasientene får tilbud om Internettbasert kognitiv atferdsterapi (CCBT) eller behandling av terapeut. Antall sesjoner, faglig veiledning, varighet av behandling og andre støttefunksjoner har betydning for hvor effektivt Internettbasert kognitiv atferdsterapi er i behandlingen av angst og depresjon.

BEHOV FOR VIDERE FORSKNING

Det er behov for mer forskning om CCBT, og som sammenligner CCBT med andre korte terapiformer. Det er også viktig å vurdere effekten i forhold til intensiteten på tilbudet (antall sesjoner eller timer). Det er også behov for uavhengige evalueringer som ikke er gjennomført av de som har laget programvaren.

Det bør gjennomføres randomiserte kontrollerte studier, med intention-to-treat analyser, også for å se nærmere på hvem det virker for og hvilke grupper som har større frafall.

Vi vil også gjøre oppmerksom på rapporteringsskjevheter, det vil si at noen studier inkludert i den systematiske oversikten som var unntatt offentlighet og som vi derfor ikke hadde tilgang til. Vi vet ikke hva som var grunnen til det.

Referanser

Kaltenthaler, E., Brazier, J., De Nigris, E., Tumur, I., Ferriter, M., Beverley, C., Parry, G., Rooney, G., Sutcliffe, P. Computerized Cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update. A systematic review and economic evaluation. Technology Assessment report. The National Institute for Clinical Excellence.

Marks, I. M., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M., and Mataix-Cols, D. Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: a RCT in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine* 2004; 34 9-18.

Marks, I. M., Mataix-Cols, D., Kenwright, M., Cameron, R., Hirsch, S., and Gega, L. Pragmatic evaluation of computer-aided self-help for anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry* 2003; **183** 57-65.

Proudfoot, J., Ryden, C., Everitt, B., Shapiro, D., Goldberg, D., Mann, A., Tylee, A., Marks, I., and Gray, J. A. Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2004; 185 46-54.

Carlbring, Per, Ekselius, Lisa, and Andersson, Gerhard Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of CBT vs. applied relaxation. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 2003; 34 129-140.

Christensen, H., Griffiths, K. M., and Jorm, A. F. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 2004; 328 265-265.97.

Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldo, V., Soderberg, M., and Ekselius, L. Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via the internet. 2004.

Clarke, G., Reid, E., Eubanks, D., O'Connor, E., DeBar, L. L., Kelleher, C., Lynch, F., and Nunley, S. Overcoming depression on the Internet (ODIN): a randomized controlled trial of an Internet depression skills interventi

Schneider, A., Mataix-Cols, D., Marks, I. M., and Bachofen, M. Internet-guided self-help with or without exposure therapy for phobia/panic disorder: a randomised controlled trial. *ST Solutions Ltd submission to NICE 2004*; June 20

Tabell 4 GRADE Evidence Profile: ANGST 1 Spørsmål. CCBT sammenlignet med avslapning. Populasjon: Blandingspopulasjon med angst, panikk eller fobi.

Utfall (antall sammenligninger)	Tiltak (antall deltakere)	I favør av	Kontroll (antall deltakere)	Kontroll gruppe gjennomsnitt	Absolutt effekt SMD (Konfidensintervall)	Studie kvalitet	Kommentarer
Angst (2)	CCBT (Fearfigh-ter) (20) (1) CCBT (ikke spesi-fisert) (11) (2)	← (?)	Avslapning (16) Avslapning (11)	5.3 11.0	-1.73 (-2.51, -0.95) 0.38 (-0.47, 1.22)	⊕○○○ Svært lav(3,4,5)	Målt på skala-ene: Fear questionnaire og Beck anxie-ty inventory (BAI)
Frekvens panikkanfall (1)	CCBT (ikke spesi-fisert) (11) (2)	← ?	Avslapning (11)	1.9	-0.23 (-1.07, 0.61)	⊕○○○ Svært lav(3,4,5)	-
Depresjon (1)	CCBT (ikke spesi-fisert) (11) (2)	← ?	Avslapning (11)	8.6	-0.02 (-0.86, 0.81)	⊕○○○ Svært lav(3,4,5)	Målt på skala- en: Beck de-pression in-ventory (BDI)
Livskvalitet (1)	CCBT (ikke spesi-fisert) (11) (2)	→ ?	Avslapning (11)	2.4	-0.30 (-1.14, 0.55)	⊕○○○ Svært lav (3,4,5)	Målt på skalaen: Qual-ity of life (QOLI)
Arbeid og sosial tilpass-ning (1)	CCBT (Fearfigh-ter) (20) (1)	←	Avslapning (16)	15.3	-1.24 (-1.96, -0.51)	⊕○○○ Svært lav(3,4,5, 6)	Målt på skalaen: Work and social adjustment scale (WSA)
Bruk av andre helsetjenester (0)	-	-	-	-	-	-	-
Tiltaks-kostnader (0)	-	-	-	-	-	-	-

² Calbring 2003

³ Intern validitet: Deltakere og utøvere ikke blindet

⁴Rapporterings bias: Noen studier var unntatt offentligheten

⁵ Sparsomme data: Usikkerhet knyttet til estimatet på grunn av lite utvalg

⁶ Intern validitet: På dette utfallet var resultatet signifikant og det er derfor usikkert om den burde vært nedgardert på sparsomme data

Tabell 5 GRADE Evidence Profile: ANGST 2 Spørsmål: CCBT sammenliknet med terapeutledet kognitiv atferdsterapi. Populasjon: Blandingspopulasjon med angst, panikk eller fobi

Utfall (antall sammenligninger)	Tiltak (antall deltakere)	I favør av	Kontroll (antall deltakere)	Kontroll gruppe gjennomsnitt	Absolutt effekt SMD (Konfidensintervall)	Studie kvalitet	Kommentarer
Angst (3)	CCBT (Fearfighter) (20) (1) CCBT (Fearfighter) (45) (2) CCBT (ikke spesifisert) (3) (25)	← ?	CBT (29) CBT (23) CBT (24)	3.2 5.3 12.3	-0.08 (-0.65, 0.49) -0.83 (-1.36, -0.31) -0.19 (-0.75, 0.38)	⊕⊕⊕○ Moderat (4,5)	Målt på skalaene: Fear questionnaire og Beck anxiety inventory (BAI)
Frekvens panikkanfall (0)	-	-	-	-	-	-	-
Depresjon (1)	CCBT (ikke spesifisert) (3) (25)	← ?	CBT (24)	10.2	-0.56 (-1.14, 0.01)	⊕⊕⊕○ Moderat (4,5)	Målt på skalaen: Beck depression inventory (BDI)
Livskvalitet (1)	CCBT (ikke spesifisert) (3) (25)	← ?	CBT (24)	1.7	0.20 (-0.36, 0.77)	⊕⊕⊕○ Moderat (4,5)	Målt på skalaen: Quality of life (QOLI)
Arbeid og sosial tilpassning (2)	CCBT (Fearfighter) (20) (1) CCBT (Fearfighter) (45) (2)	← ?	CBT (29) CBT (23)	10.0 14.0	-0.42 (-0.99, 0.16) -0.30 (-0.81, 0.20)	⊕⊕⊕○ Moderat (4,5)	Målt på skalaen: Work and social adjustment scale (WSA)
Bruk av andre helsetjenester (0)	-	-	-	-	-	-	-
Tiltaks-kostnader (0)	-	-	-	-	-	-	-

¹ Marks 2004

² Schneider upublisert

³ Calbring 2004

⁴ Rapporterings bias: Noen studier var unntatt offentligheten

⁵ Intern validitet: Deltakerne og utøvere ikke blindet, men vi antar at dette ikke påvirket utfallet i vesentlig grad

Tabell 6 GRADE Evidence Profile: ANGST OG DEPRESJON Spørsmål: CCBT sammenliknet med ordinære tjenester. Populasjon: Blandingspopulasjon av angst og depresjon (inkludert panikk og fobi). Setting: Allmennpraksis

Utfall (antall sammenligninger)	Tiltak (antall deltagere)	I favør av	Kontroll (antall deltagere)	Kontroll gruppe gjennomsnitt	Absolutt effekt SMD (Konfidensintervall)	Studie kvalitet	Kommentarer
Depresjon (1)	CCBT (Beating the blues) (93) ²	←	Ordinære tjenester (85)	16.4	-0.40 (-0.70, 0.10)	⊕⊕⊕○ Moderat ³⁴	Målt på skalaen: Beck depression inventory (BDI)
Angst (1)	CCBT (Beating the blues) (93) ⁵	← ?	Ordinære tjenester (85)	12.4	-0.20 (-0.52, 0.07)	⊕⊕⊕○ Moderat (2,3)	Målt på skalaen: Beck anxiety inventory (BAI)
Livskvalitet (0)	-	-	-	-	-	-	-
Arbeid og sosial tilpassning (1)	CCBT (Beating the blues) (99)	←	Ordinære tjenester (86)	14.0	-0.39 (-0.68, -0.10)	⊕⊕⊕○ Moderat (2,3)	Målt på skalaen: Work and social adjustment scale (WSA)
Bruk av andre helsetjenester (0)	-	-	-	-	-	-	-
Tiltakskostnader (0)	-	-	-	-	-	-	-

² Proudfoot 2004

³ Rapporteringsskjvheter: Noen studier var unntatt offentlighet

⁴ Intern validitet. Deltakere og utøvere var ikke blindet, men vi antar ikke at dette påvirket utfallet i vesentlig grad.

Tabell 7 GRADE Evidence Profile: DEPRESJON 1 Spørsmål: CCBT sammenliknet med Internettbasert informasjon. Populasjon: Depressive (ikke spesifisert). Setting: Allmennpraksis

Utfall (antall sammenligninger)	Tiltak (antall deltakere)	I favør av	Kontroll (antall deltakere)	Kontroll gruppe gjennomsnitt	Absolutt effekt SMD (Konfidensintervall)	Studie kvalitet	Kommentarer
Depresjon (1)	CCBT (ODIN) (144)(1)	↔ ?	Ikke-aktiv Internettbasert informasjon (155)	22.4	0.00 (-0.23, 0.23)	⊕⊕⊕○ Moderat (2,3)	Målt på skalaen: Center for epidemiologic studies depression scale (CDESP)
Angst (0)	-	-	-	-	-	-	-
Livskvalitet (0)	-	-	-	-	-	-	-
Arbeid og sosial tilpassning (0)	-	-	-	-	-	-	-
Bruk av andre helsetjenester (0)	-	-	-	-	-	-	-
Tiltaks-kostnader (0)	-	-	-	-	-	-	-

¹ Clarke 2002

² Intern validitet: Deltakerne og utøvere ikke blindet, men vi antar at dette ikke påvirket utfallet i vesentlig grad

³ Rapporterings bias: Noen studier var unntatt offentligheten

Tabell 8 GRADE Evidence Profile: DEPRESJON 2 Spørsmål: Moodgym sammenliknet med Bluepages. Populasjon: Depressive, 64% hadde søkt profesjonell hjelp. Ingen informasjon om medisinerer var rapportert. Scoret 22< på Kessler psychological distress scale. Setting: Allmennpraksis

Utfall (antall sammen-ligninger)	Tiltak (antall deltakere)	I favør av	Kontroll (antall deltakere)	Kontroll gruppe gjennomsnitt	Absolutt effekt SMD (Konfidensintervall)	Studie kvalitet	Kommentarer
Depresjon (1)	CCBT (Moodgym) (182) (1)	→ ?	CCBT (Bluepages) (165)	3.9	0.03 (-0.18, 0.24)	⊕⊕⊕○ Moderat(2,3)	Målt på skalaen: Center for epidemi- logic studies de- pression scale (CDESP)
Angst (0)	-	-	-	-	-	-	-
Livskvalitet (0)	-	-	-	-	-	-	-
Arbeid og sosial tilpassning (0)	-	-	-	-	-	-	-
Bruk av andre helsetjenester (0)	-	-	-	-	-	-	-
Intervensjons-kostnader	-	-	-	-	-	-	-

(0)							
-----	--	--	--	--	--	--	--

¹ Christensen 2004

² Rapporterings bias: Noen studier var unntatt offentligheten

³ Intern validitet: Deltakerne og utøvere ikke blindet, men vi antar at dette ikke påvirket utfallet i vesentlig grad

Tabell 9 GRADE Evidence Profile: DEPRESJON 3 Spørsmål: CCBT sammenliknet med ukentlig telefon. Populasjon: Depressive, 64% hadde søkt profesjonell hjelp. Ingen informasjon om medisinerer var rapportert. Scoret 22< på Kessler psychological distress scale. Setting: Allmennpraksis

Utfall (antall sammen- ligninger)	Tiltak (antall deltakere)	I favør av	Kontroll (antall deltakere)	Kontroll gruppe gjen- nomsnitt	Absolutt effekt SMD (Konfidens- intervall)	Kvalitet	Kommentarer
Depresjon (2)	CCBT (Moodgym) (182)(1) CCBT (Bluepages) (165)		Ukentlig telefon (178) Ukentlig telefon (178)	1.0 1.0	0.36 (0.16, 0.57) 0.33 (0.12, 0.55)	⊕⊕○○ Lav(2,3)	Målt på skalaen: Center for epidemilogic studies depression scale (CDESP)
Angst (0)	-	-	-	-	-	-	-
Livskvalitet (0)	-	-	-	-	-	-	-
Arbeid og sosial til-	-	-	-	-	-	-	-

passning (0)							
Bruk av andre helse- tjenester (0)	-	-	-	-	-	-	-
Intervensjons- kostnader (0)	-	-	-	-	-	-	-

¹ Christensen 2004

² Intern validitet: Deltakere og utøvere ikke blindet

³ Rapporterings bias: Noen studier er unntatt offentligheten