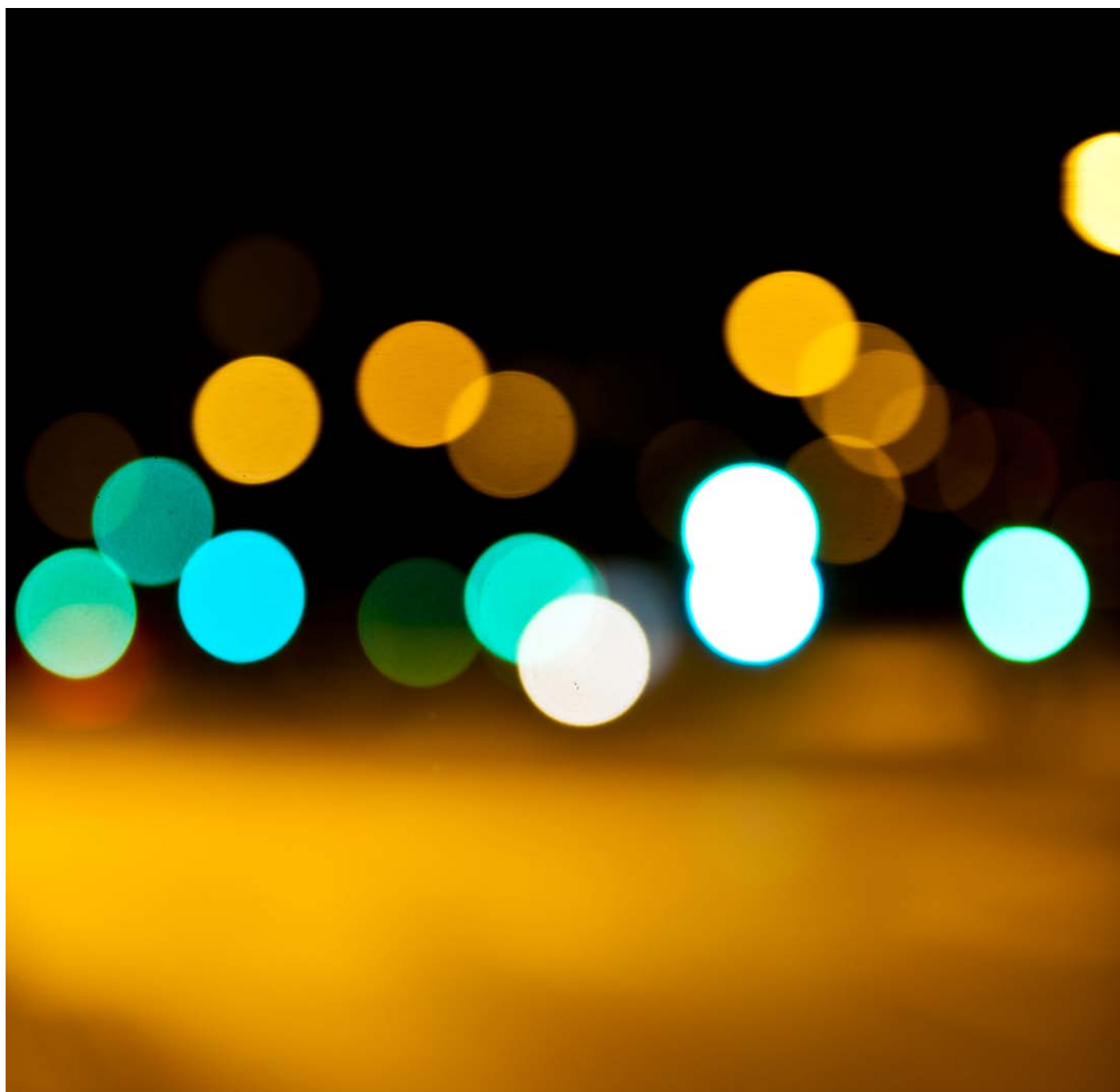


Susanne Reindahl Rasmussen, Carina Fischer Bech og Helle Sofie Wentzer

Digitale tilbud til behandling af angst og depression

Forskningsrapport: Videnssøgning i Danmark



Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning

*Digitale tilbud til behandling af angst og depression
– Forskningsrapport: Videnssøgning i Danmark*

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatterne, 2017

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

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-941-0

Projekt: 10051

KORA

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

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



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

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

Forord

Psykisk sygdom udgør en stigende andel af den samlede sygdomsbelastning – både globalt og i Danmark. Især er angst og depression en sundhedsmæssig og økonomisk udfordring for patienter, sundhedsvæsen og hele det danske samfund. Stadig flere borgere med angst og depression modtager psykologbehandling i det offentlige sundhedsvæsen, og antallet af sygedage er betragteligt.

Sundhedsvæsenet spiller en væsentlig rolle i at løfte efterspørgslen gennem traditionelle behandlingstilbud i såvel primærsektoren (alment praktiserende læger, privatpraktiserende psykologer og psykiatere) som den sekundære sektors psykiatribehandling på hospitaler. Sundhedsvæsenets omkostninger ved diagnostik og behandling af angst og depression er høje, men samfundets produktionstab som følge af kort- og langvarigt sygefravær er endnu højere. Behandlingen i det offentlige sundhedsvæsen er imidlertid præget af lange ventetider og en geografisk ulige fordeling af psykologer og psykiatere.

I denne forskningsrapport har vi undersøgt, om digitale tilbud til behandling af angst og depression i den nærmere fremtid kan medvirke til at løse en række af de udfordringer, patienter, sundhedsvæsen og det danske samfund har med den traditionelle behandling af angst og depression, som kræver fysisk og samtidig tilstedeværelse af behandler og patient på lokaliteten. I den næste forskningsrapport vil der blive fokuseret på udenlandske erfaringer med digital behandling.

Undersøgelsen tager udgangspunkt i den europæiske MAST-model for evaluering af telemedicinske løsninger, hvorved der er fokuseret på syv områder (domæner): sundhedsproblemet og applikationens karakteristika, sikkerhed (klinisk og teknisk), klinisk effekt, patientperspektiver, økonomiske aspekter, organisatoriske aspekter samt sociokulturelle, etiske og juridiske aspekter. Rapporten omfatter tre delanalyser og en tværgående syntese og analyse baseret på delanalysernes fund. De tre delanalyser har hvert sit afsæt: i) Digitale behandlingstilbud, som borgere kan søge på internettet, ii) Igangværende digitale tilbud i det offentlige sundhedsvæsen og iii) Vidensgrundlaget for digital behandling af angst og depression baseret på danske projekter, som er afsluttede og evaluerede.

Rapporten henvender sig generelt til personer med interesse for behandling via internettet og specifikt i forhold til regionernes beslutningstagere, der skal tage stilling til, om regionerne fremadrettet skal tilbyde digital behandling af angst og depression.

Vi takker alle medlemmer i denne undersøgelses referencegruppe og ekspertgruppe for et godt og givtigt samarbejde. Vi vil også rette en tak til dem, der i øvrigt har bidraget til rapporten, har givet sig tid til at svare på spørgsmål og har stillet op til interview mv. Endelig vil vi rette en tak til de to eksterne reviewere for deres konstruktive kommentarer.

Undersøgelsen 'Digitale tilbud til behandling af angst og depression' er udarbejdet på baggrund af en donation fra TrykFonden.

Susanne Reindahl Rasmussen, Helle Sofie Wentzer og Carina Fischer Bech
Februar 2017

Indhold

Oversigt over anvendte forkortelser og begreber	6
Resumé	10
1 Indledning	13
1.1 Forskningsprogram om udfordringer ved fremtidens digitale behandlingstilbud til mennesker med angst og/eller depression	13
1.2 Rapportens opbygning og læsevejledning	15
1.2.1 Læsevejledning	15
1.3 Finansiering og samarbejde om rapporten	15
1.3.1 Referencegruppen	16
1.3.2 Ekspertgruppen.....	16
2 Baggrund	18
2.1.1 En sundhedsmæssig og økonomisk udfordring	19
2.1.2 Diagnosticering og behandling via en stepped care-model	22
2.1.3 Patienters barrierer for behandling	25
2.1.4 Et trængt sundhedsvæsen fordrer udvikling.....	30
3 Formål.....	32
3.1.1 Afgrænsning af rapportens fokus	33
4 Metode og data – redegørelse og diskussion	36
4.1 Metode	36
4.1.1 Søgning og datagrundlag	36
4.2 Metodediskussion	38
5 Delanalyse I: Tilgængelige digitale behandlingstilbud – resultater	41
5.1 Beskrivelser af fund.....	41
5.1.1 Behandlingstilbuddenes teknologiske karakter	43
5.2 Tværgående analyse af fund	51
5.2.1 Organisatoriske aspekter og patientperspektiv	52
5.2.2 Økonomiske aspekter.....	56
5.2.3 Sikkerhedsmæssige aspekter	58
5.2.4 Ethiske aspekter	59
5.2.5 Et ugenomsigtigt marked af digitale behandlingstilbud	60
5.3 Sammenfatning	60
6 Delanalyse II: Igangværende tilbud i det specialiserede offentlige sundhedsvæsen – resultater	63
6.1 Beskrivelse af digitale aktiviteter.....	63
6.1.1 Infrastruktur for digitalisering af behandling	64
6.1.2 Sundhedsplatform – Region Sjælland og Region Hovedstaden	68
6.1.3 Behandlingstilbud i drift.....	71
6.1.4 Forskningsprojekter med digitale behandlingstilbud	77
6.2 Tværgående analyse.....	82
6.2.1 Organisatoriske aspekter	82
6.2.2 Patientperspektiver	84

6.2.3	Etiske aspekter og sikkerhed	85
6.3	Sammenfatning	87
7	Delanalyse III: Afsluttede evalueringer af digitale behandlingstilbud i sundhedsvæsenet – resultater.....	90
7.1	Projektpræsentationer	90
7.2	Tværgående analyse.....	95
7.2.1	Kliniske effekter	95
7.2.2	Patientperspektiver	96
7.2.3	Økonomiske aspekter	98
7.2.4	Organisatoriske aspekter	101
7.2.5	Etiske aspekter	103
7.2.6	Evalueringsmodeller og perspektiv	103
7.3	Sammenfatning	105
8	Tværgående syntese og analyse.....	108
8.1	Sundhedsproblem og applikationens karakteristika	109
8.2	Sikkerhed	112
8.3	Klinisk effekt	115
8.4	Patientperspektiver	117
8.5	Økonomiske aspekter	120
8.5.1	Det private marked for digitale behandlingstilbud.....	120
8.5.2	Digitale behandlingstilbud i et sundhedsvæsens-perspektiv	120
8.5.3	Brugernes udgifter og økonomiske gevinster	122
8.5.4	Økonomiske barrierer for implementering af digital behandling i sundhedsvæsenet.....	123
8.6	Organisatoriske aspekter.....	124
8.6.1	Det nationale niveau	124
8.6.2	Det regionale niveau	125
8.7	Sociokulturelle, etiske og juridiske aspekter.....	132
9	Konklusion	137
	Litteratur	141
Bilag 1	Søgning – Tilgængelige digitale behandlingstilbud.....	155
	Google-søgning.....	155
	Facebooksøgning	157
Bilag 2	Systematisk litteratursøgning	158
	Søgestrategi.....	158
	Søgning i databaser	159
	Søgning på hjemmesider	162
	Organisering af fund	163
Bilag 3	Oversigt over undersøgelsens digitale tilbud	164
Bilag 4	Eksempler på brug af Remind ved depression henholdsvis angst.....	169

Oversigt over anvendte forkortelser og begreber

Begreb eller forkortelse	Forklaring
Affektivt arbejde	I denne undersøgelse bruges udtrykket om emotionelt at forstå og etablere en tillidsfuld relation og alliance til patienten, når kontakten medieres digitalt.
Apps	Herved forstås vi mobilapplikationer, dvs. softwareprogrammer, som kan downloades til en smartphone eller andet bærbart udstyr. Vi sonderer ikke mellem native apps, som er bygget specifikt til en bestemt type mobil, webapps bygget på internetteknologi eller hybrid apps, som er en blandingstype.
BAI	Beck Anxiety Inventory er et redskab med 21 items til bestemmelse af sværhedsgraden af angst blandt psykiatriske patienter.
BDI-II	Beck Depression Inventory er et redskab med 21 items til bestemmelse af tilstedeværelse og sværhedsgrad af depression.
Behandlere	I denne undersøgelse er begrebet en samlet betegnelse for peers, professionelle sundhedspersoner og fagfolk.
Behandling	Begrebet dækker over de handlinger, der indgår i behandlerens kontakt med patienten: fra henvendelse, udredning, diagnostik og terapi til afslutning af behandlingsforløb. Herudover indgår videndeling, anvendelse af apps, hjemmesider, video m.m. til symptomlindring og behandling af angst og/eller depression, hvor der ikke nødvendigvis indgår kontakt med en behandler. Rehabilitering og forebyggelse er dog ikke indeholdt.
Blended care (B-CBT)	Terminologien bruges i denne undersøgelse om det forhold, at der både gives behandling a-t-a og anden behandling (kognitiv adfærdsterapi) via internettet.
Breakeven	Engelsk udtryk, der reflekterer, at det er det punkt, hvor det økonomisk kan betale sig for sundhedsvæsenet at tilbyde en anden behandling end den traditionelle.
Brugere	Betegnelsen bruges som en samlet betegnelse for patienter, klienter og behandlere, der gør brug af en given teknologi, uanset om der er knyttet en behandler med en given uddannelse til teknologien (fx app eller hjemmeside).
Bring your own device (BYOD)	Engelsk udtryk for det at bruge egne mobile enheder.
BVC	Brøset Violence Checklist er et sikkerhedsvurderingsredskab for sundhedspersonale. Med tjeklisten kan personale ud fra 6 variable score patientens adfærd. BVC forudsiger risikoen for vold inden for et døgn (1).
Bundled payment	Et engelsk udtryk for betaling for hele eller samlede behandlingsforløb.
CBT eller kat	Cognitive Behavior Therapy, på dansk kognitiv adfærdsterapi. En psykoterapeutisk retning, der tager udgangspunkt i uhensigtsmæssig tænkning og handlingsmønstre og søger at ændre herpå.
CEA	Costeffectiveness analysis. På dansk: Omkostningseffekt-analyse.
Civile tilbud	Betegnelsen anvendes i denne undersøgelse om tilbud, som er kendetegnet ved, at peers primært giver støtte på basis af egne erfaringer med angst og/eller depression. De identificerede tilbud i undersøgelsen har alle karakter af online-grupper, der udbydes på det private marked.
CSQ-8	Client Satisfaction Questionnaire er et spørgeskema, der omfatter otte spørgsmål om patientens tilfredshed med behandlingen, imødekomme af behov og hjælp til håndtering af problemer, samt hvorvidt patienten vil anbefale behandlingen til andre.
DAGS-takster	Dansk ambulant grupperingssystem, som bruges til afregning af ambulante sygehusydelser.
DALY	Disability Adjusted Life Year. På dansk: antal tabte år med sundt liv
Disability	Disability er jf. WHO's definition en samlet betegnelse, der dækker funktionsnedsættelser, aktivitetsbegrænsninger og restriktioner for deltagelse (2).

Begreb eller forkortelse	Forklaring
Disruptive	Et engelsk begreb med mange betydninger. I denne undersøgelse bruger vi det i betydningen, at en ny teknologi radikalt påvirker den traditionelle måde at organisere behandling.
DSAM	Dansk Selskab for Almen Medicin.
eHealth	eHealth er jf. WHO en betegnelse for informations- og kommunikations-teknologi (IKT) inden for sundhed. Herunder behandling af patienter, forskning, uddannelse af sundhedspersonale, sporing af sygdomme og monitorering af folkesundheden (3). Vi benytter Lee Ritterbands gruppering af eHealth (4): A. Internet-interventioner B. Online-terapi C. Online-grupper (sociale netværk) D. Spil med henblik på sundhed E. Virtual reality F. Mobiler og anden trådløs teknologi (omtales i rapporten som mobilteknologi).
eHealth literacy	Begrebet bruger vi som et samlet begreb for evnen til at søge, finde, forstå og vurdere helbredsoplysninger fra elektroniske kilder og kunne anvende den opnåede viden (5).
Empowerment	Engelsk udtryk for 'styrkelse'. I denne undersøgelse benytter vi det om muligheden for at få kontrol over og tage ansvar for sit eget liv og sin situation i forbindelse med digital behandling.
Fagfolk	Betegnelsen bruges om personer, der har speciel viden og kunnen inden for et bestemt fagområde, og som primært giver behandlingstilbud på basis af deres specialviden (fx psykoterapeuter, mindfulness-instruktører og hypnotisører).
FearFighter	Et internetpsykiatrisk behandlingsprogram for patienter med angst.
Hamilton	Hamilton Depression Scale. Et redskab til at rate sværhedsgraden af depression.
(Hospitals)psykiatrien	I denne rapport bruges betegnelsen om den regionale psykiatriske behandling (ambulant såvel som stationær).
ICBT eller ikat	Internetbaseret kognitiv adfærdsterapi.
Ikt (IKT)	Informations- og kommunikationsteknologi.
Internetpsykiatrisk behandling eller internetbaseret psykiatrisk behandling	Terminologien bruges i denne undersøgelse om den internetbaserede behandling med støtte af en psykolog (uden medicinsk behandling), der er givet i demonstrationsprojekterne i Region Midtjylland henholdsvis i Region Syddanmark. Det er synonymt med internetpsykologisk behandling, som er den svenske betegnelse.
Klienter	Klient-begrebet bruges om personer, som modtager og gør brug af private behandlingstilbud hos professionelle sundhedspersoner.
LEON-princippet	Laveste Effektive OmkostningsNiveau.
MAST	Model for Assessment of Telemedicine (6,7). Engelsk betegnelse for en standardiseret model til at evaluere telemedicin. Metoden er udviklet under EU med dansk ekspertise og indeholder syv domæner: 1) Det kliniske problem og løsningens karakteristika 2) Sikkerhedsmæssige aspekter (klinisk og teknisk) 3) Kliniske effekter 4) Patientperspektivet 5) Økonomiske aspekter 6) Organisatoriske aspekter 7) Sociokulturelle, etiske og juridiske aspekter.
M.I.N.I.	Mini-International Neuropsychiatric Interview er et kort struktureret diagnostisk interview til brug for psykiatriske lidelser (8).
Mobilteknologi	Anvendes som en samlet betegnelse for Ritterbands (4) eHealth-kategori 'Mobiler og anden trådløs teknologi'. Kategorien omfatter mobilapplikationer, dvs. softwareprogrammer, som kan downloades til smartphone eller andet bærbart udstyr. I denne undersøgelse afgrænses til mobilapplikationer målrettet brugere til monitorering af helbredsstatus eller til forbedring af sundheds-outcomes, hvad enten appen anvendes af brugeren selv eller indgår som en del af et behandlingsforløb med behandler tilknyttet.

Begreb eller forkortelse	Forklaring
MTV	Medicinsk TeknologiVurdering (9), der fokuserer på fire områder: 1) Teknologi 2) Organisation 3) Patient 4) Økonomi.
NoDep	Et internetpsykiatrisk behandlingsprogram for patienter med depression.
NSI	National Sundheds-IT
Open Source	Open source refererer til <i>software, der er udviklet i en åben udviklingsproces med licenser, hvor programkoderne til softwaren er åben</i> (modsat hemmelige og betinget af betaling) og tilgængelige for fx tilpasninger (10).
Offentlig-privat samarbejde	Offentlig-privat samarbejde anvendes i denne undersøgelse som en samlet betegnelse for forskellige typer af samarbejder mellem det offentlige sundhedsvæsen/offentlige myndigheder og private virksomheder.
Patienter	Betegnelsen bruges om personer, som gør brug af sundhedsvæsenets digitale behandlingstilbud – uanset om de har en klinisk stillet diagnose eller ikke har en sådan.
Peers	Betegnelsen bruges om personer, der primært giver støtte på basis af personlig erfaring.
Pay-by-performance	Engelsk udtryk for, at sundhedsvæsenets honorering ikke baseres på enkeltstående ydelse men snarere på effekten.
Peer-støtte	Socialstyrelsen definerer peer-støtte som <i>'støtte til forandring mod et bedre liv, som finder sted mellem to eller flere personer, der forbindes af fælles erfaringer i livet'</i> (11). I denne undersøgelse bruges begrebet om den støtte, peers (lægefolk) giver, primært baseret på oplevelser og erfaringer med angst og/eller depression, og hvor erfaringerne inddrages med henblik på at støtte og hjælpe andre med tilsvarende psykiske vanskeligheder.
PHQ9	Er et depressionsmodul i 'The Patient Health Questionnaire' (PHQ), som kan benyttes til at rate sværhedsgraden af depression.
Privatpraktiserende psykologer under tilskudsordningen	Her refereres til psykologer, der arbejder i henhold til 'Bekendtgørelse om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper' (12).
Professionelle sundhedspersoner	Betegnelsen bruges om gruppen af sundhedspersoner med autorisation (fx læger, psykiatere, ergoterapeuter (13)) henholdsvis psykologer (14).
Psyko-edukation	Undervisning af patienter – og i nogle tilfælde også deres pårørende. Undervisningens generelle formål er at bibringe patienten mestringsstrategier og indsigt i egen lidelse samt forebyggelse af tilbagefald.
RCT	Randomised Controlled Trial, på dansk randomiseret kontrolleret forsøg.
RSI	Regionernes Sundheds-it.
Self-efficacy	Et udtryk, der er udviklet inden for 'social kognitiv teori'. Det er et begreb, der omfatter troen på egne ressourcer og egen evne til at gennemføre en handling i en specifik kontekst, fx i forbindelse med egen sundhed (15).
Socio-teknisk	En kombination af sociale og tekniske elementer.
START	Short term Assessment of Risk and Treatability, på dansk kortidsvurdering af risiko og behandlingsegnethed, er et redskab til estimering af mulig udvikling af risiko-adfærd, herunder vold og selvmordsrisiko.
Synkron – asynkron	Bruges her om kontakten mellem behandler (psykolog/psykiater) og patient. Ved synkron behandling har behandleren og patient samtidig kontakt med hinanden, fx ved forundersøgelse med video eller telefonsamtale. Ved asynkron behandling bruger behandler og patient ikke tiden sammen, fx ved støttende behandling via et sikkert tekstmodul.
Telemedicin	Der findes flere definitioner heraf. I denne undersøgelse bruger vi begrebet som en samlet betegnelse for sundhedsydelser til patienter, der medieres digitalt/med informations- og kommunikationsteknologi, se også eHealth.
Videosamtale eller videokonference	Videosamtale, alternativt videokonference, bruges her om de behandlings-samtaler eller konsultationer, der pågår via video mellem psykiater/psykolog/anden behandler og patient. Den anvendte term afhænger af bru-

Begreb eller forkortelse	Forklaring
	gen i det enkelte tilbud. Der er dog aldrig tale om videosamtaler/video-konferencer, som alene foregår mellem behandlere uanset sektortilhørs-forhold.
YLD	Years lived with disability. På dansk: År levet med funktionsnedsættelser, aktivitetsbegrænsninger og restriktioner for deltagelse.

Resumé

Baggrund

Psykisk sygdom udgør en stigende del af den samlede sygdomsbelastning – både globalt og i Danmark. Især er angst og depression en sundhedsmæssig udfordring for både patienter, sundhedsvæsen og det danske samfund.

Angst og depression er både hyppigt forekommende i den danske befolkning (ca. 6 % lider af angst i løbet af et år (16), og op mod 10 % har depression (17)). Samtidig er antallet af sygedage og tilkendte førtidspensioner betydeligt (13 % af alt sygefravær henholdsvis 17 % af alle nytilkendelser af førtidspension kan tilskrives angst og depression (18)). Et stigende antal patienter med angst og depression modtager psykologbehandling i det offentlige sundhedsvæsen. Der er herudover et betragteligt forbrug af hospitalsydelser (fx udgør angst og depression 27 % af alle psykiatriske hospitalsindlæggelser og 33 % af alle psykiatriske skadestuebesøg (18)), og sundhedsvæsenets samlede årlige omkostninger til diagnostik og behandling beløber sig ca. til 2 mia. kr., mens samfundets produktionstab grundet kort- og langvarigt sygefravær er på 11. mia. kr.

Det er herudover kendt, at patienters adgang til behandling hos en psykolog eller psykiater med overenskomst med sygesikringen er udfordret af forholdsvis lange ventetider (19,20) og geografisk ulige fordeling af behandlere (rapportens figurer 2.3 og 2.4). Det er dog mindre kendt, i hvilken grad nye behandlingsteknologiske løsninger i form af fx internet-interventioner eller online-terapi bidrager til at øge adgangen til hjælp og behandling for mennesker med angst og/eller depression, om der er en sundhedseffekt herved, hvilke kompetencer det kræver af brugerne, hvordan tilbuddene organiseres, og hvilke økonomiske omkostninger der er forbundet hermed.

Formål

Denne rapport er den første af to i et større forskningsprogram. Et hovedfokus i forskningsprogrammet er spørgsmålet om, hvorvidt og i givet fald hvordan digitale tilbud i den nærmere fremtid kan medvirke til at løse en række af de udfordringer, der er for både patienter, sundhedsvæsen og det danske samfund med den traditionelle behandling af patienter med angst og depression, hvor der er fysisk og samtidig tilstedeværelse af behandler og patient på lokaliteten.

Det overordnede formål med denne forskningsrapport er at undersøge, hvilke digitale tilbud der tilbydes i Danmark til mennesker med angst og/eller depression, at undersøge, hvordan de er organiseret, samt afdække viden om klinisk effekt i dansk kontekst og omkostninger ved implementering i det offentlige danske sundhedsvæsen. I den anden forskningsrapport vil der blive fokuseret på internationale studier og praksis på området med henblik på læring i forhold til en dansk kontekst.

Konklusion

Tilgængeligheden af behandling af angst og/eller depression er øget med muligheden for at modtage digital behandling. Der er i alt identificeret 60 behandlingstilbud, som spænder fra støtte via chat til længerevarende internet-interventioner med psykoedukation og støtte af psykolog.

Tilbuddene er organiseret som civile støttegrupper, behandlingstilbud udbudt på det private marked, i det offentlige sundhedsvæsen eller som offentligt-privat samarbejde. Langt hovedparten af de digitale behandlingstilbud er online-terapi, som tilbydes på det private marked

med stor diversitet i behandlernes faglige baggrund, priser og tilgængelighed af informationer om behandling, etik og datasikkerhed.

Der mangler generelt viden om sundhedseffekterne i form af reducerede symptomer på angst og/eller depression efter digital behandling i en dansk kontekst. Evalueringer af to demonstrationsprojekter, der er gennemført fra sundhedsvæsenets perspektiv, viser, at internet-interventioner med behandlingsprogrammerne FearFighter henholdsvis NoDep på nuværende tidspunkt og på det foreliggende datagrundlag ikke kan substituere det offentlige sundhedsvæsenes traditionelle behandling, så længe der er forholdsvis høje omkostninger forbundet med drift af den digitale behandling og ingen brugerbetaling. Omfanget af eventuelle stordriftsfordele og optimering af driften af de nye behandlingsformer er ikke belyst i tilstrækkeligt omfang. Hertil kommer, at der endnu ikke er viden om effekten af behandling med NoDep i en dansk kontekst.

Der er en potentiel risiko for, at internet-interventioner øger den sociale ulighed i adgang til behandling, idet der forudsættes en vis grad af eHealth literacy hos brugerne, hvorved personer med dårlige læse- og skrivefærdigheder formentlig benytter tilbuddet mindre end dem, der har en længere uddannelse. Hvilke patientsegmenter, der gør brug af de digitale behandlingstilbud, er ikke kendt, herunder om det er de mest ressourcestærke borgere, der bruger den digitale behandling i ventetiden på traditionel behandling, hvortil der gives offentligt tilskud. Brugernes oplevelser og erfaringer med digital behandling er kun yderst sparsomt undersøgt.

Sundhedsvæsenet har implementeret forskelligartede digitale infrastrukturer for digital behandling. I Region Syddanmark kan patienter via en hjemmeside anmode om behandling i sygehusregi uden henvisning fra egen læge. Denne form for adgang til behandling pålægger både patienter og behandlere nye roller samt en underbelyst ansvarsfordeling. For patienter med de fornødne kompetencer kan det formentlig give empowerment og øget autonomi. For behandlerne vil der være behov for kompetenceudvikling i fx at vurdere patienters og klienters kropssprog på skærm samt den digitale kommunikation.

En guideline for annoncering og deklarering af online-terapi vil kunne lette brugernes søgning af relevante behandlingstilbud. Især er udbydernes hjemmesider svært tilgængelige for oplysninger om datahåndtering. Der er således et særligt etisk dilemma forbundet med, at brugere af digitale behandlingstilbud i vid udstrækning genererer data på individniveau uden at have sikkerhed for, at de lovformeligt er ejere af egne data.

Analysedesign og metode

Der er gennemført tre sideordnede delanalyser med eget fokus og datagrundlag:

- Delanalyse I: Tilgængelige behandlingstilbud på internettet
- Delanalyse II: Igangværende tilbud i det offentlige sundhedsvæsen
- Delanalyse III: Afsluttede evalueringer af digitale behandlingstilbud i sundhedsvæsenet.

Herudover er der udarbejdet en tværgående syntese og analyse af de samlede fund. Både delanalyser og den tværgående syntese og analyse tager afsæt i MAST-modellen¹.

Datagrundlaget er som følger: I delanalyse I er der foretaget en afdækning af tilgængelige danske tilbud til angst og/eller depression for borgere, der søger hjælp på internettet. I delanalyserne II og III er der foretaget en systematisk litteratursøgning i relevante danske og internationale databaser for videnskabelig litteratur henholdsvis på relevante hjemmesider for

¹ MAST: Model for Assessment of Telemedicine. Engelsk betegnelse for en standardiseret model til at evaluere telemedicin. Metoden er udviklet under EU med dansk ekspertise og indeholder syv domæner: 1. Det kliniske problem og løsningens karakteristika, 2. Sikkerhedsmæssige aspekter, 3. Kliniske effekter, 4. Patientperspektivet, 5. Økonomiske aspekter, 6. Organisatoriske aspekter og 7. Sociokulturelle, etiske og juridiske aspekter (6,7).

styrelser, patientforeninger m.m. Delanalyse II er yderligere baseret på kontakt med en række videnspersoner på området.

Finansiering

På baggrund af en donation fra TrygFonden har KORA udarbejdet denne undersøgelse af digitale tilbud til behandling af angst og depression.

1 Indledning

Angst og depression er både en sundhedsmæssig og en økonomisk udfordring for samfundet. Stadig flere borgere søger hjælp til behandling af deres lidelser. Sundhedsvæsenet spiller en væsentlig rolle i at løfte efterspørgslen med konventionelle behandlingstilbud i primærsektoren, hos almen praktiserende læger, privatpraktiserende psykologer og psykiatere henholdsvis i den sekundære sektors psykiatribehandling på hospitaler og i distriktpspsykiatrien.

Med den Nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin har man ønsket at bidrage til en stigende produktivitet og bedre ressourceudnyttelse i et offentligt sundhedsvæsen, som gennem flere år har været præget af, at der inden for det psykiatriske behandlingsområde dels har været lange ventetider på behandling og dels er behov for en større grad af sammenhængende patientforløb hen over fag- og sektorgrænser (21).

Spørgsmålet er, hvorledes og i hvilken grad nye teknologier bidrager til at løse behandlingsbehovet. Udbredte forventninger er, at teknologierne har potentiale til behandling i 'stor skala'; at de kan overvinde fx geografiske og økonomiske barrierer ved at gøre behandlingstilbud mere tilgængelige over internettet og ved at effektivisere interaktionen mellem behandler og patient fx via automatiseret dialog (video, e-mailkorrespondance), dataopsamling (mobilteknologier) og behandlingsprogrammer med anvisninger via skrift og video. Det er dog stadig forholdsvis ukendt i dansk regi, hvad effekterne af de digitale behandlingstilbud er: Er behandling, der er gjort mere tilgængelig, billigere og lige så effektiv som konventionel, ansigt til ansigt-terapi? Og dermed: Er digitale behandlingstilbud en farbar vej for samfundet at løse det stigende behandlingsbehov i befolkningen?

Denne rapport søger at bidrage til besvarelse og diskussion af overstående spørgsmål. Besvarelsen sker gennem tre delanalyser. I analyse I er der foretaget en afdækning af, hvilke digitale behandlingstilbud til patienter med angst eller depression, der er tilgængelige i Danmark, hvem der udbyder behandlingen, og hvad de koster. Analyse II afdækker og beskriver, hvorledes igangværende digitale (behandlings)tilbud i sundhedsvæsenet til patienter med angst og/eller depression er organiseret i samspil med det traditionelle sundhedsvæsen. I analyse III er der fokuseret på dansk evidens af digitale behandlingstilbud i det offentlige sundhedsvæsen (særligt er effekter og økonomiske omkostninger søgt belyst). Afdækningen i de tre delanalyser er dels foretaget i) ved søgning og beskrivelse af digitale tilbud, som borgere kan opsøge på internettet, dels ii) ved beskrivelser af igangværende og nye behandlingstilbud og organiseringer hertil i det specialiserede sundhedsvæsen og dels iii) ved et litteraturstudie af dansk evidens af digitale behandlingstilbud til mennesker med angst og/eller depression i Danmark. Rapporten afsluttes med en tværgående syntese og analyse af resultaterne.

Rapporten bidrager til at få et samlet videns- og beslutningsgrundlag til at bedømme, hvorvidt digitale tilbud til mennesker med angst og/eller depression kan ses som en attraktiv erstatning og/eller supplement til de nuværende tilbud om behandling med fysisk tilstedeværelse ansigt-til-ansigt (a-t-a) til mennesker med angst og/eller depression.

1.1 Forskningsprogram om udfordringer ved fremtidens digitale behandlingstilbud til mennesker med angst og/eller depression

Denne rapport er den første af to i et større forskningsprogram, som forventes gennemført i KORA. En hovedhjørnestein i forskningsprogrammet er spørgsmålet om, hvorvidt og i givet fald

hvordan sundhedsvæsenets digitale tilbud i den nærmere fremtid kan medvirke til at løse en række af de udfordringer, der er for både patienter og sundhedsvæsen i den nuværende og traditionelle behandling ansigt til ansigt af patienter med angst og depression. I givet fald, hvad kræver det af patienterne, behandlerne og det organisatoriske set-up?

Det samlede program har til formål at undersøge, hvordan vi i Danmark bedst udnytter de muligheder, som udviklingen giver for bedre organisering og behandlingstilbud til patienter med angst og/eller depression, herunder om digitale tilbud ved behandling kan øve positiv indflydelse på sundhedsvæsenets omkostninger til målgruppen, afhjælpe ventetiden på behandling og give sammenhængende patientforløb inden for det psykiatriske behandlingsområde, samtidig med at det styrker patienternes kompetencer og muligheder for at deltage aktivt i egen behandling.

Det er intentionen, at forskningsprogrammet undersøger følgende tematikker:

- Hvordan afprøvning af digitale storskalaprojekter og forsøg i mindre målestok påvirker det psykiatriske behandlingsområde – medvirker det til at løse problemerne og skabe forbedringer på området for såvel patienter som sundhedsvæsen?
- Medfører digitale projekter og digitale tilbud en ændret organisering af ydelserne, arbejdsdelingen, herunder henvisningspraksis og samarbejdet på tværs af sektorerne?
- Påvirker digitaliseringen selve det behandlingsmæssige indhold – både med hensyn til kvalitet og omfang samt kompetencer hos behandlere og patienter?
- I hvilken grad og hvilken retning påvirker digitale behandlingstilbud den stigende sociale ulighed i sundhed?
- Ændrer digitaliseringen det ressourcemæssige forbrug på området?
- Hvilke tilgængelige digitale behandlingstilbud kan borgere finde ved søgning på internettet efter behandling af angst og/eller depression, og hvilke kompetencer kræver det af borgerne?

Hensigten er, at forskningsprogrammet svarer på disse spørgsmål gennem to delprojekter/af-rapporteringer inden for en treårig periode (2016-2018).

Den første del af forskningsprogrammet omfatter denne udgivelse, hvori der afrapporteres om hvilke digitale tilbud, borgere selv vil kunne finde via internettet, disses karakteristika i form af teknologitype, behandler og interaktionsform, pris og dataetik. Herudover præsenteres sundhedsvæsenets nuværende organisering af digitale tilbud til mennesker med angst og/eller depression samt disses indvirkning og bidrag til udvikling af sundhedsvæsenets patientforløb med digitale tilbud. Endelig præsenteres den danske evidens for kliniske effekter og omkostninger ved at tilbyde digitaliserede behandlingstilbud til angst og/eller depression i Danmark.

Anden del af forskningsprogrammet vil omfatte en rapport med anvisninger på, hvorledes vi bedst udvikler og udnytter mulighederne ved digitale tilbud til personer med angst og/eller depression. Denne del af forskningsprogrammet vil dels være baseret på i) et litteraturstudie af den internationale litteratur på området, ii) på direkte kontakter og interview af centralt placerede personer i andre lande, hvor digitale tilbud allerede er sat i drift af sundhedsvæsenet, og dels på iii) interview med centrale aktører i det danske sundhedsvæsen. Den udenlandske litteratur vil blive afsøgt med udgangspunkt i 1. delrapport og en ekspertgruppes vurdering af, hvor der er behov for mere viden om digitale tilbud til angste og depressive – herunder: I) Hvordan er det, der har effekt og er økonomisk rentabelt, organiseret, hvordan anvendes teknologien, og hvilke behandlerkompetencer skal være til stede? II) Hvordan gennemføres og opretholdes resultaterne? III) Hvordan oplever brugerne det – og hvem kan gøre brug af tilbuddet, og hvilke krav stiller det til brugerne?

1.2 Rapportens opbygning og læsevejledning

Rapporten er opbygget som følger: I kapitel 2 gives der en indføring i nogle helt grundlæggende forhold ved den nuværende og traditionelle måde at organisere behandling ansigt til ansigt af patienter med angst og/eller depression. Disse leder op til vores undersøgelsesspørgsmål og dermed formålet med nærværende rapport, som fremgår af kapitel 3. I kapitel 4 redegøres der for denne rapports design og de valgte metoder. Kapitel 5 omfatter resultatet af søgninger, der er foretaget med henblik på at afdække tilgængelighed af hjælp og digitale behandlingstilbud, som borgere kan søge på internettet. Kapitel 6 indeholder en præsentation af igangværende tilbud og deres organisering i det specialiserede offentlige sundhedsvæsen, mens kapitel 7 omfatter resultater af en kritisk gennemgang af afsluttede evalueringer af digitale behandlingstilbud i sundhedsvæsenet. Hvert af kapitlerne 5-7 omfatter først en deskriptiv beskrivelse af fund, herefter følger de tværgående analyser (afsnittene 5.2, 6.2 og 7.2) og sammenfatninger (5.3, 6.3 og 7.3). Kapitel 8 omfatter en tværgående syntese og analyse baseret på fund i de tre delanalyser i de tre foregående kapitler (5-7). Rapporten afsluttes med en konklusion i kapitel 9. Sidst i rapporten forefindes en litteraturliste samt en række bilag, der omfatter de specifikke internetsøgninger efter digitale behandlingstilbud, den systematiske litteratursøgning samt en oversigt over alle tilbud, der indgår i undersøgelsen.

Der kan herudover henvises til en særskilt bilagsrapport 'Beskrivelse af tilgængelige behandlingstilbud fundet på internettet', som indeholder: Udfyldte matricer (skabelon) for gennemgang af tilgængelige digitale tilbud fundet på internettet ved google- og facebook-søgninger.

1.2.1 Læsevejledning

Rapporten kan læses på to måder:

- **Den særligt interesserede læser** kan læse baggrundskapitel 2 i dets fulde længde samt præsentationerne af resultaterne i hvert af kapitlerne 5-7 for herefter at gå videre til den tværgående syntese og analyse af resultater i kapitel 8. Der kan herudover henvises til den særskilte bilagsrapport med udfyldte matricer for respektive tilbud, der er fundet via internetsøgninger – her vil der være yderligere oplysninger end dem, der fremgår af kapitel 5.
- **Den travle læser** kan vælge at orientere sig i rapportens indledende resumé samt læse indledningen i baggrundsafsnit 2.1 for herefter at læse sammenfatningerne af resultaterne i hver af kapitlerne 5-7 (disse indeholder imidlertid ikke en dybere argumentation eller kildehenvisning) for så at springe til kapitel 8 med den tværgående syntese og analyse og kapitel 9 med konklusioner.

1.3 Finansiering og samarbejde om rapporten

På baggrund af en donation fra TrygFonden har KORA udarbejdet denne undersøgelse af Digitale tilbud til behandling af angst og depression.

Rapporten er blevet beriget af bidrag flere steder fra: i) en referencegruppe bestående af personer med viden og erfaringer inden for digitale tilbud til personer med angst og depression, ii) et digitalt netværk (EDITH-netværket) omfattende forskere, der arbejder med digitale interventioner, iii) en ekspertgruppe bestående af personer udpeget af centralt placerede organisationer og interessenter, der helt generelt kan forventes at have interesse for udviklingen af digitale behandlingstilbud (eHealth) og endelig iv) to eksterne reviewere. En tak til alle, der har leveret værdifuldt input til rapporten, som dog alene er forfatterens ansvar. Der skal ligeledes rettes en stor tak til de, der har medvirket i interview, og på den måde har bidraget til rapporten.

1.3.1 Referencegruppen

Referencegruppen, der blev etableret i startfasen af arbejdet med rapporten, har dels bidraget med relevant litteratur og kontakter. Herudover har tre af medlemmerne forholdt sig til faktuelle beskrivelser i rapporten. Referencegruppens medlemmer fremgår af Tabel 1.1.

Tabel 1.1 Medlemmer af referencegruppen for 'Digitale tilbud til behandling af angst og depression', 2016

Navn	Stilling / titel	Arbejdsplads
Kim Mathiasen*	Aut. psykolog, ph.d.-studerende	Telepsykiatrisk Center, Region Syddanmark
Davor Mucic*	Leder, speciallæge i psykiatri, overlæge	Behandlingscentret Den Lille Prins, København
Poul Erik Kristensen	Konsulent	Sundheds- og socialkontorer, KL
Bente Koch Sølvbæk*	Sygeplejerske	Hjemmebehandlerteamet, Psykiatriens Hus, Silkeborg
Anne Sophie Bauer	Psykolog	Beskæftigelsesafdelingen, Esbjerg Kommune

Note: * Har forholdt sig til faktuelle beskrivelser i rapporten.

1.3.2 Ekspertgruppen

Ekspertgruppen blev etableret senere i forløbet. Gruppens medlemmer har på basis af første udkast af rapporten givet forslag til handlingsanvisninger på, hvor det fra deres perspektiv kan være interessant at hente inspiration fra den internationale litteratur i forhold til det videre arbejde med organisering af den digitale behandling i Danmark. Umiddelbart efter har der været afholdt en workshop med ekspertgruppen, hvor interesseområderne er blevet præsenteret og afstemt/prioriteret med henblik på at give en fælles vurdering af søgefeltet for den internationale litteratur og for det videre arbejde i KORA. Ekspertgruppens medlemmer fremgår af Tabel 1.2.

Tabel 1.2 Medlemmer af ekspertgruppen og den organisation, der har udpeget dem til projektet 'Digitale tilbud til behandling af angst og depression'. 2016.

Navn	Titel/stilling og arbejdssted	Organisation
Silja Henderson	Psykolog (i organisationen)	Dansk Psykolog Forening
Sidse Arnfred*	Overlæge, Psykiatrien Vest, Slagelse	Dansk Psykiatrisk Selskab
Malene Terp	Sygeplejerske, cand.cur., ph.d.-studerende, Aalborg Universitetshospital – Psykiatrien	Dansk Sygeplejeråd
Annette Davidsen	Lektor, speciallæge i almen medicin, Afdeling for Almen Medicin, Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet	PLO/DSAM
Jan Mark*	Chefarkitekt (i virksomheden)	Nordic and Baltic Healthcare division CSC

Note: * Deltog ikke i workshoppen.

Sundhedsstyrelsen, Digitaliseringsstyrelsen, Angstforeningen, Depressionsforeningen, KL og Lægeforeningen fik også tilbud om at indgå i ekspertgruppen, men valgte ikke at deltage af forskellige årsager.

Internt samarbejde i KORA

Seniorprojektleder Susanne Reindahl Rasmussen, ph.d. i sundhedsvidenskab, Master of Public Health (MPH), og seniorprojektleder Helle Sofie Wentzer, adjungeret professor, ph.d. i informationsvidenskab, cand.mag. i filosofi og massekommunikation, har sammen udviklet projektet og delt projektlederskabet. Susanne er hovedansvarlig for evidensen af digitale tilbud i sundhedsvæsenet. Helle er hovedansvarlig for kapitlet om de igangværende tilbud i det specialiserede offentlige sundhedsvæsen. Projektmedarbejder Carina Fischer Bech, cand.pæd. i pædagogisk psykologi, sygeplejerske har både gennemført søgninger af og beskrevet digitale tilbud fundet ved søgning på internettet. Bibliotekar Anne Nørgaard-Pedersen, master i biblioteks- og informationsvidenskab, har forestået den systematiske litteratursøgning af litteratur. Analyse- og forskningschef Pia Kürstein Kjellberg, ph.d., cand.scient.adm., har kvalitetssikret rapporten og bidraget med konstruktive forslag.

2 Baggrund

Psykisk sygdom udgør en stigende del af den samlede sygdomsbelastning – både globalt og i Danmark. Samlet set vurderes det, at psykiske lidelser udgør 25 % af den samlede sygdomsbyrde, hvorved de overgår kræft (17 %) og kredsløbssygdomme (15 %) (22). Set fra et økonomisk trængt sundhedsvæsen perspektiv, hvor lange ventetider på psykiatrisk behandling betyder, at patienter er i risiko for at blive mere syge (19), og omkostningerne ved behandling er både høje og stigende, er der behov for at effektivisere og substituere de nuværende behandlingsformer og/eller måder at organisere sig på. Denne udfordring er søgt imødegået af udvikling og afprøvning af telemedicinske/digitale tilbud i sundhedsvæsenet jf. beslutningen i den 'Nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin' fra 2012 (21).

Særligt depression og angst har krævet og kræver forsat en øget sundhedspolitisk, organisatorisk, teknologisk og ressourcemæssig indsats (23). Som en del af denne indsats og med henblik på at øge tilgængeligheden, mængden eller produktiviteten i behandlingstilbuddene har digitale tilbud til behandling af depression og angst i de senere år været i en rivende udvikling i Danmark – både i privat og offentlig regi. I 2008 fandt Sundhedsstyrelsen, at der ikke blev tilbudt computerbaseret behandling til personer med angst og depression (24). To rapporter fra henholdsvis 2014 (25) og 2015 (26) præsenterer rækken af teknologiske nybrud på den danske scene. Det er dog mindre kendt, i hvilken grad de nye behandlingsteknologiske løsninger bidrager til at øge befolkningens adgang til hjælp og behandling, hvad effekten er, hvilke ressourcer det kræver og forudsætter, samt hvordan de organiseres og spiller sammen med det øvrige sundhedsvæsen, dets traditionelle behandlingstilbud og patientforløb. Rapporten fra 2014 af Teknologisk Institut konkluderer således uden henvisning til evidens på området, at ((s. 53) (25)):

Digitale løsninger har potentiale til at øge adgangen til viden, støtte behandling og mindske belastninger ved f.eks. depression og angst for den enkelte, for familien og for samfundet i form af reducerede udgifter til sygedagpenge, pleje og behandling.

men også, at 'fremadrettet succes' forudsætter at følgende 6 forhold tilvejebringes ((s. 53) (25)):

- *Sundhedspolitisk investering og prioritering med henblik på at opbygge forsknings- og praksismiljøer med fokus på udvikling og anvendelse af teknologi på området*
- *Udvikling af nye styringsprincipper i sundhedsvæsenet, der sikrer økonomisk rentabilitet og bæredygtighed for både offentlige og private*
- *Guidelines for kvalitetssikring og evaluering af digitale løsninger*
- *Integration af teknologi i det eksisterende tilbud og videndeling og erfaringsopsamling på igangværende indsatser.*
- *Adgang og kompetencer til at bruge teknologi (for både borgere og fagprofessionelle)*
- *Håndtering af privacy, sikkerhed og etik i online-løsninger.*

De positive forventninger til teknologiernes potentiale er således i høj grad betinget af organisatoriske forhold.

Dette kapitel giver indblik i nogle grundlæggende forhold ved den nuværende måde at organisere behandling af patienter med angst og/eller depression. En behandling, som traditionelt tilbydes som samtaler ansigt til ansigt mellem en patient og en behandler, der opholder sig på samme fysiske lokalitet. Denne organisering er under pres og kendetegnet ved nogle barrierer

for patienter og strukturelt for sundhedsvæsenet, der fodrer nytænkning og ændringer af behandlingstilbuddene. I sommeren/efteråret 2016 er der tendenser, som peger mod udvikling af digitale tilbud som fx internetpsykiatrisk behandling, online-terapi og diverse former for indsamling og monitorering af selvindtastede data fra patienterne, som alternative løsninger og supplerende organisering med henblik på at imødekomme efterspørgslen på hjælp. Fokus for denne rapport er at undersøge de nye teknologiers rolle i løsningen i krydsfeltet mellem de organisatoriske udfordringer med at øge behandlingskapaciteten og barriererne herfor. De efterfølgende underkapitler beskriver barrierer i den nuværende organisering og udleder undersøgelsesspørgsmålene til afdækning af teknologiernes bidrag til behandling af mennesker med angst og depression. Disse barrierer omhandler først de sundhedsmæssige og økonomiske udfordringer ved angst og depression (afsnit 2.1.1). Dernæst følger en beskrivelse af den hierarkiske arbejdsdeling mellem primær- og sekundærsektoren, som den er indlejret i det danske sundhedsvæsen ud fra kliniske retningslinjer, pakkeforløb og en 'stepped care-model', der baserer sig på, at patienterne behandles på det laveste effektive omkostningstrin i rækken af serviceydelser, hvilket betyder, at behandlingen kun intensiveres til specialisniveaue, hvis det er klinisk påkrævet² (afsnit 2.1.2).

Patienter, der har behov for andet eller mere end det, der på laveste behandlingstrin kan tilbydes gennem diagnostik og samtaleterapi ansigt til ansigt ved alment praktiserende læger, mødes af én eller undertiden flere barrierer, når de skal i kontakt med/have behandling af privatpraktiserende psykologer eller privatpraktiserende psykiatere med sygesikringsoverenskomst. Disse barrierer, som uddybes efterfølgende (afsnit 2.1.3), vedrører fx følgende forhold:

- Forholdsvis lange ventetider på behandling hos såvel privatpraktiserende psykologer som psykiatere under tilskudsordningen
- Brugerbetaling hos privatpraktiserende psykologer med overenskomst med Sygesikringen – alternativt fuld selvbetaling
- Geografiske lange afstande, frygt for stigmatisering ved behandlingsforløb ansigt til ansigt m.m.

2.1.1 En sundhedsmæssig og økonomisk udfordring

Angst³ og depression⁴ er både en sundhedsmæssig og en økonomisk udfordring for sundhedsvæsenet og hele samfundet i såvel Danmark som internationalt. I dette afsnit beskrives forekomsten, forbrug af ydelser i sundhedsvæsenet samt sygedage og tilkendelse af førtidspension samt omkostningerne herved.

Af et nylig publiceret studie fremgår det, at depression i 2013 var den næstmest belastende sygdom (i betydningen antal år levet med funktions- og aktivitetsbegrænsninger (på engelsk: disability (YLD))⁵ på verdensplan, mens angst lå på en 9. plads (29). I en ældre opgørelse fra WHO i 2004 fremgår det, at unipolar depression er den mest belastende sygdom i højindkomstlande (i betydningen antal tabte år med sundt liv (DALY))⁶. I flere undersøgelser er der fundet en øget selvmordsrisiko blandt personer med angsttilstand (30). Det fremgår endvidere af et

² Modellen bør ikke forveksles med en shared care-model, hvor der er fokus på sammenhængende patientforløb med et integreret tværsektorielt samarbejde og delt behandlingsansvar på tværs af sektorgrænser og fagligheder (der er ingen entydig dansk definition af 'stepped care').

³ Angsttilstande beskrives jf. DSAM's kliniske vejledning for almen praksis som et spektrum af lidelser præget af autoimmune symptomer og symptomer fra flere organsystemer, oplevelse af angst, katastrofetanker, tvangstanker, tvangsritualer, undgåelse af bestemte situationer eller mere generel undvigelsesadfærd (27).

⁴ Depression defineres i henhold til ICD-10-klassifikationen som en tilstand med flere samtidige symptomer, som har været til stede det meste af tiden næsten hver dag i de sidste 14 dage. De depressive kernesymptomer omfatter nedtrykkethed, nedsat lyst eller interesse og/eller nedsat energi eller øget træthed (28).

⁵ Disability er jf. WHO's definition en samlet betegnelse, der dækker funktionsnedsættelser, aktivitetsbegrænsninger og restriktioner for deltagelse (2).

⁶ DALY beregnes på grundlag af: Alder ved sygdommens begyndelse, forløb og varighed, sværhedsgrad, invaliditet/handicap, behandlingsrater og dødelighed (23).

svensk studie, at mænd og kvinder med unipolar depression er henholdsvis 21 og 27 gange mere tilbøjelige til at begå selvmord sammenlignet med mænd og kvinder i den generelle befolkning (31).

I Danmark er forekomsten af angst i befolkningen på godt 6 % i løbet af et år (kumuleret prævalens) ifølge Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) (16). Klinisk depressionstilstand er ligeledes en hyppigt forekommende lidelse. En dansk spørgeskemaundersøgelse har påvist en forekomst af depression⁷ på ca. 3 % af den voksne befolkning, hvilket vil sige, at der til enhver tid er ca. 125.000-150.000 danskere, som frembyder tegn på depression (32). Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø skønner, at forekomsten af depression kan være helt oppe på 10 % i befolkningen (17). Forekomsten af nye tilfælde (incidensen) af angst henholdsvis depression, som altså kommer til i løbet af et år, er opgjort til knap 17.000 henholdsvis godt 10.500 patienter. Disse estimater er baseret på antal patienter, der i løbet af et år er registreret med angst henholdsvis depression i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele, medmindre personen allerede var registreret i den forudgående 10-årsperiode. Som følge heraf medregnes mindre alvorlige tilfælde ikke, som eksempelvis udelukkende foranlediger kontakt til primærsektoren (18).

Forbrug af sundhedsydelser, sygedage samt tilkendelse af førtidspensioner for personer med angst og/eller depression er præsenteret i Tabel 2.1.

Tabel 2.1 Forbrug af sundhedsydelser* samt sygedage og nye tilkendelser af førtidspensioner blandt patienter med angst og/eller depression fordelt på antal og andel af det samlede psykiatriske forbrug. Årligt gennemsnit 2010-2012.

	Angst		Depression		I alt	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Psykiatriske indlæggelser	6.189	12,1	7.643	14,9	13.832	27,0
Psykiatriske ambulant hospitalsbesøg	118.431	12,6	133.680	14,3	252.111	26,9
Psykiatriske skadestuebesøg	16.687	20,1	10.350	12,4	27.037	32,5
Besøg ved psykolog eller psykiater	115.352	13,0	103.665	11,7	219.017	24,7
Besøg ved alment praktiserende læge	776.495	2,0	607.090	1,6	1.383.585	3,6
Sygedage	1.897.787	7,0	1.657.279	6,2	3.555.066	13,2
Nytilkendte førtidspensioner	1.935	12,2	751	4,7	2.686	16,9

Note: * Foruden de i tabellen præsenterede ydelser er der samlet set gennemsnitlig 1.918 indlæggelser på somatiske hospitaler med aktionsdiagnoserne angst eller depression samt 11.853 somatiske ambulatoriebesøg og 186 somatiske skadestuebesøg.

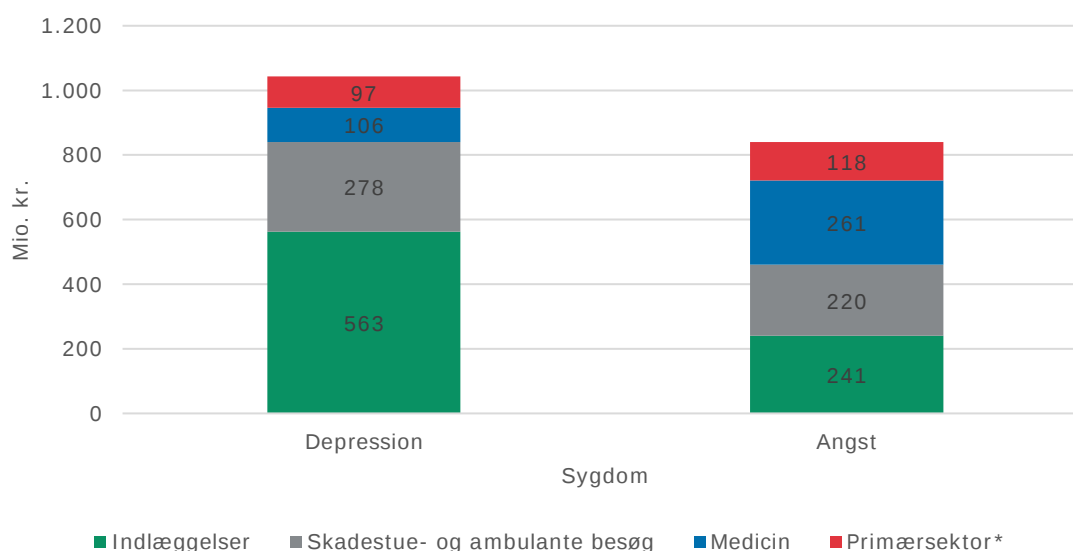
Kilde: Baseret på data fra Flachs m.fl. (18).

Det fremgår af Tabel 2.1, at patienter med angst og/eller depression har et væsentligt forbrug af sundhedsydelser. Samlet set udgør angst og depression ca. en fjerdedel af alle psykiatriske indlæggelser, alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg henholdsvis alle besøg ved psykolog/psykiater. De to sygdomme udgør tilsammen en tredjedel af alle psykiatriske skadestuebesøg, mens andelen af besøg ved alment praktiserende læger udgør mindre end 4 % af alle besøg. Det ses yderligere af tabellen, at antallet af sygedage og tilkendte førtidspensioner er betydeligt og udgør mere end 13 % henholdsvis knap 17 % af det samlede sygefravær henholdsvis af alle nye tilkendelser af førtidspensioner i Danmark.

⁷ Ifølge WHO's klassifikationssystem ICD-10.

Sundhedsvæsenets omkostninger ved psykologbehandling af angst og depression⁸ har – som følge af et stigende forbrug – været stigende i perioden fra 2008-2013. I 2013 udgjorde omkostningerne samlet set ca. 130 mio. kr., hvilket svarede til ca. 55 % af de samlede offentlige omkostninger ved psykologbehandling på ca. 237 mio. kr.⁹ (33). Men dette er kun toppen af isbjerget for sundhedsvæsenet, idet der hertil skal lægges omkostninger ved behandling hos alment praktiserende læger, privatpraktiserende psykologer og psykiatere samt hospitalsomkostninger ved ambulant og stationær behandling. Således viser en rapport, der er baseret på data fra 2010-2012, at sundhedsvæsenets samlede omkostninger i 2010-2012 ved diagnostik og behandling af angst og depression beløb sig til knap 2 milliarder årligt (1,043 mia. kr. ved depression henholdsvis 840 millioner kr. ved angst) (18). I Figur 2.1 ses sundhedsvæsenets omkostninger fordelt på følgende fire områder: i) Indlæggelser, ii) skadestue- og ambulante besøg på hospital, iii) primærsektoren (konsultationer ved alment praktiserende læger, privatpraktiserende psykologer og privatpraktiserende psykiatere med sygesikringstilskud) henholdsvis iv) receptpligtig medicin (18).

Figur 2.1 Sundhedsvæsenets omkostninger ved behandling af depression og angst fordelt på sygdom og områder. Årligt gennemsnit for 2010-2012. Millioner kr. i 2012-priser.



Note: * Primærsektor omfatter: Konsultationer ved alment praktiserende læger, privatpraktiserende psykologer og privatpraktiserende psykiatere med sygesikringsoverenskomst.

Kilde: Baseret på data fra Flachs m.fl., tabellerne 11.9.1 og 13.9.1 (18).

Det ses af Figur 2.1, at omkostningerne ved hospitalsindlæggelser er høje – især for depression, hvor de udgør ca. 563 millioner kr. årligt svarende til 54 % af de samlede behandlingsomkostninger. For angst overstiger de årlige medicinomkostninger omkostningerne ved indlæggelse (31 % versus 29 %). Samlet set udgør indlæggelser, skadestuebesøg og ambulante besøg hovedparten af behandlingsomkostningerne for både depression og angst (81 % ved

⁸ Fra 2008 blev det muligt for personer med let til moderat depression at få tilskud fra sygesikringen til psykologbehandling. Fra 2011 blev personer med let til moderat angst i alderen 18-28 år omfattet af ordningen. Med virkning fra juli 2012 blev alderskriterierne ændret til 18-38 år for angst, mens den øvre aldersgrænse blev fjernet for depression.

⁹ De samlede omkostninger ved psykologbehandling hos privatpraktiserende psykologer under sygesikringsordningen blev mere end fordoblet i perioden 2008-2013 (fra knap 25 mio. kr. til ca. 106 mio. kr.) som følge af et stigende forbrug, mens omkostningerne ved angst blev mere end femdoblet i perioden 2011-2013 omend fra et lavere udgangspunkt (fra ca. 4,5 mio. kr. til 25 mio. kr.).

depression henholdsvis 55 % ved angst). Omkostninger ved behandling i primærsektoren¹⁰ udgør dermed 'kun' 97-118 mio. kr. (9-14 %) afhængig af diagnose.

Endelig er der de omkostninger, som patienterne selv afholder ved at henvende sig direkte til psykolog, psykoterapeut m.fl., som er uden overenskomst med sygesikringen, hvorfor de ikke er en udgift for sundhedsvæsenet. Omfanget heraf og omkostningerne herved er, så vidt vi ved, ikke kendte. Hertil kommer omkostninger ved kommunal pleje og omsorg på ca. 283 mio. kr. samlet set for angst og depression.

Ved anlæggelse af et samfundsøkonomisk perspektiv finder man produktionstab grundet kort- og langvarigt sygefravær samt for tidligt ophør fra arbejdsmarkedet, der beløber sig til mere end 11 mia. kr. årligt (8,6 mia. kr. ved angst henholdsvis 3,1 mia. kr. ved depression). Dødelighed er ikke medtaget som et byrdemål for depression, idet eventuelle dødsfald bliver registreret med selvmord som tilgrundliggende dødsårsag. For angst gør det sig ligeledes gældende, at dødelighed ikke indgår i omkostningsberegningerne, idet der ikke er registreret dødsfald med angst som tilgrundliggende dødsårsag¹¹ (18).

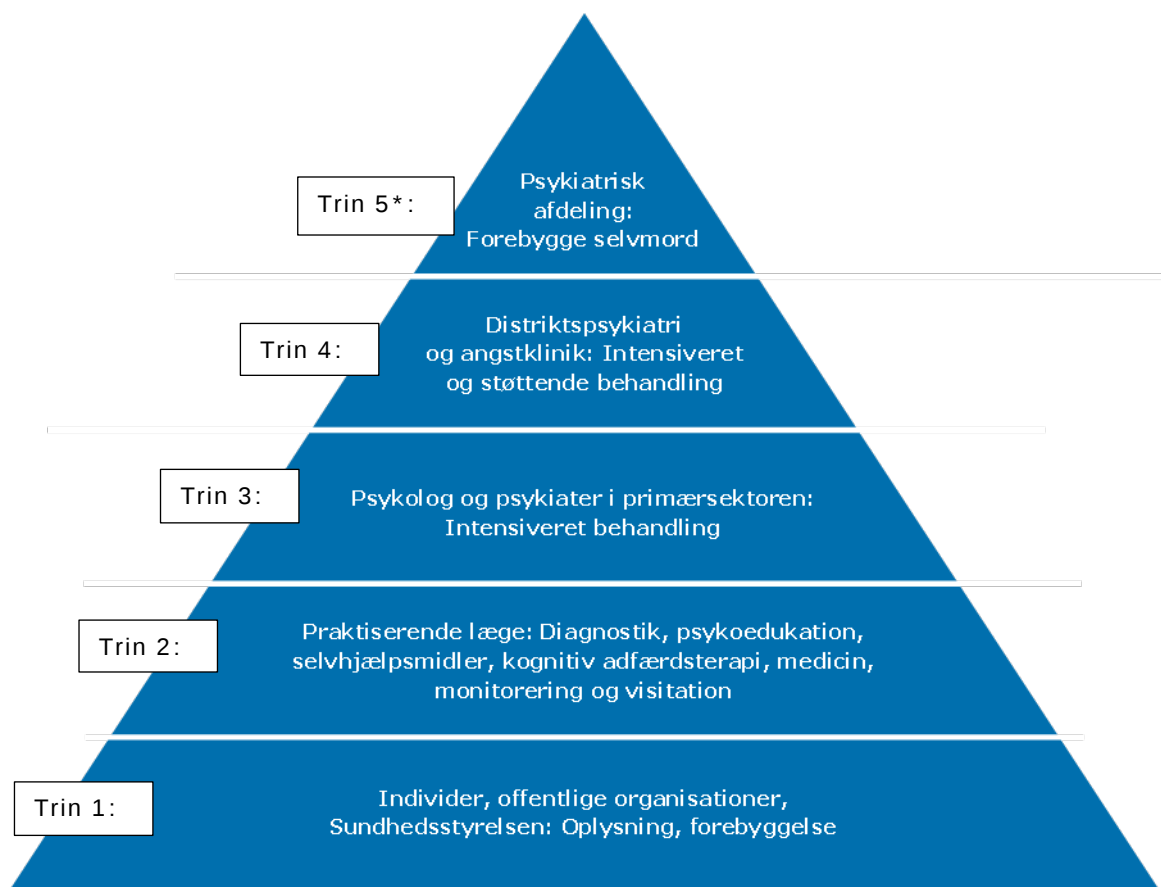
2.1.2 Diagnosticering og behandling via en stepped care-model

I det danske sundhedsvæsen kan diagnostik og behandling af angst og depression varetages såvel i den primære sektor som i den sekundære sektor, idet den er baseret på en hierarkisk model (stepped care-model), hvori begge sektorer indgår (se Figur 2.2).

¹⁰ Der skal gøres opmærksom på, at omkostningerne i primærsektoren i rapporten af Flachs m.fl. er baseret på en metode, hvor der er opgjort et merforbrug af besøg hos alment praktiserende læge, psykolog og psykiater i gruppen af personer med depression/angst sammenlignet med en gruppe af personer, der ikke har depression/angst. Disse estimater kan imidlertid ikke sammenlignes med de omkostningsberegninger, der er foretaget af KORA, hvor omkostninger ved psykologbehandling er baseret direkte på psykologernes afregning med Sygesikringen (33).

¹¹ Opgjort med humankapitalmetoden og 4 % diskontering.

Figur 2.2 Stepped care-model for forebyggelse, diagnostik, visitation og behandling af patienter med angsttilstand.



Note: * Der foretages også behandling i psykiatriske afdelinger, men dette fremgår ikke af kildens figur.

Kilde: Modellen er baseret på DSAM's vejledning for angsttilstande, figur 4 'Stepped care-model for forebyggelse, diagnostik, visitation og behandling af patienter med angsttilstande' (27).

Ud fra princippet om laveste effektive omkostningsniveau (LEON-princippet) er målet for behandlingen i almen praksis således, at den alment praktiserende læge skal kunne diagnosticere og behandle størsteparten af de hyppigst forekommende angsttilfælde farmakologisk og/eller psykoterapeutisk gennem samtaleterapi¹². Lægen skal herudover så vidt muligt være i stand til at vurdere tilstandens sværhedsgrad og en evt. risiko for selvmord (35). Af DSAM's vejledning for unipolar depression fremgår det, at diagnostik og samtaleterapi som udgangspunkt også varetages af de alment praktiserende læger (36). Det anslås af en psykiatrisk tænketank arrangeret af Dagens Medicin i samarbejde med Psykiatrifonden og Dansk Psykiatrisk Selskab, at 80-90 % af patienter med angst og depression behandles i almen praksis (37).

Henvisning og behandling ved privatpraktiserende psykologer

De alment praktiserende læger har mulighed for at henvise personer med let-moderat depression henholdsvis let-moderat angst til psykologbehandling efter tilskudsordningen under givne omstændigheder. Personer der lider af let til moderat angst og er i alderen 18-38 år på henvisningstidspunktet kan henvises til behandling hos psykologer med ydernummer. Personer med let til moderat depression kan ligeledes henvises til privatpraktiserende psykologer under

¹² Pr. 1. april 2011 blev ydelsen en del af landsoverenskomsten, hvilket bl.a. betyder, at samtaleterapien skal varetages af en læge (34).

tilskudsordningen, såfremt de er fyldt 18 år på henvisningstidspunktet. (12). Af Sundhedsstyrelsen vejledning præciseres det, at lægehenvielsen skal bero på en konkret og individuel faglig vurdering af, om der er en sundhedsfaglig indikation for psykologbehandling. Den sundhedsfaglige indikation for psykologbehandling skal vurderes på basis af tre forhold i) en helhedsvurdering, som bl.a. omfatter personens ressourcer og vanskeligheder samt personens sårbarhed, aktuelle livssituation og tidligere belastninger, ii) funktionsevnen og iii) en differentialdiagnostisk udredning, der bør omfatte relevante undersøgelser for både somatisk og psykisk lidelse. For begge patientgrupper skal funktionsevnen være let-moderat nedsat. Lidelsens sværhedsgrad bør ifølge vejledningen vurderes klinisk og kan suppleres med en psykometrisk test ved angst henholdsvis bør suppleres med en psykometrisk test ved depression (38). Det fremgår endvidere, at de henviste skal kunne profitere af behandling hos psykolog samtidig med, at det vurderes at behandling i almen praksis ikke vil kunne stå alene (12). Efter gældende bekendtgørelse kan der gives 12 konsultationer pr. behandlingsforløb, dog kan personer med angst og depression efter en genhenvielse få tilskud til yderligere 12 konsultationer (12).

Henvielse og behandling ved privatpraktiserende psykiater

Den alment praktiserende læge kan herudover henvise til behandling hos en privatpraktiserende psykiater¹³. Der er ikke fastlagt bestemte kriterier for henvielse af patienter med angsttilstande eller depression til praktiserende speciallæge i psykiatri. Det fremgår imidlertid af DSAM's kliniske vejledning for angst (27), at dette ofte vil være relevant, når diagnostikken er vanskelig og/eller patienten ikke responderer på behandlingen hos den praktiserende læge og/eller psykolog. I nogle tilfælde kan det være nødvendigt for den alment praktiserende læge at konferere med psykiatrisk speciallægepraksis (28). Efter gældende overenskomst (1. april 2015) omfatter henvielsen normalt 15 konsultationer, dog kan behandlingen uden videre udstrækkes til maksimalt 30 konsultationer, såfremt psykiateren vurderer, at en afbrydelse indebærer en helbredsrisiko for patienten. Herefter kræves en ny henvielse (40).

Henvielse og behandling i hospitalsregi

Alment praktiserende læger kan jf. pakkeforløb-beskrivelsen for depression henvise patienter til ambulant hospitalspsykiatrisk behandling i tilfælde af moderat depression af kompliceret grad (langvarig tilstand uden behandlingseffekt, kompliceret med fysiske sygdomme, misbrug eller anden psykiatrisk komorbiditet) og ved svær depression. Patienter der er selvmordstruede bør imidlertid altid vurderes i akut psykiatrisk akutmodtagelse (41). Af pakkeforløb-beskrivelsen for angst og tvangslidelser fremgår det, at patienter kan henvises til ambulant behandling i hospitalspsykiatrien, såfremt behandlingen i primærsektor (herunder praktiserende speciallæge i psykiatri) ikke har været virksom, eller hvis patienten er uafklaret, grundet svær symptombelastning og meget lavt funktionsniveau, og forløb i primærsektor ikke har givet tilstrækkelig afklaring (42).

Samarbejde i øvrigt

De praktiserende psykologer har ikke et formaliseret samarbejde med praktiserende speciallæger i psykiatri og ej heller med psykologer eller andre faggrupper på psykiatriske afdelinger, ligesom de ikke har et formaliseret samarbejde med psykologer eller andre faggrupper i kommunerne.

Ifølge Sundhedsstyrelsens evaluering i september 2015 af tilskudsordningen til psykologbehandling i praksissektoren er vurderingen, at der er behov for en større grad af samarbejde om patientens behandling mellem alment praktiserende læger, psykologer og eventuelt også

¹³ Henvielse til privatpraktiserende psykiater sker efter Sundhedslovens § 64 (39).

med praktiserende speciallæger i psykiatri og de psykiatriske afdelinger. Det vurderes herudover, at der er behov for koordinering med de kommunale aktører inden for sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet (43).

For at stepped care-modellen kan fungere hensigtsmæssigt, kræver det imidlertid mere end et øget samarbejde og koordinering mellem parterne. Det fordrer også, at der er klare kriterier for henvisning til højere trin i modellen samt den nødvendige kapacitet og mulighed for, at patienter med behov kan betræde det næste trin i hierarkiet, når behovet opstår. Som det vil fremgå af de efterfølgende afsnit er der både begrænsninger i form af ventetider på behandling i det offentlige sundhedsvæsen (trin 3 og 4 i henhold til Figur 2.2), i visse områder af landet er der lange geografiske afstande og dertil kommer krav om betaling for behandling ved privatpraktiserende psykologer.

2.1.3 Patienters barrierer for behandling

Ventetid – en barriere for behandling

Ventetiden i det offentlige sundhedsvæsen til psykologisk eller psykiatrisk behandling under tilskudsordningen er forholdsvis lang i Danmark – og der er ikke regler for, hvor lang den må være. I sygehusregi er det, som populært kaldes en ventetidsgaranti. Det betyder, at patienter, der er udredt og behandles i den sekundære sektor, i henhold til § 87 i Sundhedsloven¹⁴, kan vælge at blive behandlet på en privatklinik/privathospital, hvis regionen ikke inden to måneder efter udredning, kan tilbyde behandling ved et af regionens egne sygehuse.

Den seneste undersøgelse fra juni 2016 viser, at ventetiden hos de mere end 800 psykologer som har aftale med sygesikringen, er mere end fordoblet siden november 2012. Patienter med angst eller depression venter i gennemsnit mere end 10 uger på behandling, når de er henvist til psykolog gennem egen læge. Den gennemsnitlige ventetid er længst i Region Nordjylland (12,6 uger) og kortest i Region Sjælland (7,4 uger). Til sammenligning er ventetiden for patienter, der er henvist af andre grunde (fx vold, ulykker og dødsfald), på 7,5 uge på landsplan (20). Forskellen i ventetid for patienter, der venter på behandling for angst/depression versus øvrige henvisningsberettigede, kan formentlig tilskrives det forhold, at der er sat en økonomiske omsætningsgrænse for behandling af angst og depression af Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Psykolog Forening. Denne aftale medfører, at på det tidspunkt af året, hvor de privatpraktiserende psykologer når den øvre omsætningsgrænse for angst og depression, må de ikke behandle flere patienter med angst/depression i resten af det indeværende år. De skal i stedet henvise patienterne til andre psykologer med ydernummer jf. den indgåede aftale (20) – og det er så op til den enkelte patient selv at finde en anden psykolog, der stadig står til rådighed for behandling.

Ventetiden for behandling ved privatpraktiserende psykiatere er formentlig mindst lige så lang og for nogle måske endnu længere end ved psykolog. Lægeforeningen har i 2010 opgjort, at 85 % af patienterne venter mere end tre måneder og 45 % mere end seks måneder på behandling ved en psykiater (19). Det fremgår af hjemmesiden sundhed.dk (13. juli 2016), at ventetiden for ikke-akutte patienter hos de 135 privatpraktiserende psykiatere, varierer fra 2 til 114 uger). Længst ventetid er der i regionerne Midtjylland (op til 114 uger) og Nordjylland (op til 80 uger). Den korteste ventetid forekommer i Region Sjælland (op til 40 uger).

Ventetid til psykiatrisk sygehusbehandling er faldet fra gennemsnitlig 43 dage i august 2013 til gennemsnitlig 34 dage et år senere. Patienterne venter i gennemsnit kortest tid i Region Sjælland (17 dage) og længst i Region Nordjylland (51 dage), der som den eneste region har haft stigende ventetider fra 2013 til 2014 (44). Ved opslag på eSundhed.dk (13. juli 2016)

¹⁴ Ventetidsgarantien er omtalt i § 87 i Sundhedsloven (39).

fremgår det, at for patienter, der er henvist til behandling på en psykiatrisk afdeling i sygehus-regi, er ventetiden til 1. undersøgelse 1-7 uger henholdsvis 1-9 uger for ambulant behandling – afhængig af region og diagnose. På Brønderslev PS Klinik Nord er den forventede ventetid helt oppe på 64 uger for ambulant behandling af voksne med panikangst/fobi) (45).

Betaling for psykologbehandling – en barriere for behandling

Til behandling af patienter, der er henvist til behandling ved privatpraktiserende psykolog, som har overenskomst med Sygesikringen, gives der et tilskud på 60 % af gældende overenskomst-fastsatte honorar. Det betyder, at patienter med angsttilstande henholdsvis depression selv skal betale 393 kr. for første konsultation og 328 kr. for de følgende konsultationer (2016) (46), hvilket ikke alle formentlig har råd til. Behandling i psykiatrisk speciallægepraksis er derimod gratis for gruppe 1 sygesikrede, når der foreligger henvisning fra den praktiserende læge.

Andre barrierer

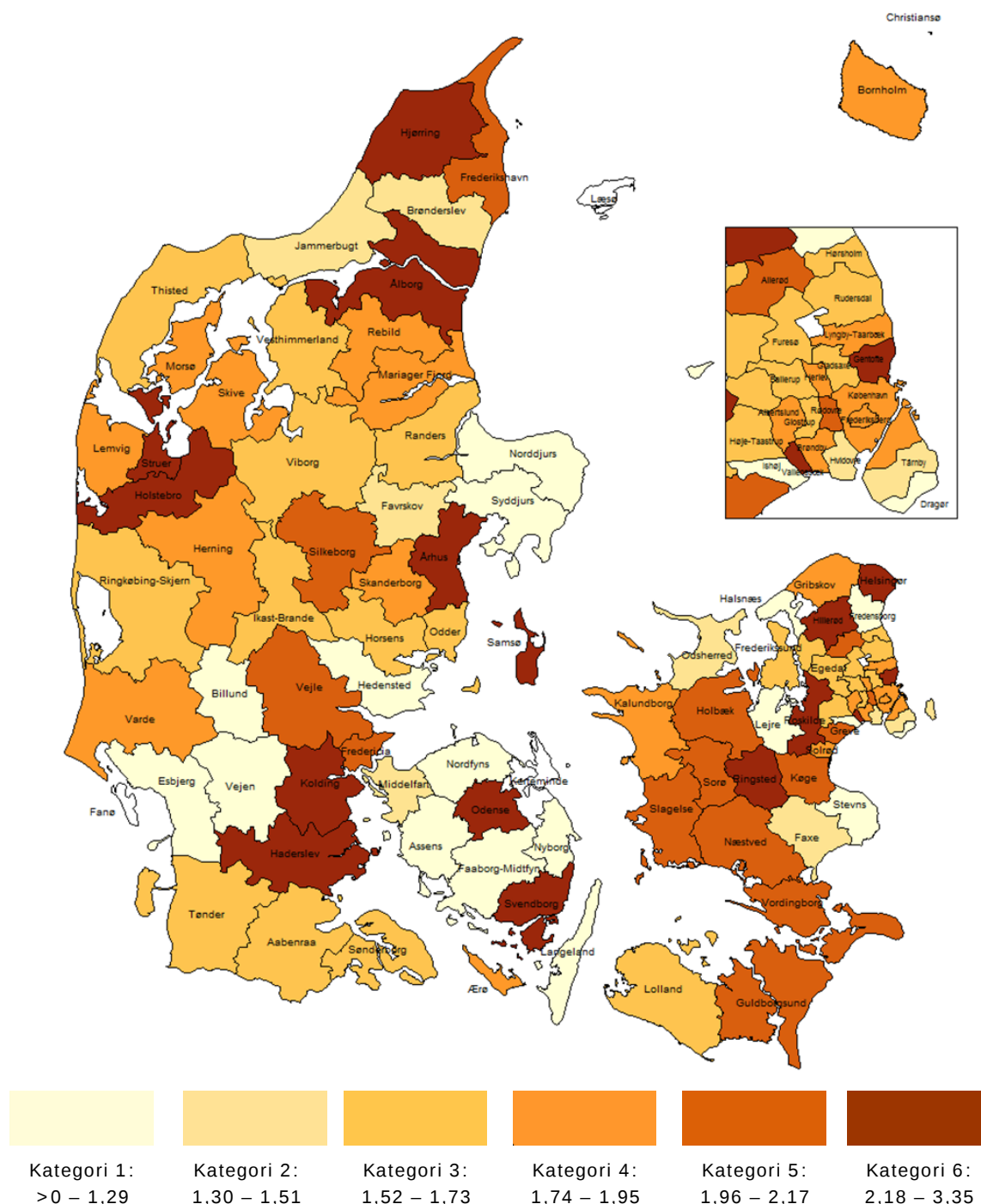
Af internationale studier fremgår det, at ventetid kun er én af barriererne for depressive i forhold til at modtage behandling ansigt til ansigt. Der nævnes herudover geografisk lang afstand til behandler, frygt for stigmatisering og uvilje mod at videregive oplysninger om psykiske problemer (47). Efterfølgende belyser vi geografi i forhold behandling ved privatpraktiserende psykologer henholdsvis ved privatpraktiserende psykiatere samt sprogbarrierer.

Geografi

Regionalt er der ikke væsentlig forskel på antal psykolog-ydernumre pr. 10.000 indbyggere i regionen, idet det varierer inden for et interval på 1,76-1,95 psykologydernumre pr. 10.000 indbyggere – med færrest ydernumre pr. indbygger i Region Hovedstaden og flest i Region Nordjylland¹⁵. I Figur 2.3 ses privatpraktiserende psykologer med overenskomst med Sygesikringen (psykologydernumre), når de er opgjort kommunevis.

¹⁵ Baseret på data (pr. 01.07.16.) fra CSC Scandihealth, leveret ved henvendelse til Danske Regioner.

Figur 2.3 Antal psykolog-ydernumre* pr. 10.000 indbyggere fordelt på kommuner. 1. juli 2016.



Note: * I kommuner uden farvemærkning er der ingen psykolog-ydernumre. For at kunne praktisere efter overenskomst med sygesikringen skal man have et ydernummer. Ydernumre opslås ud fra specifikke krav til deres geografiske placeringen inden for regionerne.

Kilde: Baseret på data fra CSC Scandihealth og Danmarks Statistik, Statistikbanken FOLK1A (3. kvartal 2016).

Det ses af Figur 2.3, at, til trods for at ydernumre opslås og fordeles ud fra specifikke krav til deres geografiske placering inden for regionerne, er der en vis variation i antal psykolog-ydernumre pr. 10.000 indbyggere. Det fremgår således, at der er i alt 20 kommuner¹⁶, hvor der er

¹⁶ I kommunerne Fanø, Kerteminde og Læsø er der ingen psykolog-ydernumre.

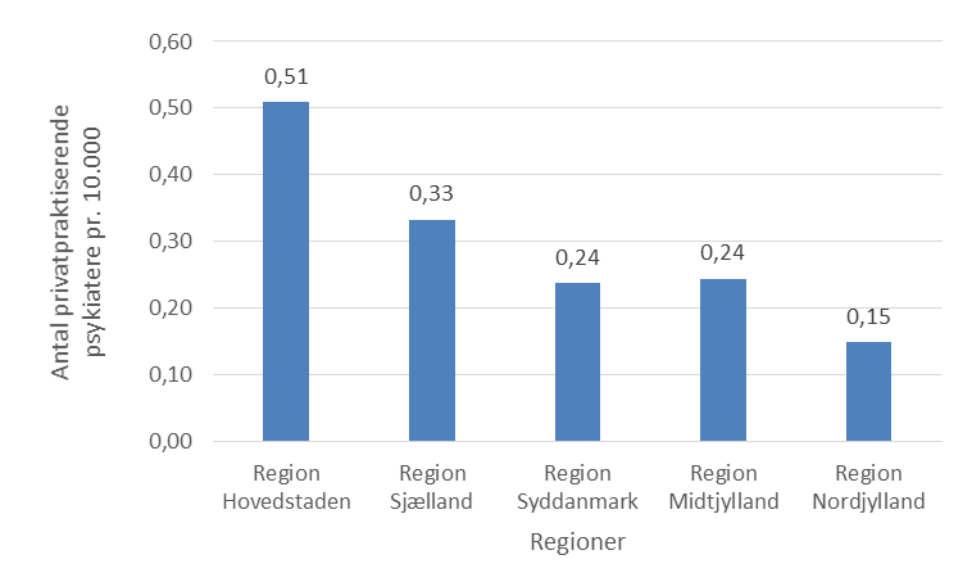
mindre end 1,30 psykologydnumre pr. 10.000 indbyggere (kategori 1), mens der er 16 kommuner, hvor der er mere end 1½ gange så mange psykologydnumre pr. 10.000 indbyggere (kategori 6). Det bør bemærkes, at der især i Region Syddanmark er forholdsvis mange kommuner, hvor der er mindre end 1,30 psykologydnumre pr. 10.000 indbyggere¹⁷, men samtidig har Region Syddanmark også 4 af 16 kommuner, som på landsplan har det højeste antal psykologydnumre pr. 10.000 indbyggere (kategori 6).

På basis af Figur 2.3 kan det konstateres, at adgangen til en privatpraktiserende psykolog med ydnummer i den kommune, man er bosiddende i, er ulige fordelt. Denne slutning er baseret på følgende tre antagelser: i) behovet for psykologbehandling af angst og/eller depression afhænger ikke af bopælskommunen, ii) det samlede udbud af psykologydelser til angst og depression i kommunerne er ikke væsentligt forskelligt¹⁸ og iii) effekten af behandlingen er ensartet kommunerne imellem, således at der gennemsnitligt betragtet gives lige mange behandlinger uanset kommune.

Det kan herudover konstateres, at der er en forholdsvis god dækning af psykolog-ydnumre i flere kommuner i egne af landet som fx Nordjylland, Sydsjælland, Møn og Vestlolland, hvor lægedækningen ikke er så god, idet de alment praktiserende generelt læger har forholdsvis mange tilmeldte patienter (49). Det skal dog bemærkes, at der kan være forholdsvis stor geografisk afstand inden for især nogle af de geografisk langstrakte jyske kommuner – omend det er muligt at modtage behandling ved en privatpraktiserende psykolog uden for egen bopælskommune.

Det fremgår af hjemmesiden sundhed.dk (50), at antallet af speciallæger i psykiatri med overenskomst med Sygesikringen er ulige fordelt i regionerne. I Figur 2.4 er antallet af privatpraktiserende psykiatere opgjort pr. 10.000 indbyggere i regionen.

Figur 2.4 Antal privatpraktiserende psykiatere med overenskomst med Sygesikringen pr. 10.000 indbyggere fordelt på regioner. 2016



Kilde: Baseret på oplysninger fra <https://www.sundhed.dk/find-behandler/> (13. juli 2016) og Danmarks Statistik, Statistikbanken FOLK1 (2. kvartal 2016).

¹⁷ Nærmere bestemt 11 af 22 kommuner i Region Syddanmark, henholdsvis 11 af de i alt 20 kommuner på landsplan, som har mindre end 1,30 psykologydnumre pr. 10.000 indbyggere.

¹⁸ Af Overenskomst om Psykologhjælp § 7 fremgår det bl.a., at psykologen skal stå til rådighed i mindst 22 timer og ikke må have ansættelse, der overstiger 15 timer (48).

Det fremgår af Figur 2.4, at der er færrest psykiatere pr. 10.000 indbyggere i Region Nordjylland (0,15 psykiatere pr. 10.000 indbyggere). Det ses yderligere, at der er mere end tre gange så mange psykiatere pr. indbygger i Region Hovedstaden (0,51 psykiatere pr. 10.000 indbyggere) sammenlignet med Region Nordjylland.

Frygt for stigmatisering

Af en dansk rapport, der har undersøgt oplevelsen og opfattelsen af stigmatisering ved psykiske lidelser, fremgår det, at befolkningens forhold til psykisk lidelse kan karakteriseres ved åbenhed og relativt høj villighed til at omgås mennesker med psykisk lidelse. Det er meget lille del af de adspurgte, som har meget negative holdninger til mennesker med psykiske lidelser, men til trods for dette fremgår det af undersøgelsen, at der alligevel forekommer stigmatisering af psykisk syge. Knap halvdelen af befolkningen vurderer, at der er personer, som de ville skjule det for, hvis de fik en psykisk lidelse. Dette gør sig især gældende for dem, der har mest uddannelse, og for yngre sammenlignet med ældre mennesker. Det peger ifølge rapportens sammenfatning på, at det er frygt for mulige konsekvenser, der gør, at folk vil skjule deres psykiske lidelse, hvis det er muligt (51).

Vi vurderer, at digital behandling for en psykisk lidelse kan få mennesker med psykiske lidelser, som frygter stigmatisering, til at vælge denne behandlingsform, idet behandlingen kan foregå hjemmefra uden at fx arbejdspladsens ledere og kollegaer er vidende herom. Men det løser selvsagt ikke det grundlæggende problem: frygt for eller forekomst af stigmatisering.

Sprogbarrierer

Af en dansk evalueringsrapport fremgår det, at sproglige barrierer for patienter, der ikke taler dansk, kan være medvirkende til, at de foretrækker online-terapi med en privatpraktiserende psykiater, der både kan tale dansk og deres modersmål, fremfor at være nødsaget til at skulle bruge tolk ved diagnosticering/behandling ansigt til ansigt (52).

Uoverstigelige barrierer?

Der er noget, der tyder på, at ovennævnte barrierer muligvis er medvirkende til, at patienter slet ikke modtager den fornødne behandling. I et debatoplæg fra Danske Regioner m.fl. er det skønnet, at ca. 30 % med en psykisk lidelse af ikke-psykotisk karakter (depression, angst og spiseforstyrrelse) ikke modtager behandling (53).

For nogle patienter kan lang ventetid til behandling hos en psykolog/psykiater under tilskudsordningen og evt. lang transporttid i forsøget på at finde en psykolog, der står til rådighed, afstedkomme, at de opsøger behandling i private klinikker, der er *uden* overenskomst med Sygesikringen. Det hæver imidlertid den økonomiske barriere, idet patienterne nu skal betale det fulde beløb for konsultationerne, samtidig med, at der kommer en ny barriere. Det private marked for behandling af psykisk sygdom, herunder angst og depression, er et forholdsvis ureguleret marked at begive sig ud i, hvilket betyder, at det både kræver et stort overblik og tålmodighed at navigere sig frem til det rette behandlingstilbud og den mest omkostningseffektive behandling. Fra sundhedsvæsenets side er der fx ingen krav om autorisation af behandlerne eller effektdokumentation, og der er heller ikke indgået aftaler om priser. Der er eksempler på psykologiklinikker, der søger at profitere af, at der er ventetid på behandling til den tilskudsberettigede psykologbehandling, idet der fx annonceres med en maksimal ventetid på 10 dage, andre klinikker tilbyder reduceret pris for de første sessioner eller i nogle tilfælde reducerede priser for alle sessioner, hvis klienten kan fremvise en lægehenvisning (omend der ikke er krav om lægehenvisning ved behandling hos private udbydere, hvortil der ikke ydes sygesikringstilskud).

Barriererne kan for nogle måske være afgørende for, at de vælger en behandlingsform, der umiddelbart ser mere tillokkende ud end psykiatrisk behandling ansigt til ansigt. Internet-, Skype-, e-mail-terapi, telefonsamtaler eller kombinationer heraf kan i mange tilfælde købes på det private marked. Herved opnår patienterne ofte en forholdsvis kort ventetid, ingen transporttid samt behandling, der i mange tilfælde kan tilgås på tidspunkter af dagen, der ligger uden for almindelig arbejdstid. Indtil juni 2016 har denne form for behandlingstilbud alene været givet i det offentlige sundhedsvæsen som led i demonstrationsprojekter eller et forskningsprojekt. Dette leder frem til følgende to undersøgelsesspørgsmål, som fokuserer på borgernes adgang og mulighed for selv at søge om hjælp og behandling via internettet. Vi ønsker i denne rapport at undersøge:

UNDERSØGELSESPØRGSMÅL 1 og 2:

1) Hvilke digitale behandlingstilbud er tilgængelige for mennesker med angst og/eller depression, der selv søger via Internettet, og hvad kendetegner det billede af tilbud, som møder dem i søgningen?

2) I forlængelse heraf: Hvilke kompetencer og færdigheder kræver det at navigere i og forstå de digitale tilbud i deres helhed, herunder hvordan forhold som sikkerhed, datahåndtering og etiske overvejelser præsenteres i det enkelte tilbud?

2.1.4 Et trængt sundhedsvæsen fordrer udvikling

I et økonomisk trængt dansk sundhedsvæsen, hvor følgende tre forhold gør sig gældende:

- Der er geografisk ulige fordeling af primærsektorens behandlingskapacitet (alment praktiserende læger, privatpraktiserende psykologer og psykiatere med sygesikringsoverenskomst)
- Privatpraktiserende psykologer med overenskomst med Sygesikringen har vanskeligt ved at efterkomme behandlingsbehovet for personer med angst og depression grundet øvre økonomiske rammer for behandling
- Lange ventetider til behandling i speciallægepraksis, som ifølge praktiserende læger gør patienterne mere syge (19)

kan der være gode grunde til at afprøve andre behandlingsformer end traditionel behandling ansigt til ansigt. Internetpsykiatrisk behandling af angste og depressive har været afprøvet i mere end 15 år i udlandet. I fx Stockholms len har man gennem flere år haft et etableret tilbud om internetpsykiatrisk behandling til patienter med depression (54).

Dette leder over til yderligere to undersøgelsesspørgsmål i denne rapport.

UNDERSØGELSESPØRGSMÅL 3-4:

3) Hvilke offentlige behandlingstilbud er igangværende: enten som drift eller forskningsprojekter?

4) Hvilke digitale platforme understøtter digital behandling af angst og/eller depression, og hvilken betydning har det for det tværsektorielle samarbejde for sammenhængende patientforløb, herunder evt. etiske og juridiske aspekter?

Internetpsykiatrisk behandling i en dansk kontekst

Med den Nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin (2012)¹⁹ ønskede parterne Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Ministeriet for Sundhed og forebyggelse, Social- og Integrationsministeriet, Erhvervs- og Vækstministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Finansministeriet at iværksætte forsøg med udbredelsen af telemedicin gennem storskala-forsøg.

Det er ifølge den Nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin opfattelsen, at telemedicinske løsninger kan bidrage til at sikre en bedre ressourceudnyttelse i den offentlige sektor. Det anføres uden henvisning til dokumentation/referencer, at de telemedicinske løsninger, der har været afprøvet i pilotprojekter forskellige steder i Danmark, har vist, at telemedicin kan give økonomiske gevinster, bedre og mere sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer og mere selvhjulpne patienter (styrkede kompetencer og muligheder for at deltage aktivt i egen behandling). I udvælgelsen af demonstrationsprojekter blev der derfor lagt vægt på, at de kunne leve op til en forhåndsforventning om 'en fornuftig business case. Det vil sige, at projekterne skulle være tilbagebetalt inden for en rimelig tidshorisont, og at fokus i projekterne skulle være på at evaluere økonomiske effekter, også på tværs af sektorer'. Et af de fem stor-skalaprojekter er internetpsykiatrisk behandling af patienter med let til moderat depression: 'Internetpsykiatri i Region Syddanmark'.

I handlingsplanen gøres der opmærksom på, at der skal leveres evalueringer, der kan danne grundlag for senere beslutninger om national udbredelse af telemedicin. De telemedicinske interventioner skal ifølge handlingsplanen gennemgå en Medicinsk TeknologiVurdering (MTV)²⁰ tilsvarende andre medicinske interventioner, idet de som udgangspunkt ikke adskiller sig fra hinanden. Ved markante ændringer af processer og praksis vil det kræve en evaluering efter

UNDERSØGELSESPØRGSMÅL 5:

5) Hvilken dansk evidens er der for implementering af digitale behandlingstilbud i det danske sundhedsvæsen til patienter med angst og/eller depression?
Herunder hvilke evalueringsmodeller er der anvendt?

den EU-udviklede MAST-model, som er noget mere omfattende²¹. Dette leder over i et yderligere undersøgelsesspørgsmål, vi gerne vil undersøge i denne rapport.

¹⁹ Med reference til Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin er telemedicin defineret som tid-, sted- og rumafhængig digitalt understøttede sundhedsydelser, leveret over afstand med potentiale til at skabe målbar sundhedsmæssig gevinst eller værdi (21).

²⁰ I en MTV fokuseres der på fire områder: 1) Teknologi, 2) Organisation, 3) Patient og 4) Økonomi (9).

²¹ MAST er et akronym for 'Model for Assessment of Telemedicine'. En engelsk betegnelse for en standardiseret model til at evaluere telemedicin. Metoden fokuserer på syv domæner: 1) Det kliniske problem og løsningens karakteristika, 2) sikkerhedsmæssige aspekter (klinisk og teknisk), 3) kliniske effekter, 4) patientperspektivet, 5) økonomiske aspekter, 6) organisatoriske aspekter og 7) sociokulturelle, etiske og juridiske aspekter (6,7).

3 Formål

Det overordnede formål med nærværende delrapport, som er den første af to i et samlet forskningsprogram, er at undersøge, hvilke digitale (behandlings)tilbud der tilbydes i Danmark til mennesker med angst og/eller depression, samt at undersøge dansk evidens for effekter og økonomiske gevinster ved implementering af disse digitale behandlingstilbud i det offentlige sundhedsvæsen. Dette er operationaliseret i 3 delanalyser, som er baseret på hver deres undersøgelsesspørgsmål.

Undersøgelsen er tilrettelagt ud fra følgende delformål:

Delanalyse I (baseret på undersøgelsesspørgsmål 1-2):

- At undersøge, hvilke tilgængelige digitale tilbud der møder patienterne, når de via internettet søger internetpsykiatrisk – eller andre former for online-behandling af angst og/eller depression.
- Herunder: En analyse af i), hvad det kræver af kompetencer hos behandlere og brugere, og hvilken tilgængelig information, der er om behandlernes/udbydernes baggrund m.v., ii) hvilken behandling der gives, typer af organisering og priser for behandling, og iii) hvilke informationer der gives til brugerne i forhold til sikkerhed og datahåndtering, samt hvilke etiske problemstillinger der optræder i forhold til fortrolighed og ansvarsfordeling.

Delanalyse II (baseret på undersøgelsesspørgsmål 3-4):

- At undersøge digitale behandlingstilbud og platforme, der er under udvikling og/eller afprøvning i det offentligt finansierede danske sundhedsvæsen til brug for behandling af patienter med angst og/eller depression henholdsvis strukturel understøttelse heraf.
- Herunder: En beskrivelse af i) de organisatoriske forandringer, som de samlede tilbud fordrer i form af ændrede kompetencer hos behandlerne, ændrede visitationsformer og institutionelle ændringer mv. og ii), i hvilken udstrækning disse ændringer er til stede.

Delanalyse III (baseret på undersøgelsesspørgsmål 5):

- At undersøge det danske vidensgrundlag for implementering af digitale behandlingstilbud i det danske sundhedsvæsen til patienter med angst og/eller depression.
- Herunder: En kritisk gennemgang af danske undersøgelser, der har undersøgt i) evidensen for kliniske effekter, ii) omkostninger og eventuelle økonomiske gevinster, iii) patientperspektivet og iv) organisatoriske og teknologiske forudsætninger for succesfuld implementering, samt i hvilket omfang evalueringerne har opnået sammenhængende patientforløb på tværs af fag- og sektorgrænser.

3.1.1 Afgrænsning af rapportens fokus

I denne rapport har vi foretaget en række afgrænsninger, der vedrører i) den primære målgruppe for de digitale tilbud, ii) behandlingstilbuddene og iii) strukturelle tiltag. Afslutningsvis præsenteres forskellige betegnelser for personer, der anvendes i denne rapport.

Målgruppen

Rapporten fokuserer på digitale behandlingstilbud, hvor den primære målgruppe er personer med angst og/eller depression samt personer, der er i risiko for at udvikle disse psykiske sygdomme. Der er anvendt følgende ICD-10-koder (55) som afgrænsning for vores søgning af behandlingstilbud til angst og depression:

- Angst (F40-F43):
 - F40: Fobiske tilstand
 - F41: Andre tilstand
 - F42: Obsessiv-kompulsiv tilstand
 - F43: Reaktioner på svær belastning, tilpasningsreaktioner.
- Depression (F32-F34):
 - F32: Depressiv enkeltperiode
 - F33: Periodisk depression
 - F34: Vedvarende (kroniske) affektive tilstande.

Behandlingstilbud

De 'digitale behandlingstilbud' er afgrænset ved Lee Ritterbands (4) seks kategorier (A-F) inden for eHealth. Indledningsvis beskriver vi vores forståelse af eHealth, hvorefter vi præciserer, hvorledes vi i denne rapport forstår og anvender Ritterbands kategorier, som også er benyttet i et studie om diabetes ((s. 583-584 (56))).

eHealth

Ved eHealth forstår vi, jf. WHO (3): Informations- og kommunikationsteknologi (IKT) inden for sundhed. Herunder behandling af patienter, forskning, uddannelse af sundhedspersonale, sporing af sygdomme og monitorering af folkesundheden.

Vores fokus er behandlingstilbud i bred forstand, hvilket betyder, at vi medtager behandlingstilbud, der vedrører en behandlers kontakt med patienten: fra henvendelse, udredning, diagnostik og terapi til afslutning af behandlingsforløb. Vi har således afgrænset os fra tilbud, der vedrører rehabilitering i egentlig forstand. Herudover indgår videndeling, anvendelse af apps, hjemmesider, video m.m. til symptomlindring og behandling af angst og/eller depression, hvor der ikke nødvendigvis indgår kontakt med en behandler.

Vi skal her gøre opmærksom på, at det er en balance at afgøre, hvorvidt givne behandlingstilbud skal in- eller ekskluderes i undersøgelsen i forhold til diagnose. I tilfælde hvor et tilbud findes relevant til angst og/eller depression, medtages det, uagtet at det kan være målrettet en bredere diagnosegruppe.

Ritterbands seks kategorier

I beskrivelsen af Lee Ritterbands (4) seks kategorier for eHealth har vi medtaget afgrænsninger i forhold til nærværende undersøgelse.

- A. Internet-interventioner: Omfatter behandlingsprogrammer, der er medieret digitalt, hvori der indgår sundhedsfagligt informations- og læringsmateriale, fx videoklip og interaktive skrive- og testmoduller til selvhjælp. Internet-interventioner kan være

støttet af en behandler, fx ved at programmet understøtter kommunikation med en terapeut via en eller anden form for dataudveksling over skrift, lyd- og billedfiler. Interventionen leveres af en udbyder og modtages af en bruger over internettet uanset modtagerens fysiske placering (hjemme, i en konsultation eller lignende). Det er en forudsætning, at der aktivt indgår en patient i interventionen, men sundhedsprofessionelle kan også samtidig indgå som målgruppe i den teknologiske løsning. Øvrige it-understøttelser af sundhedsprofessionelles opgaveløsning (fx it-dokumentation af arbejdsgange og tværsektorielt samarbejde) indgår ikke i begrebet og denne rapport undersøgelsesfelt.

- B. Online-terapi: Digitalt medieret terapi af en patient (synkron såvel som asynkron). Fx kan synkron online-terapi gennemføres som en videokonsultation mellem patient og behandler. Patientens fysiske placering (hjem, lægekonsultation, sygehus eller lignende sted) er ikke afgørende. I undersøgelsen inddrages også eksempler på online-terapi, som ikke nødvendigvis kun er målrettet personer med angst og/eller depression. Tilbud og/eller projekter, hvori der alene indgår videokonferencer mellem behandlere uanset sektortilhørsforhold, er ikke en del af denne rapport.
- C. Online-grupper: Omfatter sociale netværk, der er formet eller faciliteret gennem elektroniske medier. Vi medtager online-grupper, der gør brug af fx blogs, chat room, Facebook og lignende. Det er ikke en forudsætning, at gruppen oprettes eller vedligeholdes af en behandler.
- D. Spil med henblik på sundhed: Er afgrænset til brug af videospil, som et støtteværktøj til at opnå medicinske, adfærdsmæssige og mentale sundhedsinterventioner. Spillene kan ifølge Ritterband kategoriseres i to grupper: i) eksisterende kommercielle spil (hyldevarer) henholdsvis ii) skræddersyede spil (seriøse spil). I denne rapport undersøgelsesfelt indgår alene skræddersyede spil, som er målrettet angst og/eller depression.
- E. Virtual reality: Er afgrænset til computerskabt simulering af et tredimensionalt billede eller miljø med lyd, der kan interagere på en tilsyneladende reel fysisk måde med en person, således at brugerne føler det, som om de reelt indgår i det miljø, som computeren fremstiller. Brugerne er udstyret med et særligt elektronisk udstyr (fx hjelm med en skærm indeni eller handsker med sensorer).
- F. Mobiler og anden trådløs teknologi – omtales efterfølgende som mobilteknologi: Omfatter mobilapplikationer, dvs. softwareprogrammer, som kan downloades til smartphone eller andet bærbart udstyr, målrettet brugere til monitorering af helbredsstatus eller til forbedring af sundheds-outcomes, hvad enten appen anvendes af brugeren selv eller indgår som en del af et behandlingsforløb med behandler tilknyttet. Der skelnes ikke mellem forskellige typer af apps (native apps, som er bygget specifikt til en bestemt type mobil, webapps bygget på internetteknologi eller hybrid apps, som er en blandingstype) (25). I undersøgelsen medtages både apps, som er målrettet angst og/eller depression, og apps, der henvender sig til en bredere gruppe af mennesker med sindslidelser eller psykisk sygdom. Mere kommercielt udviklede apps, som er målrettet den 'brede befolkning' (fx motionsapps, apps med henblik på velvære (mindfulness, meditation etc.)) er ikke en del af undersøgelsen. Ligeledes er behandleres brug af telefon og SMS til at koordinere aftaler om behandling med patienter heller ikke inddraget.

Det er uden for denne rapport fokusområde at beskrive de digitale værktøjer i detaljer, dette er for en stor dels vedkommende allerede gjort i Teknologisk Instituts rapport 'Digital Mental Sundhed' fra 2014 (25).

Strukturelle tiltag

Vi beskriver strukturelle tiltag som fx platforme, der både understøtter digital behandling af angst og depression samt andre diagnosegrupper – både platforme, der er under opbygning og dem, der allerede er i drift.

Anvendte betegnelser for personer

I denne rapport bruger vi følgende underbegreber for personer:

- **'patienter'** for personer, som gør brug af sundhedsvæsenets digitale behandlingstilbud – uanset om de har en klinisk stillet diagnose eller ikke har en sådan
- **'klienter'** for personer, som modtager og gør brug af private behandlingstilbud hos professionelle sundhedspersoner
- **'peers'** for personer, der primært giver støtte på basis af personlig erfaring med angst og/eller depression
- **'fagfolk'** om personer, der har speciel viden og kunnen inden for et bestemt fagområde, og som primært giver behandlingstilbud på basis af deres specialviden (fx psykoterapeuter, mindfulness-instruktører, hypnotisører)
- **'professionelle sundhedspersoner'** om gruppen af sundhedspersoner med autorisation. (fx læger, psykiatere, ergoterapeuter (13) henholdsvis psykologer (14)).

Herudover bruger vi også følgende overbegreber:

- **'behandlere'** benyttes som en samlet betegnelse for peers, professionelle sundhedspersoner og fagfolk.

'brugere' benyttes som en samlet betegnelse for patienter, klienter og behandlere, der gør brug af en given digital teknologi i forbindelse med behandlingen. Endvidere dækker betegnelsen over de borgere, der søger eller bruger alment tilgængelige behandlingstilbud, som de kan finde på internettet (fx brug af online-grupper med chat, online-videoer eller hjemmesider med forslag til øvelser).

4 Metode og data – redegørelse og diskussion

I dette kapitel beskrives indledningsvis den overordnede struktur for rapporten og dens analysedesign. Herefter er de anvendte metoder og datagrundlaget for undersøgelsens tre delanalyser beskrevet. Afslutningsvis diskuteres det valgte design og de tilhørende metoder.

4.1 Metode

Overordnet struktur for rapporten

Rapporten er indledt med en forholdsvis omfangsrig baggrundsbeskrivelse med henblik på at give læseren forståelse for og indsigt i sundhedsproblemets omfang og udfordringerne ved traditionel behandling ansigt til ansigt af angst og/eller depression – for såvel patienter, sundhedsvæsenet og samfundet. Baggrundsafsnittet leder således op til undersøgelsesspørgsmålene i denne undersøgelse. Herefter følger de tre delanalyser – med egne formål, søgninger og datagrundlag – som efterfølges af en tværgående syntese og analyse af de samlede fund. Rapporten afsluttes med en konklusion.

Overordnet analysedesign

Både de tre delanalyser og den tværgående syntese og analyse tager jf. anbefalingerne i Den Nationale Handlingsplan for udbredelse af telemedicin (21) afsæt i MAST-modellen – en europæisk model for evaluering af telemedicin, som omfatter følgende syv domæner²²:

1. Det kliniske problem og løsningens karakteristika
2. Sikkerhedsmæssige aspekter (klinisk og teknisk)
3. Kliniske effekter
4. Patientperspektivet
5. Økonomiske aspekter
6. Organisatoriske aspekter
7. Sociokulturelle, etiske og juridiske aspekter.

Der skal i den forbindelse gøres opmærksom på to forbehold over for anvendelsen af MAST-modellen: i) i de tre delanalyser er de syv domæner vægtet forskelligt afhængig af datagrundlaget for den enkelte delanalyse, og ii) MAST-modellen anvendes også i den tværgående analyse, omend nærværende undersøgelse ikke kun fokuserer på én men flere organisationer med tilhørende behandlingstilbud, infrastrukturer og forskningsprojekter.

4.1.1 Søgning og datagrundlag

I det følgende redegøres der særskilt for de tre delanalyseres søgninger og datagrundlag. Af hensyn til den logiske forståelse af logikken i søgningerne er delanalyse III beskrevet før delanalyse II.

²² MAST: Model for Assessment of Telemedicine. Engelsk betegnelse for en standardiseret model til at evaluere telemedicin. Metoden er udviklet under EU med dansk ekspertise og indeholder syv domæner (6,7).

Delanalyse I: Tilgængelige behandlingstilbud på internettet

I delanalyse I er der foretaget en afdækning af, hvilke tilbud, der er tilgængelige i Danmark for borgere, der søger hjælp på internettet. Internettet er en veletableret søgevej for danskere, der søger information om deres helbred. Vi har derfor søgt at sætte os i en borgers sted, der søger støtte og/eller hjælp til behandling af symptomer på angst og/eller depression. Søgninger af, hvad man som borger og bruger af internettet selv kan finde på internettet, giver et bredt indblik i, hvilke teknologiske kategorier, der tilbydes til behandling (jf. Ritterbands kategoriseringer), behandlernes faglige baggrund, terapiform, varighed af behandlingerne, sikkerhed og risici forbundet med tilbuddene samt priser.

Der er således foretaget en systematisk søgning på internettet af behandlingstilbud til angst og/eller depression i perioden maj-juni 2016. Der er foretaget to forskellige former for søgninger: en søgning på søgemaskinen 'Google' henholdsvis en facebook-søgning med henblik på at afdække eventuelle online-grupper.

Alle søgninger er foretaget på den samme PC med forskellige kombinationer af søgeord, indtil der ikke fremkommer nye behandlingstilbud men kun gentagelser. Vi har afgrænset os til tilbud, hvor behandling af angst og depression er klientens/patientens primære problem og ikke ledsagende lidelse til andre sygdomme og/eller sygdomsbehandlinger, fx opstået depression efter cancerbehandling. Efterfølgende er der indhentet yderligere informationer fra fx Det Telemedicinske Landkort hos Medcom (57), aviser, artikler og andre hjemmesider.

Beskrivelsen af den fulde søgning på internettet og dens afgrænsning fremgår af Bilag 1. Der er i alt fundet 51 relevante behandlingstilbud, som er beskrevet i en dertil udviklet matrice (en skabelon omfattende: udbyder, formål med behandlingen, målgruppe, beskrivelse af tilbud og organisering heraf, krav til bruger og behandler og pris), som findes i en særskilt bilagsrapport (58).

Delanalyse III: Afsluttede evalueringer af digitale behandlingstilbud i sundhedsvæsenet

Delanalyse III's beskrivelser af afsluttede evalueringer af digitale behandlingstilbud er gennemført som et litteraturstudie baseret på en systematisk litteratursøgning (se efterfølgende beskrivelse heraf). Denne er suppleret med i) en forespørgsel rettet til undersøgelsens referencegruppe med henblik på eventuel indhentning af yderligere litteratur, der burde inddrages, samt ii) gennemgang af MedComs telemedicinske landkort over udbredelsen af telemedicin i sundhedsvæsenet (57).

Systematisk litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning har haft et tredelt sigte, som både vedrører delanalyse III, henholdsvis delanalyse II, og afsøgning af litteratur til brug for baggrundskapitlet. Der er således mere specifikt søgt efter litteratur, der omfatter: i) evalueringer af afsluttede digitale behandlingstilbud i sundhedsvæsenet, som er givet til patienter med angst og/eller depression (delanalyse III), ii) igangværende digitale behandlingstilbud til angst og/eller depression, som er under udvikling, afprøvning eller i drift i det danske sundhedsvæsen, (delanalyse II), henholdsvis iii) 'grå litteratur', der giver indblik i området som baggrund for denne undersøgelse.

Litteratursøgningen er foretaget i relevante danske og internationale databaser for videnskabelig litteratur samt relevante hjemmesider for styrelser, patientforeninger m.m. med henblik på at finde litteratur, der behandler danske tilbud og forhold. Det skal bemærkes, at der er søgt bredt i forhold til litteratur og evalueringer, der vedrører angst og depression.

Søgningen er baseret på anvendelsen af såvel 'emneord' (overvejende anvendt i fagdatabaser) som fritext (overvejende anvendt på specifikke hjemmesider for fx Sundhedsstyrelsen og i patientforeninger). Angst og depression omfatter i henhold til projektets afgrænsning ICD-10-

koderne: F40-43 (angst) henholdsvis F32-F34 (depression). Den søgte litteratur er tidsafgrænset til perioden 1. januar 2006-medio maj 2016 (søgningen er foretaget maj 2016 (afsluttet 18. maj 2016)). Søgningerne med hensyn til historik, søgeord og afgrænsninger er beskrevet nærmere i Bilag 2.

Alle potentielt relevante referencer fra litteratursøgningen (89 i alt) blev indlagt i litteraturdatabase 'Refworks'. Referencerne blev efterfølgende udskrevet og gennemlæst i 'full view' af hovedforfatteren til kapitlet om de afsluttede evalueringer. På basis heraf blev der fundet i alt 7 afsluttede evalueringer, der er relevante for delanalyse III. Referencegruppens medlemmer kunne ikke supplere med oplysninger om yderligere litteratur.

Delanalyse II: Igangværende tilbud i det offentlige sundhedsvæsen

Beskrivelserne i delanalyse II af igangværende tilbud i det offentlige sundhedsvæsen beror på flere forskellige former for søgninger. De er som udgangspunkt funderet på den systematiske litteratursøgning, som er beskrevet ovenfor.

Baggrundslitteraturen er brugt som grundlag for yderligere søgninger af igangværende tilbud i det offentlige sundhedsvæsen henholdsvis forskningsprojekter. Dette er sket ved i) at krydstjekke med søgningerne fra delanalyse I, ii) forskernetværket EDITH er kontaktet med henblik på kendskab til yderligere digitale behandlingstilbud til angst og depression, iii) tilsvarende er medlemmerne af henholdsvis reference- og ekspertgruppen kontaktet om yderligere litteratur eller andre oplysninger om relevante digitale tilbud, iv) efterfølgende opringninger og udsendelse af spørgeguide til informanter, som reference- og ekspertgruppemedlemmer gjorde opmærksom på, v) 'sneboldsøgning på internettet', herunder søgning efter digital behandling af angst eller depression på regionernes hjemmesider, og endelig vi) søgning af forskningsprojekter registreret i forskningsdatabasen 'ClinicalTrials.gov'. På basis heraf er der yderligere fundet ni igangværende behandlingstilbud ud over de, der blev fundet ved søgningen på internettet i delanalyse I.

Beskrivelserne i delanalyse II af igangværende tilbud og forskningsprojekter i det offentlige sundhedsvæsen beror på interview med syv udvalgte informanter, som har viden på området, læsning af en række rapporter, artikler og tilsendte materialer fra informanterne samt analyse af de regionale hjemmesider, hvor der er præsenteret digital behandling af angst eller depression. Endelig er der foretaget interview af en it-supportperson henholdsvis en vicekontorchef samt foretaget afprøvning af moduler i en platform. Informationsindsamlingen og kritisk gennemlæsning er foregået i perioden 1. maj-4. juli 2016.

4.2 Metodediskussion

I dette afsnit diskuteres centrale forhold i relation til det valgte design, datagrundlaget samt de tilhørende søgemetoder (herunder søgeord, søgested, søgeperiode) samt afgrænsning af tilbud.

Design og datagrundlag

Vi har valgt at anvendt MAST-modellen (6,7) som afsæt for både delanalyser og den tværgående syntese og analyse af fundene. Dette er gjort vel vidende, at det ikke ville være muligt at vægte alle syv domæner ligeligt inden for og mellem delanalyserne. Brugen af MAST som model for den tværgående syntese og analyse – frem for fx MTV-konceptet (9) – har omvendt bidraget til at skærpe opmærksomheden og vurderingen af især de sikkerhedsmæssige, etiske og juridiske aspekter af digital behandling. Aspekter, som sammen med klinisk effekt, organisatoriske og økonomiske aspekter, kan have afgørende betydning for vurderinger af, om og i

givet fald hvordan digital behandling af angst og depression eventuelt skal implementeres og driftes ud over det eksisterende niveau i Danmark.

Denne undersøgelse er foruden søgninger på internettet (delanalyse I) primært baseret på systematiske litteratursøgninger (delanalyserne II og III). Undersøgelsen er – grundet de økonomiske rammer for studiet – således begrænset på følgende tre områder: i) Der er ikke foretaget etnografiske studier eller kvalitative interview, og der er heller ikke udsendt spørgeskemaer til behandlere eller brugere af behandlingstilbuddene, hvilket ville kunne have givet et dybere indblik i oplevelser og erfaringer fra behandleres og patienters perspektiv, ii) flere opfølgende interview ville ligeledes kunne have givet mere dækkende beskrivelser af infrastrukturen, de anvendte teknologier samt af samarbejdet og aftalerne mellem offentlige og private aktører og iii), der indgår ikke kommunale, digitale behandlingstilbud i denne undersøgelse, idet der ikke er foretaget en direkte henvendelse til alle landets kommuner, hvilket muligvis kunne have bidraget med et yderligere antal behandlingstilbud. Omvendt har hverken denne undersøgelses referencegruppe eller EDITH-netværket været vidende om kommunale behandlingstilbud, og det var ikke muligt for KL at sende en repræsentant med viden på området. Der indgår heller ikke tilbud om digital behandling af angst og depression i den regionale distriktspsykiatri. Dette er dog ikke ensbetydende med, at det ikke kan forekomme, men det er formentlig ikke særlig udbredt, da vi hverken er stødt på sådanne tilbud via vores søgninger eller gennem referencegruppen henholdsvis EDITH-netværket.

Søgninger

Søgeord og søgested

De benyttede søgeord i delanalyse I er fundet intuitivt og ved søgning i eksisterende litteratur ud fra en formodning om, at det er den måde, en borger ville søge efter behandlingstilbud. Søgeordene 'online gruppe' og 'online terapi' – to af Lee Ritterbands seks kategorier af eHealth – er anvendt ud fra en antagelse om, at disse er almenbrugte betegnelser i behandlingssammenhænge, som borgerne også vil kende til. Hvis vi havde søgt systematisk på alle seks eHealth-kategorier, og herunder også afsøgt fx markedspladserne Google Play og App Store efter apps som værende en af de seks kategoriseringer af eHealth, var der potentielt fundet eksempler på flere relevante behandlingstilbud. Men fordi en borger formentlig ikke ville foretage en så systematisk søgning selv, vurderer vi, at søgeord og søgested er adækvate i forhold til undersøgelsens formål.

Størstedelen af søgningerne (26 stk.) på internettet i delanalyse I er foretaget fra samme computer på søgemaskinen Google. Det er velvidende, at et af vilkårene ved en Google-søgning er, at denne altid vil være præget af den tidligere søgehistorik på computeren, blev søgehistorikken mellem søgningerne på angst og depression nulstillet. Ved hver søgning bliver resultaterne på Google placeret i en bestemt rækkefølge efter særlige (for os ukendte) algoritmer samtidig medannoncer og betalte søgeresultater er placeret øverst på siderne. Dermed kan potentielle relevante tilbud for KORAs undersøgelse havne langt nede i søgningen. Dette har KORA søgt at tage hensyn til ved, foruden at læse de tre første sider for relevante tilbud i hver søgning, også at lave stikprøver for relevante tilbud på midterste og sidste side i søgningen.

Søgeperiode

Et andet vilkår ved søgning på internettet er, at hjemmesider og information kan forblive søgbare uden krav om opdatering. Vi har således i søgeperioden fundet tilbud, som ikke længere er aktive, tilbud, der har ændret navn eller samarbejdskonstellation, samt fejlagtig og mangelfuld information om tilbud. KORA har søgt supplerende viden om tilbud i det omfang, det har været muligt. Efter afsluttet søgning er der blevet lanceret tilbud, som kunne være relevante for KORAs undersøgelse, fx appen Hellomind med hypnosebehandlinger til bl.a. angst. Selvom KORA havde udvidet søgeperioden, ville det fortsat være noget nær umuligt at beskrive *alle* digitale tilbud til behandling af angst og depression. Det har heller ikke været formålet med

KORAs søgning, hertil er markedet for digitale tilbud til behandling af en psykisk lidelse for hastigt voksende.

Beskrivelserne af behandlingstilbud, der er søgt på internettet henholdsvis igangværende regionale behandlingstilbud, infrastrukturer og igangværende forskningsprojekter samt afsluttede evalueringer vedrører angst og/eller depression er beskrevet på basis af oplysninger fremkommet i delanalysernes søgeperiode. Eventuelle ændringer eller tilføjelser efter juni 2016 er som udgangspunkt ikke medtaget for delanalyse I eller efter juli 2016 for delanalyse II.

Afgrænsning af tilbud

Målgruppen for de digitale behandlingstilbud i KORAs søgning er angst og/eller depression. Der er dog inkluderet tilbud, hvis målgruppe er bredere og uden en specifik defineret diagnose, fx mennesker med psykisk lidelse eller sygdom, når tilbuddene er vurderet relevante for angst og/eller depressionsbehandling.

5 Delanalyse I: Tilgængelige digitale behandlingstilbud – resultater

Formålet med at foretage søgninger på internettet efter tilgængelige digitale behandlingstilbud er flersidet; for det første er det at undersøge, hvilke digitale behandlingstilbud der er tilgængelige for mennesker med angst og/eller depression, der selv søger hjælp via internettet. Dernæst er formålet at undersøge og beskrive, hvad der kendetegner tilbud, som møder brugerne, dvs. hvilken type organisering i behandlingstilbuddene samt information, eller mangel på samme, om behandlernes/udbydernes baggrund, behandling, pris, sikkerhed, datahåndtering og etik samt at undersøge hvilke kompetencer, det kræver at navigere i og forstå de digitale tilbud i deres helhed.

5.1 Beskrivelser af fund

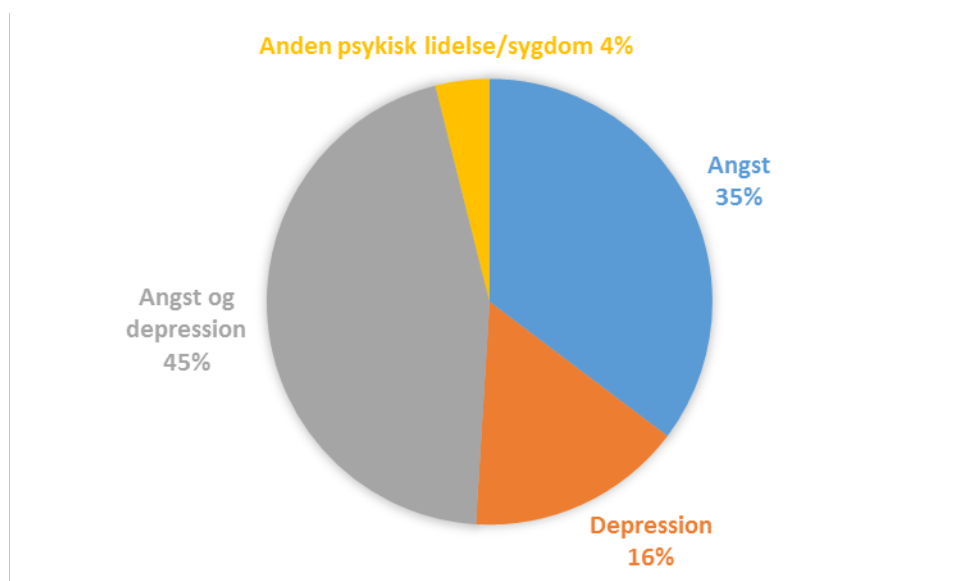
I det følgende afsnit 5.1 beskrives de identificerede (behandlings)tilbud med fokus på målgruppens fordeling på angst henholdsvis depression, type af organisering samt terapiform. I afsnit 5.1.1 følger en beskrivelse af tilbuddenes teknologiske karakter i henhold til Ritterbands (4) seks former for eHealth-kategorier.

Målgruppe

I denne delanalyse er der i alt fundet 51 unikke digitale tilbud til behandling af angst og depression, som alle fremgår af litteraturlisten (59-109). De er fundet på baggrund af 26 søgninger på Google samt to søgninger på Facebook. Alle søgningerne er foretaget på samme computer, og søgehistorikken blev nulstillet, inden søgningerne på depression påbegyndtes.

I 18 af tilbuddene tilbydes der bl.a. behandling af angst (60-67,70,74,80,83,90,91,101,104-106), otte af tilbuddene tilbyder behandling af depression (69,76,78,84,94,102,103,107), mens det fremgår af 23 af behandlingstilbuddene, at de retter sig mod både angst og depression (59,71-73,75,77,79,81,82,85-89,92,95-100,108,109). Endelig er der to tilbud, som henvender sig til en endnu større målgruppe, og beskriver denne som værende mennesker med psykiske lidelser (68) eller psykisk sygdom (93). Figur 5.1 viser tilbuddenes fordeling på diagnoser.

Figur 5.1 Målgruppe i 51 identificerede digitale tilbud fordelt på primær diagnose.



Note: De identificerede tilbud er 51 og udgøres i forhold til diagnosemålgruppe af; 18 tilbud, som primært er målrettet angst, otte til depression, 23 til angst **og** depression, samt to, hvor målgruppen beskrives som værende mennesker med psykisk lidelse eller psykisk sygdom (det, der i figuren benævnes som anden diagnose).

Kilde: Baseret på søgning på internettet i maj-juni 2016. KORA.

Af Figur 5.1 fremgår det, at hovedparten af tilbuddene (45 %) henvender sig til mennesker med angst og/eller depression, mens 35 % af behandlingstilbuddene er målrettet mennesker med angst, og 16 % henvender sig til mennesker med depression. Det er kun 4 % af tilbuddene, der ikke er diagnosespecifikke og således henvender sig til en bredere målgruppe af mennesker med psykisk lidelse eller psykisk sygdom.

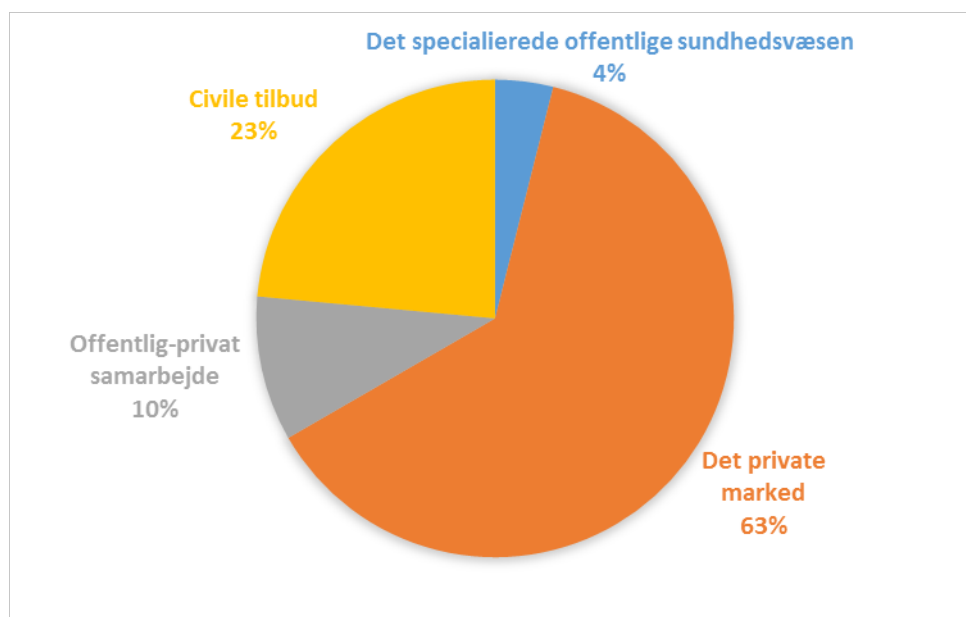
Typer af organiseringer af behandlingstilbud

Med 32 behandlingstilbud (59,61,67,68,70-75,78,80-87,90,95-101,104,106-109) udbydes langt størstedelen af de 51 behandlingstilbud på det private marked, hertil kommer 12 civile behandlingstilbud²³ (60,62-66,76,77,79,89,91,105), som også udbydes på det private marked. I det offentlige sundhedsvæsen udbydes der to behandlingstilbud af henholdsvis Psykiatrien i Region Syddanmark (94) og Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering i Region Midtjylland (103). Yderligere udbydes der fem behandlingstilbud, som er udviklet i et offentlig-privat samarbejde²⁴; et computertræningsprogram, evt. med støtte af en psykolog (92), to apps (69,102), et online-forum (88) samt en internetbaseret oversigt (93) over tilgængelige apps til behandling af psykisk sygdom. I Figur 5.2 ses en samlet oversigt over typer af organiseringer i de identificerede behandlingstilbud.

²³ Begrebet anvendes i denne undersøgelse om tilbud, som er kendetegnet ved, at peers primært giver støtte på basis af egne erfaringer med angst og/eller depression.

²⁴ Offentlig-privat samarbejde anvendes i denne undersøgelse som en samlet betegnelse for forskellige typer af samarbejder mellem det offentlige sundhedsvæsen/offentlige myndigheder og private virksomheder. Vi skelner således ikke mellem offentlig-private innovationspartnerskaber henholdsvis offentlig-private partnerskaber jf. Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen (110).

Figur 5.2 Typer af organiseringer i 51 identificerede behandlingstilbud



Note: De identificerede behandlingstilbud er 51, og der er heriblandt fundet 4 typer af organiseringer: to i det offentlige sundhedsvæsen, 32 på det private marked, fem tilbud udviklet i et offentlig-privat samarbejde samt 12 civile tilbud, som også udbydes på det private marked.

Kilde: Baseret på søgning på internettet i maj-juni 2016. KORA.

Som det fremgår af Figur 5.2, udbydes langt størstedelen af de 51 identificerede digitale tilbud på det private marked. Med henholdsvis 63 % og 23 % civile tilbud udbydes i alt 86 % af tilbuddene her. Til sammenligning er det kun 4 % af tilbuddene, der udbydes af det offentlige sundhedsvæsen, og 10 % tilbuddene, der er udviklet i et offentlig-privat samarbejde.

(90) Terapiform

I langt de fleste af tilbuddene oplyses det, at kognitiv terapi er den anvendte terapiform. I nogle tilfælde oplyser udbyder, at der indgår psykoedukation (74,75,103), positiv psykologi (98,101) eller mindfulness (61,67,70,96,100) i tilbuddet. Powerflow (90) tilbyder fx løbende et gratis online mindfulnesskursus til mennesker med angst. Kurset tilgås fra et online-møderum, hvorfra brugeren kan se mindfulnessinstruktøren og dennes computerskærm.

Der ses også eksempler på, at udbyderen selv har udviklet en metode til formålet. Det gælder fx for Angstekspert (61), som har udviklet det, han kalder 'Interaktiv Angstbehandling'. I følge udbyder indgår der både kognitiv terapi, eksistentiel psykoterapi og mindfulness.

5.1.1 Behandlingstilbuddenes teknologiske karakter

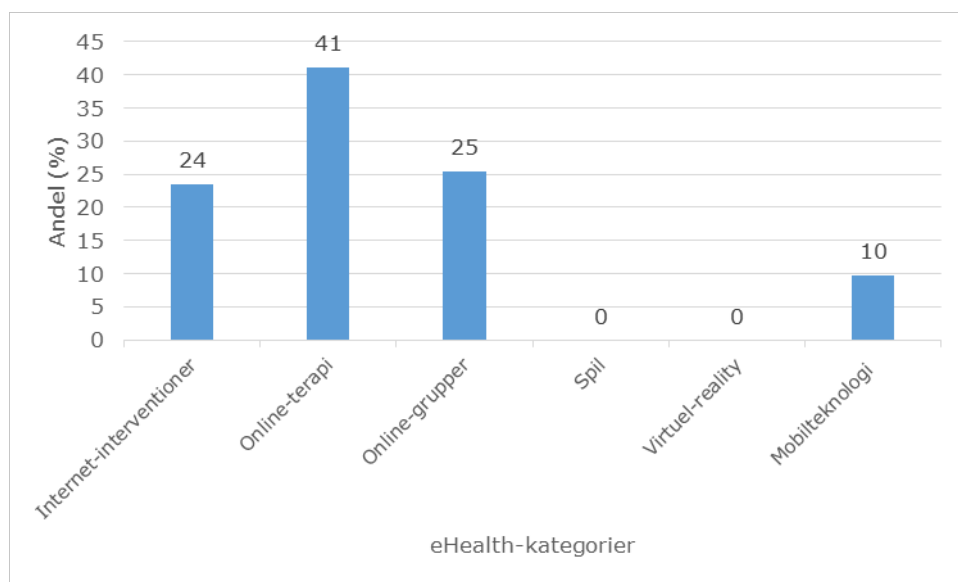
I nogle af tilbuddene indgår flere digitale funktioner og tiltag, hvormed tilbuddene kan placere sig inden for to eller flere eHealth-kategorier. I sådanne tilfælde er tilbuddet inddelt efter den primære eHealth-kategori, der indgår i behandlingstilbuddet. Ved søgningerne er der identificeret 51 tilbud, som placerer sig i fire af kategorierne:

- 12 internet-interventioner (61,67,70,74,80,86,90,92,94,95,103,104)
- 21 online-terapi (59,68,71-73,75,81,82,84,85,87,96-101,106-109)
- 13 online-grupper (60,62-66,76,77,79,88,89,91,105)

- Fem mobilteknologier (69,78,83,93,102).

I Figur 5.3 vises den procentmæssige fordeling af de 51 tilbud fordelt på eHealth-kategori.

Figur 5.3 51 identificerede digitale behandlingstilbud fordelt på den teknologiske karakter jf. Lee Ritterbands seks eHealth-kategorier*.



* Se (4).

Kilde: Baseret på søgning på internettet i maj-juni 2016. KORA.

Som det fremgår af Figur 5.3, er der en overvejende vægt af tilbud inden for kategorien af online-terapi med 41 %. Dernæst internet-interventioner og online-grupper, der udgør henholdsvis 24 % og 25 %. Endelig udgør kategorien mobilteknologi 10 %. Der er ikke fundet tilbud, der placerer sig inden for kategorien spil eller kategorien virtual reality.

Størstedelen af tilbuddene synes aktive, men to apps (78,102) har skiftet navn siden deres første lancering, et tilbud (93) (en oversigt over tilgængelige apps målrettet støtte og behandling i psykiatrien) forventes først lanceret i anden halvdel af 2016, og på et andet tilbuds (70) hjemmeside har der ikke været aktivitet siden 2013.

I afsnittene 5.1.1.1 – 5.1.1.4 gives eksempler på tilbud, der placerer sig inden for de fire kategorier af eHealth. Hvert afsnit indledes med en oversigt over, hvilke konkrete tilbud, der falder inden for den givne kategori, og derefter følger en nærmere præsentation af disse ud fra et fokus på udbyder, indhold og eventuelt andet af relevans.

5.1.1.1 Internet-interventioner

Der er som nævnt fundet 12 behandlingstilbud (61,67,70,74,80,86,90,92,94,95,103,104), der falder inden for kategorien internet-interventioner. Tilbuddene i denne kategori er overvejende kendetegnet ved at være computerprogrammer med indlagte træningsøvelser udbudt i det offentlige sundhedsvæsen, online-kurser eller selvhjælpsprogrammer i form af definerede øvelser og forløb med en vis rækkefølge og progression.

Tilbud med karakter af internet-interventioner

- Offentlige tilbud i sundhedsvæsenet
- Online-kurser
- Selvhjælpsprogrammer.

Offentlige tilbud i sundhedsvæsenet

Udbyder. Det er under kategorien internet-interventioner, at de to offentlige tilbud i sundhedsvæsenet (94,103) placerer sig. Et udbydes af Region Syddanmark (94), og et af Region Midtjylland (103).

Indhold. De to offentlige tilbud består af computerøvelser suppleret med en varierende grad af psykologsamtale undervejs i forløbet – enten videomedierede eller traditionelle samtaler ansigt til ansigt. Tilbuddene er typisk organiseret sådan, at deltageren hver uge får ny viden om sin sindslidelse, nye opgaver og nye øvelser, der skal gennemføres. Det samlede behandlingsforløb strækker sig typisk over 2-3 måneder.

Andet. Ét tilbud (103) forudsætter brugerens fremmøde på tilbuddets lokalitet, hvorfra computertræningsøvelserne kan gennemføres. I det andet tilbud (94) er det muligt at gennemføre øvelserne (via internetforbindelse) fra hjemmet på alle tider af døgnet.

Online-kurser

Udbyder. Herunder findes fx Angstekspert (61), hvis udbyder er psykoterapeut og mindfulnessinstruktør, samt Godstart.nu (80)²⁵, hvis udbyder er uddannet psykolog.

Indhold. Fælles for de to tilbud er, at kurserne er videoer optaget på forhånd, hvortil man køber sig adgang. Det er således ikke muligt for brugeren at stille spørgsmål under selve kurset, men i varierende grad er det muligt efterfølgende. Kurserne er typisk inddelt i mindre videosessioner, som skal ses med et givet tidsinterval.

Andet. Angstekspert (61) tjener som et eksempel på et tilbud, der tilbyder brugeren at stille spørgsmål efter kurset via en supportfunktion. Videoindhold indgår som den overvejende del i behandlingsforløbet. Hver video har et ID-nummer, således at det er nemt at referere til den specifikke video ved spørgsmål.

Selvhjælpsprogrammer

Udbyder. Herunder findes fx hjemmesiden Bryd Angsten (70), hvis udbyder bl.a. har en uddannelse i psykologi ved Københavns Folkeuniversitet samt en uddannelse i mindfulness. Derudover Det Mentale Motionscenter (95), en hjemmeside, som Psykiatrifonden står bag.

Indhold. I de to ovenfornævnte eksempler på selvhjælpsprogrammer er der altså ikke tale om behandlingsforløb, som understøttes af behandlere undervejs, men derimod forløb, som tilbydes gennem et på forhånd tilrettelagt program, hvor øvelser og information skal udføres og læses med et givet tidsinterval. Selvhjælpsprogrammerne er typisk gratis at anvende.

Det Mentale Motionscenter (95) er et eksempel på en hjemmeside med et kronologisk forløb til behandling af angst eller depression. Formålet er at give hjælp til selvhjælp; at dele viden,

at videregive videoer og øvelser, som brugeren kan anvende til at "tænke sig stærk" med og minimere omfanget af angsten eller depressionen.

Bryd Angsten (70) er øjensynligt tiltænkt at være struktureret som et uge-for-uge-forløb, hvor der hver uge deles viden og øvelser, hvis formål er at minimere angst. Forløbet er startet i uge seks i 2013 og forsætter kontinuerligt til uge 16, hvorefter der springes til uge 18, 27 og 29. Hver uge har et tema med dertilhørende indhold, men under flere af ugerne er der ikke anført noget. Dette spring i ugerne samt manglende ugeangivelse illustreres i Figur 5.4 nedenfor.

Figur 5.4 Uge-for-uge-forløb til behandling af angst hos Bryd Angsten



Uge 15 - Lær den kognitive model at kende her	02
Uge 16 - Lær din krop at kende her	03
Uge 17 - Begynd at accepter dét, du ikke kan ændre her	04
Uge 18 - Brug 2. tanken her	05
Uge 27 - Find dine citater og brug dem her	06
Uge 29 - Opøv din visualiseringssevne her	07
Uge XX - Lav din målliste her	08
Uge XX - Undersøg og udfordr din målliste her	09
Uge XX - Find dine rollemodeller her	10

Note: Umiddelbart er sidens indhold ikke opdateret siden 2013.

Kilde: Udsnit gengivet fra hjemmesiden <http://www.brydangsten.dk/page7.html>. Juni 2016. KORA.

Andet. Bryd Angsten (70) er et eksempel på, at der ligger mere eller mindre færdigudviklede behandlingstilbud tilgængelige på internettet, hvis indhold både kan være forældet og mangelfuldt beskrevet. Her er det måske særlig vigtigt at være opmærksom på, at der ikke er formelle krav til kvalitet, udformning, opdateret indhold, etiske principper eller lignende, som et sådan tilbud er underlagt. Hermed bliver det også tydeligt, at brugeren pålægges et stort ansvar for selv at vurdere tilbuddets kvalitet, baggrund og egnethed i forhold til egen diagnose.

5.1.1.2 Online-terapi

Under denne kategori er der fundet 21 tilbud (59,68,71-73,75,81,82,84,85,87,96-101,106-109), herunder to digitale portaler (81,108), hvis formål er at fungere som et opslagsværk og en platform, hvorigennem der kan etableres kontakt mellem behandler og klient²⁶. I de resterende 19 tilfælde tilgås tilbuddet via dets egen hjemmeside.

²⁶ Klienter anvendes i undersøgelsen for personer, som modtager og gør brug af private behandlingstilbud hos behandlere (fx psykologer, psykiatere, psykoterapeuter).

Tilbud med karakter af online-terapi

- Online-terapi lokaliseret via tilbuddets egen hjemmeside
- Online-terapi lokaliseret via en digital portal med tilmeldte behandlere.

Online-terapi lokaliseret via tilbuddets egen hjemmeside

Udbyder. Herunder findes online behandlingstilbud, som i overvejende grad udbydes af psykologer, fx Christianshavns Kognitive Psykologklinik (72) og Psykologlinjen (100), eller af psykoterapeuter, fx Aktiv Terapi (59) og JLM Terapi (84). Derudover er der også fundet eksempler på to speciallæger i psykiatri, der tilbyder online-terapi/behandling med diagnosticering og medicinering; Dansk Telepsykiatri (75) og Behandlingscentret Den Lille Prins (68).

Indhold. Det hyppigst anvendte kommunikationsmedie er videosamtaler over fx Facetime eller Skype, men der er også eksempler på, at der tilbydes terapi over e-mail (97), chat (101) eller telefon (106). Langt de fleste af tilbuddene tilbyder både traditionel ansigt til ansigt-samtale-terapi og online-terapi.

Andet. Tilbuddet om angst- og/eller depressionsbehandling er som oftest blot en blandt flere lidelser, der tilbydes behandling af. I nogle tilbud fremhæves terapi ansigt til ansigt som det fortrukne, men det anføres, at online-terapi kan være ideel for de klienter, som fx pga. udstationering (85,100), travlhed (59) eller lang transporttid (72), ikke har mulighed for fysisk at møde op til samtaleterapi. Der er også eksempler på tilbud, som udelukkende udbyder online-terapi, fx Kognitiv Terapi Online (85).

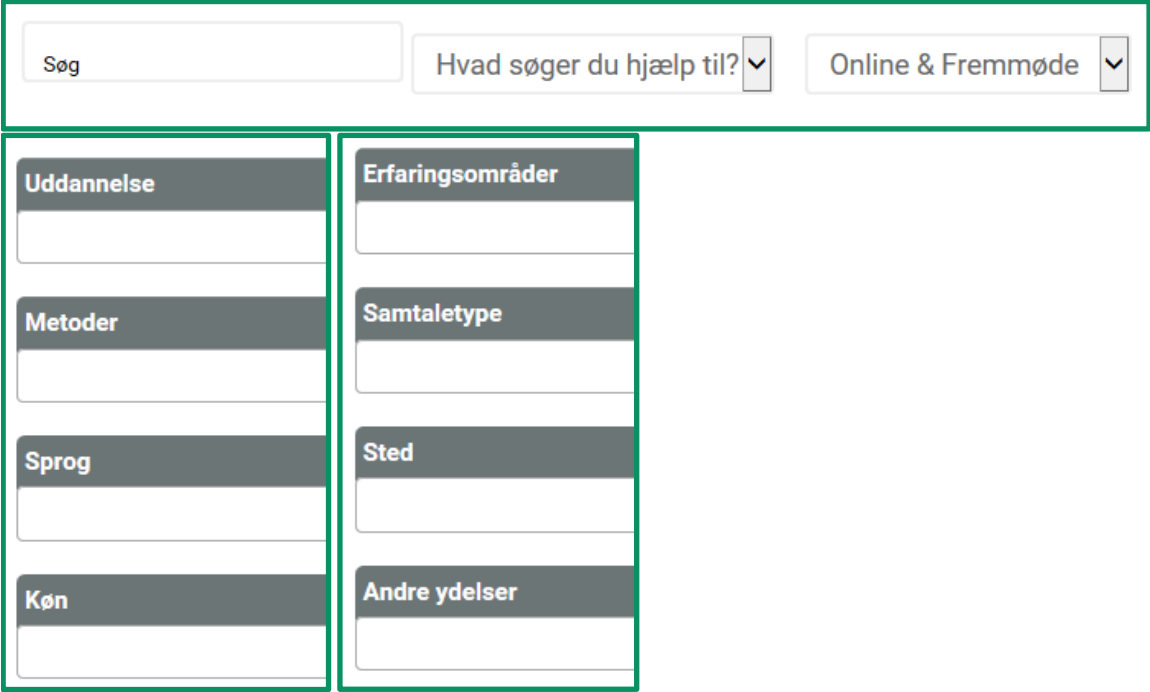
Online-terapi lokaliseret via en digital portal med tilmeldte behandlere

Udbyder. Herunder findes de danske versioner af de to digitale portaler GoMentor (81) og Therapion (108).

Indhold. På portalerne er der et bredt udvalg af professionelle kompetencer repræsenteret, bl.a. psykologer, psykoterapeuter, coaches, sexologer m.m. Portalernes formål er tosidigt, idet de varetager interesser for både klient og behandler. Behandlerne kan anvende portalerne som en markedsføringskanal, reklamere for deres tilbud samt anvende hjemmesiden som en "sekretærfunktion" med booking- og betalingstilbud. Klienterne tilbydes en overskuelig oversigt over behandlere og har bl.a. mulighed for at søge på tilbud rangeret efter behandlerens erfaringsområder, uddannelse, sprog, terapiform m.m.

Andet. For begge portaler gør det sig gældende, at de også er internationalt forankret. Det er således muligt at få vist hjemmesiderne på både dansk og andre sprog, ligesom begge portaler også tilbyder en udvidet søgefunktion på behandlere med specifikke sproglige kompetencer og, som førnævnt, også på fx behandlerens erfaringsområder og uddannelser. Et udsnit af søgefunktionen på portalen Gomentor.dk illustreres i Figur 5.5.

Figur 5.5 Udvalg af søgefunktioner på den danske portal Gomentor.dk.

The image shows a search interface with a top bar containing a search input field labeled 'Søg', a dropdown menu 'Hvad søger du hjælp til?' with a downward arrow, and another dropdown menu 'Online & Fremmøde' also with a downward arrow. Below this bar are two columns of filter categories. The left column includes 'Uddannelse', 'Metoder', 'Sprog', and 'Køn'. The right column includes 'Erfaringsområder', 'Samtalestype', 'Sted', and 'Andre ydelser'. Each category has a corresponding empty input field for filtering.

Kilde: Partielle udsnit af søgefunktioner gengivet fra hjemmesiden www.gomentor.dk. Juni 2016. KORA.

5.1.1.3 Online-grupper

Der er fundet 13 tilbud (60,62-66,76,77,79,88,89,91,105), der falder ind under kategorien online-grupper. Grupperne har typisk karakter af chat og/eller fora på en given hjemmeside eller karakter af lukkede sociale grupper på Facebook. For alle gælder, at brugerne selv producerer indholdet.

Tilbud med karakter af online-grupper

- Online-grupper via en given hjemmeside
- Facebookgrupper.

Online-grupper via en given hjemmeside

Udbyder. Herunder findes Angstforeningens hjemmeside med en chatfunktion (63) og et online-forum (64), Depressionsforeningens hjemmeside DepNet.dk (76) samt hjemmesiden Min-Hverdag.nu (88), som er udviklet i et offentlig-privat samarbejde mellem Ministeriet for børn, ligestilling, integration og sociale forhold og TrygFonden.

Indhold. Angstforeningen tilbyder via deres hjemmeside en chatfunktion (63), hvor brugere kan mødes online og chatte med hinanden om "alt mellem himmel og jord", ligesom Angstforeningen også har et online-forum (64) på deres hjemmeside. Her findes 25 forskellige fora med hvert deres tema, bl.a. diagnosespecifikke fora, fora om behandling og terapi og fora for pårørende. Medio 2016 (maj) er der knap 4.400 tilmeldte brugere.

Depressionsforeningen tilbyder via hjemmesiden DepNet.dk (76) også chat, ekspertbrevkasse og debatforum. På chatten kan man møde andre brugere, og det er også muligt at indsende et spørgsmål til en brevkasse, som besvares af enten psykiater, læge, psykolog, sygeplejerske, socialrådgiver eller præst. Tidligere brevkassesvar ligger tilgængelige i et arkiv på siden, og det fremgår, at der medio 2016 (juni) er 7.285 brevkassesvar. Det er dog kun muligt, at se de seneste 50 svar, som strækker sig fra februar 2016 tilbage til november 2013. I debatforummet findes syv forskellige fora, hvoraf der i de seks har været aktivitet i 2016. Det er ikke muligt at se antallet af registrerede brugere i forummet.

På hjemmesiden MinHverdag.nu (88) har brugere mulighed for at udveksle erfaringer og dele gode råd til at overkomme udfordringer med psykiske lidelser. Medio 2016 (juni) er der oprettet 23 udfordringer under emnet depression, hvoraf der i de 21 af dem er svar fra andre brugere og 10 udfordringer under emnet angst, hvoraf der i de syv af dem er svar. Det er ikke angivet, hvor mange brugere der er tilknyttet siden, ligesom det heller ikke er muligt at se, hvornår en udfordring er oprettet, eller hvornår der sidst er genereret brugerindhold.

Andet. Det fremgår af Angstforeningens hjemmesider, at der er tilknyttet administratorer til både chatfunktionen (63) og online-forum (64).

Facebookgrupper

Udbyder. Herunder findes både Angstforeningens to Facebookgrupper (62,65) og grupper stiftet af private virksomheder.

Indhold. Angstforeningen er udbyder af de lukkede facebookgrupper Angstforeningen (62) og Mødestedet (65) med henholdsvis ca. 3.500 og 200 medlemmer (maj 2016). Gruppen Angstforeningen er tænkt som et forum, hvori der kan deles gode råd og erfaringer, og Mødestedet som en online-gruppe, hvor igennem der kan etableres kontakt brugerne imellem med henblik på at forestå sociale arrangementer.

Virksomhederne bruger deres respektive Facebookgrupper til at give gratis sparring og råd til medlemmer af gruppen og til at reklamere for deres andre (betalings)tilbud. Virksomheden Powerflow har Facebookgruppen 'Mød din angst' (91) med ca. 50 medlemmer (maj 2016) og reklamerer i gruppen for et online mindfulness-kursus, som tilbydes via virksomhedens hjemmeside (90). Mette Aalykke er udbyder af Facebookgruppen 'Angst Forum' (60) med ca. 250 medlemmer (maj 2016), og via gruppen reklamerer hun for en online streamingtjeneste med hypnose, som tilbydes i hendes virksomhed LivskvalitetsPartner (86).

Andet. Det fremgår ligeledes her af Angstforeningens hjemmesider, at der er tilknyttet administratorer til Facebookgrupperne Angstforeningen (62) og Mødestedet (65).

5.1.1.4 Mobilteknologi

Endelig er der fundet fem tilbud, der placerer sig i kategorien mobilteknologi: en hjemmeside (93), en mobil webtjeneste (83) samt tre apps (69,78,102).

Tilbud med karakter af mobilteknologi

- Hjemmeside
- Mobil webtjeneste
- Apps.

Hjemmeside

Udbyder. Her er der tale om hjemmesiden Mindapps.dk (93), som er udviklet af Telepsykiatrisk Center, Psykiatrien i Region Syddanmark og Colab Recovery & Rehab, som er en udviklingsenhed og samarbejdsmodel for offentlig-privat udvikling på tværs af sundhedsvæsenet.

Indhold. Hjemmesidens formål er at skabe en overskuelig oversigt over apps målrettet støtte og behandling af psykisk sygdom. På hjemmesiden vil man blive guidet til den rette app i forhold til egne behov og diagnose, og hver app vurderes i forhold til brugervenlighed, design, klinisk effekt, datasikkerhed og fortrolighed.

Andet. Hjemmesiden forventes lanceret i anden halvdel af 2016.

Mobil webtjeneste

Udbyder. Her henvises til den mobile webtjeneste DoDoneGone (83), som er udviklet i samarbejde mellem IT-Universitetet i København, Professionshøjskolen Metropol, Psykoterapeutisk Center Stolpegård i Region Hovedstadens Psykiatri samt Peking Universitet. Kræftens Bekæmpelse og Socialt Udviklingscenter SUS varetager brugerafprøvnings. Virksomheden Less is More står for softwareudvikling, og virksomheden Dictus leverer rådgivning.

Indhold. Tilbuddet DoDoneGone (83) består af en hjemmeside, hvor instruktøren (behandleren) og klienten i samarbejde kan skræddersy et behandlingsforløb til at reducere klientens angst. Klienten kan modtage påmindelser og notifikationer på sin mobiltelefon om øvelser eller instruktioner i forbindelse med at blive i stand til at udføre aktiviteter uden en angstreaktion.

Apps

Udbyder. Herunder er der fundet tre apps gennem søgning på internettet:

- Minvej (69), udviklet i et offentlig-privat samarbejde mellem virksomheden Bridge IT og Københavns Kommunes Socialforvaltning
- Let's Talk tidligere Mit Humør (78), udviklet i samarbejde mellem virksomheden Eli-Lily & Company, Depressionsforeningen og psykiater Bodil Andersen
- Monsens, tidligere Daybuilder²⁷, (102), udviklet i et offentligt-privat samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri, Center for Sundhedsinnovation og to iværksættere.

Indhold. Appen Minvej (69) er en del af et større initiativ af samme navn, hvis formål er at skabe fællesskaber blandt ligestillede med sindslidelser. Appen har til hensigt at fungere som en kriseplan eller et forebyggende initiativ med mulighed for individuel tilpasning i en åben skabelon. Her kan fx registreres humør, omfanget af social kontakt, mål eller telefonnumre på

²⁷ Daybuilder var en integreret webbaseret platform og app målrettet kommunikation mellem behandlere og patienter med depression udviklet i 2012 af de to iværksættere Phillip Kaare Løventoft og Lasse Benn Nørregaard i virksomheden Daybuilder Solutions, i samarbejde med Region Hovedstadens Psykiatri og Center for Sundhedsinnovation (111,112). Daybuilder Solutions er d. 1.12.2015 opkøbt af Monsenso ApS og integreret i virksomhedens eksisterende mHealth-løsninger (sundhedsløsninger målrettet psykiatrien). Monsenso mHealth understøtter behandlingen af patienter med forskellige psykiske diagnoser, herunder bl.a. skizofreni og depression (113). Appen omtales i det efterfølgende som Monsenso.

personer, væresteder eller rådgivninger, som skal kontaktes ved akut behov for støtte. Appen kan downloades i App Store, men brug af appen kræver login, som først gives, efter at brugeren har deltaget i Projekt Minvej, som p.t. kun fire kommuner udbyder²⁸.

Appen Let's Talk (tidligere Mit Humør) (78) henvender sig til mennesker med depression. I denne app kan brugeren registrere sit humør, og der findes en række mindfulnessøvelser, mulighed for at skrive personlige informationer og en medicinpåmindelses-funktion.

Appen Monsenso (102) henvender sig bl.a. til mennesker med depression. Appen skal gøre patienten i stand til at håndtere symptomer og den adfærd, der udløser symptomerne. Appen kan anvendes til at udfylde rutinemæssige selvevalueringer over patientens tilstand og indgår som en del af en behandling. Behandleren kan også tilgå appen og får adgang til en web-portal, der opsamler alle data fra patientens og pårørendes²⁹ brug af appen. Dermed kan behandleren løbende overvåge patienten og dennes tilstand³⁰.

Andet. Den teknologiske udvikling synes at have medført, at der konstant lanceres nye apps, eller gamle lanceres i ny form. Det synes at have være tilfældet med den ovenfor nævnte app Mit Humør (78), som uden nærmere forklaring sidenhen har skiftet navn, og muligvis også indhold, til Let's Talk. Ejerskiftet fra DayBuilder Solutions til Monsenso ApS har heller ikke været helt nemt at gennemskue, og det har krævet en del søgning på internettet at belyse det (se fodnote 29). I Figur 5.6 ses eksempler på kommentarer fra brugere, som, muligvis grundet Mit Humør's navneskifte til Let's Talk, ikke kan finde appen i App Store.

Figur 5.6 Kommentarer fra brugere, der ikke kan finde appen Mit Humør i App Store.



Kilde: Udsnit gengivet fra hjemmesiden <http://alldanskeapps.dk/iphone-ipad/medicinsk/mit-humor-bhbrtth.html> Juni 2016. KORA.

5.2 Tværgående analyse af fund

I dette afsnit følger en tværgående fremstilling af fund på tværs af eHealth-kategorierne. Dette gøres ud fra et fokus på følgende domæner fra MAST-modellen³¹ (6,7):

- Organisatoriske aspekter og patientperspektivet

²⁸ I november 2016 har hjemmesiden www.min-vej.dk ændret indhold, så det ikke længere fremgår, hvor mange kommuner og brugere, der gør brug af appen. Det fremgår ikke, hvornår hjemmesiden er opdateret.

²⁹ Monsenso ApS tilbyder en smartphone-app, som både patient og behandler, og på sigt også pårørende, kan tilgå i behandlingen af patienten. Modulet til de pårørende forventes klar til brug i andet kvartal af 2016 og løber over en periode på to år (114).

³⁰ Appen Monsenso kan downloades i App Store, men da den er en del af et behandlingstilbud, er den ikke frit tilgængelig for alle. Monsensos ApS' første kommercielle år var 2015. Efterfølgende er der indgået projekt-aftaler i Region Nord henholdsvis i Region Hovedstaden og nu også i Region Sjælland og Region Syddanmark, hvor appen testes på patienter (115).

- Økonomiske aspekter
- Sikkerhedsmæssige aspekter
- Ethiske aspekter.

På de 51 identificerede behandlingstilbuds hjemmesider findes der ingen beskrivelse af den kliniske effekt ved anvendelsen af de digitale tilbud, hvorfor MAST-domænet 'Kliniske effekter' ikke indgår i kapitel 5.

5.2.1 Organisatoriske aspekter og patientperspektiv

De følgende afsnit 5.2.1.1-5.2.1.3 baserer sig på MAST-domænet organisatoriske aspekter, som medtænkes i forhold til at sige noget om faggrupper repræsenteret i tilbuddene, deres kompetencer og deres baggrund. Dernæst følger afsnit 5.2.1.4, som inddrager domænenes organisatoriske aspekter og patientperspektiver. Disse områder anvendes sammen ud fra et fokus på, hvilke (nye) kompetencer det afkræver behandler/udbyder og bruger/klient at udbyde henholdsvis at benytte et digitalt tilbud.

5.2.1.1 Behandlerens/udbyderens baggrund

Generelt ses der mange forskellige faggrupper repræsenteret blandt behandlerne/udbyderne af de identificerede digitale behandlingstilbud³². De tilbud, der har karakter af internet-interventioner eller online-terapi, har hovedsageligt en psykolog eller psykoterapeut som behandler/udbyder.

De resterende faggrupper repræsenteret i tilbuddene spænder vidt lige fra to ergoterapeuter (59,73) til en lærer (109) til tre pædagoger (84,86,90) til to speciallæger i psykiatri (68,75). Der synes at være en tendens til, at psykologerne og lægerne kun har anført én akademisk uddannelse³³, hvorimod psykoterapeuterne som oftest yderligere har anført én eller flere kortere uddannelser, kurser og/eller certificeringer som fx coach (73,82,86,90,106,109), mindfulnessinstruktør (61,70,90,104), hypnoseterapeut (67,82,86) etc). Fælles for disse er, at de sigter mod at fremme sundhed, personlig udvikling, fysisk formåen og psykisk trivsel. Yderligere er der fundet tre behandlere/udbydere af tilbud, hvis primære baggrund adskiller sig væsentligt fra de andres. Det drejer sig om en revisor (70), en mediegrafiker (104) og en cand.merc. i markedsføring og kommunikation (106). Deres tilbud er udviklet og baseret på personlige erfaringer med angst og/eller depression og i nogle tilfælde suppleret med viden fra sygdoms- eller behandlingsspecifikke kurser, certificeringer eller uddannelser af kortere varighed.

5.2.1.2 Peer-støtte

Tilbud udbudt i eHealth-kategorien online-grupper er alle civile tilbud baseret på peer-støtte. Socialstyrelsen definerer peer-støtte som '*støtte til forandring mod et bedre liv, som finder sted mellem to eller flere personer, der forbindes af fælles erfaringer i live*' (11). I denne undersøgelse bruges begrebet om et civilt tilbud (synkront såvel som asynkront), der bygger på

³² Denne distinktion mellem behandler og udbyder foretages, da der ikke altid indgår en aktiv behandlende part i tilbuddet, som det fx er tilfældet med online-kurser, som er optaget på forhånd. Udbyder refererer da til personen, som står bag tilbuddet. I nogle tilfælde vil udbyder og behandler være den samme, som det fx er tilfældet med psykoterapeuter eller psykologer, som via egen klinik tilbyder behandling (online-terapi) af angst og/eller depression. Der skeles ikke til, hvem der rent teknisk har udviklet tilbuddet.

³³ Det fremgår således ikke, om den behandlende psykolog også har autorisationsuddannelsen (2-årigt klinisk forløb) og specialistuddannelsen (4-årigt forløb).

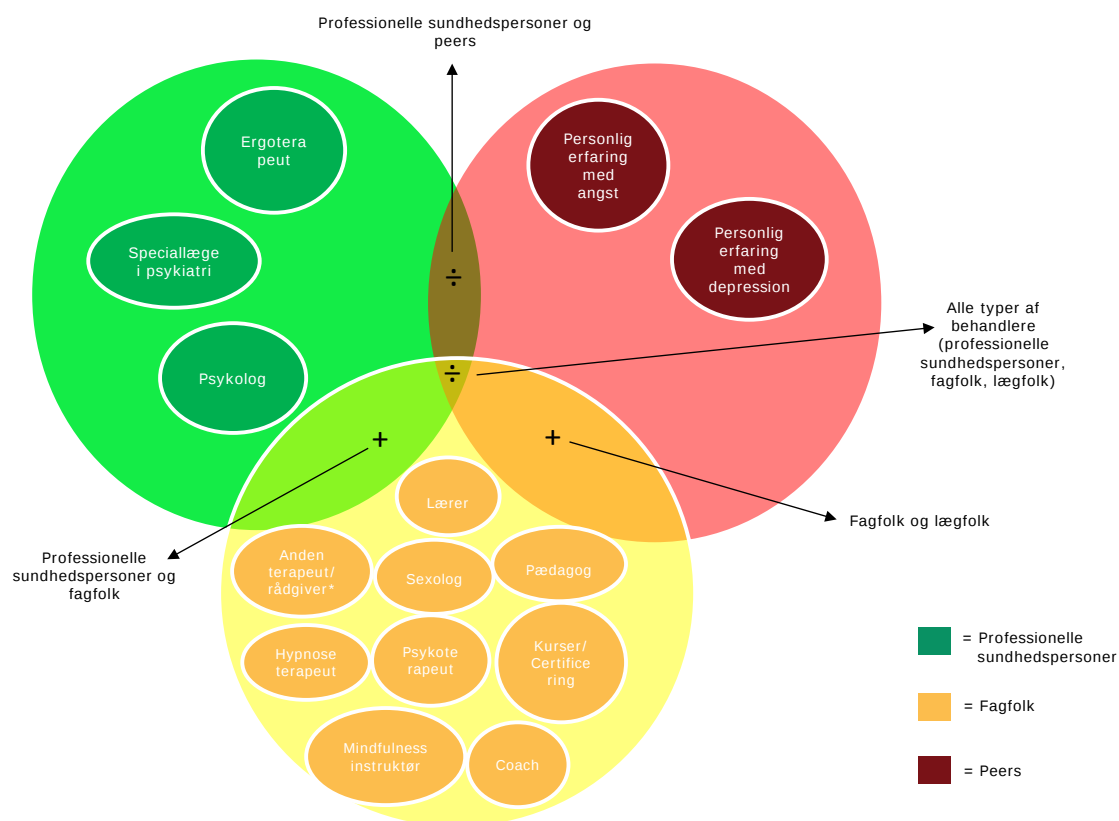
'peers'³⁴ oplevelser og erfaringer med angst og/eller depression, og hvor erfaringerne inddrages med henblik på at støtte og hjælpe andre med tilsvarende psykiske vanskeligheder. Dette gælder bl.a. for Facebookgrupper, der er stiftet af private personer, som både giver gode råd og vejledning på baggrund af egen sygdom og faciliterer kontakten mellem andre mennesker, der kan gøre det selvsamme via gruppen. Herunder findes fx Facebookgrupperne 'Os med stress, angst og/eller depression' (89) og 'Slip angsten – på din egen måde' (105).

Peer-støtte anvendes også om de mere omfattende tilbud, hvor behandleren/udbyderen stadig har personlig erfaring med angst eller depression og inddrager denne i tilbuddet. Angstekspert (61) er et eksempel på et tilbud baseret på personlig erfaring, hvortil det er muligt at købe et abonnement til mere end 100 videoer, gode råd, guides, webinars³⁵, supportfunktion m.m. Angst-strategier.dk (67) er ligeledes et tilbud baseret på personlig erfaring, som bl.a. udbyder en brevkasse-funktion, et gratis online-kursus, nyhedsbreve, e-bøger samt terapi og coaching. I Figur 5.7 illustreres behandlernes baggrund for at udbyde et digitalt tilbud til behandling af angst og depression.

³⁴ Betegnelsen bruges om personer, der primært giver støtte på basis af personlig erfaringer med at have angst og/eller depression.

³⁵ Live online -TV.

Figur 5.7 Baggrund hos behandlere/udbydere af 51 identificerede tilbud til behandling af angst og/eller depression.



Note: Professionelle sundhedspersoner omfatter gruppen af sundhedspersoner med autorisation (læger og ergoterapeuter jf. §27 henholdsvis §58 i Autorisationsloven (13) og for psykologer jf. §2 i Psykologloven (14)). Fagfolk omfatter personer med special viden og kunnen inden for et bestemt fagområde, som primært giver behandlingstilbud på basis af deres specialviden (fx psykoterapeuter, mindfulnessinstruktører, hypnotisører). Lægfolk anvendes om de personer, der primært giver peer-støtte på basis af personlig erfaring med angst og depression. Behandlere benyttes som en samlet betegnelse for professionelle sundhedspersoner, fagfolk og lægfolk.

'+' : Udtryk for, at denne fællesmængde af behandlere/udbydere er identificeret, mens '÷' er udtryk for, at fællesmængden af fx personer med autorisation **og** personlig erfaring ikke er fundet i denne undersøgelse.

*Anden terapeut/rådgiver omfatter: Stressterapeut, NLP-terapeut (Neuro Lingvistisk Psykologi), individuel terapeut, par-terapeut, krops- og gestaltterapeut, kognitiv terapeut, familierådgiver og samlivsrådgiver samt diplomuddannelse i psykologi, kandidat i pædagogisk psykologi og mastergrad i psykologi henholdsvis familie- og parterapi.

Kilde: Baseret på søgning på internettet i maj-juni 2016. KORA.

Som det fremgår af Figur 5.7, omfatter gruppen af professionelle sundhedspersoner (den grønne cirkel) psykologer, ergoterapeuter og speciallæger i psykiatri, hvoraf førstnævnte er langt de fleste. De professionelle sundhedspersoner tilbyder fortrinsvis online-terapi. Gruppen har et mindre overlap med gruppen af fagfolk (gul cirkel).

Blandt fagfolkene ses meget forskellig baggrund, gruppen omfatter således: Psykoterapeuter, pædagoger, coaches, instruktører i mindfulness, hypnoseterapeuter, en lærer, en sexolog, andre terapeuter og rådgivere samt personer med forskellige certificeringer og kurser. I denne gruppe er det psykoterapeuterne, der er i overtal. Kendetegnende for psykoterapeuterne er, at de har flere uddannelser, kurser og/eller certificeringer bag sig. Der er således en behandler, som både er psykoterapeut, parterapeut, sexolog og ergoterapeut (59). Fagfolkene tilbyder overvejende online-terapi eller online-kurser. Gruppen har et mindre overlap med gruppen af lægfolk (rød cirkel).

Gruppen af lægfolk giver primært peer-støtte på basis af egne erfaringer med at have angst og/eller depression. Det kan fx være i Angstforeningens forum (64), hvor man kan læse, skrive eller kommentere på et indlæg om angst, eller på DepNet.dk's chat (76), hvor man kan chatte med andre brugere med depression. Gruppen dækker over et forholdsvis stort antal personer, fx var der alene på Angstforeningens forum 4.382 tilmeldte brugere (maj 2016), mens Angstforeningens facebookgruppe (62) havde 3.278 medlemmer (maj 2016).

5.2.1.3 Tilgængelig information om behandler/udbyder

Generelt ses der stor forskel på, hvordan det faglige afsæt i tilbuddene præsenteres og legitimeres. I nogle tilbud beskrives behandlerens/udbyderens baggrund nøje med uddannelse(r), erfaringer, arbejdsområder og personlige forhold. Hos nogle har det karakter af et traditionelt CV. Det er fx tilfældet med udbyderen af Aktiv Terapi (59), hvis CV med uddannelser, praktikker, kurser, workshops, frivilligt arbejde etc. er tilgængeligt på tilbuddets hjemmeside. I nogle tilbud, typisk tilbud udbudt af fagfolk³⁶, suppleres også med anbefalinger, erfaringer med tilbuddet og udtalelser om behandlerens/udbyderens faglighed og personlighed, som er formuleret af andre brugere af tilbuddet (59,82,90).

Modsat findes der også tilbud, hvor behandlerens baggrund er meget sparsomt beskrevet. Det ses bl.a. med tilbuddet Dansk Telepsykiatri (75), som en speciallæge i psykiatri står bag. Der findes ingen oplysninger om uddannelsesår- eller sted, erfaringer, tidligere jobs eller lignende på hjemmesiden. Gennem en søgning på Google viser det sig dog, at lægen også driver en psykiatrisk klinik, og på klinikkens hjemmeside findes der informationer om tidligere jobs og områder, som lægen har specialiseret sig i. Et andet eksempel på et generelt meget sparsomt beskrevet tilbud, både hvad angår behandling og behandlerens baggrund, er tilbuddet Kognitiv Terapi Online (85). På tilbuddets hjemmeside findes der informationer om behandlerens uddannelsesmæssige baggrund samt ekspertiseområder, omend disse oplysninger kun er beskrevet i punktform og noget ulogisk kun er placeret under fanen "Therapy in English".

5.2.1.4 Kompetencer hos bruger og behandler/udbyder

Både bruger og behandler/udbyder må selvfølgelig have adgang til teknisk udstyr i et vist omfang. Oftest er det tilstrækkeligt at have adgang til en computer, smartphone eller anden tablet med en stabil internetforbindelse og i nogle tilfælde også en computer med webcam og mikrofon. Bruger og behandler/udbyder må også have visse tekniske kompetencer i forbindelse med at navigere rundt på hjemmesider, downloade apps, installere programmer etc. Brugeren skal herudover være i stand til at foretage betaling over internettet. Ved nogle af tilbuddene forudsættes det endvidere, at brugeren har gode læse-, overblik- og koncentrationsevner, idet nogle tilbud kan være så detaljeret beskrevet, og til dels også ulogisk opstillet, at der er risiko for, at væsentlig information kan drukne i mange sideklik, billeder, tekstbokse og interne sidehenvisninger. Hjemmesiden for tilbuddet Liv Johns – Psykoterapi i København (109) er et eksempel på et tilbud, hvor der nok med fordel kan tænkes i en bedre strukturering af hjemmesiden, idet den fremstår med mange billeder, tekstbokse og interne sidehenvisninger hjemmesiden.

Brugerens sproglige kompetencer

I langt de fleste tilfælde må brugeren være i stand til at læse, skrive, tale og forstå dansk i et omfang, der ikke kræver tolk. Undtagelsesvis er dog Kognitiv Terapi Online (85), som tilbyder terapi på engelsk, såvel som der på GoMentor's (81) engelsksprogede pendant, Gomentor.com, kan søges efter behandlere fra hovedsageligt UK, USA, Skotland og Irland. Hos Therapion

³⁶ Betegnelsen bruges om personer, der har speciel viden og kunnen inden for et bestemt fagområde (og som primært giver behandlingstilbud på basis af deres specialviden (fx psykoterapeuter, mindfulness-instruktører, hypnotisører).

(108), hvis hjemmeside kan vises på 16 forskellige sprog, kan der søges på behandlere fra lande, der dækker både USA, Europa og Asien. Endvidere tilbyder alle psykologer hos Psykisk Sundhed (96) terapi på engelsk, og tilbuddets hjemmeside kan vises på engelsk, tyrkisk eller spansk. Behandlingscentret Den Lille Prins (68) har tilknyttet læger, psykiater og psykologer med forskellig baggrund, og tilbuddet henvender sig i kraft heraf særligt til mennesker fra Eksjugoslavien, Østeuropa og Mellemøsten. I modsætning hertil er der også portalen GoMentor (81) og appen Let's talk (78), hvis vilkår, betingelser og anonymitetspolitik kun er formuleret på engelsk, hvorfor den fulde forståelse for brugen af disse forudsætter gode engelskkundskaber.

Behandlerens/udbyderens viden om diagnoser samt tekniske kompetencer

Behandler/udbyder må også have viden om angst og/eller depression, viden om tilrettelæggelse af (behandlings)forløb. Herudover kræver det, at behandler/udbyder har viden om særlige forhold ved behandling 'på afstand' over internettet, hvor den nonverbale kommunikation og muligheden for at aflæse kropssprog kan gå tabt (116,117). Endvidere må behandleren/udbyderen være i besiddelse af en vis teknisk viden og færdigheder i forbindelse med at guide brugeren ved tekniske problemer ved fx Skype-opkobling, brug af mikrofon, installation af programmer m.m., medmindre det på tilbuddets hjemmeside eksplicit er angivet, at dette er brugerens eget ansvar. Det kræver imidlertid en løbende service og støtteindsats af få implementeret brugen af nye digitale værktøjer hos behandlerne (25).

5.2.2 Økonomiske aspekter

Det følgende afsnit 5.2.2.1 er baseret på MAST-domænet økonomiske aspekter, som i dette afsnit inddrages til at sige noget om de økonomiske udgifter, der for brugeren er forbundet med at anvende et givet digitalt tilbud.

Det er stort set alle identificerede behandlingstilbud, der er tilgængelige landet over. Dog forudsættes det i tilbuddene i Region Syddanmark (92,94) og Midtjylland (103), at brugerne har bopæl i regionen. Tilbuddet i Region Midtjylland kræver endvidere en kommunal henvisning³⁷, (tilbuddet i Region Midtjylland foretager den endelige visitation). Priserne for brug af tilbuddene er imidlertid meget forskellige. Der er således et spænd fra gratis apps (69,78,102), hjemmesider (63,64,70,76,88,93,95) og kortere online-kurser (61,67,90) til et behandlingstilbud med en pris på op til 2.400 kr.³⁸ (74).

Uagtet et tilbud kan være gratis at anvende for brugerne, så koster det selvfølgelig noget at udvikle, vedligeholde, videreudvikle og drifte et tilbud. Omkostningerne herved er vi ikke bekendte med. Det fremgår dog fx, at behandlere skal betale et årligt abonnement på 1.596 kr.-9.996 kr. for at være søgbar og figurere på den digitale portal GoMentor's (81) hjemmeside.

5.2.2.1 Brugerpriser

Som nævnt ses der stor variation i tilbuddenes brugerpris. Nedenfor listes spændet mellem priser i henhold til de fire eHealth-kategorier:

- Internet-interventioner: 0-2.400 kr.

³⁷ Behandlingstilbuddet strækker sig over tre måneder og består af computertræningsøvelser, psykologcoaching, temabaseret undervisning, træning i gruppe, opfølgning og afsluttende skriftlig status. Kommunen betaler for behandlingen, såfremt kommunen har henvist borgeren (visiterende samtale: 2.500 kr. Gruppeforløb: 18.000 kr.). Borgeren kan også vælge at betale selv, idet der er mulighed for at følge et individuelt tilrettelagt forløb (med en individuelt aftalt pris) (baseret på telefoninterview med ledende psykolog 17. aug. 2016).

³⁸ Her er der tale om programmet FearFighter, som er et computerprogram tilrettelagt som et selvhjælpsprogram med indlagte træningsøvelser, som skal udføres med et vist tidsinterval (74). Programmet kan købes uden psykologstøtte til en pris på 1.500 kr. eller med psykologstøtte (typisk seks online-samtaler a 5-10 minutters varighed) til en pris på i alt 2.400 kr.

- Online-terapi:
 - Video: 500-1.300 kr.
 - Chat: 350-700 kr.
 - E-mail: 250-850 kr.
- Online-grupper: alle er gratis
- Mobilteknologi: alle er gratis.

Som det ses, er det for brugerne gratis at anvende alle tilbuddene identificeret i kategorien mobilteknologi, ligesom det for brugeren også er gratis at blive medlem af alle online-grupper.

Særligt ved online-terapi er det meget forskelligt, hvorvidt der på tilbuddets hjemmeside er angivet specifikke priser for netop online-terapi eller ej. Andre tilbuds priser er velbeskrevet og sat efter særlige forhold såsom rabatter til fx studerende og pensionister (84) eller tillæg ved coaching (87).

Online-terapisessioner, enten via e-mail, chat eller video, koster typisk mellem 250-1.300 kr. Varigheden for terapisessionerne er som oftest 45-60 minutter. Tilbuddet hos en speciallæge i psykiatri fremstår dyrest med en pris på 1.200 kr. for 30 minutter (75). På den digitale portal GoMentor (81) fastsætter de tilmeldte behandlere selv deres priser for terapi, hvorimod priserne på portalen Therapion (108) er forhåndsdefineret af sitet og gældende for alle tilknyttede behandlere. Her koster en e-mailkonsultation 250 kr., en konsultation (30 minutter) via chat koster 350 kr., og en videokonference (45 minutter) koster 500 kr.

I kategorien af internet-interventioner findes der gratis tilbud, fx kortere online-kurser eller gratis behandling i Internetpsykiatrien i Region Syddanmark (92,94), lige som det dyreste tilbud også befinder sig her med en pris på 1.500-2.400 kr. for brug af programmet FearFighter (se fodnote 35). I kategorien internet-interventioner ses der også to eksempler på tilbud, hvor til der købes adgang til tilbuddets funktioner via et abonnement. Angstekspert (61) er et sådant tilbud. Abonnement kan købes for en, tre eller 12 måneder ad gangen til en pris på henholdsvis 900 kr., 2.025 kr. eller 5.400 kr. Det andet tilbud er LivskvalitetsPartner (86), som tilbyder en online streamingtjeneste med hypnose, hvortil der også købes abonnement i form af et introtilbud på abonnementet med en pris på 199 kr. for den første måned (før 995 kr.) og de efterfølgende måneder til 99. kr.

Generelt synes det at være tendensen, at materiale ikke kan downloades til egen computer undtagen hos tilbuddet Slip Angsten (104), hvor man mod en engangsydelse får et online-kursus, hvor alt indholdet kan gemmes på ens egen computer. Mange af tilbuddene lokker også med et eller flere gratis elementer ved køb af en ydelse, fx en gratis e-bog (71,104,106), gratis videoer (61) eller en gratis opklarende samtale (61,106) forud for køb.

Henvisning eller ej

Der gives ikke offentligt tilskud til behandling ved en psykoterapeut (118), men med en lægehenvi-
 sendelse er det muligt at få offentlig tilskud til behandling hos psykologer med overenskomst med Sygesikringen (48) – dog ikke til online-behandling. I de få tilbud, hvor det fremgår af hjemmesiderne, at psykologerne tager imod en lægehenvi-
 sendelse, gøres der dog ikke opmærksom på, at online-terapi ikke er omfattet heraf (96,98,99). Der ses herudover eksempler på særlige rabatordninger for klienter, der alligevel kan forevise en lægehenvi-
 sendelse. Fx tilbyder Center For Selvværd (71) en reduktion i prisen på 100 kr. pr. terapisession til klienter, der er henvist af egen læge, og det samme gælder hos Christianshavns Kognitive Psykologiklinik (72), som garanterer en ventetid på maks. 10 dage og giver de tre første sessioner til en reduceret pris på 500 kr. pr. session i stedet for normalprisen på 1.000 kr. Dog fremgår det heller ikke i disse to tilfælde med rabatordninger, om rabatten også er gældende for online-terapi.

5.2.3 Sikkerhedsmæssige aspekter

Det følgende afsnit 5.2.3.1 baserer sig på MAST-domænet sikkerhedsmæssige aspekter, et domæne, der anvendes til at sige noget om, hvordan tilbuddene præsenterer information om sikkerhed og datahåndtering i forbindelse med brug af digitale behandlingstilbud.

5.2.3.1 Information om sikkerhed og datahåndtering

Ved enhver digital behandling, rejser der sig nye etiske spørgsmål og spørgsmål vedrørende opbevaring af personfølsomme data, når terapien flyttes fra et fysisk behandlingsrum, som kun bruger og behandler har adgang til, over til et digitalt rum, der potentielt kan "invaderes" af andre. Det bør derfor understreges, at forhold vedrørende sikkerhed og datahåndtering bør beskrives udtømmende, men også, at det gøres på en overskuelig og forståelig måde, så brugeren gives muligheden for på et så nuanceret grundlag som muligt at træffe sin beslutning, når der skal vælges mellem de mange digitale tilbud. Der findes imidlertid mange eksempler på online-terapi, hvor det ikke beskrives på hjemmesiden, hvordan tilbuddet forholder sig til sikkerhed og datahåndtering, herunder om data fx videregives til tredjepart. Det være sig fx Christianshavns Kognitive Psykologklinik (72), Psykisk sundhed (96), Kognitiv Terapi Online (85), Center for Selvværd (71), Behandlingscentret Den Lille Prins (68) eller Aktiv Terapi (59), som alle tilbyder Skype-terapi. I Figur 5.8 ses et sådan eksempel på et tilbud hos Psykisk sundhed (96) om online-terapi og de informationer, der er tilgængelige herom, og hvor hverken sikkerhed eller datahåndtering er beskrevet, men hvor fokus i større grad er på de praktiske og tekniske forhold i forbindelse med brug af tilbuddet.

Figur 5.8 De tilgængelige oplysninger om tilbuddet om Skype-terapi ved Psykisk Sundhed.

Online terapi og telefon terapi

Vi tilbyder online psykoterapi via Skype eller MSN. Med denne nye og effektive terapimetode kan vi hjælpe dig med at håndtere psykiske problemer såsom stress, angst, depression osv. På denne måde kan du få online hjælp til f.eks. afhjælpning af angstsymptomer eller behandling af depressionssymptomer. Desuden kan psykoterapien hjælpe dig af med uønskede vaner og i stedet finde hensigtsmæssige måder at håndtere personlige problemer på.

Med mit tilbud om online psykoterapi kan du altså på en let og enkelt måde få hjælp til at foretage de ændringer i dit liv, du ønsker. Det eneste udstyr, du behøver, er en computer og et webkamera. Hvis du ikke kan med online terapi, kan det også være muligt med telefonterapi.

Kilde: Gengivet fra hjemmesiden <http://psykisksundhed.dk/online-terapi> Juni 2016. KORA.

Et andet eksempel er appen Minvej (69). Den fungerer som en åben skabelon, der omsættes til et individuelt værktøj, hvor brugeren kan registrere data om egen sindstilstand, dele billeder, memos og tekst samt lave en liste med navne og telefonnumre på de personer, der skal kontaktes ved en akut opstået situation. Men anonymitetspolitik og datahåndtering ved brug af appen beskrives hverken på appens hjemmeside eller i App Store. Det til trods for, at der opfordres til, at der ved brug af appen indtastes en stor mængde personlige oplysninger både om brugeren selv og om brugerens netværk. Vi er ikke bekendte med, om brugeren modtager information om anonymitetspolitik og datahåndtering for brug af appen gennem deres kommune, som også er dem, der giver login og adgang til appen.

For meget, for lidt eller lige tilpas med information?

Sikkerhed, datahåndtering og anonymitetspolitik kan også beskrives så detaljeret, at det kan blive uoverskueligt for brugeren at sætte sig ind i. GoMentor (81), vurderer vi, er et eksempel

herpå. Siden fungerer som et internationalt tilbud bestående af en digital portal med en oversigt over bl.a. tilmeldte psykologer, psykoterapeuter og psykiatere. Trods tilgang fra den danske version er vilkår og betingelser for brug af tilbuddet formuleret på engelsk og i en så detaljeret og omfangsrig grad, at det kan virke uoverskueligt, selv for dem med gode engelsk-kundskaber. Men her står vigtige ting, som for brugeren er værd at overveje, inden der gøres brug af sidens funktioner. For til trods for, at GoMentor anvender en særlig sikker teknologi, gør de alligevel opmærksom på, at online-sessioner kan indebære en vis risiko for brud på fortrolighed – en risiko, som ikke på samme måde findes ved de typiske ansigt til ansigt-sessioner. Samtidig gøres der også opmærksom på, at GoMentor blot er udbyderen af en teknologi og ikke af terapi, coaching, samtale etc. Det fremhæves derfor også, at vilkår og betingelser for selve terapien defineres af den enkelte behandler (81). Dermed er det altså ikke tilstrækkeligt, at brugeren orienterer sig om vilkår og betingelser hos GoMentor, brugeren skal også gøre det hos den pågældende behandler.

Psykologonline (101) er et eksempel på et tilbud, der synes at have fundet balancegangen mellem ikke for meget og ikke for lidt information og et tilbud, der formår at formulere det på en overskuelig og let forståelig måde. Her informeres bl.a. om sikkerhed, om betalingsvilkår over internettet og om, at data *aldrig* videregives til tredjeparter. Samtidig oplyses det, at Psykologonline bruger videoplatformen Psychcon.eu, der sikkerhedsmæssigt er specielt udviklet til behandlingssamtaler, og der oplyses om, at Psykologonline samarbejder med it-kyndige, der hele tiden gør deres for at minimere risikoen for "indbrud" i klientens oplysninger. Endelig fremhæves det også, at Psykologonline er en klinik, der vægter det meget højt at overholde de givne retningslinjer og love på området. Derfor opbevarer de også, som foreskrevet i bogføringsloven, personoplysninger i fem år, og der gøres opmærksom på, at klienten har aktindsigt i disse (101).

I de tilfælde, hvor sikkerhed og datahåndtering faktisk er beskrevet i de digitale tilbud, relaterer det sig oftest til, hvilken (sikret) teknologi der anvendes, samt om data videregives til tredjeparter eller ej. Som det eneste tilbud fremhæver Psykologlinjen (100) også, at hverken psykolog eller klient må optage lyd eller billeder fra online-terapien, og terapien må heller ikke overføres eller overhøres af andre, medmindre både psykolog og klient har givet samtykke hertil.

5.2.4 Ethiske aspekter

Dette MAST-domæne inddrages med henblik på at undersøge, hvordan de digitale tilbud forholder sig til og præsenterer de overvejelser om etiske forhold, der knytter sig til at udbyde et digitalt tilbud, herunder fortrolighed og ansvarsfordeling behandler og bruger imellem. Som det gør sig gældende med sikkerhed og datahåndtering, er det også meget forskelligt, hvordan hvert enkelt tilbud forholder sig til etiske spørgsmål i forbindelse med de digitale tilbud, hvis de overhovedet forholder sig hertil. I de fleste tilbud nævnes etik og fortrolighed dog i større eller mindre omfang, og som oftest i relation til, at behandleren qua sin uddannelse er underlagt nogle regler for etik og fortrolighed i terapien. Psykolog Anita Øland (97) og Psykologonline (101) beskriver fx begge, at de som psykologer er underlagt de Ethiske Principper for Nordiske Psykologer (119), og derfor er online-samtaler (også) omfattet af tavshedspligt. Hos Psykologonline påpeges det dog, at der kan afviges fra tavshedspligten, hvis klienten vurderes at være til fare for sig selv eller andre.

Ansvarsfordeling

Der ses også eksempler på tilbud, der gør sig overvejelser om etiske forhold i forbindelse med ansvarsfordeling mellem behandler/udbyder og bruger af tilbuddet. Det er fx tilfældet med Angstforeningens chatforum (63) og deres Facebookgruppe Mødestedet (65), men særligt også i de tilbud, som udbydes af personer uden en egentlig psykologfaglig eller psykiatrisk baggrund. Her anbefales det nemlig, at tilbuddet kun anvendes som almen inspiration (uden nogen former

for garanti), og ved behandlingskrævende tilstande opfordres der til at søge hjælp hos egen læge. Hos Stopangsten.dk (106) fremhæves det fx, at der ikke tages højde for individuelle helbredstilstande, og brug af tilbuddet må ikke erstatte lægefaglig rådgivning. Samtidig understreges det også, at Stopangsten.dk ikke på nogen måde påtager sig ansvaret for eventuelle gener, som kan opstå i forbindelse med fx de vejtrækningsøvelser, der anbefales på hjemmesiden i forbindelse med at kontrollere et angstanfald. Hos Slip Angsten (104) gælder samme tendens, idet det oplyses, at brug af hjemmesiden sker på eget ansvar. Der gøres opmærksom på, at udbyderen af hjemmesiden ikke er faguddannet inden for psykiatri, psykologi eller har anden terapeutisk uddannelse, samt at al information på hjemmesiden gives uden nogen form for garanti af rigtigheden heraf. Udbyderen af Angstespert (61) fremhæver ligeledes, at han ikke varetager egen læges funktion, og i tilfælde af psykotiske tilstande og/eller selvmordstanke skal der foreligge en godkendelse fra lægen til at benytte tilbuddet. Det oplyses, at det er brugerens eget ansvar, at dette overholdes. Endelig beskrives det også i Facebookgruppen Slip angsten – på din egen måde... (105), at hverken administratorer, udbyder eller de ca. 1.800 medlemmer kan være ansvarlige for andres liv.

Endelig gælder det også for brugen af nogle apps, at ansvaret placeres hos brugeren, idet der ikke er nogen professionel behandler, der monitorerer udviklingen i sygdomstilstanden. Det er derimod overladt til brugeren selv at være ansvarlig for at handle på faresignaler, der kan indikere en forværring i sygdommen. Det er fx tilfældet med de to apps Let's Talk (78) og Minvej (69). De bruges til selvmonitorering, hvor brugeren bl.a. kan registrere data om humør, individualisere appen med personlige informationer og påmindelser samt hente generel information om den pågældende psykiske lidelse.

5.2.5 Et ugenomsigtigt marked af digitale behandlingstilbud

Der synes at være en meget stor variation i forhold til tilbuddenes priser, indhold, varighed samt behandlernes baggrunde, og derfor er det også noget nært umuligt at sammenligne tilbuddene – for hvad får man egentlig for pengene?

Der er stor forskel på, hvad tilbuddene 'slår på', når de skal sælge det digitale produkt; fleksibel behandling, tidsbesparelser, særpriser etc. Men et nærmere kik på tilbuddene viser også, at de i deres helhed er meget forskellige. Priserne for én online-terapisession skal fx ses i lyset af, at en session typisk varer 45-60 minutter men i nogle tilfælde også 20 minutter (75) eller 90 minutter (59). Dette skal endvidere sættes i relief til behandlerens baggrund: Er det fx en psykolog, en psykoterapeut, en speciallæge i psykiatri eller lægfolk, der på baggrund af egne erfaringer med en psykisk lidelse udbyder tilbuddet? Herudover skal prisen også holdes op mod, hvorvidt det er en engangsydelse, som brugeren køber sig til, et abonnement eller et forløb, der strækker sig over flere gange eller over flere måneder. For brugeren kan der således være meget søgning forbundet med at undersøge disse spørgsmål. Endelig kan der mangle væsentlige oplysninger på hjemmesidens beskrivelse af tilbuddet, der gør det uklart, hvad man som bruger egentlig går ind til, når man anvender et digitalt tilbud. I flere af tilbuddene er der fx ikke oplyst om, at en lægehenvielse til terapi ikke dækker online-terapi, og ej heller om etiske forhold, om datahåndtering, om evidens for behandlingseffekt eller om specifikke priser for online-terapi contra terapi ansigt til ansigt. I nogle tilfælde må brugeren derfor vælge blandt tilbuddene på et ikke fuldt informeret grundlag.

5.3 Sammenfatning

Generelt tegner der sig et billede af, at der eksisterer en stor mængde unikke digitale tilbud til behandling af angst og depression, som varierer i forhold til udbyder, behandler, teknologi, kommunikation, pris, måden hvorpå tilbuddet præsenteres fx i forbindelse med datahåndtering

og etiske spørgsmål, og endelig de specifikke bruger- og behandlerkompetencer, der afkræves i forbindelse med brug af tilbuddet.

Sammenfattende for de 51 identificerede tilbud i brugersøgningen gælder:

- Størstedelen af de identificerede tilbud (45 %) henvender sig til mennesker med angst og/eller depression, mens 35 % af behandlingstilbuddene er målrettet mennesker med angst, og 16 % henvender sig til mennesker med depression. Det er kun 4 % af tilbuddene, der ikke er diagnosespecifikke og således henvender sig til en bredere målgruppe af mennesker med psykisk lidelse eller psykisk sygdom (se Figur 5.1).
- Der er fundet fire typer af organiseringer i behandlingstilbuddene. Langt størstedelen af de 51 identificerede digitale tilbud udbydes på det private marked. Med henholdsvis 63 % samt 23 % civile tilbud udbydes i alt 86 % af tilbuddene her, sammenlignet med kun 4 % i det offentlige sundhedsvæsen og 10 % tilbud udviklet i et offentlig-privat samarbejde (Figur 5.2).
- Tilbuddene kan karakteriseres som internet-interventioner (24 %), online-terapi (41 %), online-grupper (25 %) eller mobilteknologi (10 %). Der er ikke fundet eksempler på tilbud, der falder inden for kategorierne spil henholdsvis virtual reality, jf. Lee Ritterbands seks kategorier af eHealth (se Figur 5.3).

Kliniske effekter:

- På ingen af hjemmesiderne for de 51 identificerede behandlingstilbud er der fundet dokumentation for den kliniske effekt ved brug af tilbuddet. På flere hjemmesider fremhæves i stedet tidligere brugeres erfaringer med tilbuddet samt anbefalinger og udtalelser om behandleren/udbyderens faglighed og personlighed.

Organisatoriske aspekter og patientperspektiv:

- Behandlernes baggrund spænder vidt i tilbuddene. Følgende uddannelsesmæssige baggrunde i tilbuddene ses: ergoterapeut, lærer, pædagog, sexolog, speciallæge i psykiatri, psykolog og psykoterapeut. For psykoterapeuterne gælder det særligt, at de har flere uddannelser, kurser og/eller certificeringer bag sig som fx også coach, mindfulnessinstruktør eller anden terapeutuddannelse.
- Anvendelsen af et digitalt behandlingstilbud forudsætter først og fremmest, at både behandler og bruger har adgang til forskelligt teknologisk udstyr og evt. adgang og login til visse programmer, som anvendes i behandlingen, fx Facebook, Facetime eller Skype. Dernæst kræves der tekniske evner i forbindelse med at anvende dette udstyr, fx ved download af apps eller installation af mikrofon, kamera eller programmer. Derudover ses der eksempler på tilbud, der er så detaljeret beskrevet og ulogisk opstillet på hjemmesiden, at det i særdeleshed fordrer, at brugeren har gode læse-, koncentrations- og overbliksevner i forbindelse med at forstå tilbuddet i dets helhed. Endelig er det også gældende for langt størstedelen af tilbuddene, at de kun udbydes på dansk, hvorfor brugeren også må kunne læse, skrive, tale og forstå dansk i et omfang, der ikke kræver tolk.

Økonomiske aspekter:

- Tilbuddenes brugerpriser spænder fra at være gratis til at koste 2.400 kr. for brug af programmet FearFighter (74). Det skal understreges, at der er fundet stor diversitet i behandlerens faglige baggrund, behandlingsforløb og det tidsmæssige aspekt. Det kan være alt fra en online-terapisession på 30 minutter til en på 90 minutter eller online-kurser og forløb, der strækker sig over flere måneder.

Sikkerhedsmæssige aspekter:

- Der ses meget stor variation i, hvor grundigt sikkerhedsmæssige spørgsmål og overvejelser om datahåndtering fremstilles i hjemmesidernes beskrivelse af tilbuddene, herunder fx om oplysninger videregives til tredjepart og i givet fald til hvem, og hvordan de anvendes. I en del af tilbuddene med online-terapi er de sikkerhedsmæssige spørgsmål ikke ekspliciteret.

Etiske aspekter:

- Der ses også en meget stor variation i, hvor eksplicit etiske overvejelser og forhold i forbindelse med brug af et digitalt tilbud fremgår på hjemmesiden. I fald de etiske overvejelser er skrevet frem, relaterer de sig oftest til tavshedspligt, regler og principper for terapi samt ansvarsfordeling mellem bruger og behandler. Fx ses tilbud, som fraskriver sig ethvert ansvar i forbindelse med brug af tilbuddet, og som påpeger, at tilbuddet kun tjener som inspiration og på ingen måde kan erstatte lægefaglig rådgivning og/eller behandling. I en af Facebookgrupperne (105) fremhæves det ligefrem, at udbyder, administratorer og medlemmer i gruppen ikke er ansvarlige for andres liv.

Det kan være en forholdsvis stor opgave for brugeren, at lokalisere relevante tilbud og dernæst fortolke dem i forhold til egen psykisk lidelse samt personlige, teknologiske og økonomiske ressourcer. Derudover ligger der for brugeren også et stort arbejde i at forstå tilbuddets fulde funktion og indhold, idet nogle af de digitale tilbud er ufuldstændigt beskrevet i forhold til fx pris, behandlerens baggrund, etik og sikkerhed i forbindelse med datahåndtering. Herudover kan brugeren i sin søgning også blive udsat for, at nogle tilbud ikke er opdateret, nogle sider ikke virker, nogle tilbud har skiftet navn uden forklaring etc.

6 Delanalyse II: Igangværende tilbud i det specialiserede offentlige sundhedsvæsen – resultater

Dette kapitel giver et indblik i igangværende tilbud til behandling af depression og angst i det specialiserede sundhedsvæsen. Beskrivelserne beror på interview med udvalgte videnspersoner, e-mailkorrespondance, netværk- og konferencedeltagelse, samt på søgning og læsning af hjemmesidebeskrivelser og de artikler, der er fundet i litteratursøgningen. Informationsindsamlingen er foregået i perioden 1. maj frem til d. 4. juli 2016.

6.1 Beskrivelse af digitale aktiviteter

Overordnet set er der identificeret tre typer af digitale aktiviteter til behandling af depression og/eller angst, der er igangværende. Disse præsenteres kort i Boks 6.1, hvorefter de beskrives nærmere i de efterfølgende afsnit 6.2-6.4.

Boks 6.1 Typer af digitale aktiviteter til behandling af angst og/eller depression i Danmark

Infrastrukturer for digitalisering af behandling:

- En ny platform 'Remind' er under afprøvning i psykiatrien i Region Midtjylland
- En fælles platform og it-system 'Sundhedsplatformen' er under forberedelse og implementering i psykiatrien i Region Hovedstaden og Region Sjælland
- Et center, Telepsykiatrisk Center medudvikling, afprøvning og drift af digitale behandlingsredskaber og -tilbud er konsolideret i Region Syddanmark
- Et konsultationsrum med krypteret videoforbindelse er etableret mellem Psykiatrisk Center Bornholm i Region Hovedstaden og Behandlingscentret Den Lille Prins, København.

Digitale behandlingstilbud i drift:

- Screening af selvhenviste patienter via video i Region Syddanmark
- Støttet internet-intervention og behandling af let-moderat depression henholdsvis angst i Telepsykiatrisk Center, Region Syddanmark
- Telepsykiatrisk hjemmebehandling via video i Region Syddanmark
- Online-terapi til moderat-svært depressive patienter i Psykiatrisk Center Bornholm, Region Hovedstaden (herefter også PC Bornholm)
- Videokonsultation til gerontopsykiatriske patienter i M-ambulatoriet, Aarhus Universitetshospital, Risskov, Region Midtjylland.

Forskningsprojekter:

I Telepsykiatrisk Centers forskningsenhed i Region Syddanmark:

- Blended CBT: Et RCT-studie af internet-intervention kombineret med behandling ansigt til ansigt af depression
- Collavi: Et mixed-method-studie med videokonsultation til behandling af personer med mild-moderat depression

Boks 6.1 Typer af digitale aktiviteter til behandling af angst og / eller depression i Danmark

- ENTER: Et forskningsprogram med seks forskningsprojekter og forskellige telepsykiatriske løsninger til behandling af depression, angst og borderline-personlighedsforstyrrelse.

I Region Hovedstaden:

- FearFighter: Et RCT-studie, der undersøger gennemførligheden af FearFighter til behandling af angst, herunder effekten af internetbaseret behandling med FearFighter versus ingen behandling
- SAFE II: Et RCT-studie, hvor effekten af elektronisk selvmonitorering ved depression undersøges som en metode til at øge sundhedsfremmende adfærd samt forebygge genindlæggelse
- RADMIS: I projektet designes og implementeres en smartphonebaseret platform, hvor patienter efter udskrivelse fra hospital kan registrere oplysninger om symptomer på depression og mani, fx humør, energi og søvn.

Note: Region Nordjyllands Psykiatri har ifølge e-mailkorrespondance med kommunikationskonsulent Trine Juul Elmegaard Kristensen (8. juli 2016) ingen digitale tilbud eller forskningsprojekter i gang.

Aktiviteterne i regionerne samt de igangværende forskningsprojekter bliver kort præsenteret – så vidt muligt grundet meget forskelligartede informationsmateriale – i de efterfølgende underkapitler med fokus på deres design, formål, mål- og brugergruppe, behandlingsforløb, organisering (herunder status), samt deres etiske og datamæssige forholdsregler. Det fundne materiale indeholder ikke informationer om kliniske effekter eller økonomiske aspekter, hvorfor disse ikke er beskrevet.

6.1.1 Infrastruktur for digitalisering af behandling

Særligt for organisering af de igangværende tilbud i det offentlige sundhedsvæsen er, at de er forankret under en forgrenet teknologisk og/eller organisatorisk infrastruktur, kaldet 'platform' eller 'center', der skal gøre udbredelse og brug mere tilgængelig og struktureret.

Et fælles træk for tre af de fem regioner³⁹ er etablering af platforme, der huser forskellige teknologiske løsninger, der som udgangspunkt sikrer en fælles adgang og struktur for digitalisering af behandling, kommunikation og samarbejde. Platformen Remind i Region Midtjylland har projektstatus (120). I regionerne Sjælland og Hovedstaden bliver en fælles platform, Sundhedsplatformen, først tilgængelig i psykiatrien i 2017 (121). Region Syddanmark har en anden tilgang til digital understøttelse af psykiatrien, idet der er oprettet et telepsykiatrisk center. Regionsrådet i Region Syddanmark besluttede i juni 2016 at tildele Telepsykiatrisk Center en fast bevilling, hvorved centeret overgik til drift (122).

I Psykiatrisk Center Bornholm, Region Hovedstaden er der etableret et konsultationsrum med krypteret videoforbindelse og fjernstyret kamera, hvorfra der gennemføres sikker online-terapi mellem patienter på hospitalet og Behandlingscentret Den Lille Prins, København.

De følgende afsnit præsenterer organiseringen af tilbuddene i Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden.

³⁹ Region Nordjyllands Psykiatri har ingen digitale tilbud (juli 2016).

6.1.1.1 Platformen Remind – Region Midtjylland

Remind⁴⁰ er en webbaseret platform, der er udviklet af Psykiatri og Social i Region Midt i samarbejde med virksomheden Appinix A/S. Gennem samarbejdet er der udviklet specifikke funktioner til de eksisterende moduler på Appinix-platformen (120).

Design⁴¹

Platformen fungerer overordnet set som et digitalt samlingssted, et 'bibliotek' af vidensprodukter og værktøjer, herunder video, skemaer og apps m.m. med relevans for Psykiatri og Social. Platformen omfatter 12 moduler, hvoraf de første 10 indgår i direkte relation med patienten. I Boks 6.2 er de enkelte moduler beskrevet nærmere.

Boks 6.2 Moduler i platformen Remind – Region Midtjylland

8. Moduler målrettet relationen med patienten:

1. Kalender-modul, der skal bidrage til at planlægge med og strukturere behandling for/aftaler med/aktiviteter for patienten. Der kan også tilknyttes video-møder, lydfiler, videoguidningsøvelser, mål-evalueringsaktiviteter, etc. til en kalenderbegivenhed.
2. Video: Behandleren kan efter aftale lave et videoopkald til patienten. Samtidig kan de dele skemaer og opdatere disse i realtid.
3. Akut-modulet giver mulighed for at gemme lyd-, billed- og tekstfiler, så patienten kan afspille dem på sin smartphone i tilfælde af fx angstanfald – også selvom patienten er uden netforbindelse.
4. Dagbog: Patienten har mulighed for at føre dagbog, der fx terapeutisk kan bruges af patienten selv eller i samarbejde med behandleren.
5. Servicekatalog er et bibliotek til behandlerne, hvori de kan søge og finde skemaer, lydfiler og videosekvenser til brug i behandlingen. Regionen deler alle øvelser på tværs, så muligheden for videndeling og genbrug er stor.
6. Besked: Behandler og patient kan sende beskeder til hinanden, ligesom behandleren kan skrive til en gruppe af behandlere eller grupper af patienter. Det er nøje aftalt med patienten, hvordan svar på beskeder kan forventes.
7. Mål-modulet kan anvendes til at oprette et behandlingsmål og monitorere graden af målopfyldelse over tid.
8. Resultater: modulet kan anvendes af både patient og behandler til opfølgninger på målinger ved at vise grafiske sammenstillinger af fx øvelser og træningsresultater over tid.
9. Mine kontakter: Behandlere kan have overblik over deres patienter i behandlingen samt evt. samarbejdspartnere. Videoopkald til patienter eller kollegaer kan foregå direkte herfra.
10. Mine aktiviteter: Modulet indeholder en samling af de aktiviteter, fx træning, som patienten kan udføre på et selvvalgt tidspunkt. Behandlere kan endvidere tilføje skemaer og andre filer fra servicekataloget heri til støtte for patienten, fx kognitive øvelser.

40 Platformen anvendes under andet navn i mange kommuner på det somatiske område (også kommuner i Region Midtjylland), men det er kun Psykiatri og Social (PS) i Region Midtjylland der benytter navnet 'Remind'.

41 Beskrivelsen af Remind er primært baseret på interview med og efterfølgende godkendelse af Birgitte Illum, konsulent i Psykiatriplanlægning, Psykiatri og Social, Region Midtjylland.

Boks 6.2 Moduler i platformen Remind – Region Midtjylland

9. Moduler målrettet personalet:

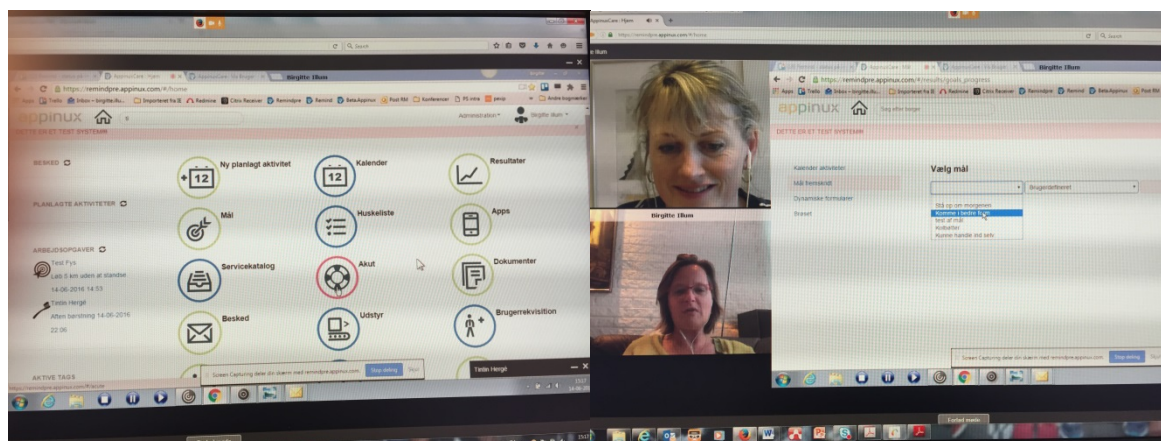
11. 'Brøset'⁴²: Modulet er udelukkende et sikkerhedsvurderingsredskab for personalet. Det giver dem mulighed for at score patienter for voldelig og anden risiko-adfærd. Modulet kan kobles til en monitorskærm, der i personalerum kan vise aktuelle scoringer for flere patienter/beboere, så man kan træffe de nødvendige forholdsregler. Modulet sættes op, så der sendes pushbeskeder til alle personalemedlemmer på mobile enheder ved en ny kritisk scoring.
12. START (Short term Assessment of Risk and Treatability): et personaleredskab til estimering af mulig udvikling af risiko-adfærd, herunder vold, men også selvmordsrisiko*.

Note: * Ifølge informanten er START oversat til dansk af Nielsen LH, Christensen PH, Bengtson S, Hecksher D og godkendt af forfatterne Martin ML, Webster CD, Brink J, Nicholls TL, Desmarais D.

Modulerne kan udvælges og sammensættes af de enkelte behandlere, så de passer til deres faglighed, patienter og/eller lokale behandlingstilbud. Det er patientens behandler, der inviterer patienten, giver denne adgang og efter fælles aftale sammensætter og udvælger relevante moduler og funktioner i Remind. Behandlerne eller andre med uddannelses-/supportkompetencer er ansvarlige for at oplære og efterfølgende supportere patienterne i brugen.

Patienten kan tilgå behandleren på en ny, mobil måde og gennem de udvalgte moduler få adgang til støtteredskaber, der kan styrke deltagelsen i behandlingen. I Figur 6.1 ses eksempler på patientens skærbilleder på computeren, når denne er i kontakt med sin behandler via Remind.

Figur 6.1 Skærbilleder fra testversion af moduloversigt (til venstre) og videokonsultation med fælles udvælgelse af 'mål' (til højre) i platformen Remind, Region Midtjylland.



Kilde: Test af Remind's patientfunktion, KORA juni 2016.

⁴² Brøset Violence Checklist (BVC) er udviklet i Norge og er et af de mest anvendte redskaber til risikovurdering. BVC forudsiger risikoen for vold inden for et døgn, ved at personalet registrerer borgerens adfærd ud fra seks variabler (1).

Formål

I informationsbrevet til patienterne (med henblik på at få deres samtykke til deltagelse i projektet) fremgår det, at formålet med platformen er 'at give adgang til en række forskellige funktioner, der kan understøtte personer med psykisk sygdom i at få et lettere og bedre liv'. Formålet med platformen er som udgangspunkt ikke at effektivisere eller lave økonomiske besparelser men at kunne give patienterne et 'redskab som supplement til den normale behandling' (120) og dermed hjælpe patienterne til et bedre og mere selvstændigt liv med psykisk sygdom. Det forventes, at platformen kan bidrage til, at patienterne, uden at være i direkte online-kontakt med behandleren, i højere grad får øget ansvarsfølelse for eget liv. Platformen er således en tilføjelse eller i bedste fald en styrkelse af de eksisterende behandlingstilbud.

Målgruppe: patienter og behandlere⁴³

Remind beskrives som 'behandlerens forlængede arm', idet platformen muliggør, at behandlerne kan oprette kontakt til patienten uden for det fysiske møde ansigt til ansigt i en konsultation samt støtte behandlingen af patienten, når denne er i hjemmet eller på farten. Den beskrives derfor også som 'patientens redskab'.

Behandlingsforløb

Remind skaber ikke nye behandlingstilbud men understøtter og indgår i de eksisterende tilbud, arbejdsgange og behandlingsforløb, hvor det giver mening for både patienter og behandlere.

Selvmodsscreening foretages ikke via Remind, men gennemføres med specifikke metoder/værktøjer hertil som en del af akutteamets kontakt til patienterne, hvad enten den er via samtale ansigt til ansigt eller foregår over telefon/video.

Der henvises til Bilag 4 for beskrivelse af, hvorledes Remind kan bruges i forbindelse med fx depression og angst.

Organisering

Remind fortsætter ind i 2017 som pilotprojekt i regionen, hvor det er intentionen at få op mod 1.000 patienter oprettet som brugere af platformen i løbet af året. Ved udgangen af september 2016 er der ifølge Psykiatri og Social, PS Teknologicenter, oprettet henholdsvis godt 500 patienter og godt 500 behandlere på platformen. Implementeringen forestås af selvsamme PS Teknologicenter. Supporten i anvendelse af Remind sker i samarbejde mellem PS Teknologicentret og Fælles Servicecenter (FSC). Det er målet, at FSC efterhånden overtager brugersupporten. Brugen af Remind er frivillig, der er tale om 'pull' og ikke 'push' fra ledelsens side. Ibrugtagning af Remind i behandlingen af den enkelte patient er styret af nytteværdien for primærbrugerne, både behandlere og patienter. Der foreligger ikke en businesscase for Remind eller et endeligt evalueringsdesign. Det vurderes af PS Teknologicentret, at der med Remind er potentiale for bedre udnyttelse af patienternes og personalets ressourcer. Eksempelvis kan patienterne spare rejsetid ved at erstatte fysiske konsultationer med videokonsultationer. Endvidere beror patienternes ibrugtagning på 'bring your own device', således at regionen ikke stiller hardware til rådighed, men at patienten skal tilgå platformen fra egen pc, mobil eller tablet (operativsystemerne Android og iOS-enheder kan anvendes). I en undersøgelse fra juni 2015, hvor sundhedsprofessionelles forventninger til og anvendelse af applikationen Remind i ambulant behandling i psykiatrien er undersøgt kvalitativt, fremgår det, at sundhedsprofessi-

⁴³ Både patienter og behandlere er målgruppe. Adgang til Remind sker dog i projektperioden gennem behandlere i Region Midtjylland med henblik på at få muliggjort en digital kommunikation med patienterne. I tilfælde af, at projektet overgår til drift og bliver en del af en fælles infrastruktur/platform for telemedicin i regionen, ændres adgangen til Remind muligvis.

onelle generelt anser Remind for værdifuld for patienterne, særligt i forhold til at øge patienternes inddragelse i egen behandling. Manglende integration til nuværende systemer ses imidlertid som en barriere i forhold til personalets arbejdsgange (123).

Det overordnede spørgsmål ved etablering af Remind-projektet var, hvorvidt en platform, med forskellige tilbud af telemedicinske løsninger/telepsykiatriske moduler, ville 'blive brugt af mange og i bredden inden for Psykiatri og Social'⁴⁴. Et afgørende kriterie for succes er derfor, at 'et forholdsvis stort antal behandlere og patienter' har taget platformen til sig og bruger moduler aktivt i behandlingen. Opgørelser af fx antal oprettede brugere, hyppigheden af brugte moduler og aktiviteter evt. suppleret med interview af brugere, vil således bidrage til at beskrive den praktiske nytteværdi af platformen for patienter og/eller organisationen fremadrettet. I første del af 2017 vil der, ifølge Region Midtjyllands Psykiatri Planlægning, udarbejdet forskellige modeller til businesscases af Remind i drift.

Etiske og juridiske aspekter

Remind-platformen fungerer uafhængigt af de øvrige it- og dokumentationssystemer i Region Midtjylland. Som kommunikationsmedie fungerer den uafhængigt af behandlernes øvrige dokumentationspligt, hvorved behandlerne i praksis har mere frihed til at inddrage patienterne i at skrive og definere deres behandlingsmål.

De data, som patienter og behandlere genererer i platformen opbevares i 5 år af virksomheden T26 A/S i pilotperioden. Aftalen er skriftlig og følger persondataloven.

I informationsbrevet med samtykkeerklæring til deltagelse i pilotprojektet bliver patienterne udførligt oplyst om datasikkerhed og behandling, herunder hvilke personer og virksomheder (CVR-numre) der er ansvarlige, og hvor de kan kontaktes. Herudover fremgår det, at personlige data i Remind i princippet kun kan tilgås af den primære behandler – dog vil andre behandlere fra samme afdeling, med skriftlig begrundelse, kunne tilgå personlige data ved fx sygdom hos primærbehandleren. Andre oplysninger er, at projektet ikke forventes at være forbundet med risici, bivirkninger eller ulemper for patienten. Derudover informeres der om, at patienten altid kan trække tilsagnet tilbage, og at det ikke udelukker andre behandlinger, samt at man muligvis i slutningen af testperioden bliver kontaktet med henblik på et interview eller en spørgeskemaundersøgelse, hvor ens samlede data i evalueringen vil blive behandlet anonymt.

Region Midtjyllands Psykiatri Planlægning oplyser, at da man netop har til formål at afprøve 'til mange og i bredden' vil det være en fortsat nødvendighed og en naturlig del af udviklingen af platformen også at arbejde med sikkerheden for adgang til registrerede data på Remind-platformen.

6.1.2 Sundhedsplatform – Region Sjælland og Region Hovedstaden

Sundhedsplatformen er et nyt, digitalt dokumentations- og kommunikationsværktøj for hele Region Sjællands og Region Hovedstadens hospitalsvæsen (124).

Design

Sundhedsplatformen skal samle alle informationer om patienten i én elektronisk patientjournal på hospitalerne. Den er opbygget af den amerikanske virksomhed Epic og skal tilpasses danske forhold, herunder de psykiatriske hospitaler (125). Det regnes som det største Sundheds-it-implementeringsprojekt i Danmark (126).

⁴⁴ Citat fra interview med ansvarshavende i Region Midtjyllands Psykiatri Planlægning.

Formål

Sundhedsplatformen skal modernisere hospitalernes it og forventes at medføre en omfattende omstilling af arbejdsgange.

Organisering

Implementering af Sundhedsplatformen er påbegyndt i 2016 på de somatiske hospitaler, mens psykiatrien starter i maj 2017. Tilgængeligt materiale om platformen, implementerings- og brugerinddragelsesprocessen er sparsom på internettet. Der deltager én speciallæge fra hvert psykiatrisk center i samarbejde med Epic om tilpasninger til specialet.

Målgruppe

Sundhedsplatformen vil være forbundet med en ny dokumentationspraksis i form af en mere struktureret narrativ/tekstuel dokumentation. Systemet giver mulighed for, at patienter kan få adgang til data og indgive data i et særligt patientmodul. Patientmodulet, også kaldet patientplatformen, giver patienterne adgang til at følge bedre med i egne data, skrive til den behandlende læge samt levere data før en konsultation.

6.1.2.1 Telepsykiatrisk Center – Region Syddanmark

Design

Region Syddanmark har siden 2013 samlet sine aktiviteter med digitalisering af psykiatrien i et Telepsykiatrisk Center. Centeret har status af en klinisk afdeling i psykiatrien og fungerer yderligere som et kompetencecenter for telepsykiatri og digitale værktøjer både regionalt og nationalt. Dette sker bl.a. ved afholdelse af temadage samt med link på afdelingens hjemmeside til 'Kom i gang med telepsykiatri' og 'Hjælp til brug af videoudstyr'.

Infrastrukturen i Region Syddanmark er særlig ved at have etableret en digital patientmodtagelse, hvor borgere der er bosiddende i regionen og har angst eller depression uvisiteret kan anmode om behandling via en hjemmeside (Psykiatrien i Region Syddanmark). Dette kaldes 'selvhenvisning' i modsætning til henvisning fra almen praktiserende læge.

Selvhenvisning

Selvhenvisning foregår via regionens hjemmeside (92). Under fanen 'Patient' og 'Internetpsykiatrien' er der angivet en række kriterier for, at borgere kan modtage behandling.

Selve anmodningen sker via et link på hjemmesiden, der over et sikkert log-in, NemID, fører til et SurveyXact spørgeskema, se Figur 6.2. Borgeren besvarer her en række spørgsmål om symptomer og kontaktoplysninger på baggrund af hvilke, der sendes en rapport til Internet psykiatriens psykologer. Disse behandler via en vagtordning indkomne anmodninger om behandling.

Figur 6.2 Selvhenvisning: åben modtagelse af borgere med angst eller depression

The image shows a web browser window with the URL <https://nemid.survey-xact.dk/results/login.html?user=11709149&respondent=263145547&client=INTERNETPSYKOLOGI>. The page header is 'Internetpsykiatrien'. Below the header is a navigation bar with 'NEM ID' and 'Log ind med nøglekort >'. A modal window titled 'NEM ID' and 'Rambøll SurveyXact' is open, showing a login form with fields for 'Bruger-id' and 'Adgangskode', a 'Glemt kode?' link, and a 'Næste' button. To the right of the modal is a QR code and a 'Genveje' section with links to 'SurveyXact' and 'Rambøll Results'. At the bottom of the modal is a checkbox labeled 'Husk jeg vil logge ind med nøglekort'.

Note: Linket findes på hjemmesiden <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm434059>

Kilde: <https://nemid.survey-xact.dk/results/login.html?user=11722941&respondent=263356106&client=INTERNET-PSYKOLOGI>

Målgruppe

Målgruppen er borgere i Region Syddanmark, Telepsykiatrisk Center og forskere. Selvhenvisning er ikke kun en ny indgang for borgere til det specialiserede sundhedsvæsen (uden henvisning fra egen læge), men det er også en ny måde for organisationer at modtage patienter til behandling og til deltagelse i forskningsprojekter på. Telepsykiatrisk Center tilbyder således ikke kun patienter gratis behandling støttet af en psykolog men rekrutterer også deltagere til forskningsprojekter, som fx Blended-Care-projektet (127). Rekruttering af patienter til deltagelse i forskningsprojekt via selvhenvisning findes også i anden dansk sammenhæng (128) i forbindelse med helbredsangst (129), som dog ikke medtages i rapporten, da projektet falder uden for de valgte afgrænsninger i henhold til ICD-10-koder.

Formål

Centerets formål er beskrevet som følger:

Telepsykiatrisk Center medvirker til at frigive potentialer hos patienter, behandlere og pårørende gennem udvikling og anvendelse af telepsykiatri og digitale værktøjer i Region Syddanmark ((s.6) (130)).

Dette sker via fem erklærende indsatsområder: 1) Teknologibaseret behandling og rådgivning, 2) udvikling, test og afprøvning, 3) implementering og integration (afdelingsniveau), 4)

implementering i stor skala (sygehusniveau) og 5) forskning i telepsykiatri og e-mental Health.

Organisering

Telepsykiatrisk Center har (juli 2016) 40 personer ansat, der fordeler sig på 1 afdelingschef, 12 personer i udvikling og implementering, 3 personer (læge og farmaceuter) til faglig rådgivning og behandling, 9 psykologer i Internetpsykiatrien og 15 personer tilknyttet forskningsenheden (131).

Telepsykiatrisk Center er i juni 2016 af Regionsrådet sikret en fast bevilling fra 2017 (knap 9 millioner kroner i 2017, knap 10 millioner i 2018 og ca. 7 millioner kroner årligt fra 2019 og frem) (122).

Følgende aktiviteter er igangværende:

1. Telepsykiatrisk hjemmebehandling med brug af videokonference til behandling af patienter i psykiatrien
2. Screening af selvhenviste borgere for angst og depression via forundersøgelse med videokonference og brug af et screeningsværktøj, M.I.N.I.⁴⁵
3. To tilbud med internet-interventioner med støtte af en psykolog for selvhenviste patienter med henholdsvis angst eller depression⁴⁶. Det skønnes, at 200 syddanske patienter er blevet behandlet for depression og angst via Internetpsykiatrien i tidsrummet 1. marts 2015-22. januar 2016 (122).

Derudover har Telepsykiatrisk Center konsolideret sig med en forskningsenhed i 2016, der ønsker at bidrage med sikring af evidens ved internet-interventioner og udvikling af nye digitale behandlingstilbud. Forskningsenhedens igangsatte forskningsprojekter vedrørende patienter med angst og depression er beskrevet i afsnit 6.1.4.1.

6.1.2.2 Videokonsultationsrum – Region Hovedstaden

Design, organisering og målgruppe

Region Hovedstadens psykiatriske behandlingscenter i Rønne, Psykiatrisk Center Bornholm, har indrettet et rum med videoudstyr, herunder fjernstyret kamera og krypteret bredbåndsforbindelse til telepsykiatrisk behandling af bornholmske patienter i Behandlingscentret Den Lille Prins i København⁴⁷.

Psykiatrisk Center Bornholm ønsker via videokonsultationsrummet at give øens patienter lettere adgang til psykiatrisk speciallægehjælp. Tilbuddet gives eksempelvis til patienter med angst for at rejse og/eller patienter med sproglige barrierer. Særligt patienter fra Eksjugoslavien har mulighed for behandling på eget modersmål via videokontakten til speciallægen Davor Mucic i Behandlingscentret Den Lille Prins, hvorved tolkning kan undgås.

6.1.3 Behandlingstilbud i drift

I dette afsnit beskrives telepsykiatrisk hjemmebehandling i Region Syddanmark, screening af selvhenviste patienter via video i Region Syddanmark, de to internet-interventioner, der er i

⁴⁵ M.I.N.I.: Mini Internationalt Neuropsykiatrisk Interview er et struktureret interview til brug for psykiatriske lidelser.

⁴⁶ Disse, som også er beskrevet i kapitel 5, er et gratis tilbud i Internetpsykiatrien i Region Syddanmark med behandling af angst i programmet FearFighter og behandling af let til moderat depression med programmet NoDep.

⁴⁷ Jf. filmindslag med interview med centerleder på <http://denlilleprins.org/telepsykiatri/>

drift i Region Syddanmark til behandling af angst (FearFighter) og depression (NoDep), tilbuddet om online-terapi, der tilbydes i Region Hovedstaden, samt tilbuddet om videokonsultation i Region Midtjylland.

6.1.3.1 Screening af selvhenviste patienter – Region Syddanmark

Design

Borgere i Region Syddanmark, der har anmodet om behandling og dermed henvist sig selv via et link med NemID på Telepsykiatrisk Centers hjemmeside, tilbydes en forundersøgelse med en psykolog⁴⁸.

Patienter, som opfylder inklusionskriterierne for at komme i behandling i Internetpsykiatrien, kontaktes med henblik på at booke et tidspunkt for gennemførelse af en forundersøgelse via video og det neuropsykiatriske screeningsredskab, M.I.N.I., der er baseret på interview⁴⁹. Forudsat at patienten gennem screeningen bliver diagnosticeret med angst eller let til moderat depression og vurderes egnet til behandling, herunder at der findes motivation og ressourcer til selvhjælp hos patienten, tilbyder psykologen patienten behandling i Internetpsykiatrien for enten angst med internetprogrammet FearFighter eller for depression med internetprogrammet NoDep.

Formål

Screeningen har tre formål:

1. Hurtigst muligt at identificere og kontakte de selvhenviste patienter, der er selvmords-truede og evt. henvise til akutmodtagelsen i psykiatrien
2. At screene, om patienterne passer til behandlingstilbuddet, de har anmodet om
3. At identificere og udvælge patienter til forskningsprojekter.

Målgruppe

Den primære målgruppe for både vagtordning (beskrevet efterfølgende) og forundersøgelse med video og screeningsværktøj er patienterne. En sekundær målgruppe er psykologerne og den tilhørende hospitalsafdeling, Telepsykiatrisk Center med ansvarshavende læge. Screeningen har nemlig samlet set et sundhedsetisk og behandleretisk formål om at sikre patienten den rette behandling, herunder at sikre, at eventuelle anmodninger fra patienter, der er svært syge, får rettidig hjælp (på hverdage).

Organisering

Borgernes selvhenvisning (i form af en rapport fra Rambøll SurveyXact tilknyttet patientens CPR-nummer) gennemgås af en psykolog, der er på vagt med henblik på at vurdere behovet for hurtig hjælp. Anmodningerne fra de potentielle patienter behandles dagligt (på hverdage) via en vagtordning blandt psykologerne. Patienter, der er selvmordstruede kontaktes telefonisk for en risikovurdering efter regionens procedurer og henvises eventuelt til psykiatrisk akutmodtagelse/patientmodtagelse. De øvrige patienter tilbydes en forundersøgelse inden for 1-2 uger.

Forundersøgelsen foregår via video og/eller telefon og består af en times samtale med en psykolog på baggrund af screeningsredskabet M.I.N.I. På basis heraf diagnosticerer psykologen patienten. Psykologen tilbyder behandling i Internetpsykiatrien ud fra en samlet vurdering af patienten samt en vurdering af, om behandlingsformen egner sig til den enkelte patient. Hvis

⁴⁸ Blandt de anmodninger, som klinikken modtager, får ca. halvdelen af patienterne tilbud om behandling. Den anden halvdel vurderes af psykologerne af forskellige grunde ikke egnet til behandlingen (132).

⁴⁹ Mini Internationalt Neuropsykiatrisk Interview: Et screeningsredskab, der her indgår i forundersøgelsen med videosamtale (dansk version 5.0.0) (8).

dette ikke er tilfældet, og psykologen vurderer, at borgeren har behov for behandling, opfordres denne til at kontakte egen læge.

Hjemmesidens informationer til patienterne

På Psykiatrien i Region Syddanmarks hjemmeside henvises der under fanen 'Patient' til tilbudet om internetpsykiatrisk behandling. Af siden fremgår det i brødteksten, at 'Vi hjælper dig med at få det tekniske til at virke, og det er ikke svært'. I højre fane linkes der til en TV2-nyhedsudsendelse, der fortæller om tilbuddet, ligesom der oplyses et telefonnummer og en e-mailadresse på support til fx at anmode om behandling.

Under fanen 'Afdelinger'/'Internetpsykiatrien' forefindes to link med omfattende informationer til videoudstyr, som overvejende henvender sig til ansatte i psykiatrien og ikke patienterne (133):

- 'Hjælp til brug af videoudstyr' – omfatter bl.a. oplysninger til brug for valg og installation af videokonferencesystemer samt råd og tips til forberedelse, interaktion og afholdelse af videomøder
- 'Support – hvis udstyret ikke virker' – typiske problemer med videokonferenceudstyr og deres mulige løsninger belyses i tekst og på video. Herudover angives der telefonnumre på yderligere support.

Det er derfor ikke helt klart, hvilket videoudstyr patienten skal have på sin computer, bortset fra et webcam.

Etiske aspekter

Det fremgår ikke af Telepsykiatrisk Centers hjemmeside, hvorfor og hvorledes screeningsprocessen og databehandling foregår, og ej heller, at patienter, der på baggrund af screening tilbydes behandling, oprettes med en patientjournal i psykiatrisk hospital.

6.1.3.2 Internet-interventioner – Region Syddanmark

De selvhenviste borgere i Region Syddanmark, der på baggrund af screeningen opfylder behandlingskriterierne for angst og/eller let til moderat depression, tilbydes behandling over internettet med støtte af en psykolog. Behandlingen er gratis og tilbydes foreløbigt til udgangen af 2017 (134). Tilbuddet er en videreførsel af projektet Internetpsykiatrien, der var et initiativ i den Nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin (21). Evalueringen af projektet er beskrevet i afsnit 7.1 og efterfølgende afsnit i kapitel 7.

Design

Behandlingsprogrammet NoDep er udviklet sammen med virksomheden Context Consulting ApS og afprøvet over en toårig periode i Region Syddanmark (132). Behandlingsprogrammet FearFighter⁵⁰ er taget i brug i 2015 efter engelsk forbillede og tilpasning bl.a. via Context Consulting ApS. FearFighter er endvidere afprøvet gennem ni måneder i et forsøg i Region Midtjylland (135). Evalueringen af dette projektet er ligeledes beskrevet i afsnit 7.1 og efterfølgende afsnit i kapitel 7.

Både NoDep og FearFighter⁵¹ er baseret på kognitiv terapi med trinvis psykoedukation og øvelser og varer 8-10 uger. Forløbet, der er baseret på selvhjælp, understøttes af en psykolog via skriftlig kommunikation. Den internetbaserede behandling afsluttes med en evaluering over video og et notat til patientens egen læge. Psykologen sender patientens egen læge et notat,

⁵⁰ Programmet FearFighter kan endvidere, via Context Consulting ApS' hjemmeside, købes og anvendes af personer bosat uden for Region Syddanmark, som beskrevet i afsnit 5.2.2.1.

⁵¹ Begge behandlingsprogrammer (NoDep og FearFighter) har indgået i danske forsøg, som er blevet evalueret (se afsnit 7.1)

på linje med andre sygehusbehandlinger, der kort sammenfatter behandlingsresultatet. Patienten kan fortsætte med at bruge behandlingsprogrammet og dets øvelser over nogle måneder, dog uden støtte af psykolog.

Formål

Formålet med internetbehandling med NoDep og FearFighter er at yde hjælp til selvhjælp. Det er en vigtig forudsætning, at patienten er motiveret til behandling. Den skriftlige kommunikation fra psykologen har til formål at støtte patientens motivation.

Målgruppe

Målgruppen er selvhenviste patienter med angst og/eller depression, som har ønske om hjælp til selvhjælp.

Inklusionskriteriet er, at patienterne er over 18 år, bosiddende i Region Syddanmark og har angst eller let til moderat depression. Endvidere at de har adgang til en pc med internet og webcam, har lyst til at arbejde selvstændigt med øvelser i hverdagen og gerne vil skrive med deres behandler om, hvordan de har det.

Eksklusionskriterierne er samtidig lidelse af skizofreni, bipolar lidelse eller beslægtede lidelser, hvis hovedproblematikken er post-traumatisk stress syndrom (Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)) eller obsessiv-kompulsiv tilstand (Obsessive Compulsive Disorder (OCD)), hvis der er et misbrug af alkohol eller stoffer eller borgeren aktuelt er i anden psykoterapeutisk behandling (92).

Organisering

Behandlingsforløbene med internetprogrammerne NoDep og FearFighter understøttes af en psykolog ved skriftlig korrespondance i selve programmet og via test-resultater og grafiske fremstillinger af patientens udvikling.

Etiske aspekter

En samlet datapolitik fremgår ikke af Telepsykiatrisk Centers hjemmeside eller strategi⁵², men der er alt andet lige tale om mange typer af data, der generes i og via de forskellige teknologiske løsninger og behandlingstilbuddenes status (drift, afprøvning, udvikling, anmodning, spørgeskemaer, test og scoringsværktøjer, videokonferencer, e-mailkorrespondancer, patientjournal, notat til egen læge). Anonymitet, sikkerhed/tryghed og ansvar er således ikke særlig gennemskueligt for brugerne.

6.1.3.3 Telepsykiatrisk hjemmebehandling via video – Region Syddanmark

Baseret på flere (unavngivne) forsøgsprojekter overgik telepsykiatrisk hjemmebehandling via video i april 2015 til drift⁵³, således at det nu er et fast tilbud til alle psykiatriske afdelinger i Region Syddanmark. Samtidig indførte regionen afregning til de psykiatriske afdelinger for telepsykiatriske ydelser med tilbagevirkende kraft til 1. januar 2015.

Patienterne kan behandles i eget hjem og via video være i kontakt med behandleren (136). Behandlingen er dog hovedsageligt baseret på princippet om 'bring your own device', hvilket vil sige, at patienterne forventes at anvende deres egen tablet eller computer i behandlingen (137). I 2015 var telepsykiatrisk hjemmebehandling over video i brug i 14 psykiatriske afde-

⁵² Under fanen "Fagfolk" og dernæst "Lovgivning" på regionens hjemmeside, <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm224166> kan brugere linke til en række af lovbestemmelser for psykiatri- og sundhedsområdet, herunder til "persondatalovgivning" (på 19 kapitler), der dækker digital kommunikation, andre lovbestemmelser.

⁵³ Tilbuddet har ændret navn til 'videokonsultationer i psykiatrien' (oktober 2016).

linger i Region Syddanmark. Psykiatrien i Region Syddanmark gennemførte i alt 468 patient-konsultationer i 2015 som telepsykiatrisk hjemmebehandling (136) og nåede dermed næsten op på målsætningen om 500 telepsykiatriske patientbehandlinger i 2015 (138). Det er dog uklart, hvor mange af disse konsultationer der specifikt var rettet mod angst- og/eller depressionsbehandling.

Det er Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark, der varetager implementeringen af tilbudet og tilbyder implementeringsstøtte til interesserede afdelinger, herunder oplæring, undervisning og teknisk bistand. Der er således etableret en infrastruktur for behandlingen med opsætning af udstyr, evalueringsramme, takst m.m., og pr. 1. september 2015 er der ansat en konsulent til målrettet at arbejde med implementering af videokonsultation (138). Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark er endvidere ansvarlig for monitorering og evaluering af telepsykiatrisk hjemmebehandling i regionen, herunder organisatoriske forhold samt indflydelse og resultater for patienter og ansatte i regionen (137). Telepsykiatrisk Center forbereder aktuelt en systematisk evaluering af patienters og behandleres brug af telepsykiatrisk hjemmebehandling og har nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra de kliniske afdelinger, som skal udvikle kliniske retningslinjer for telepsykiatrisk hjemmebehandling (136).

6.1.3.4 Online-terapi – Region Hovedstaden

I Region Hovedstadens Psykiatri har online-terapi med video af danske patienter og flygtninge med anden etnisk baggrund været afprøvet i en projektperiode (se evt. kapitel 7.1 og efterfølgende afsnit i kapitel 7). Efterfølgende er et behandlingstilbud til eksjugoslaviske patienter bosiddende på Bornholm overgået til drift samt et tilbud om behandling af et bredt spekter af psykiske lidelser, herunder angst og svær depression.

Design

Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center Bornholm tilbyder lægehenviste patienter, der ikke har dansk som modersmål – særligt fra Eksjugoslavien – telepsykiatrisk behandling⁵⁴ med en psykiater, der taler deres eget sprog via Behandlingscentret Den Lille Prins, der er beliggende i København. I videokonsultationen indgår udredning af patienten, diagnosticering, behandling og evaluering. Data er integreret i traditionel dokumentationspraksis, men videokommunikationen mellem patient og behandler optages/lagres ikke.

Formål

Af behandlingscenterets hjemmeside fremgår det, at formålet med metoden er:

- at muliggøre for klienter med anden etnisk baggrund end dansk at få psykiatrisk behandling på deres eget modersmål. Således vil den behandlingskrævende få en kvalificeret og hurtigere hjælp, uden behov for tolkebistand.
- at yde psykiatrisk bistand over for danske borgere der, hvor tilgang til professionel hjælp er besværliggjort pga. lange ventetider og/eller manglende ressourcer.
- at udvikle "shared-care"-modellen og støtte almenpraksis lægen i behandlingen af psykisk syge.
- at yde psykiatrisk bistand som led i arbejdsvejneafklaringen (68).

Den teknologiske løsning med henvisning til online-behandling fra PC Bornholm til Behandlingscentret Den Lille Prins bidrager til løsning af tre sundhedsorganisatoriske problemstillinger:

⁵⁴ Telepsykiatri er på behandlingscenterets hjemmeside defineret som 'brug af telekommunikationsteknologi for at etablere forbindelse mellem klienter og behandlere med henblik på psykoedukation, diagnosticering og behandling' (68).

1. Sprogbarrierer i forhold til behandling af patienter med anden etnisk baggrund end dansk, fx flygtninge og indvandrere. Alternativet er brug af tolk, der dog kan vanskeliggøre den fortrolighed, der er central i den terapeutiske samtale mellem patient og behandler.
2. Yderområder i Danmark kan have få eller helt mangle speciallæger i psykiatri, hvorved patienterne får lang afstand og/eller ventetid på behandling. Mange måneders ventetid på en lokal psykiater kan afkortes til få uger, hvis patienten tager imod tilbuddet om online-behandling frem for terapi ansigt til ansigt (139).
3. Mangel på speciallæger i psykiatriske centre. Brugen af den telepsykiatriske behandling har frigivet lægelige ressourcer på PC Bornholm (140).

Organisering

En distriktssygeplejerske ved Psykiatrisk Center Bornholm tager imod patienterne og formidler via en pc-skærm i Psykiatrisk Center kontakt mellem patienter og en speciallæge i psykiatri Davor Mucic, leder af Behandlingscentret Den Lille Prins. Der benyttes et kamera, hvor psykiateren kan zoome ind og ud på patienten via fjernbetjening. Davor Mucic har sproglige behandlingskompetencer på dansk, svensk, engelsk og flere af de eksjugoslaviske sprog. Øvrige sprog og kulturområder, der dækkes af behandlere tilknyttet centeret, er arabisk, persisk, russisk, tyrkisk, bulgarsk, rumænsk og polsk.

Økonomiske aspekter

Behandlingsaftalen mellem PC Bornholm og Behandlingscentret Den Lille Prins er udformet som en treårig kontrakt, der er baseret på henvisning fra egen læge til Psykiatrisk Center Bornholm, som henviser videre til online-terapi i behandlingscenteret.

6.1.3.5 Videokonsultation til gerontopsykiatriske patienter – Region Midtjylland

Gerontopsykiatriske patienter på Samsø kan via videokonsultation fra eget hjem eller fra et ambulatorium på Samsø Sundheds- og Akuthus tilses af speciallæger og sygeplejersker fra M-ambulatoriet, Aarhus Universitetshospital, Risskov. M-ambulatoriet udreder/behandler bl.a. personer over 68 år uanset psykiatrisk diagnose.⁵⁵

Design

Videokonsultation med gerontopsykiatriske patienter på Samsø startede som et pilotprojekt i 2008 og er siden overgået til et fast tilbud. Projektet er et tilbud til patienter bosiddende på Samsø som alternativ til, at patienterne skal rejse til Aarhus eller speciallæger fra Aarhus skal rejse til Samsø. På den måde sparer både patient og personale tid og ressourcer, og patienter, der er i risiko for slet ikke at blive tilset af en læge, får nu muligheden via video.

Formål

I en artikel fra 2011 er den daværende overlæge på Gerontopsykiatrisk Afdeling, Risskov⁵⁶ citeret for at sige, at telepsykiatrisk behandling forventes at skabe bedre behandling for patienter, som ellers kan være ramt af lange vente- og transporttider til behandling – hensigten er ikke at spare penge (116).

⁵⁵ Det har ikke været muligt for KORA at finde en projektbeskrivelse eller evaluering af projektet. Beskrivelsen af tilbuddet stammer derfor dels fra en artikel (116) dels fra en telefonsamtale (september 2016) med den nuværende koordinerende sygeplejerske i M-ambulatoriet.

⁵⁶ 1. september 2011 blev Gerontopsykiatrisk Afdeling lagt sammen med fire andre voksenpsykiatriske afdelinger til tre specialafdelinger, bl.a. Afdeling for psykoser, Afdeling P, som M-ambulatoriet hører under (141).

Målgruppe

Tilbuddet er udviklet til gerontopsykiatriske patienter (patienter over 68 år uanset psykiatrisk diagnose), som er bosiddende på Samsø⁵⁷. KORA har ikke oplysninger om, hvor stor en andel, der lider af angst og/eller depression.

Organisering

Konsultationen kan foregå mellem patient og speciallæge og/eller sygeplejerske fra M-ambulatoriet. Pårørende, der befinder sig i Aarhus, har også mulighed for at møde ind i M-ambulatoriet og derfra deltage i videokonsultationen med patienten på Samsø. Herudover har en sygeplejerske fra M-ambulatoriet mulighed for at tage til Samsø og tilse patienten og sammen med denne lave en videokonsultation med lægen, der sidder i Aarhus. Videokonsultationen faciliteres af en sygeplejerske fra M-ambulatoriet, og patienten på Samsø har altid en omsorgsperson ved sin side under hele konsultationen, som kan tage vare på patienten og evt. hjælpe med brugen af videoudstyret.

Den koordinerende sygeplejersker skønner, at M-ambulatoriet typisk har mellem 0 og 3-4 videokonsultationer pr. måned afhængig af, hvor mange patienter der kognitivt er egnet til behandlingsformen.

6.1.4 Forskningsprojekter med digitale behandlingstilbud

Der er flere igangværende forskningsprojekter om angst- og depressionsbehandling i Region Syddanmark henholdsvis i Region Sjælland.

De omfatter bl.a. udvikling af internet-interventioner, organisering af behandlingsforløb med fx behandling ansigt til ansigt kombineret med internet-intervention med støtte af en psykolog (blended care), monitorering med mobilteknologi efter udskrivelse samt online-terapi til ældre patienter med depression. I de efterfølgende afsnit 6.1.4.1-6.1.4.2 beskrives de to regioners forskningsprojekter i forhold til formål, design, henvisning og diagnosticering, interventionen, outcome og samarbejde.

6.1.4.1 Forskningsprojekter i Region Syddanmark

I forskningsenheden i Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark er følgende forskningsprojekter i gang til behandling af angst og depression: 1) Et RCT-studie med blended care til patienter med let-moderat depression, 2) Afprøvning af online-terapi med videokonsultationer i gerontopsykiatrien samt 3) et forskningsprogram med akronymet ENTER (EmenNTal hEalth Research), der bl.a. søger at udvide dataindsamling med apps til mobiltelefon og tablets og et nyt internetbaseret behandlingsprogram. Projekterne er nærmere beskrevet i boksene 6.3 - 6.5.

⁵⁷ M-ambulatoriet kan også at anvende videokonsultation til andre patient- eller aldersgrupper på Samsø.

Boks 6.3 Blended CBT – projekt i Region Syddanmark

Formål: At undersøge potentialet for en blanding af internetbaseret intervention og konsultationer ansigt til ansigt med kognitiv adfærdsterapi (B-CBT) versus traditionel behandling ansigt til ansigt med CBT.

Design: Et randomiseret og kontrolleret forsøg (130 patienter med en allokeringsratio på 1:1).

Henvielse og diagnosticering: Der er selvhenvielse over internettet for personer med let til moderat depression. Alle, der henvender sig, udfylder en elektronisk spørgeskema-pakke og inviteres til en forundersøgelse ved en psykolog. Inklusionskriterier for deltagelse i forsøget er 18 år eller ældre, let-moderat depression baseret på telefonadministreret M.I.N.I. og en score på ≥ 5 på The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (142). Eksklusionskriterier er selvmordsrisiko, bipolar lidelse, psykose, obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD), i anden psykolog-behandling for depression, ude af stand til at forstå talt og skrevet dansk og ingen adgang til computer og fastnet-forbindelse.

Interventionen: Tilbuddet i interventionsgruppen omfatter 'blended care', hvilket vil sige, at der veksles mellem 6 ansigt til ansigt-konsultationer med en psykolog samt 6 internetbaserede moduler NoDep (B-CBT). Kontrolgruppen tilbydes 12 traditionelle psykolog-konsultationer ansigt til ansigt med CBT. Deltagerne i begge grupper udfylder ugentligt et mindre spørgeskema på internettet. Projektets samlede interventionsperiode: Marts 2016-marts 2017.

Outcome: De primære kliniske effektmål er ændringer i PHQ9 (3 måneder, 6 måneder og 12 måneder efter baseline).

Samarbejdspartnere: Ph.d.-projektet i Telepsykiatrisk Forskningsenhed, Telepsykiatrisk Center, Region Syddanmark er en del af et EU-projekt E-compared (European Comparative Effectiveness Research on Internet-based Depression Treatment) (143). Projektet forventes afsluttet i september 2018.

Kilde: Baseret på forskningsanmeldelse (144) samt patientinformation om projektet (145).

Boks 6.4 Collavi-projekt – i Region Syddanmark

Formål: At indhente viden om, hvordan patienter, personale og ledelse oplever brugen af videokonsultationer samt, hvilke udfordringer der er i forbindelse med implementering og brug af en model med 'collaborative care'⁵⁸, der medinddrager videokommunikation.

Design: Projektet er designet som et 'mixed method studie' i form af personlige interview, fokusgruppeinterview og spørgeskemaer til patienter, personale og organisation.

Intervention: Videokonsultationer bruges i projektet som supplement til eksisterende behandlingsforløb, som omfatter udredning, monitorering og behandling (herunder medicinregulering, behandlingsændringer samt i opfølgning/afklaring af akutte problemer) af mild til moderat unipolar depression hos personer 65+-årige, som behandles i hjemmet. Gerontopsykiatrisk team fra lokalpsykiatrien er ansvarlig for behandlingen.

⁵⁸ Kollaborativ læring beskriver en læringsform, hvor de lærende lærer sammen i et fællesskab jf. e-pædagogisk ordbog.

Boks 6.4 Collavi-projekt – i Region Syddanmark

Outcome: Patienternes, personalets og organisationernes tilfredshed med brug og implementering af modellen. Klinisk outcome hos patienter vurderes ved hjælp af depressionsscore (ikke præciseret).

Samarbejdspartnere: Projektet, der udgår fra Psykiatrisk Afdeling Esbjerg og er tilknyttet Institut for Regional Sundhedsforskning ved Syddansk, udføres som en del af et EU-MasterMind-projekt, hvor fokus er på brug af telepsykiatri til patienter med depression (146). Projektet er støttet af Jascha Fonden med 460.000 kr. Det 3-årige ph.d.-projekt forventes afsluttet i oktober 2018.

Kilde: Baseret på projektbeskrivelse (147), information på Psykiatrien i Region Syddanmarks hjemmeside (148) samt et indlæg på telepsykiatri-bloggen (149).

Boks 6.5 ENTER Programme for EmenNTal hEalth Research- i Region Syddanmark

Formål: I) At forske i bl.a. effekt og udvikling af apps, hvor patienter og behandlere løbende kan udveksle oplysninger og indsamle information om helbredstilstanden for dermed at sikre øget sygdomsindsigt. II) At udvikle og teste et nyt internetbaseret behandlingsprogram målrettet patienter med depression, som kan benyttes sammen med traditionel psykoterapeutisk behandling ansigt til ansigt. III) At forske i effektivitet og økonomiske fordele/ulempes ved brug af telepsykiatriske løsninger versus traditionel behandling.

Design: Programmet omfatter seks forskningsprojekter inden for områderne depression, angst og borderline-personlighedsforstyrrelse. Monsenso ApS udvikler en app, der kan indsamle data om psykisk sygdom med henblik på at kunne forudsige patienters reaktion på behandling, mens Context Consulting ApS udvikler internetbaserede behandlingsprogrammer.

Samarbejdspartnere: Programmet er forankret i Telepsykiatrisk Center, Psykiatrien i Region Syddanmark og er et offentlig-privat samarbejde indgået i et partnerskab med Klinisk Institut og Institut for Psykologi ved Syddansk Universitet, Danish Center for Healthcare Improvements ved Aalborg Universitet samt virksomhederne Monsenso ApS og Context Consulting ApS. Innovationsfonden har støttet forskningsprogrammet med 19 millioner kr. januar 2016 (det totale budget er på mere end 26 millioner kr.).

Kilde: Baseret på pressemeddelelse fra Innovationsfonden (150) samt Psykiatrien i Region Syddanmarks hjemmeside (151).

6.1.4.2 Forskningsprojekter i Region Hovedstaden

I Region Hovedstadens Psykiatri er der fundet tre igangværende forskningsprojekter, der er målrettet patienter med angst og/eller depression: En internet-baseret intervention med FearFighter målrettet personer med angst (152) henholdsvis to projekter (SAFE II (153) og RADMIS (154)), der jf. Ritterbands kategorisering hører til i kategorien 'mobilteknologi'. Sidstnævnte søger at forhindre tilbagefald og forebygge genindlæggelse af patienter med depression efter udskrivelse gennem selvmonitorering af symptomer via mobilteknologi. De tre forskningsprojekter beskrives efterfølgende i boksene 6.6-6.8.

Boks 6.6 FearFighter – projekt i Region Hovedstaden

Formål: At undersøge gennemførligheden af ICBT-programmet FearFighter™ på personer med angst-sygdom. Herudover undersøges effekten af internetbaseret behandling med FearFighter versus ingen behandling.

Design: Et randomiseret og kontrolleret forsøg (64 patienter), hvor deltagerne enten modtager støttet ICBT i ni uger med brug af programmet FearFighter og telefonsamtale med en psykolog eller ingen behandling i de samme ni uger (allokeringsratio på 1:1).

Henvi sning og diagnosticering: Deltagerne er rekrutteret gennem annoncering på Studenterrådgivningens hjemmeside med link til forsøgets hjemmeside. Alle, der besøger forsøgets hjemmeside, anmodes om at besvare tre spørgsmål ('Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) Phobia Scale'). Personer, der gennem besvarelsen er screenet positiv for mindst én af tre angstprovokerende situationer, er efterfølgende inviteret til en forsam tale ansigt til ansigt med en psykolog. Inklusionskriterier for deltagelse i forsøget er 18 år eller ældre samt tilstedeværelse af en angstsygdom baseret på diagnosereds kabet M.I.N.I. Eksklusionskriterier er selvmordsrisiko, bipolar lidelse eller psykose, konkurrerende behandling for angst-sygdom eller ude af stand til at følge den planlagte behandling grundet fx ferie.

Intervention: Støttet, selvhjælpsbehandling på internettet med en dansk version af FearFighter, der omfatter 9 ugentlige moduler á ca. 30-40 minutter samt besvarelse af fem kortfattede spørgeskemaer. Der er synkron støtte fra en psykolog i form af en ugentlig telefonsamtale á 10 minutter (maks. 90 minutter i alt). Hensigten er at hjælpe patienten med eventuelle praktiske udfordringer med programmet og dets anvisninger og øvelser samt at sikre, at patienten fuldfører programmet. Psykologen må ikke indgå i en psyko-terapeutisk dialog med patienten. Projektets samlede interventionsperiode: August 2015 – maj 2016.

Outcome: Det primære effektmål for gennemførlighed: Andel af personer, som opfylder inklusionskriterierne og efterfølgende randomiseres til studiet. Det primære kliniske effektmål (10 uger og 37 uger efter afsluttet behandling): Andelen af deltagere, som ikke længere har en angst-sygdom målt med M.I.N.I. ved afslutningen af interventionen.

Samarbejdspartnere: Projektet gennemføres i et samarbejde mellem Psykoterapeutisk Center Stolpegården, København; Copenhagen Trial Unit, Rigshospitalet og Studenter-rådgivningen. Projektet er støttet af TrygFonden og forventes afsluttet i december 2017.

Kilde: Baseret på forskningsanmeldelse (152), artikel (155) samt personlig kontakt med leder af forskningsprojek t Morten Munthe Fenger (september 2016).

Boks 6.7 SAFE II – projekt i Region Hovedstaden

Formål: At undersøge, om fokuseret vejledning om bedre søvn og døgnrytme øger hastigheden med at komme sig og samtidig forebygger forværring af depression og således forebygger genindlæggelse.

Design: Et randomiseret og kontrolleret forsøg (150 patienter), hvor effekten af elektronisk selvmonitorering ved depression undersøges som en metode til påvirkning af døgnrytme og sundhedsfremmende adfærd efter udskrivelse fra psykiatrisk sengeafdeling (allokeringsratio på 1:1).

Henvi sning og diagnosticering: Patienterne er rekrutteret fra Intensivt Affektivt Ambulatorium (IAA) efter indlæggelse på Psykiatrisk Center København. Inklusionskriterier for deltagelse i forsøget er ældre end 18 år samt tilstedeværelse af unipolar depressionen. Eksklusionskriterier er selvmordsrisiko, bipolar lidelse, psykose, demens og betydeligt misbrug (alkohol eller stoffer) samt patienter under tvang.

Intervention: Deltagerne i både interventions- og kontrolgruppen registrerer dagligt mental status (humør, søvn og træning) via computer/sms til den elektroniske applikation Daybuilder. Deltagerne i begge grupper har ugentlig telefonkontakt til hospitalspersonale. Interventionsgruppens deltagere modtager herudover individuel vejledning om vigtigheden af en stabil søvn-vågen-rytme samt søvn som middel til at komme sig af depression. Projektets samlede interventionsperiode: Februar 2016 – februar 2019.

Outcome: De primære kliniske effektmål (28 dage efter udskrivelse) er patienternes egne registreringer af humør, forandringer i Hamiltons depressions rating skala og antal genindlæggelser.

10. *Samarbejdspartnere:* Psykiatrisk Center København er støttet af TrygFonden med 2,5 millioner kr., og udviklet i et offentlig-privat samarbejde med virksomheden Mon-senso ApS.

Kilde: Baseret på forskningsanmeldelse (153), pressemeddelelse (156) samt artikel (157).

Boks 6.8 RADMIS – projekt i Region Hovedstaden

Formål: I) At designe og implementere en smartphonebaseret platform til monitoring og behandling af depression og mani, II) Vise, om smartphonebaseret behandling, i et lodtrækningsforsøg, kan nedsætte genindlæggelse for patienter med depression og mani og III) at undersøge, om smartphonebaseret psykoterapi kan mindske depression og bedre dagligdagen for patienter udskrevet efter depression.

Design: Effektstudierne er planlagt som lodtrækningsforsøg (kontrolgruppen er ikke beskrevet i den litteratur, vi har fundet).

Intervention: Via en app til mobiltelefonen kan patienter efter udskrivelse fra hospital sende daglige oplysninger om symptomer på depression og mani såsom humør, energi og søvn. Mobiltelefonen formidler via sendemaster information til hospitalet om, hvor meget patienten bevæger sig. I projektet arbejdes der også med taleanalyse. De ind-

Boks 6.8 RADMIS – projekt i Region Hovedstaden

samlede data analyseres for udsving i patientens stemningsleje som udtryk for ændringer i retning af depression/mani. Varsling fra mobilen gør det muligt for behandler og patient at kontakte hinanden forud for forværring, der eventuelt kræver genindlæggelse.

Samarbejdspartnere: Projektet gennemføres i et offentlig-privat samarbejde mellem Psykiatrisk Center København, Danmarks Tekniske Universitet, Københavns Universitet og Monsenso ApS. Projektet (total budget 14,7 millioner kr.) er støttet af Innovationsfonden med 10,1 millioner kr. i 2016 og løber i 4 år.

Kilde: Baseret på pressemeddelelser (158,159).

6.2 Tværgående analyse

Beskrivelserne af de igangværende tilbud i det offentlige sundhedsvæsen giver med afsæt i MAST-modellens domæner overvejende indsigt i organisatoriske aspekter, patientperspektivet og etiske aspekter. De efterfølgende afsnit sammenfatter væsentlige pointer for organisering af digitale tilbud i forhold til infrastruktur for udbredelse og sammenhæng med det etablerede sundhedsvæsen, hvilke brugergrupper de henvender sig til på behandlersiden og på patientsiden, samt hvilke patientforløb, de medfører.

6.2.1 Organisatoriske aspekter

De fem behandlingstilbud, der er i drift, kan kategoriseres som følgende i henhold til Ritterbands kategorier:

- **Internet-intervention:** 1 internetbaseret-intervention til angst henholdsvis depression ved brug af FearFighter og NoDep og støtte af psykolog, i Region Syddanmark (134)
- **Online-terapi:** 4 tilbud med online-terapi, heraf to i Region Syddanmark (telepsykiatrisk hjemmebehandling (136,160) samt screening af selvhenviste patienter (92)), et i Region Hovedstaden (Psykiatrisk Center Bornholm (68)) samt et i Region Midtjylland (videokon-sultation til gerontopsykiatriske patienter på Samsø (116)).

De seks forskningsprojekter kan kategoriseres som følger:

- **Internet-intervention:** 2 projekter med afprøvning af internet-interventioner, herunder et i Region Syddanmark (Blended CBT (144)) samt et i Region Hovedstaden (FearFighter (152))
- **Online-terapi:** 1 projekt til afprøvning af online-terapi i Region Syddanmark (Collavi-projekt (147))
- **Mobilteknologi:** 3 projekter til afprøvning af mobilteknologi, herunder et i Region Syddanmark (ENTER (151)) samt to i Region Hovedstaden (SAFE II-projekt (153) og RADMIS-projekt (158,159)).

Et tilbud er under afprøvning og skal evalueres med henblik på fortsættelse i drift (Remind i Region Midtjylland, beskrevet i afsnit 6.1.1.1). Det har form af et eksperiment med henblik på at skabe en infrastruktur for og med digitale værktøjer i patientbehandlingen.

Digitalisering af infrastrukturen for behandling

Det fremgår, at særligt tre regioner er aktive⁵⁹ i forhold til at udvikle digitale behandlingstilbud men med forskellige afsæt for udbredelse af tilbuddene til patienterne:

- Region Midtjylland via en platform til behandlere med henblik på at inddrage patienterne i digitaliserede behandlingsforløb.
- Region Syddanmark via en forsknings- og behandlingsafdeling/-center til at udvikle, teste, drive og forske i nye tilbud rettet mod patienter som primær brugergruppe.
- Region Hovedstaden Psykiatriske Center Bornholm via henvisning af patienter med anden sproglig baggrund, primært flygtninge fra Eksjugoslavien, til online-behandling uden tolk hos (privatpraktiserende) speciallæge i psykiatri.

Sammenhæng til det etablerede sundhedsvæsen

Tilbuddene og deres organisering hænger forskelligt sammen med det etablerede sundhedsvæsen og dets infrastruktur for dokumentation, samarbejde og forløb, således at:

- Region Midtjyllands platform (Remind) søger at understøtte en patientkommunikation, herunder dataproduktion, der er uafhængig af det etablerede patientjournalssystem, 'EPJ', og sundhedsfaglige dokumentationskrav.
 - Data gemmes i 5 år og opbevares i pilotperioden hos virksomheden T26 A/S og følger persondataloven.
- Region Syddanmarks Telepsykiatriske Center har tilbud i Internetpsykiatrien, som er baseret på selvhenvisning og 'selvhjælp', altså at borgerne selv søger behandling uden forudgående undersøgelse og visitation fra egen læge. Det er et delvist brud på traditionel praksis og lægefaglig forankring af behandlingsansvaret.
 - Bruddet er delvist, fordi de selvhenviste borgere, der opfylder inklusionskriterierne og tilbydes internetbehandling oprettes med patientjournal i psykiatrien og egen læge sendes epikrise (psykolognotat) efter afsluttet behandling.
 - Datamæssigt er tilbuddet således både integreret med psykiatrisk hospitals dokumentationspraksis og et elektronisk patientjournalssystem (COSMIC EPJ), såvel som der genereres data i forskellige brugssammenhæng og hos forskellige udbydere/leverandører:
 - Data, der opstår i forbindelse med anmodningen (via NemID og Rambøll-spørgeskemaet)
 - Data, der skabes ved brug af selve behandlingsprogrammet (licens hos Context Consulting ApS), herunder fra øvelser, test og korrespondance med behandler
 - Data, som opbevares på en eller flere servere til blandt andet forskning.
 - Selvhenvisning er ensbetydende med, at der kan være risiko for, at borgere, der er selvmordstruede, anmoder om behandling. Dette kræver, at centeret håndterer denne risiko.
- Region Hovedstadens Psykiatri fastholder en lægefaglig visitationspraksis, men øger den behandlingsmæssige kvalitet ved at give patienter med anden kulturel og sproglig baggrund et behandlingstilbud uden tolk og med kortere ventetid. En speciallæges faglige (og sproglige) kompetencer i København gøres via videoteknologi tilgængelig for patienter i Psykiatrisk Center Bornholm. Data er integreret i traditionel dokumentationspraksis. Data fra videokommunikationen mellem patient og behandler optages/lagres ikke, ligesom begge parter er på en fast kommunikationslinje og befinder sig i specialindrettede video-

⁵⁹ Dette betyder ikke, at der ikke foregår aktivitet i de to andre regioner eller i kommunerne, men disse er ikke fundet i indeværende undersøgelse.

konferencerum i henholdsvis Psykiatrisk Center Bornholm og Behandlingscenteret Den Lille Prins, København.

Sammenhængen til det etablerede sundhedsvæsen er vi ikke bekendt med, når det drejer sig om videokonsultationer til gerontopsykiatriske patienter på Samsø (Region Midtjylland).

Mål- og brugergrupper

Tilbuddene henvender sig også til forskellige primærgrupper af brugere på både behandlersiden og patientsiden:

- I Region Midtjylland er behandlerne i Remind, uafhængigt af faggruppe, de primære brugere, som inddrager platformens digitale muligheder i den udstrækning, som de finder, det bidrager til deres patientkontakt og behandling. Tilbuddet skal således komme patienter, der allerede er i behandling, til gode. Tilbuddet om videokonsultation i Region Midtjylland til gerontopsykiatriske patienter på Samsø henvender sig både til brugere på behandler- og patientsiden.
- I Region Syddanmark er alle borgere, der er bosiddende i regionen, i princippet mulige brugere af Internetpsykiatrien, dog afgrænset af en række forhold: at brugeren oplever symptomer på angst eller depression, tilbuddets kriterier for deltagelse (intet misbrug, o.a.) samt, at de i en eller anden grad behersker dansk i tale og på skrift. Tilbuddet henvender sig således bredt med henblik på at øge adgangen til behandling for patienter med angst og/eller depression. Målgruppen for telepsykiatrisk behandling fremgår ikke klart af omtalerne heraf.
- I Region Hovedstaden PC Bornholm henvender tilbuddet sig til en afgrænset patientgruppe, flygtninge fra Eksjugoslavien, der er bosiddende på øen.

6.2.2 Patientperspektiver

Patientperspektivet fremhæver nogle forskelle i tilbuddene, som er komplementære i den betydning, at de samlet set bidrager til forskellige målgrupper for behandling og derfor, som brikker i et puslespil af forskelligartede behov og faser i behandlingsforløbene, samlet set må formodes af øge tilgængeligheden af og muligheden for digital behandling af angst og depression.

Det fremgår af gennemgangen af tilbuddene, at de henvender sig til patienter der: i) allerede er i behandling, ii) selv henvender sig og anmoder om behandling, iii) en marginal patientgruppe, der har vanskeligheder med adgang til behandling pga. sproglige/kulturelle barrierer og geografisk afstand, iv) i forbindelse med udskrivelse fra hospital er i risiko for forværring/genindlæggelse:

- i. I Remind i Region Midtjylland er patienterne som udgangspunkt allerede i behandling, ligesom det er deres behandlere, der som udgangspunkt afgør, om digitale løsninger skal indgå i behandlingen. Brugen af platformen Remind er så at sige styret af de sundhedsprofessionelles interesser, herunder også interesse for at inddrage patienten i behandlingen med digitale løsninger samt vurdering af modulernes relevans for patienten. Tilbuddet om videokonsultationer til gerontopsykiatriske patienter på Samsø henvender sig både til patienter i behandling, samt personer, som er i risiko for ikke at få behandling pga. lang transport- og ventetid.
- ii. Internetpsykiatrien i Region Syddanmark opererer med selvhenvendelse som en ny form for patientadgang til gratis behandling i det specialiserede sundhedsvæsen. Selvhenvendelse er baseret på selvhjælp, herunder at patienten er motiveret til at modtage behandling og tage en aktiv rolle heri. Øvrige patienter i traditionel behandling kan tilbydes 'telepsykiatrisk hjemmebehandling'. Det fremgår ikke af hjemmesiden, hvor i

behandlingsforløbet tilbuddet indgår, det terapeutiske indhold, samt hvilken faggruppe(r), der udfører den telepsykiatriske hjemmebehandling.

- iii. I Region Hovedstadens Psykiatri tilbydes en marginal gruppe af patienter online-terapi, nemlig flygtninge fra Eksjugoslavien, der er henvist fra egen læge til PC Bornholm.
- iv. I forskningsprojekterne indgår foruden patienter, der allerede er i behandling, også patienter, der efter udskrivelse fra hospital er i risiko for forværring og genindlæggelse, hvorfor der arbejdes på at udvikle forskellige mobilteknologiske løsninger til selvmonitorering.

Det samlede patientbillede peger på, at tilbuddene passer til forskellige sværhedsgrader af psykiske lidelser, således at behandling med selvhenvisning (jf. ii) til internet-intervention er til patienter med let til moderat depression, hvor risikoen for selvmord ikke er så stor som i de tre andre typer af tilbud (dvs. i, iii og iv), hvor patienterne også er diagnosticeret med svær depression.

Patientens mulighed for selvhenvendelse til psykiatrisk hospital adskiller sig fra traditionelle patientforløb, hvor det, som beskrevet i baggrundskapitel 2 (om stepped care), er egen læge, der henviser til det specialiserede hospital. Der er yderligere to forskelle: i) patientens symptomer udredes ikke somatisk, og II) patienten kan ikke behandles medicinsk.

Tekniske forudsætninger og kompetence

Alle tilbud i det specialiserede sundhedsvæsen – med undtagelse af online-terapi til flygtninge i behandling på Psykiatrisk Center Bornholm – forudsætter, at patienterne er dansksprogede, og at de har pc med video og webcam samt internetforbindelse. Mobiltelefoner (bl.a. med android-styresystem) kan også være nødvendige for at bruge visse moduler i Remind samt i forskningsprojekterne med apps til monitorering.

6.2.3 Etiske aspekter og sikkerhed

Etiske aspekter

Tilbuddene er organiseret med forskellige grader af ansvarsfordeling patient og behandler imellem samt med forskellige grader af empowerment, 'styrkelse' af patienternes indflydelse:

- 'Lav empowerment' i Remind-plattformen, hvor det er behandleren, der styrer og bestemmer kontakten til patienten, og hvorvidt behandlingsforløbet digitaliseres
- 'Høj empowerment' via internet-interventionerne med selvhenvisning og behandlerens støtte til selvhjælp
- 'Social empowerment' i tilbuddet om online-terapi på eget modersmål, der åbner op for hjælp til en ellers marginaliseret patientgruppe
- 'Geografisk empowerment' ved online-terapi henholdsvis internet-interventioner, som ikke kræver fysisk tilstedeværelse i et konsultationsrum.

Forskellen i forskydninger af ansvar og kontrol er tydeligst i forbindelse med selvhenvisning til internet-intervention, qua et selvhjælpstilbud, hvor patienten har øget selvbestemmelse men også ansvar for at modtage, tilrettelægge og gennemføre behandling hjemmefra. Psykologerne, der modtager anmodningerne i Internetpsykiatrien i Region Syddanmark har sammen med Telepsykiatrisk Center dog stadig et behandlingsansvar, og dermed er der en sygdomsmæssig grænse for, hvor meget ansvar, der kan overlades til patienterne. Empowerment af patienterne til øget selvhjælp via digitale behandlingstilbud må derfor nødvendigvis være båret af principper for behandlingsansvar, som kan lede patienten til det behandlingstilbud, der passer til dennes behov. I praksis har psykologerne i Telepsykiatrisk Center indført arbejdsgange, der sikrer, at anmodningerne bliver læst hver dag (dog kun på hverdage), hvorved patienter, der er selvmordstruede, kan henvises til akut hjælp.

Ud fra en betragtning om lige adgang til sundhed er det nærliggende at rette opmærksomheden på muligheden for at tilbyde online-terapi på eget modersmål til alle patienter med flygtningebaggrund. Tilbuddet i Region Hovedstadens Psykiatri Bornholm peger på potentialer for empowerment af andre etniske subkulturer med behov for psykiatrisk behandling på eget modersmål. Dette forudsætter dog, at regionenerne har adgang til behandlere, der taler de pågældende sprog.

Datasikkerhed

Sikkerhed i forhold til brug af teknologien, dataopbevaring og -behandling er et emne, der går igen i alle tilbuddene, men det behandles med forskellig grad af eksplicitering, fx:

- Region Midtjylland er udførlige med, hvor data opbevares, hvor længe og i henhold til personloven
- Telepsykiatrisk Center oplyser e-mailadresse og telefonnummer, hvor brugeren af Internetpsykiatrien kan få teknisk support.
- I online-terapi tilbuddet hos PC Bornholm og Behandlingscentret Den Lille Prins beskrives det, hvordan videoløsningen rent praktisk foregår.

I Telepsykiatrisk Center ekspliciteres det dog ikke på hjemmesiden, at brugeren fx bliver oprettet med en patientjournal i psykiatrisk hospital, at egen læge orienteres efter endt behandling⁶⁰, eller hvem der opbevarer, ejer og anvender data til hvad. Det kan synes selvfølgelig i forhold til konventionel patientbehandling og dokumentationspraksis, men det er ingenlunde så selvfølgelig, når patienten anmoder om hjælp til selvhjælp og ikke i klassisk forstand anmoder om hjælp fra en behandler, som samtidig er medproducent af data.

Der er således mange forhold, som brugeren ikke bliver informeret om i tilknytning til de digitale tilbud, deres sikkerhed og rettigheder i forhold til databehandling og behandlingsansvaret. Det er overladt til brugeren selv at vurdere de personlige risici, der kan være forbundet med at indgå i tilbuddet.

Mange typer af data, der generes af og til forskellige brugergrupper

Digitale tilbud er forbundet med produktion af flere og nye typer af data – også i de tilfælde, hvor data ikke gemmes (fx data eller optagelser fra videomøder eller online-terapi). Det betyder samlet set, at der er flere interessenter og interesser i forhold til at skabe, eje og bruge data:

- Den enkelte patient og dennes interesse for data om egne behandlingssessioner og -forløb
- Behandleren og dennes behov for både direkte at kunne kommunikere med patienten og herudover at kunne benytte data til dokumentation af patientbehandlingens udvikling over tid
- Udbyderen og organisationens behov for at kunne dokumentere og styre 'produktionen' af ydelser/servicer.
- Forskning og generering af data til at sikre et videnskabeligt grundlag for vidensproduktion, herunder om patientbehandlingens effekt
- Innovation og udvikling med henblik på teknologisk og organisatorisk at tilpasse og udvikle nye digitale behandlingsværktøjer og -tilbud.

Som anført ovenfor opstår der nye etiske udfordringer i forbindelse med at digitalisere behandlingen, hvilket bør afkræve nye former for gennemsigtighed for ejerskab og behandling af data, der produceres som del af behandlingen.

⁶⁰ Dette sker dog kun efter accept fra patienten.

6.3 Sammenfatning

Der er fundet eksempler på tre typer af digitale aktiviteter i det offentlige sundhedsvæsen til patienter med angst eller depression:

Infrastrukturer for digitalisering af behandling

- Afprøvning af en ny platform i psykiatrien med henblik på at give personale muligheder for at understøtte patientkontakt og behandling digitalt i Region Midtjylland (Remind)
- Konsolidering af et center, hvori de udvikler, afprøver og drifter digitale behandlingsredskaber og -tilbud i Region Syddanmark (Telepsykiatrisk Center)
- Forberedelse af implementering af fælles sundhedsplatform i den regionale psykiatri i Region Hovedstaden og Region Sjælland (Epic)
- Etablering af et konsultationsrum med krypteret videoforbindelse og fjernstyret kamera til sikker online-terapi i Region Hovedstaden Psykiatrisk Center Bornholm (Behandlingscentret Den Lille Prins).

Digitale behandlingstilbud i drift

- Screening af selvhenviste patienter via video i Region Syddanmark
- Telepsykiatrisk hjemmebehandling i Region Syddanmark
- Internet-intervention og behandling med af henholdsvis let til moderat depression henholdsvis angst med behandlingsprogrammerne FearFighter og NoDep og støtte af psykolog, i Region Syddanmark, Telepsykiatrisk Center
- Online-terapi i psykiatrien til moderate og svært depressive patienter af anden etiske baggrund end dansk og til patienter med geografiske vanskeligheder for at deltage i behandling i Region Hovedstaden, Psykiatrisk Center Bornholm
- Videokonsultation til gerontopsykiatriske patienter over 68 år på Samsø i Region Midtjylland.

Forskningsprojekter

- RCT-studie af internet-intervention kombineret med behandling ansigt til ansigt af depression i region Syddanmark (Blended CBT).
- Mixed-method studie om videokonsultation til behandling af +65-årige personer med mild til moderat depression i Region Syddanmark (Collavi-projekt).
- Et forskningsprogram med seks forskningsprojekter inden for behandling af depression, angst og borderline-personlighedsforstyrrelse med forskellige telepsykiatriske løsninger i Region Syddanmark (ENTER Programme for EmenNTal hEalth Research).
- FearFighter i Region Hovedstaden. Projektet undersøger gennemførligheden af FearFighter til behandling af angst, herunder effekten af internetbaseret behandling med FearFighter versus ingen behandling.
- SAFE II-projekt i Region Hovedstaden. Et RCT-projekt, hvor effekten af elektronisk selvmonitorering ved depression undersøges som en metode til at øge sundhedsfremmende adfærd samt forebygge genindlæggelse.
- RADMIS-projekt i Region Hovedstaden. Projektet designer og implementerer en smartphonebaseret platform, hvor patienter efter udskrivelse fra hospital kan registrere oplysninger om symptomer på depression og mani, fx humør, energi og søvn.

Organisatoriske aspekter:

- Infrastruktur: Tre regioner er aktive i forhold til at udvikle digitale behandlingstilbud, men med forskellige afsæt og målgrupper for udbredelse:

- o Region Midtjylland via en platform til behandlere med henblik på at inddrage patienterne i digitaliserede behandlingsforløb
- o Region Syddanmark via en forsknings- og behandlingsafdeling/-center til at udvikling, teste, drive og forske i tilbud rettet mod patienter som primær brugergruppe
- o Region Hovedstaden Psykiatriske Center Bornholm tilbyder online-terapi til henviste patienter, der som flygtninge fra Eksjugoslavien har brug for speciallæge hjælp på eget modersmål
- Sammenhæng til det etablerede sundhedsvæsen: Tilbuddene hænger forskelligt sammen med det etablerede sundhedsvæsen og dets infrastruktur for dataopbevaring, dokumentation, samarbejde og patientforløb
- Primære brugergrupper: Tilbuddene henvender sig til forskellige grupper af brugere på både behandler- og patientsiden. På behandlerens side er der tale om:
 - o Flere faggrupper, idet de valgte løsninger kan skræddersyes til behandlerens faglighed (Remind-platformen, Region Midtjylland)
 - o Psykologer med kompetencer til at støtte selvhenviste patienter digitalt
 - o Speciallæge i psykiatri med særlige it- og fremmedsproglig kompetence til at udrede og diagnosticere patienter med flygtningebaggrund og andet modersmål end dansk.

Patientperspektiver:

- Tilbuddene henvender sig til patienter med forskellig status:
 - o Patienter, der er i behandling (Remind i Region Midtjylland og Telepsykiatrisk hjemmebehandling med video i Region Midtjylland)
 - o Selvhenviste patienter (Internetpsykiatrien i Region Syddanmark)
 - o Henviste patienter, der tilhører en marginal gruppe (flygtninge fra Eksjugoslavien på Bornholm) (Region Hovedstaden)
 - o Udskrevne patienter med risiko for genindlæggelse (forskningsprojekterne i Region Hovedstadens Psykiatri med mobilteknologi og apps til monitorering)
 - o Patienter med risiko for ikke at modtage psykiatrisk behandling på grund af lang transport- og ventetid (Region Midtjylland).
- Det samlede patientbillede peger på, at tilbuddene passer til forskellige sværhedsgrader af psykiske lidelser med angst og depression.

Etiske aspekter og sikkerhed:

Der er fundet etiske problemstillinger i forhold til datasikkerhed og information. Disse vedrører:

- Datasikkerhed i forbindelse med digital behandling, hvor der generes nye typer af data. Det kan her være uigennemskueligt:
 - o Hvem der ejer data, hvordan og hvor de opbevares, hvor længe de gemmes, og hvad de må bruges til
 - o Det syntes uklart, hvilken brug og ejer af data der har forrang og garanterer patienten tryghed og kvalitet i behandlingen
- Der er forskellige praksisser under udvikling med henblik på at integrere data i de digitale tilbud med den eksisterende infrastruktur for behandling og dokumentation. Principperne herfor referer umiddelbart til:
 - o Behandlernes interesser (Remind i Region Midtjylland)
 - o Patientens adgang til gratis selvhjælp med behandlingsprogrammer og støtte af psykolog (selvhenvielse i Internetpsykiatrien, Region Syddanmark)
 - o Henvielse fra egen læge til udredning og behandling på psykiatrisk hospital (flygtninge fra Eksjugoslavien på Bornholm) (Region Hovedstaden).

- Der opstår nye patientrisici og derfor patientsikkerhedsarbejde ved selvhenvisning. Det drejer sig fremdeles om:
 - Nye arbejdsgange i organisationen med henblik at screene anmodninger fra selvhenviste patienter, der er selvmordstruede og derfor skal henvises til akutmodtagelse
 - Risikoen for at misfortolke symptomer som udtryk for psykiske lidelser og ikke somatisk sygdom (hvilket den traditionelle henvisningspraksis med egen læge tager højde for).

Kliniske og økonomiske aspekter:

Det fundne materiale indeholder ikke informationer om kliniske effekter henholdsvis økonomiske aspekter af de digitale behandlingstilbud i drift.

7 Delanalyse III: Afsluttede evalueringer af digitale behandlingstilbud i sundhedsvæsenet – resultater

Dette kapitel beskriver resultaterne fra afsluttede evalueringer af digitale behandlingstilbud i det danske sundhedsvæsen. Der gives hermed et indblik i vidensgrundlaget for implementering af digitale behandlingstilbud til angst og/eller depression baseret på en dansk kontekst. Gennem vores systematiske litteratursøgning af evaluerede digitale tilbud i det danske sundhedsvæsen har vi i alt fundet seks evalueringsrapporter (52,132,135,161-163) og en international tidsskriftartikel (164), som både falder inden for nærværende projekts afgrænsning i forhold til diagnoserne angst og/eller depression samt to af Lee Ritterbands seks former for eHealth (4).

Internet-interventioner:

- Demonstrationsprojektet 'Internetpsykiatri' i Region Syddanmark med etablering af en ny klinik med ny behandling og deraf følgende procedurer er ét af fem projekter i den nationale handlingsplan (her kaldet 'NoDep-projektet'). Formålet med projektet var at afprøve brugen af internetbaseret psykiatrisk behandling af let til moderat depression med programmet NoDep og mulighed for både asynkron og synkron støtte⁶¹ fra psykologer gennem videosamtaler og/eller telefonsamtaler. Evalueringen heraf forelå april 2016 (132). Dette projekt omtales efterfølgende som 'NoDep-projektet'.
- Demonstrationsprojektet 'Computerbaseret behandling af angst/fobi med programmet FearFighter' i Region Midt. Formålet med projektet var at afprøve brugen af internetbaseret psykiatrisk behandling af angst/fobi med programmet FearFighter og synkron støtte fra psykologer/psykoterapeuter i form af telefonsamtaler (135). Der er senere kommet en tidsskriftartikel på samme projekt i 2016 (164). Dette projekt omtales efterfølgende som 'FearFighter-projektet'.

Online-terapi:

- Fire rapporter, der evaluerer synkron psykiatrisk online-terapi, som fortrinsvis har været målrettet personer, der ikke taler dansk. Disse er udarbejdet i perioden 2007-2015 (52,161-163). De fire rapporter omtales samlet set som 'Psykiatrisk online-terapi'.

I afsnit 7.1 gives der først en kort introduktion til projekterne og deres intervention for derved at lette forståelsen af de præsenterede resultater. I afsnit 7.2 følger gennemgangen og analysen af evalueringsrapporterne for FearFighter-projektet (135), NoDep-projektet (132) henholdsvis den psykiatriske online-terapi (52,161-163).

7.1 Projektpræsentationer

Både FearFighter- og NoDep-projektet har været demonstrationsprojekter, hvor der undervejs i projektforsløbet har været udviklet og afprøvet en internetbaseret intervention med udgangspunkt i et computerprogram, der er baseret på ICBT, hvori der bl.a. indgår psykoedukation, spørgeskemaer og øvelser. I FearFighter-projektet er der givet synkron støtte af enten en psykolog eller en psykoterapeut via telefonsamtaler til patienter med angst (135), mens psykolo-

⁶¹ Ved synkron behandling har behandler og patient samtidig kontakt med hinanden, fx ved telefonsamtaler, eller som her ved videosamtaler mellem behandler og patient.

ger i NoDep-projektet har støttet både asynkront gennem chat og synkront gennem videosamtaler til patienter med let til moderat depression (132). Den psykiatriske online-terapi har omfattet synkron diagnosticering henholdsvis samtaleterapi og psykoedukation via videokonferenceudstyr (ikke internetbaseret). Interventionen med psykiatrisk online-terapi er givet af en psykiater til i) patienter, der enten ikke talte dansk – i så fald var der tale om en tosproget psykiater, der talte patientens modersmål – eller ii) til dansktalende patienter, hvor ventetiden på behandling var forholdsvis lang (52,161-163). Patienterne var selvhenviste i NoDep-projektet. I FearFighter-projektet blev patienterne henvist af egen læge til Klinik for OCD og angstlidelser, hvor en læge/psykolog udredte dem og tilbød deltagelse i projektet, mens patienterne i den psykiatriske online-terapi patienterne blev henvist af en fagperson (læge eller sagsbehandler på revalideringsafdeling).

I boksene 7.1-7.3 er der yderligere beskrivelse af interventionerne mht. formål, design og beskrivelse af interventionen, som de er fremgået af evalueringerne. I kapitel 6 er beskrivelserne af brugen af FearFighter henholdsvis NoDep baseret på, hvorledes de driftes i Region Syddanmark (FearFighter og NoDep) henholdsvis, hvorledes de indgår i et endnu ikke publiceret forskningsprojekt i Region Hovedstaden (FearFighter).

Boks 7.1 FearFighter-projektet i Region Midt

Formål: At vurdere effekten af internetbaseret kognitiv adfærdsterapi (ICBT) blandt angste patienter på venteliste til rutinemæssig intensiv ambulant behandling i en specialiseret klinik (164). Af evalueringsrapporten fremgår det, at hovedformålet var at demonstrere væsentlige arbejdskraft- og økonomiske besparelser ved brug af FearFighter®. Herudover er den kliniske effekt og omkostningseffekten undersøgt samt patienternes og personalets oplevelse af FearFighter, teknologiens modenhed og implementering i det regionale sundhedsvæsen (135).

Design: Et randomiseret kontrolleret pilotprojekt (67 patienter blev randomiseret ud af 158 henviste). Patienter, der havde en primær diagnose med enten social fobi eller panikangst og stod på venteliste til behandling ansigt til ansigt på en angstklinik i Region Midt, blev rekrutteret til projektet. Deltagerne blev randomiseret til enten at modtage støttet ICBT med brug af programmet FearFighter og telefonsamtale med en terapeut eller ingen behandling (forblev på venteliste) (allokeringsratioen var 36:31 for intervention vs. kontrolgruppe).

Henvisning og diagnosticering: Patienterne blev henvist af egen læge til Klinik for OCD og angstlidelser, hvor en læge/psykolog udredte dem og tilbød deltagelse i projektet. Alle patienter fik efter henvisning tilsendt et spørgeskema og blev indkaldt til en forsamling, hvor patienterne blev udredt via et klinisk interview af uddannede terapeuter (læge/psykolog) i CBT og behandling af angstlidelser. Inklusionskriterier for deltagelse i forsøget var panikangst med eller uden agorafobi eller social angst, mestring af det danske sprog (skrevet og talt) og adgang til en computer med bredbåndsinternetforbindelse. Eksklusionskriterierne var andre kognitive handicaps eller Axis II-lidelse, bortset fra cluster C (undvigende, afhængighed og Obsessive Compulsive Disorder (OCD)), planer om selvmord, bipolar lidelse eller depressiv psykotisk fremtræden.

Interventionen: Terapeutstøttet, selvhjælpsbehandling på internettet med en dansk version af FearFighter, der omfatter 9 ugentlige moduler a ca. 30 minutter over en periode på ca. tre måneder. Patienterne kunne øge intervallet mellem modulerne men ikke mindske det. Der er givet psykoedukation gennem video med skuespillere, der agerede henholdsvis psykolog og patienter, som videregav relevante erfaringer, interoceptive og in

Boks 7.1 FearFighter-projektet i Region Midt

vivo-eksponeringsøvelser, muskelafspænding/opspænding, hjemmeopgaver, feedback på fremskridt og råd om eventuelle problemer, der kunne opstå efter interventionen. Der er suppleret med synkron støtte i form af ca. 6 telefonsamtaler a 10 minutter med en terapeut (klinisk psykolog/psykoterapeut), der gav støtte til tekniske og forståelsesmæssige problemer.

Outcome: Det primære effektmål var Beck Anxiety Inventory (BAI) 21-item-selvrapporterede mål som udtryk for tilstedeværelsen af angst og sværhedsgrad (165). Herudover indgik demonstration af arbejdskraft- og økonomiske besparelser som outcome.

Samarbejdspartnere: Projektet er gennemført på Klinik for Angstlidelser på Aarhus Universitetshospital i samarbejde med Fonden for Velfærdsteknologi, Context Consulting ApS (konsulentbistand til fundraising, filmatisering o.a.) og CCBT Ltd (ejer af programmet FearFighter). Fonden for Velfærdsteknologi har medfinansieret projektet med knap 4,2 millioner kr. (det totale budget var på knap 6,5 millioner kr.). Det samlede projekt er eksternt evalueret af professor Lars Ehlers, Aalborg Universitet, mens projektleder og psykolog Kim Mathiasen er førsteforfatter på evidensen af effekt.

Kilde: Baseret på en evalueringsrapport (135) henholdsvis en tidsskriftartikel (164).

Boks 7.2 NoDep-projektet i Region Syddanmark

Formål: At afprøve ICBT på patienter med let-moderat depression og vise, om internet-baseret behandling med selvhenvisning kan fungere i en dansk kontekst. At vise, om udgiften til behandling kunne reduceres med internetpsykiatri. Herudover var ønsket at sikre, at behandlingen nåede ud til en gruppe af patienter, der ikke modtog behandling eller alternativt kom senere i gang med et behandlingsforløb.

Design: Et demonstrationsprojekt (uden kontrolgruppe) med brug af eftermålinger i forhold til patienttilfredshed (85 patienter blev inkluderet i studiet ud af 168 anmodninger).

Henvisning og diagnosticering: Der var selvhenvisning over internettet for personer med let til moderat depression. Alle, der henvendte sig, udfyldte et spørgeskema og blev inviteret til en forundersøgelse, som blev varetaget af psykologer. Patienter, der blev anset for egnede til behandlingsformen, fik adgang til tilbuddet.

Interventionen: Terapeutstøttet, selvhjælpsbehandling på internettet med en dansk version af computerprogrammet NoDep, der omfattede 6-8 moduler a 35-45 minutter over en periode på op til 10 uger. Efter 6. modul indgik psykologen aftale med patienten om evt. adgang til modul 7 og 8. De centrale dele omfattede selvhjælpsvejledninger, som byggede på CBT, herunder psykoedukation, adfærdsaktivering, kognitiv omstrukturering, håndtering af rumination (tankerne kører i ring) samt tilbagefaldsforebyggelse. I modulerne formidlet gennem audiovisuelle klip, interaktive øvelser, hjemmeopgaver m.m. Kommunikationen mellem psykolog og patient foregik via videosamtale (ved forundersøgelse og en afsluttende samtale), telefon samt et indbygget og sikkert tekstmodul i programmet. Psykologerne havde adgang til patienternes besvarelser af spørgsmål, hvilket betød, at de kvalificeret kunne vurdere patienternes fremgang og behov for støtte. Evt. medicinsk behandling indgik ikke som en del af psykologernes arbejde, men blev varetaget af patientens egen læge.

Boks 7.2 NoDep-projektet i Region Syddanmark

Outcome: Evalueringens primære outcome tager afsæt i konceptet for Medicinsk Teknologivurdering (9): Teknologi (opsamling af viden og erfaringer om ICBT), patient (den patientoplevede kvalitet på basis af 'Client Satisfaction Questionnaire' (CSQ-8), organisation (kvalitativ beskrivelse og analyse af psykologernes oplevelser og erfaringer), økonomi (en omkostningsminimeringsanalyse).

Samarbejdspartnere: Projektet er udgået fra Telepsykiatrisk Center, Region Syddanmark, som har samarbejdet med bl.a. Contex Consulting ApS om udvikling af behandlingsprogrammet. Projektet blev støttet med knap 5,0 millioner kr. af Fonden for Velfærdsteknologi (det samlede budget var på knap 5,3 millioner kr.). Projektet er eksternt evalueret af seniorprojektleder Susanne Reindahl Rasmussen og professor Helle Sofie Wentzer, KORA.

Kilde: Baseret på evalueringsrapport (132).

Boks 7.3 Psykiatrisk online-terapi-projekter på tværs af sektorer og regioner

Denne beskrivelse omfatter fire delprojekter.

Formål: Hvert projekt havde egne specifikke formål:

Projekt 1: At etablere et kontinuerligt psykiatrisk ambulant behandlingstilbud til flygtninge og indvandrere ved hjælp af telepsykiatri på deres respektive modersmål for dermed at øge patienternes tilfredshed og respons på behandling samt at mindske udgifterne ved behandling (52).

Projekt 2: Hovedformålet var at forbedre arbejdsmarkedsintegrationen og fastholdelse af flygtninge og indvandrere med psykisk lidelse i arbejde. Projektbeskrivelsen blev imidlertid afvejet, således at projektet også omfattede en undersøgelse af muligheder for at opretholde psykiatrisk og/eller psykologisk behandling via telepsykiatri udbudt på jobcenteret (161).

Projekt 3: At øge patienttilfredsheden ved øget tilgængelighed af specialist-ekspertise via nedsat ventetid samt oprette et "fælles patientforløb" (shared-care) med kvartårslige telepsykiatriske konsultationer hos speciallæger i psykiatri og jævnlig kontrol hos alment praktiserende læge i de mellemliggende perioder (for både danske og ikke-danske patienter). Herudover var det også et formål at få etableret supervision af personale samt øge kvaliteten af sundhedstjenesten (162).

Projekt 4: Gennem forlængelse af projekt 3 at få gjort en shared-care-model, hvori der er oprettet fælles patientforløb, hvor både alment praktiserende læge og psykiater samarbejder om behandling af patienterne, permanent. Derudover er formålet at øge kvaliteten af sundhedstjenesten ved at forkorte patienternes ventetider og tilføre nye psykiatriske ressourcer til områder, hvor ressourcerne er sparsomme. Endelig er det et formål at få etableret supervision af yngre kolleger og personale i øvrigt (163).

Design: Pilotprojekter, som gennem efter-målinger og uden brug af kontrolgruppe, undersøger brugertilfredshed (projekterne 1-4) og de alment praktiserende lægers tilfredshed (projekt 3 og 4).

Boks 7.3 Psykiatrisk online-terapi-projekter på tværs af sektorer og regioner

Henvisning og diagnosticering: Patienterne er henvist på fire forskellige måder afhængig af det enkelte projekt: i) af en sociallæge/psykolog tilknyttet en revalideringsafdeling eller ii) af reservelæger på en psykiatrisk afdeling foretog for-visitationen af patienterne, som var henvist af egen læge (begge henvisningsmåder er en mulighed i projekt 1), iii) af sagsbehandlere på revalideringscenter/jobcenter (projekt 2) henholdsvis iv) henvist direkte af patientens egen læge (projekt 3 og 4).

Interventionen: Telepsykiatrien har i alle fire projekter omfattet synkron videokonference mellem psykiater og patient med henblik på psykoedukation, diagnosticering og i nogle tilfælde behandling via internettet. Der er herudover givet mundtlig feedback til henvisningsstedet, således at der samme dag har kunnet udstedes recepter efter behov (psykiateren henvendte sig direkte til apoteket). Efterfølgende (inden for maks. 3-4 dage) har psykiateren/psykologen skrevet og fremsendt lægejournal med henblik på diagnostik og medicinsk behandlingsforslag jf. beskrivelsen i projekt 4, hvoraf det også fremgår, at den alment praktiserende læge har varetaget medicinadministrationen (receptfornyelse mv.). Af beskrivelsen i projekt 4 fremgår det yderligere, at de psykiatriske patienter har fået opfølgende konsultationer online hos psykiateren, foruden at kriseramte patienter har kunnet tilbydes online psykologsamtaler på basis af en lægefaglig vurdering. Endelig er der indgået psykoedukation af de pårørende og supervision af personale.

Outcome (primære):

Projekt 1: Patienttilfredshed i forhold til teknologi og behandling samt ventetid på undersøgelse.

Projekt 2: Ventetid på behandling og tilgængelighed af tosproget psykiater/psykologer.

Projekt 3: Patienttilfredshed i forhold til teknologi er undersøgt blandt danskere. For de ikke-danske patienter er ventetid samt tilfredshed med behandlingsformen desuden blevet undersøgt. Eventuelle ændringer i udøvelsen af hverdagsaktiviteter er undersøgt blandt patienter (fem), som fik tilbudt psykologhjælp via videokonference. Lægers vurdering af projektforbud og behandlingstilbud.

Projekt 4: Patienttilfredshed i forhold til teknologi og behandling.

Samarbejdspartnere: Alle fire projekter er udgået fra behandlingsstedet Den Lille Prins.

Projekt 1: Videokonferenceudstyr blev installeret hos Reva Aktiv, Odense; psykiatrisk afdeling i Rønne henholdsvis Svendborg og Asylcenteret, Jelling. Projektet blev støttet med i alt 2,35 millioner kr. fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, (930.000 kr.), Egmont Fonden (1.270.000 kr.) henholdsvis Sygekassernes Helsefond (150.000 kr.).

Projekt 2: Reva Slagelse, Åbenrå Jobcenter, Vejle Kompetencecenter, Holbæk – henholdsvis Lolland Jobcenter. Projektet er støttet med 805.000 kr. af Socialministeriet.

Projekt 3 og 4: Videokonferenceudstyr blev installeret i lægepraksisser i henholdsvis Nakskov, Grindsted og Brande. Da lægepraksisserne i Grindsted og Brande faldt (var med i 2010-2012) indgik lægepraksisser i Haderslev og Frederikshavn efterfølgende. Det samlede projekt (projekt 3 og 4) er støttet med 1.000.000 kr. fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Kilde: Baseret på fire evalueringsrapporter (52,161-163).

7.2 Tværgående analyse

I dette afsnit er evalueringerne af de respektive interventioner gennemgået og analyseret med det primære sigte at undersøge den danske evidens af digitale behandlingstilbud i sundhedsvæsenet i Danmark til patienter med angst og/eller depression. Der redegøres på tværs af de evaluerede interventioner med udgangspunkt i MAST-modellens domæner (6,7). I afsnit 7.2.1 er der således redegjort for den kliniske effekt, patientperspektivet er belyst i afsnit 7.2.2 – heri indgår patienttilfredshed, og hvorvidt patienterne er blevet mere selvhjulpne af interventionerne. De økonomiske aspekter, herunder eventuelle gevinster ved at implementere de evaluerede interventioner, fremgår af afsnit 7.2.3, organisatoriske aspekter med fokus på forudsætninger for implementering og mere sammenhængende patientforløb af afsnit 7.2.4 samt etiske problemstillinger af afsnit 7.2.5.

7.2.1 Kliniske effekter

I dette afsnit beskrives kliniske effekter, som de fremgår af evalueringsrapporterne for FearFighter-projektet (135), NoDep-projektet (132) henholdsvis den psykiatriske online-terapi (52,161-163).

FearFighter-projektet

Det primære effektmål for FearFighter-projektet er selvrapporterede ændringer af symptomer på angst målt med BAI⁶². Det fremgår af resultaterne, at der ikke er dokumenteret statistisk signifikant effekt (5%-niveauet) (BAI: gennemsnitlig forskel = 2,42; 95 % KI -1,03 til 5,86; $p = 0,17$). Der ses heller ikke signifikant effekt på depression (målt med BDI-II⁶³). Beregningerne er baseret på før- og eftermålinger ved behandlingsophør mellem en interventionsgruppe, som fik tilbudt internetbaseret behandling med FearFighter versus en kontrolgruppe, som stod på venteliste til behandling ansigt til ansigt på en angstklinik (164).

Af evalueringsrapporten, hvori der er yderligere opgørelser af den kliniske effekt, fremgår det, at der ikke er signifikant forskel på de gennemsnitlige ændringer af angst målt med LSAM⁶⁴ eller ophør af angst/fobi⁶⁵ (135).

Resultaterne er baseret på 158 patienter, som stod på venteliste til behandling ansigt til ansigt, hvoraf 67 patienter blev randomiseret til interventionsgruppen (I_{grp}) henholdsvis kontrolgruppen (K_{grp}) (I_{grp} : 36 patienter vs. K_{grp} : 31 patienter). I alt gennemførte 47 patienter (70 %) 'efter-målinger' (I_{grp} : 22 patienter (61 %) vs. K_{grp} : 25 patienter (81 %)). Der var i alt 11 patienter (31 %) fra I_{grp} , som gennemførte alle ni moduler (det gennemsnitlige antal gennemførte moduler fremgår ikke i artiklen) (164), hvorved det sædvanligvis er sværere at opnå signifikant effekt.

I diskussionen af manglen på behandlingseffekt angiver forfatterne bl.a., at studiet manglede styrke. Det var planlagt, at der skulle indgå i alt 128 patienter (64 i hver arm); men det var kun muligt at rekruttere i alt 67 patienter inden for studieperioden. Resultaterne viser endvidere, at de fundne p -værdier er høje samtidig med, at de standardiserede effektstørrelser er små, hvorfor forfatterne anfører, at der formentlig er andre grunde til manglen på effekt, fx:

⁶² BAI: Beck Anxiety Inventory er et redskab med 21 items til bestemmelse af sværhedsgraden af angst blandt psykiatriske patienter (165).

⁶³ BDI-II: Beck Depression Inventory er et redskab med 21 items til bestemmelse af tilstedeværelse og sværhedsgrad af depression (166).

⁶⁴ LSAS: Liebowitz Social Anxiety Scale er i dette studie benyttet som selvrapportering og rater frygt i forbindelse med 24 sociale situationer (167).

⁶⁵ Refererer til andelen af patienter, som har rapporteret en LSAS-score <60 (ingen socialfobi) eller BAI-score <10 (ingen angstlidelse).

- Det forholdsvis lille antal patienter, der gennemførte alle ni moduler i FearFighter, er muligvis en faktor i forklaringen af den statistisk insignifikante behandlingseffekt.
- En anden forklaring kan være et uensartet opfølgningstidspunkt: Deltagerne i kontrolgruppen blev rated efter præcis fire måneder (122 dage), mens der sås stor variation i interventionsgruppen i forhold til antal dage med behandlingsprogrammet (gennemsnitlig 123 dage med en standard deviation på 59,94).
- En tredje forklaring kan være, at deltagerne forud for intervention var lovet, at de efterfølgende kunne få traditionel behandling ansigt til ansigt. Interview efter afsluttet behandling viste, at mange patienter ikke anså ICBT som en 'rigtig' intervention men snarere en forberedelse til den 'rigtige' behandling, hvilket kan have påvirket patienternes forventning til behandlingseffekt, engagementet i behandlingen og i sidste ende udkommet af behandlingen.

Der skal gøres opmærksom på, at effekterne i evalueringsrapporten er opgjort pr. protokol, dvs. for de 18 patienter, der har gennemført behandlingen med FearFighter (uden nærmere angivelse af, hvad der forstås ved 'gennemført') (135) – mens effekterne i tidsskriftartiklen er baseret på intention-to-treat⁶⁶ (164).

NoDep-projektet

Effekten af interventionen med NoDep er ikke undersøgt i evalueringsrapporten (132) og så vidt vides ej heller publiceret andet steds til dato (25. juni 2016). Det fremgår dog af evalueringsrapporten, at det er lykkedes for Region Syddanmark at rekruttere patienter med depression til internetpsykiatrisk behandling i den kliniske afprøvningsperiode – omend det kun var godt 25 % af det forventede antal på 300 personer. Projektet har – tilsvarende FearFighter-projektet – haft vanskeligt ved rekruttering til og fastholdelse i den internetbaserede behandling: 168 patienter anmodede om behandling, hvoraf 85 patienter blev inkluderet i studiet (50,6 %), og 80 patienter påbegyndte behandlingen (47,6 %). 13 af de 80 patienter gennemførte dog ikke det første modul (16 %), og kun godt halvdelen (44 af 80 patienter) gennemførte 6-8 af de 9 moduler.

Psykiatrisk online-terapi

I evalueringen af de fire projekter med psykiatrisk online-terapi til patienter med psykiatiske sygdomme er den kliniske effekt af interventionerne ikke undersøgt. På basis af den internationale litteratur er det i evalueringerne antaget, at online-terapi har den samme effekt som behandling ansigt til ansigt (52,161-163).

7.2.2 Patientperspektiver

I dette afsnit undersøges patientperspektivet, herunder hvorvidt patienterne er tilfredse med interventionerne, og i hvilket omfang de er blevet mere selvhjulpne som følge af interventionerne. Patienternes tilfredshed og brugeroplevelser.

I såvel FearFighter- som NoDep-projektet henholdsvis de psykiatiske online-terapi-projekter er patienterne efter afsluttet behandling blevet spurgt om deres tilfredshed med interventionen enten i form af fokusgruppe-interview (FearFighter-projektet) eller via spørgeskemaer (NoDep-projektet og online-terapi-projektet). Det fremgår af evalueringsrapporterne, at patienterne overvejende var tilfredse med tilbuddets kvalitet, og at tilfredsheden med interventionen er positiv (52,132,161-163).

⁶⁶ Intention-to-treat: Herved forstås, at alle patienter, som er inkluderet og randomiseret til behandling, er inkluderet i analysen og indgår i den gruppe, hvortil de blev randomiseret.

Ifølge afrapporteringen af FearFighter-projektet gav halvdelen af de interviewede patienter (6 af 12 patienter) imidlertid på 'hver deres forskellige måde udtryk for, at behandlingsprogrammet ikke passede til deres vanskeligheder'. Seks deltagere (4, som havde fuldført, og 2, som ikke havde fuldført programmet) 'oplevede at behandlingsprogrammet ikke var den rigtige behandling, og at programmet ikke kunne sammenlignes med den behandling, de stod på venteliste til at få'. Alle respondenter udtrykte endvidere ønske om at fortsætte med behandling ansigt til ansigt efter ophør af den internetbaserede behandling med FearFighter (135). Tilsvarende oplevede alle patienter (5 patienter), som modtog psykiatrisk online-terapi-samtaler med en psykolog, at det var let at kommunikere via videokonference, 80 % angav, at der i høj grad var en god personlig kontakt, men hovedparten ville have foretrukket behandling ansigt til ansigt (40 % 'i nogen grad' og 40 % 'i mindre grad' (projekt 4)).

På forespørgsel angav ca. 85 % af respondenterne i NoDep-projektet, at de formentlig ville anbefale behandlingen (med NoDep) til en ven (132). Tilsvarende angav 83-85 % af de ikke-danske respondenter henholdsvis 79 % af de danske respondenter, som modtog psykiatrisk online-terapi fra en psykiater, at de ville anbefale behandlingen (52,162). Det var derimod kun halvdelen af de interviewede patienter (6 af 12 patienter), som modtog behandling med FearFighter, som gav udtryk for, at andre ville kunne have gavn og udbytte af FearFighter (135).

Endnu har ingen af projekterne imidlertid fra en kvalitativ vinkel publiceret undersøgelser af patienternes oplevelse af interaktion med computer og den internetmedierede støtte fra psykolog og/eller psykiater. Patienternes syn på fx muligheden for selvhenvisning (NoDep-projektet) versus et traditionelt krav om, at den alment praktiserende læge er 'gate keeper' i forhold til videre henvisning til privatpraktiserende psykologer og psykiatere henholdsvis hospital, er heller ikke belyst. Til sammen ville disse to forhold kunne give dybere indsigt og mulighed for læring i den internetpsykiatriske organisation.

Selvhjulpne patienter

Efterfølgende redegøres der for, hvorvidt der er evidens for, at interventionerne har ført til mere selvhjulpne patienter, sådan som det fremgår af den Nationale handlingsplan (21).

FearFighter-projektet

I FearFighter-projektet er det ikke undersøgt, om patienterne er blevet mere selvhjulpne af interventionen – omend det af fokusgruppeinterview fremgår, at behandling med FearFighter gav patienterne indsigt i deres angst, tro på bedring, samt forberedte dem til anden behandling (135). Dog ses der statistisk signifikant effekt i den selvrapporterede livskvalitet (EQ-vas⁶⁷) til fordel for interventionsgruppen (EQ-vas: gennemsnitlig forskel = 20,88; 95 % KI -30,64 til -11,11; $p < 0,001$) (164).

NoDep-projektet

I NoDep- og online-terapi-projektet er der heller ingen direkte undersøgelse af, hvorvidt patienterne er blevet mere selvhjulpne af interventionen. Der er imidlertid stillet andre spørgsmål, som med god vilje vedrører det samme.

I NoDep-projektet har 85 % af respondenterne i en opfølgende spørgeskemaundersøgelse givet udtryk for, at behandlingen med NoDep har hjulpet i håndtering af problemer (ca. 18 % angiver at 'ja, det har virkelig hjulpet' og ca. 67 % anfører, at 'ja, det har hjulpet i nogen grad'). Det skal bemærkes, at der ikke er noget sammenligningsgrundlag, idet der ikke indgår en kontrolgruppe i projektet. Herudover bør det også bemærkes, at svarprocenten kun er på 50 (40 af

⁶⁷ EQ-vas: EuroQol one-item visuelle analoge skala er en skala, hvorpå patienten scorer sin subjektive oplevelse af sundhedstilstanden på en kontinuert linje (interval: 0-100).

80 inkluderede patienter har svaret på spørgeskemaet, som blev udsendt 3 måneder efter projektophør/ca. 1 år efter projektstart).

Psykiatrisk online-terapi

Fra afrapporteringen af 'online-terapi-projekt 3' fremgår det, at fire af i alt fem patienter, som fik psykologhjælp via videokonference har svaret i en opfølgende spørgeskemaundersøgelse, at de har oplevet bedring i evnen til at fungere i dagligdagen (på spørgsmålet om bedring har 2 patienter angivet 'i høj grad' og 2 patienter har svaret 'nogenlunde'). Det skal også her bemærkes, at der ikke indgår en kontrolgruppe, som ikke har modtaget psykiatrisk online-terapi, samtidig med, at det er meget få patienter at fundere noget på fremadrettet.

7.2.3 Økonomiske aspekter

I dette afsnit fokuseres der på de økonomiske udredninger, der er foretaget, herunder hvilken form for analyse, der er foretaget, samt perspektivet herfor (sundhedsvæsenets perspektiv eller et samfundsøkonomisk perspektiv).

FearFighter-projektet

I analysen af omkostninger ved behandling med FearFighter er der primært fokuseret på estimation af det arbejdskraftbesparende potentiale i sundhedsvæsenet, hvilket betyder at fx omkostninger ved sygefravær og patienternes tidsforbrug ikke er medtaget.

Det forventede arbejdsbesparende potentiale ved behandling med FearFighter frem for behandling ansigt til ansigt er i evalueringsrapporten estimeret til 0,18 årsværk svarende til ca. 85.600 kr. Disse estimater er baseret på inklusion af 68 patienter i projektet, hvorom det er antaget, at der fremadrettet kun behandles 13,3 patienter ud af 68 patienter med FearFighter, mens de øvrige modtager behandling ansigt til ansigt. Dette er med en simpel opskalering af antal patienter omsat til et arbejdsbesparende potentiale på 2,7 årsværk (1,266 mio. kr.) i Region Midtjylland med en antagelse om et rekrutteringsgrundlag på 1.000 patienter årligt. Videre opskalering til landsplan giver jf. evalueringsrapporten et arbejdsbesparende potentiale på 11,75 årsværk (5,506 mio. kr.) (135).

De videre beregninger viser imidlertid, at der ikke er økonomisk incitament til at implementere FearFighter. De økonomiske gevinster (det arbejdsbesparende potentiale) på ca. 85.600 kr. er betragtelig mindre end driftsomkostninger på ca. 165.000 kr. (meromkostninger) ved at tilbyde internetpsykiatrisk behandling med FearFighter frem for behandling ansigt til ansigt. Der skal yderligere gøres opmærksom, at i denne sammenligning af gevinster og driftsomkostninger indgår projektets initiale implementeringsomkostninger (mere end 6 mio. kr.) ikke. Det udtrykkes således i evalueringsrapporten: 'Den økonomiske balance viser, at der er lang vej til, projektet har tjent sig selv hjem' (135).

Af en følsomhedsanalyse fremgår det, at driftsomkostningerne ved behandling med FearFighter beløber sig til 48.536 kr. I denne beregning er det antaget, at det er muligt at selekttere patienterne, således at FearFighter kun tilbydes til 20 ud af 68 patienter for dermed at opnå, at 13-14 af patienter kan nøjes med FearFighter (altså ikke behøver yderligere behandling ansigt til ansigt). Det konkluderes på basis heraf, at der med denne forudsætning er incitament til at benytte FearFighter (135). Men det betyder altså, at hovedparten af de omkostninger, der måtte være ved at patienter påbegynder og falder fra behandling og/eller efterfølgende må have behandling ansigt til ansigt, ikke indgår i beregningerne – og hvorledes de 20 personer skal findes med henblik på at optimere behandlingstilbuddet, det gives der ikke anvisninger på i rapporten.

Der er herudover foretaget en omkostningseffektanalyse fra sundhedsvæsenets perspektiv, hvilket betyder, at omkostninger ved sygefravær, reduceret produktivitet, omkostninger for pårørende og eventuel relation til alkoholmisbrug eller andre former for indirekte omkostninger ikke indgår. Det fremgår af evalueringsrapporten, at behandlingsomkostningerne i angst-klinikken er 46.142 kr. pr. vundet V_QALY henholdsvis 14.471 kr. pr. ophør af panikangst/socialfobi. Når medicinforbrug og kontakt med sygehus og egen læge m.m. også er inddraget, er omkostningerne pr. vundet V_QALY 28.750 kr. henholdsvis 8.334 kr. pr. ophør af panikangst/socialfobi (135). Det skal imidlertid bemærkes, at omkostningseffektratioerne er baseret på opgørelser pr. protokol, dvs. omkostninger pr. patient, der har fået behandling med FearFighter henholdsvis effekter pr. patient, der har gennemført behandlingen⁶⁸. Forfatterne (135) gør herudover opmærksom på, at V_QALY (beregnet ud fra EQ-vas, som det er gjort i evalueringen) ikke er helt sammenlignelig med kvalitetsjusterede leveår (quality-adjusted life-years (QALY)), der er baseret på EQ-5D⁶⁹ eller andre præferencebaserede instrumenter, som sædvanligvis anbefales og benyttes i internationale studier.

NoDep-projektet

I de økonomiske beregninger i NoDep-projektet er det antaget på basis af den internationale litteratur, at der ikke er forskel på effekt af støttet internetbaseret behandling med NoDep for patienter med let til moderat depression versus den samme patientgruppes behandling ansigt til ansigt hos psykologer. Der er således tale om en omkostningsminimerings-analyse, idet der ikke har foreligget data på effekt. Det primært anlagte perspektiv er sundhedsvæsenets, hvilket betyder at fx omkostninger ved sygefravær og patienternes tidsforbrug heller ikke er medtaget i denne analyse. Hertil kommer, at medicinomkostninger heller ikke indgår, uanset hvem der betaler.

Resultaterne fra evalueringsrapporten viser, at der ikke er økonomiske gevinster for det offentlige sundhedsvæsen ved at behandle let til moderat depression via internettet med brug af NoDep og synkron støtte af en psykolog. De forventede gennemsnitlige omkostninger pr. patient ved internetpsykiatrisk behandling forventes at beløbe sig til ca. 7.850 kr. pr. behandlet patient. Når omkostninger ved vagtordning og forundersøgelse for ikke-inkluderede patienter er udeladt af beregningerne af hensyn til sammenligning med behandling ansigt til ansigt, er de gennemsnitlige omkostninger reduceret til 6.780 kr.⁷⁰ Til sammenligning er de forventede offentlige sygesikringsomkostninger ved behandling hos praktiserende psykologer ca. 4.820 kr. Beregningerne er baseret på det forventede antal inkluderede patienter og de estimerede omkostninger i de sidste 1½ år af en toårig driftsperiode i Region Syddanmark (1. marts 2015-28. februar 2017) – hvorvidt der stadig kan være tale om, at der indgår udviklingsomkostninger på dette tidspunkt, kan diskuteres, idet det ikke er entydigt, hvornår et digitalt behandlingstilbud er færdigt eller endeligt re-designet og fuldt implementeret. I evalueringsrapporten gøres der således opmærksom på, at omkostningerne ved det sociotekniske arbejde formentlig vil falde ved en mere stabil drift/et mere etableret tilbud. I den forbindelse skal der dog gøres opmærksom på, at de ca. 5. mio. kr., der er brugt i løbet af de første år (1. november 2012-28. februar 2015) til udvikling af det internetpsykiatrisk tilbud og omkostninger ved teknologien, ikke indgår.

Sundhedsvæsenets omkostninger ved implementering af internetbaseret behandling må imidlertid jf. evalueringsrapporten forventes at være endnu højere end de i rapporten estimerede gennemsnitlige omkostninger pr. behandlet patient, når driftsperioden i Region Syddanmark

⁶⁸ Ved en 'intention-to-treat' analyse ville omkostningseffektratioerne være udtryk for forholdet mellem de gennemsnitlige omkostninger pr. patient og de gennemsnitlige effekter pr patient, der indgik i interventionsgruppen henholdsvis kontrolgruppen.

⁶⁹ EQ-5DTM er et standardiseret spørgeskema til måling af helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne.

⁷⁰ Såfremt interventionen fremadrettet benyttes i den i projektet benyttede form, vil sundhedsvæsenet have omkostninger ved både vagtordning (af hensyn til risikoen for selvmord hos patienterne) og forundersøgelse/frasortering af patienter, som ikke anses for at være egnede til internetpsykiatrisk behandling med FearFighter.

er gjort permanent (er omtalt i kapitel 6 i evalueringsrapporten), eller interventionen udbredes til de øvrige regioner. Dette kan tilskrives, at en række omkostninger ikke er inddraget i sammenligningen, de vedrører fx: i) at der skal indgås en aftale om og betales for licens hos udbyderen af NoDep⁷¹ samt indkøb og implementering af teknologien og ii) omkostninger ved den administrative ledelses organisering af tilbuddet, såfremt det skal udbredes til andre regioner. Eventuelle stordriftsfordele og optimering af driften af denne nye behandling på sigt er ikke søgt kvantificeret.

Det fremgår af rapporten, at det for patienterne er en billigere løsning at modtage internet-psykiatrisk behandling – forudsat at effekten er den samme – idet de ikke skal betale for den internet-psykiatriske behandling, hvilket er tilfældet ved behandling ansigt til ansigt hos en psykolog⁷².

Resultaterne er baseret på 168 patienter, der har anmodet om behandling og modtaget en forundersøgelse, hvoraf 85 patienter er anset for egnede til behandlingen, og 80 patienter er påbegyndt behandling. Det gennemsnitlige antal moduler er 5,5 blandt dem, der er påbegyndt behandling (medianen er 7) (132).

Psykiatrisk online-terapi

I evalueringsrapporten fra 2007 (52) har en cand.merc. fra Syddansk Universitet, Odense udarbejdet en økonomisk analyse, hvori omkostningerne ved at tilbyde psykiatrisk online-terapi på patientens eget modersmål (i rapporten kaldet telepsykiatri) til fortrinsvis flygtninge og indvandrere med psykisk sygdom (herunder angst og depression) er sammenlignet med traditionel behandling ansigt til ansigt med brug af tolk. Der er tilsvarende evalueringen af NoDep foretaget en omkostningsminimerings-analyse, hvor omkostningsforskelle mellem psykiatrisk online-terapi er sammenlignet med traditionel behandling ansigt til ansigt med tolk, idet det er forudsat, at effekten er den samme uanset interventionen.

Det fremgår af rapporten, at der for sundhedsvæsenet vil kunne opnås 'break even' efter 111 konsultationer, idet investeringsbehovet for teleudstyr er dækket ind alene ved besparelser på aflønning af tolk (ekskl. evt. rejseudgifter). Der skal gøres opmærksom på, at kun en mindre andel af projektets implementeringsomkostninger (2,35 mio. kr.) indgår i sammenligningen af omkostningerne ved telepsykiatri versus traditionel behandling ansigt til ansigt. I beregningerne indgår der således reelt kun omkostninger ved investering i teleudstyr (48.500 kr.), idet der ikke er forskel på det omkostningsbestemte tidsforbrug til behandling. Omkostninger ved fx oplæring af personale i brugen af videokonference-udstyr, anden kommunikation mellem samarbejdsparterne herunder udarbejdelse af procedurebog, informationsmateriale til patienterne på forskellige sprog samt diverse møder indgår ikke. Der er dog i evalueringsrapporten indikationer af, at denne form for terapi på sigt vil kunne aflaste de offentlige budgetter, hvis den implementeres i henhold til målgruppen, som den er afprøvet på.

Det fremgår, ligesom i NoDep-projektet (er også tilfældet for FearFighter-projektet omend det ikke fremgår eksplicit), at der vil være en omkostningsbesparelse for patienterne, idet de for en stor dels vedkommende ikke har rejseomkostninger i samme omfang ved psykiatrisk online-terapi som ved behandling ansigt til ansigt (132).

⁷¹ Det fremgår af evalueringen af FearFighter-projektet i Region Midtjylland, at licensen til Context Consulting ApS for FearFighter (samme udbyder af NoDep) udgjorde 1.880 kr. pr. patient.

⁷² Patienter, der henvises til behandling hos en psykolog under tilskudsordningen, skal selv betale 40 % af psykologens honorar. For et traditionelt behandlingsforløb a-t-a af depression med ni konsultationer hos en psykolog beløber det sig til 2.990 kr. (132).

7.2.4 Organisatoriske aspekter

Dette afsnit fokuserer på såvel de organisatoriske som de teknologiske forudsætninger, som jf. evalueringsrapporterne bør være til stede i organisationen ved implementering af digitale behandlingstilbud. Herudover belyses det også, hvorvidt der, som det fremgår af den nationale handlingsplan (21), er opnået sammenhængende patientforløb på tværs af fag- og sektorgrænser.

Det fremgår af evalueringsrapporterne for henholdsvis FearFighter- (135), NoDep-projektet (132) og de psykiatriske online-terapi-projekter (52,161-163), at der har skullet sættes forholdsvis mange ressourcer af til såvel den teknologiske som den organisatoriske implementering (omtales i litteraturen som socioteknisk arbejde). En meget væsentlig forudsætning for projekternes afvikling har været, at behandlerne eller alternativt supportpersonale havde særlige it-tekniske kompetencer i forhold til at støtte patienterne i at etablere den internetbaserede forbindelse, installere og bruge webkamera mv., mens kontaktpersoner er blevet uddannet i brugen af videokonferenceudstyr i forhold til afvikling af psykiatrisk online-terapi. Herudover fremgår det, at manglende honorering af telemedicinske ydelser kan indvirke demotiverende på det behandlende personale og i nogle tilfælde helt stoppe for den videre udbredelse af teknologien. Hovedpointer fra de tre afrapporteringer beskrives mere detaljeret i den efterfølgende tekst.

Organisatoriske problemstillinger

Det kan være vanskeligt i et projektforsløb at holde sig stringent til forskningsprotokollen i en hverdag, som også er underlagt mere overordnede strukturelle rammer og ændringer heraf, hvilket tydeligt fremgår af evalueringen af FearFighter-projektet. Det fremgår således, at der har været vanskeligheder med at afprøve og implementere et program som FearFighter, idet Den Danske Kvalitetsmodel og Elektronisk Patientjournal blev implementeret samtidig med, at der planlagdes en omorganisering af hele regionens psykiatri, hvilket medførte usikkerhed i ledelseslaget i forhold til de økonomiske muligheder for fortsat at afprøve FearFighter. Men sådanne vanskelige forhold vil formentlig fortsat kunne forventes i et dansk sundhedsvæsen, som er under fortsat og stadig udvikling.

I de psykiatriske online-terapi-projekter er der etableret kontaktpersonordninger (sekretærer/sygeplejersker) samt udarbejdet en procedurebog for samarbejdet og afholdt evalueringsmøder flere gange årligt (52,161-163), hvilket også var tilfældet i NoDep-projektet (132). Det er formentlig forhold, som øver positiv indflydelse på såvel patienternes som personalets oplevelser af tilbuddene. Det må forventes, at flere af disse elementer også skal indgå fremadrettet, såfremt psykiatrisk online-terapi i det danske sundhedsvæsen skal implementeres med succes. I evalueringsrapporten (fra projekt 3) fremgår det herudover, at tre alment praktiserende lægers besvarelse af et spørgeskema efter projektafslutning, at lægerne har udtrykt stor tilfredshed med den telepsykiatriske service (bedømt som værende god-udmærket). Alle læger har endvidere givet til kende, at det er en udmærket ide at gøre servicen permanent som en integreret del af det daglige arbejde i almen praksis (162).

Manglen på en DAGS-takst (Dansk Ambulant GrupperingsSystem, som bruges til afregning af ambulante sygehusydelser) for internetbaseret behandling var en demotiverende omstændighed for det behandlende hospitalspersonale i FearFighter-projektet (135), mens det fremgår af evalueringen af psykiatrisk online-terapi (evalueringsrapport 4), at der – ultimo 2015 – er to væsentlige barrierer for implementering af en shared-care-model med telepsykiatrisk behandling: 1) telepsykiatriske ydelser er ikke omfattet af overenskomsten med sygesikringen, og 2) at det er nødvendigt, at en læge har et ydernummer for hver region for at kunne levere, i dette tilfælde, telepsykiatrisk behandling på tværs af regionsgrænserne (163). Førstnævnte barriere har formentlig resulteret i, at der i Region Syddanmark er udarbejdet en regional takst

for telepsykiatrisk ambulant hjemmebehandling – hvorvidt den også kan anvendes til internet-psykiatrisk behandling med FearFighter henholdsvis NoDep fremgår ikke klart (168). De to sidstnævnte barrierer er ikke fjernet gennem overenskomsterne med Sygesikringen, omend der til en vis grad er fundet en løsning herpå i Region Hovedstaden for eksjugoslaviske flygtninge på Bornholm (se afsnit 0).

Teknologiske problemstillinger

Det fremgår af evalueringen af NoDep-projektet, at teknikken fortsat krævede en del tid af personalet i den første driftsperiode, der dannede udgangspunkt for den organisatoriske evaluering – arbejdet hermed var ikke klaret i implementeringsfasen. Det fremgår yderligere, at den it-støttede kommunikation med og om patienterne krævede særlige internetpsykologiske kompetencer hos psykologerne, som ikke kan forudsættes at være til stede forud for implementeringen. Det ses endvidere, at en forudsætning for at opretholde en høj produktivitet som minimum kræver fire ting: i) Et stabilt og forholdsvis højt optag af patienter, ii) en normering, der er tilpasset optaget af patienter, og iii) der skal være taget hånd om, hvorledes psykologerne effektivt kan bruge deres tid ved patienters aflysninger henholdsvis udeblivelser, og endelig iv) at der fremadrettet er fokus på at få reduceret omfanget af psykologernes socio-tekniske arbejde. Evalueringen af driftsafprøvningen peger endvidere på, at teknikkens modenhed, patientrekruttering og internetpsykiatrisk kompetenceudvikling er væsentlige tema-tikker at forholde sig til i spørgsmålet om en fremtidig, landsdækkende udbredelse af interventionen (132).

I både FearFighter- og NoDep-projektet har det herudover været et væsentligt 'issue', at personale/behandlere skulle være i stand til at afhjælpe eventuelle tekniske vanskeligheder med computerforbindelsen hos både terapeut og patient. Af evalueringsrapporten af FearFighter-projektet fremgår det helt tydeligt, at ved en eventuel fremtidig implementering vil det være påkrævet med IT-supportfunktion og serviceaftaler med udbyderne (135).

Det fremgår af de fire evalueringsrapporter af psykiatrisk online-terapi (52,161-163), at der er gjort en del for at sikre, at personalet i lægehusene/revalideringsafdelinger mv., har de nødvendige IT-tekniske forudsætninger til at kunne betjene apparaturet til videokonferencerne.

Sammenhængende patientforløb

I dette afsnit belyses det, hvorvidt der er opnået sammenhængende patientforløb gennem interventionerne.

FearFighter- og NoDep-projektet

Hverken FearFighter- eller NoDep-projektet har haft 'sammenhængende patientforløb' som fokusområder, omend det fremgår, at der i begge projekter er blevet skrevet journalnotater til de psykiatriske journaler.

Psykiatrisk online-terapi

I 'de psykiatriske online-terapi-projekter 3 og 4' har det derimod været et formuleret formål at oprette 'fælles patientforløb' ('shared care'), hvor patienterne efter aftale har modtaget kvart-årige telepsykiatriske konsultationer med speciallæger i psykiatri og jævnlig kontrol hos almen praksis læge i de mellemliggende perioder. Det fremgår, at den telepsykiatriske psykiater påbegyndte den psykofarmakologiske og psykoterapeutiske behandling via telepsykiatri. Efterfølgende overtog de praktiserende psykiatere behandlingen, når der ikke længere var ventetid på behandling. Der blev således dannet bro mellem alment praktiserende læger og den specialiserede behandling ved privatpraktiserende psykiatere. Dette samarbejde blev primært styret af patientens behov for 'her og nu-behandling' snarere end en mere rigoristisk tilgang til, hvorvidt patienten bør behandles på et specialiseret behandlingsniveau. Hvorvidt dette kan kaldes

'shared care' eller en 'modificeret og behovsstyret shared care', kan diskuteres, idet der ikke er tale om en traditionel bro mellem forskellige faggrupper og ej heller mellem sektorer.

Det fremgår af resuméet i det psykiatriske online-terapi-projekts rapport 3, at alle patienter, der i projektforsløbet henvendte sig til egen læge pga. psykisk besvær, blev tilbudt og valgte telepsykiatrisk service. Omend grundlaget for etablering af 'shared-care-modellen' er baseret på et mindre antal patienter og lægepraksisser (i alt 58 patienter og tre lægepraksisser), tyder resultaterne fra pilotprojekt 3 og 4 på, at en 'shared-care-model' via telepsykiatri (internet-psykiatrisk behandling) kan øge adgangen til relevant ekspertise. Herudover kan kompetencerne hos de involverede professionelle også øges, idet der som en del af interventionen også indgår fjernsupervision og psykoedukation (projekt 3) (162). Der skal gøres opmærksom på, at evalueringsrapporterne er udfærdiget af fondsansøgeren til projekterne, og samme person har samtidig været leder af projekterne – hvorvidt der er foretaget kvalitetssikring og eksternt review fremgår ikke (52,161-163).

7.2.5 Etiske aspekter

Som det allerede er beskrevet i afsnit 6.1.3.1, er der visse etiske problemstillinger forbundet med selvhenvielse. Det skal derfor kun ganske kort beskrives hvilket forhold, der har gjort sig gældende i forhold til de evaluerede og afsluttede projekter.

Alle patienter, der henvendte sig og anmodede om internetpsykiatrisk behandling i Region Syddanmark (NoDep-projektet), skulle skaffe sig adgang via brug af 'NemID'. Herved blev personer, som måske endnu ikke havde været i kontakt med sundhedsvæsenet i forbindelse med en psykisk sygdom, registreret i projektets database. Betydningen heraf er ikke undersøgt i projektevalueringen. I FearFighter-projektet var alle deltagere allerede registreret som personer med en psykiatrisk sygdom, idet de var henvist og stod på venteliste til behandling i en angstklinik.

Det fremgår ikke af evalueringsrapporterne, hvordan patienterne er blevet orienterede om, at der ved de internetbaserede interventioner er ført journal på behandlingen som følge af journaliseringskrav i psykiatrien. I NoDep-projektet udfærdigede psykologerne journalnotater til den psykiatriske journal samt skrev en form for epikrise til den alment praktiserende læge. Dette kan formentlig være en problemstilling, som patienter, der ikke allerede har været i psykiatrisk behandling, gør sig klart inden en evt. anmodning om behandling på internettet. Så vidt det kan ses, er der ikke orienteret om journaliseringspligten på projektets hjemmeside forud for en eventuel anmodning (92)⁷³.

I de fire projekter med psykiatriske online-terapi var patienterne allerede i kontakt med enten det kommunale revalideringscenter eller læger fra almen praksis henholdsvis hospitalslæger. Det vurderes derfor, at der på samme måde er en etisk problemstilling i disse projekter i forhold til journalisering af henvendelse og sygdoms- og behandlingsforløb. Det er i øvrigt ikke en problemstilling, der er taget op i evalueringsrapporterne.

7.2.6 Evalueringsmodeller og perspektiv

I dette afsnit er fokus rettet mod de anvendte evalueringsmodeller og deres perspektiv.

Generelt gør det sig tilsyneladende – og ikke helt uventet – gældende, at de anvendte evalueringsmodeller delvis er betinget af i), hvem der finansierer evalueringerne, og ii) den økonomiske ramme, der er lagt ned over evalueringerne.

⁷³ Det fremgår heller ikke af et nyt projekt, hvori der tilbydes deltagelse i et 'blended care-projekt' til angst og/eller depressive i Region Syddanmark (94,145).

Det fremgår således af baggrundsafsnittet i evalueringens sammenfatning af FearFighter-projektet (135), at:

'Projektet er finansieret af Fonden for Velfærdsteknologi under forudsætning af, at projektet ønskede at demonstrere, at der er væsentlig arbejdskraftbesparelse og økonomiske besparelser ved brug af en dansk version af FearFighter til behandling af patienter med angst og fobi i psykiatriens sekundærsektor samt, at projektets formål var at vis, at der kan frigøres ressourcer, og at der derved kan opnås arbejdskraftbesparelser ved [...], at erstatte den traditionelle face-to-face behandling med behandling med FearFighter støttet af en psykiatrisk sygeplejerske eller psykiolog'.

Der synes således ikke at have været den store valgmulighed i forhold til evalueringsmodel i FearFighter-projektet. I analysen af omkostninger ved behandling med FearFighter er der således fokuseret på estimation af det arbejdskraftbesparende potentiale i sundhedsvæsenet og udarbejdelsen af en business case. Det betyder, at fx omkostninger ved sygefravær og patienternes tidsforbrug ikke er medtaget. Afslutningsvis forekommer der i rapporten en yderst kortfattet gengivelse af en fokusgruppeundersøgelse af patienternes oplevelse af brugen af FearFighter, med resultater, der er angivet på nærmest kvantitativ vis. Det anføres, at undersøgelsen er udført som et kvalitativt studie af to specialestuderende fra psykologuddannelsen ved Aarhus Universitet. Der er herudover tilføjet tilsvarende kortfattede resultater fra et enkelt fokusgruppeinterview med terapeuter, der indgik i projektet. Med god vilje er der således tale om en partiel MTV (9) omfattende de tre områder: patient, organisation og økonomi.

Evalueringen af NoDep-projektet (132) er foretaget på opdrag af Region Syddanmark. Projektet er finansieret af Region Syddanmark og Digitaliseringsstyrelsen og Fonden for Velfærdsteknologi. Følgende fremgår af indledningen i kapitlet med data og metode:

'Der er i henhold til anbefalingerne i Den Nationale Handlingsplan for udbredelse af telemedicin taget afsæt i en MTV-ramme [...] i henhold til de fire evalueringsformål, der vedrører teknologi, patient, organisation og økonomi. Der skal gøres opmærksom på, at der ikke er tale om en fuldstændig MTV, da der ikke er foretaget analyser af effekten af demonstrationsprojektet, ligesom patientperspektivet ikke er undersøgt ud fra en kvalitativ vinkel, og der heller ikke er foretaget en komparativ organisationsanalyse. Dette lå ikke inden for rammerne af de bevilligede midler til evalueringen'.

Der er således også i denne evalueringsrapport tale om en partiel MTV. Omend rapporten er mere omfattende end afrapporteringen fra FearFighter-projektet, så omfatter den ikke en evaluering af de kliniske effekter, idet de endnu ikke forelå på daværende tidspunkt. Den økonomiske analyse er dermed en omkostningsminimerings-analyse (det er antaget at effekten er den samme ved internetpsykiatrisk behandling som ved traditionel behandling a-t-t). Det anlagte perspektiv er sundhedsvæsenets, hvilket igen betyder at fx omkostninger ved sygefravær og patienternes tidsforbrug ikke er medtaget. Afslutningsvis pointeres det, at der ikke er gennemført en egentlig business case af fremtidige omkostninger, som rækker ude over 1½ år, da det ville være baseret på et hypotetisk grundlag.

Det kan således konstateres, at to digitale (telemedicinske projekter), som er finansieret helt eller delvist af Fonden for Velfærdsteknologi, Digitaliseringsstyrelsen ikke har evalueret interventionerne i henhold til den nationale handlingsplan, hvoraf det fremgår, at der som minimum skal gennemføres en MTV (9) tilsvarende andre medicinske interventioner, mens den lidt mere omfattende MAST-model (6,7) anvendes ved omfattende ændringer af proces og praksis.

Evalueringerne af internetpsykiatrisk online-terapi er gennemført for Sundhedsstyrelsen uden en overordnet evalueringsramme. Gennemgående for evalueringerne er forholdsvis detaljerede gennemgange af organisatoriske forhold undervejs i projektforsløbet, herunder belysning af, hvad der eventuelt gik galt i forhold til den med Sundhedsstyrelsen indgåede protokolaftale for gennemførelse af projekterne. Herudover er der i alle evalueringer foretaget spørgeskemaundersøgelser af patienternes tilfredshed med tilbuddet, dets afvikling og udbyttet af det telemedicinske tilbud. I et enkelt af projekterne er der endvidere foretaget en minimalistisk omkostningsminimeringsanalyse, idet der alene indgår omkostninger ved telemedicinsk udstyr henholdsvis omkostninger ved aflønning af tolk.

7.3 Sammenfatning

Der er i alt fundet seks evalueringsrapporter (52,132,135,161-163) og en international tidsskriftartikel (164), der belyser digitale internet-interventioner jf. Lee Ritterbands (4) kategorisering af eHealth. Til trods for, at der også er et forholdsvis stort udbud af apps og online-grupper målrettet mennesker med angst og/eller depression (jf. kapitel 5) foreligger der – så vidt vi ved – endnu ikke afsluttede evalueringer heraf (169).

Det kan sammenfattende konstateres, at de anvendte evalueringsmodeller delvis er betinget af i), hvem der finansierer evalueringerne – og deres krav til evalueringsform og indhold – og ii) den økonomiske ramme, der er lagt ned over evalueringerne. Ingen af de gennemgåede evalueringer er gennemført som fuldstændige MTV'er (9), heller ikke evalueringen af NoDep-projektet, som ellers er et af fem storskala-projekter i Den nationale handlingsplan, har den samlede evaluering af interventionen været tilrettelagt således, at der har kunnet gennemføres en fuld MTV (med de fire områder: Teknologi, patient, økonomi og organisation) – sådan som det fremgår af kravene til netop storskala-projekterne i Den nationale handlingsplan.

Efterfølgende er der foretaget en sammenfatning af de væsentligste forhold vedrørende dansk evidens inden for områderne kliniske effekter, patientperspektivet, økonomiske, organisatoriske og etiske aspekter ved kritisk gennemgang af de evaluerede internetbaserede behandlinger til patienter med angst (FearFighter-projektet) og depression (NoDep-projektet) henholdsvis psykiatrisk online-terapi.

Kliniske effekter:

- At der ikke er dokumenteret statistisk signifikant forskel i ændringer af symptomer på angst fra før- til eftermålinger ved behandlingsophør mellem en interventionsgruppe, som fik tilbudt internetbaseret behandling med FearFighter, versus en kontrolgruppe, som stod på venteliste til behandling ansigt til ansigt på en angstklinik
- Der er endnu ikke offentliggjort effekter ved internetbaseret behandling med NoDep i Danmark, og effekten af psykiatrisk online-terapi er heller ikke undersøgt i en dansk kontekst
- Uden studier, hvor der er påvist klinisk effekt af digital behandling af angst og depression, kan man ikke anse den digitale behandling for at være klinisk lige så god som behandling ansigt til ansigt.

Patientperspektiver:

- Patienterne er generelt tilfredse med den internetpsykiatriske behandling med NoDep henholdsvis den psykiatriske online-behandling, mens der ikke er fundet helt den samme tilfredshed blandt de patienter, der har modtaget behandling med FearFighter, idet flere ikke mente, behandlingsprogrammet passede til deres vanskeligheder.

- Der er på det foreliggende grundlag ingen evidens for, at patienternes selvhjulpethed er forbedret; hverken i de to internetpsykiatriske evalueringer af behandling med FearFighter henholdsvis NoDep og støtte af psykolog eller i evalueringen af de psykiatriske online-terapi-projekter. Derimod er der fundet signifikant effekt på det anvendte livskvalitetsmål blandt patienter, som gennemførte behandlingstilbuddet med FearFighter, sammenlignet med kontrolgruppen.
- Der er ikke foretaget en egentlig undersøgelse af patientperspektivet fra en kvalitativ vinkel, hvilket kunne have givet dybere indsigt i og mulighed for læring i den internetpsykiatriske organisation. Oplevelse af interaktion med computer og den internetmedierede støtte fra psykolog og/eller psykiater er således fraværende. Patienternes syn på muligheden for selvhenvisning (NoDep-projektet) versus et traditionelt krav om, at den alment praktiserende læge er 'gate keeper' i forhold til videre henvisning til privatpraktiserende psykologer og psykiatere henholdsvis hospital, er heller ikke belyst.

Økonomiske aspekter:

- Det vurderes, at implementering af behandling med FearFighter henholdsvis NoDep på nuværende tidspunkt vil være en serviceudvidelse, som ikke kan aflaste de offentlige budgetter, idet de estimerede forventede omkostninger i sundhedsvæsenet ved internetpsykiatrisk behandling med FearFighter henholdsvis NoDep er højere end omkostningerne ved sædvanlig behandling ansigt til ansigt. Hvorvidt eventuelle stordriftsfordele og optimering af driften af disse nye behandlinger vil kunne ændre herpå, vides ikke.
- Der er ikke foretaget samfundsøkonomiske analyser af behandling med FearFighter henholdsvis NoDep, hvori der fx indgår omkostninger ved kort- og langvarigt sygefravær, reduceret produktion samt omkostninger for pårørende og patienter, herunder transport.
- For psykiatrisk online-terapi er der derimod indikationer af, at behandlingen vil kunne substituere den nuværende behandling ved privatpraktiserende psykiatere, såfremt tilbuddet implementeres i henhold til målgruppen, den er afprøvet på – en forudsætning for dette er imidlertid, at der er et passende og fortsat flow af indtag af patienter.

Organisatoriske aspekter:

- Evalueringerne viser sammenstemmende, at der skal sættes forholdsvis mange personaleressourcer af til såvel den teknologiske som den organisatoriske implementering. Dette bør indgå i eventuelle økonomiske overvejelser og udarbejdelsen af eventuelle business cases i forbindelse med en eventuel implementering.
- En meget væsentlig forudsætning for projekternes afvikling er desuden, at behandlere/supportpersonale har særlige it-tekniske kompetencer i forhold til at støtte patienterne.
- Et stabilt og tilstrækkeligt optag af patienter – med en normering der er afpasset hertil – er yderligere en forudsætning for såvel en høj udnyttelse af de samlede personaleressourcer som for udvikling, forbedring og kvalitetssikring af teknologien hen imod en markedsmoden version.
- En barriere for implementering af digitale behandlingstilbud via hospitalernes ambulatorier er manglen på nationale DAGS-takster.
- Resultaterne fra pilotprojektet med psykiatrisk online-terapi giver anledning til en formodning om, at en modificeret form for 'shared-care-model', som styres af patientens behov for behandling snarere end, hvilket specialiseringsniveau patientens behandling hører hjemme på (jf. stepped care modellen (Figur 2.2)), kan øge adgangen til relevant ekspertise via online-terapi.
- Der er imidlertid to væsentlige barrierer for implementering af en shared-care-model med psykiatrisk online-terapi: 1) ydelserne er ikke omfattet af de privatpraktiserende

psykiateres overenskomst, og 2), det er på nuværende tidspunkt nødvendigt, at en læge har et ydernummer for hver region for at kunne levere psykiatrisk online-terapi på tværs af regionsgrænser.

Etiske aspekter:

- Det er en udfordring at få oplyst patienterne om, at der er journaliseringspligt for behandlerne i det offentlige sundhedsvæsen, inden de eventuelt selvhenviser sig til internet-psykiatrisk behandling.

8 Tværgående syntese og analyse

I dette kapitel har vi foretaget en tværgående syntese og analyse af behandlingstilbud for angst og/eller depression baseret på fund i de tre delanalyser:

- 'Delanalyse I: Tilgængelige digitale behandlingstilbud'
- 'Delanalyse II: Igangværende tilbud i det offentlige sundhedsvæsen'
- 'Delanalyse III: Afsluttede evalueringer af digitale behandlingstilbud i sundhedsvæsenet'.

Kapitlet er opbygget således, at det tager udgangspunkt i MAST-modellens syv domæner (6,7). Pointer på tværs af de tre delanalyser er dermed præsenteret i forhold til overskrifterne: I) Sundhedsproblem og applikationens karakteristika, II) Sikkerhed (klinisk og teknisk), III) Klinisk effekt, IV) Patientperspektiver, V) Økonomiske aspekter, VI) Organisatoriske aspekter og VII) Socio-kulturelle, etiske og juridiske aspekter. I kapitel 9 findes der en konklusion, som giver en samlet vurdering.

I Tabel 8.1 nedenfor præsenteres en samlet oversigt over antal digitale behandlingstilbud, som indgår i denne undersøgelse. Opgørelsen er fordelt på eHealth-kategorier, behandlingstilbudenes organisering samt igangværende henholdsvis afsluttede projekter.

Tabel 8.1 Antal behandlingstilbud fordelt på organisering og eHealth-kategorier. KORA 2016

eHealth-kategorier	Behandlingstilbud					I alt	Projekter
	Tilbud i drift fordelt organiseringsform				Forskningsprojekter		
	Offentlige	Private	Offentlig-privat samarb.	Civile	Igangværende		Afsluttede
Internet-intervention	2	9	1	0	2*	14	2
Online-terapi	3	21	0	0	1	25	4
Online-gruppe	0	0	1	12	0	13	0
Mobilteknologi	0	2	3	0	3**	8	0
I alt	5	32	5	12	6	60	6

Note: Tabel baseret på fund fra kapitel 5, 6 og 7 i KORAs undersøgelse. Se Bilag 3 for en oversigt samt navn på alle tilbud i undersøgelsen.

* Omfatter ét projekt, som kombinerer internet-interventioner (internetbaserede moduler) og online-terapi (144).

** Omfatter ét forskningsprogram, hvori indgår seks delprojekter med forskelligartede design (internet-interventioner henholdsvis mobilteknologi) (151).

Kilde: Udarbejdet af KORA, november 2016.

Det fremgår af Tabel 8.1, at der i alt indgår 60 behandlingstilbud i undersøgelsen⁷⁴, hvoraf 6 er igangværende forskningsprojekter. Hertil kommer seks projekter, der er afsluttede. Der henvises til Bilag 3, såfremt læseren ønsker en samlet oversigt over navnene på de respektive

⁷⁴ Heraf er 51 af behandlingstilbuddene fundet på basis af internetsøgninger i delanalyse I.

behandlingstilbud, samt i hvilken delanalyse de indgår i (se bilagstabellerne 3.1, 3.2 og 3.4). I bilag 3 er der ligeledes en oversigt over infrastrukturer for digitalisering af psykiatrisk behandling i det offentlige sundhedsvæsen (Bilagstabel 3.3), som indgår i denne undersøgelse.

8.1 Sundhedsproblem og applikationens karakteristika

I dette afsnit belyser vi, hvorledes 'angst og depression' udgør et sundhedsproblem for det danske samfund. Herefter følger en kortfattet indføring til de digitale behandlingstilbud, deres målgruppe og krav til brugerne i forhold til kompetencer og ansvar. Efter dette følger et underafsnit, hvori vi bl.a. beskriver vanskelighederne ved rekruttering til de offentlige digitale behandlingstilbud samt den manglende viden om, hvilke patienter der profiterer af behandlingstilbuddene. Vi runder af med nogle forhold vedrørende tilbuddenes teknisk infrastruktur.

Sundhedsproblem

Denne undersøgelse har fokus på digitale tilbud til personer med angst (ICD-10: F40-F43) og unipolar depression (F32-F34). Som det fremgår af baggrundsafsnittet 2.1.1, er angst og depression psykisk sygdomme, som kan være betydeligt funktions- og aktivitetsbegrænsende for den enkelte person samtidig med, at der er en forhøjet selvmordsrisiko. Andelen af sygedage og nytilkendte førtidspensioner er betragtelig. Det skønnes, at godt 6 % af den danske befolkning har en angstlidelse i løbet af et år (16), mens helt op til 10 % af den voksne danske befolkning lider af depression (17). Afgrænsningen af en behandlingskrævende diagnose med angst og/eller depression er imidlertid vanskelig, fx optræder depression i et kontinuum fra almindelig tristhed til svær depression med selvmordstanker, og cut-off-værdien mellem behandlingskrævende og ikke-behandlingskrævende er ikke entydigt fastlagt og involverer faglige skøn (170).

For det danske sundhedsvæsen er diagnosticering og behandling af angst og depression en udfordring. Patienter med angst og/eller depression har et væsentligt forbrug af sundhedsydelser, som særligt belaster den psykiatriske sekundærsektor og primærsektorens psykologer og psykiatere (udgør groft set 25 % af alle ydelser inden for områderne). Det vurderes, at 80-90 % af alle patienter med angst og depression behandles ved alment praktiserende læger, omend angst og depression udgør mindre end 4 % af alle kontakter i almen praksis (18). For patienter, der viderehenvises til privatpraktiserende psykolog eller privatpraktiserende psykiater med sygesikringsoverenskomst, er ventetiden for diagnosticering og/eller behandling imidlertid forholdsvis lang, hvilket også er tilfældet i forhold til sygehusbehandling, som er forbeholdt de mest syge⁷⁵. Ventetiden på behandling ved psykolog kan delvist tilskrives et øvre årligt 'loft' for psykologers honorering af behandling af angst og depression (jf. overenskomsten mellem Dansk Psykolog Forening og Danske Regioner), mens vi ikke har specifik viden om, hvorvidt andre forhold end et forholdsvis begrænset antal privatpraktiserende psykiatere henholdsvis et begrænset antal psykiatriske sengepladser kan begrunde ventetiderne til behandling ved psykiater henholdsvis på sygehus.

Digitale behandlingstilbud

For patienterne er det ikke kun ventetid på behandling, der kan være en barriere. Geografisk lang afstand, frygt for stigmatisering samt krav om betaling for psykologbehandling kan også være medvirkende til, at patienterne søger digitale behandlingstilbud (47).

75 I gennemsnit er ventetiden mere end 10 uger ved privatpraktiserende psykologer med overenskomst med sygesikringen (20) og formentlig mindst lige så lang ved privatpraktiserende psykiatere (19), mens ventetiden til psykiatrisk sygehusbehandling i gennemsnit er på mere end 30 dage (19).

Vi kan med denne undersøgelse konstatere, at tilgængeligheden til digital behandling af angst og/eller depression er øget siden 2008, hvor der ingen digitale behandlingstilbud var i Danmark. Af KORAs søgning af digitale behandlingstilbud på internettet fremgår det, at borgerne har adgang til i alt 60 behandlingstilbud, som langt overvejende udbydes af private udbydere/behandlere.

Tilbuddene kan jf. Ritterbands (4) inddelinger hovedsagelig karakteriseres som i) internet-interventioner, ii) online-terapi, iii) online-grupper, mens tilbud med mobilteknologi kun er til stede i et mindre omfang, og spil henholdsvis virtual reality ikke umiddelbart er synlige på markedet. I størstedelen af tilbuddene sondres der ikke eksplicit diagnostisk eller symptom-mæssigt mellem angst og depression. Der ses et vidt spekter af terapiformer, som fx rækker over kognitiv adfærdsterapi – den overvejende terapiform – som undertiden suppleres med andre terapiformer som fx mindfulness eller positiv psykologi. Hertil kommer tilbud om behandling med behandlingsformer, som er udviklet af udbyderen. I online-grupperne genererer og deler brugerne selv indhold om deres lidelser med hinanden. Behandlernes faglige baggrund spænder vidt i et kontinuum fra professionelle sundhedspersoner med autorisation (læger, psykiatere, psykologer og ergoterapeuter) over fagfolk uden autorisation men med specialviden inden for et givet fagområde (psykoterapeuter, pædagoger, lærere, sexologer etc.) til lægfolk, som primært giver peer-støtte på basis af personlig erfaring med angst og/eller depression.

11. I det offentlige sundhedsvæsen ses der også en øget tilgængelighed af digitale tilbud. I Region Syddanmark kan borgere med angst og let til moderat depression selv anmode om gratis internetpsykiatrisk behandling med programmerne FearFighter henholdsvis NoDep og støtte af psykolog. I Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center Bornholm har en særgruppe af patienter (fortrinsvis eksjugoslaviske flygtninge), der har brug for hjælp af speciallæge på eget modersmål, adgang til digital online-terapi. I Region Midtjylland afprøves en platform med en række digitale moduler, som behandleren i samarbejde med patienten kan inddrage efter behov i behandlingen. I Region Hovedstaden og Region Sjælland er en fælles it-plattform, 'Sundhedsplatformen', under forberedelse og implementering i den regionale psykiatri. Herudover er der en række igangværende forskningsprojekter med forskellige former for internet-interventioner i Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark, mens Region Hovedstadens psykiatri har samarbejde med universiteter og private virksomheder om udvikling af mobilteknologier til selvrapporteret monitorering af patienter efter udskrivelse for depression. Der er fundet evalueringer af to forskningsprojekter med internet-interventioner henholdsvis afprøvning af online-terapi til lidt forskellige målgrupper (omfatter fire rapporter). Resultater herfra indgår i de efterfølgende afsnit om kliniske effekter, patientperspektivet, økonomiske aspekter henholdsvis organisatoriske aspekter.

Målgruppe, kompetencer og ansvar

Afhængig af det enkelte digitale tilbud kræves det, at brugerne af de digitale tilbud har mobiltelefoner, PC, webkamera og bredbåndsforbindelse – uden at dette er nærmere specificeret i nogen af tilbuddene. Tilbuddene med internet-interventioner er overvejende målrettet dansksprogede personer med gode læse- og delvis også skrivefærdigheder. En væsentlig forudsætning for afviklingen af de digitale behandlingstilbud med internet-interventioner og/eller online-terapi er, at behandlerne eller alternativt supportpersonalet har særlige it-tekniske kompetencer i forhold til at støtte patienterne i at etablere den internetbaserede forbindelse, installere og bruge webkamera mv. (jf. delanalyse III). Det er imidlertid kompetencer, som ikke kan forudsættes at være til stede forud for implementering af internet-interventioner og ej heller ved online-terapi, hvorfor det må forventes, at der er behov for oplæring af personalet ved implementering af de digitale behandlingstilbud i en ny organisation.

Generelt har borgerne med de digitale behandlingstilbud fået et stort ansvar for egen sundhed og behandling, hvis de vil gøre brug af tilbuddene. Digital behandling kræver ikke lægehenvi-ning, mens alment praktiserende læger fortsat er gate-keepere i forhold til henvisning til tra-ditionel behandling ansigt til ansigt ved psykolog eller speciallæge. Inden henvendelse om del-tagelse i en gruppe eller anmodning om behandling skal borgerne derfor som udgangspunkt selv tage stilling til, hvorvidt de lider af angst og/eller depression – uanset form og indhold af kontakten (online-gruppe, internet-intervention, online-terapi eller mobilteknologi). Denne 'di-agnosticering' kan være funderet på egen research på internettet. Forud for en anmodning om digital behandling kan dog også være gået en egentlig diagnosticering ved egen læge eller behandling ved psykolog. Behandlernes faglige baggrund og fraskrivelse af behandlingsansvar synes at hænge sammen. Der ses således et spænd fra den støtte, der gives af lægfolk i online-grupper, som eksplicit fraskriver sig behandlingsansvar, til internet-interventioner med støtte fra hospitalsansatte psykologer, hvor der er etableret vagtordninger med henblik på at undgå selvmord blandt patienter, som anmoder om behandling.

Hvor mange og hvilke patienter profiterer af digitale behandlingstilbud?

Vi har på det foreliggende grundlag ikke kendskab til det årlige antal ydelser eller antal brugere af alment tilgængelige og private digitale behandlingstilbud henholdsvis af sundhedsvæsenets tilbud om internet-interventioner og online-terapi. Det er heller ikke lykkedes at finde danske opgørelser eller undersøgelser af, hvilket patientsegment der benytter de digitale tilbud om behandling af angst og/eller depression, og ej heller, hvilke grupper der særligt profiterer heraf. En mulighed er at undersøge den internationale litteratur på området med forbehold over for overførbare til danske forhold, men dette har vi endnu ikke gjort. Som følge heraf er der så vidt vi ved heller ikke viden om, i hvilket omfang digitale tilbud til angst og/eller depression aflaster det offentlige danske sundhedsvæsen for behov for behandling ansigt til ansigt.

Der synes at være et problem med både at rekruttere det forventede antal patienter til digital behandling samt frafald fra forsøg med behandlingen. Det fremgår således af evalueringerne af FearFighter-projektet i Region Midtjylland henholdsvis NoDep-projektet i Region Syddan-mark, at det var vanskeligt at rekruttere tilstrækkelig med patienter med angst/fobi henholds-vis med let til moderat depression. Mere end halvdelen af patienterne, der anmodede om be-handling, blev frasorteret af det visiterende personale (læger/psykologer) på grund af en række eksklusionskriterier. Samtidig var frafaldet forholdsvis stort undervejs, idet nogle påbegyndte anden behandling eller aldrig fik startet på den digitale behandling. I alt var der knap en tred-jedel, der gennemførte alle moduler i FearFighter, og godt halvdelen af de randomiserede pa-tienter gennemførte 6-8 af i alt 9 moduler i NoDep.

Det bør bemærkes, at Region Syddanmark fortsat gør brug af en række eksklusionskriterier for brugere af FearFighter henholdsvis NoDep, som bl.a. omfatter skizofreni, bipolar lidelse, misbrug og/eller forhøjet selvmordsrisiko. Kriterier, som kan være nok så velbegrundede, men alt andet lige reducerer patientsegmentet væsentligt sammenlignet med traditionel behandling ansigt til ansigt og dermed potentialet for at øge den samlede adgang og tilgang af patienter, der er i behandling for angst og/eller depression. Det kan herudover konstateres, at digitale behandlingstilbud fortrinsvis er målrettet ressourcestærke patienter med mindre komplekse sygdomsbilleder, som selv er i stand til at finde frem til et for dem passende behandlingstilbud.

Teknisk infrastruktur

Strukturelle tiltag og platforme

Regionerne har foretaget en række strukturelle tiltag målrettet implementering og drift af di-gital behandling: Region Syddanmark har således konsolideret et center (Telepsykiatrisk Cen-ter), hvori der udvikles, afprøves og driftes digitale behandlingsredskaber og -tilbud. Region Hovedstaden og Region Sjælland forbereder implementering af en fælles sundhedsplatform,

som leveres af det amerikanske Epic Systems Corporation med det danske NNIT A/S som underleverandør, mens Psykiatri og Social, Region Midtjylland i samarbejde med Appinix A/S afprøver den mobile sundhedsplatform Remind på psykiatriske afdelinger og sociale tilbud i regionen. For øvrige udbydere af digitale tilbud, hvori der indsamles persondata, er der også behov for opbevaring af data, men det fremgår som oftest ikke klart hvor data opbevares, hvordan de håndteres, herunder om de krypteres, samt hvilke rettigheder patienten har (se evt. afsnit 8.2).

Applikationernes modenhed

Det fremgår af evalueringerne af internet-interventioner med FearFighter (135) henholdsvis NoDep (132), at teknologierne anses for at være modne. Begge behandlingsprogrammer indgår da også i Region Syddanmarks digitale tilbud om behandling af angst henholdsvis depression med støtte af psykolog, mens Context Consulting ApS, der har medvirket til udvikling af FearFighter, sælger behandlingsforløb med FearFighter med eller uden terapeutisk støtte. Online-terapi med brug af videokonference-udstyr ser ud til at være en velfungerende teknisk løsning. Mobil og trådløse applikationer er i samarbejde med Monsenso ApS under afprøvning og udvikling i Region Hovedstaden henholdsvis Region Syddanmark. Om de øvrige digitale tilbud kan der ikke siges noget generelt i forhold til modenhed – det er dog et felt, der er i stadig udvikling og under forandring.

8.2 Sikkerhed

Dette afsnit fokuser på, hvorvidt brugere af digitale behandlingstilbud til angst og/eller depression påføres skade henholdsvis er i risiko for fejlbehandling og/eller utilsigtede hændelser⁷⁶. I afsnittet sondres der mellem klinisk sikkerhed for patienter og personale samt teknisk sikkerhed jf. MAST-modellen (6,7).

Klinisk sikkerhed

I vores undersøgelse af behandlingstilbud til angst og/eller depression har vi ikke fundet oplysninger om skadelige og/eller negative effekter i form af utilsigtede hændelser, som skal indberettes til Dansk Patientsikkerhedsdatabase, og ej heller skader, der er påført behandlere.

Risiko for fejldiagnosticering

Borgere, der anmoder om digital behandling for angst og/eller depression gennem hjemmesiden i Region Syddanmark kan risikere at blive fejldiagnosticeret og dermed fejlbehandlet, hvis somatiske symptomer forveksles med psykiske symptomer. Denne risiko er begrundet i to betingede forhold: 1) borgerne kan selv komme til at forveksle eventuelle somatiske symptomer med psykiske symptomer, og 2) psykologer, der screener borgerne gennem en forundersøgelse via video eller telefon, opdager ikke nødvendigvis sådanne forvekslinger. Sidstnævnte kan tilskrives to forhold: i) psykologerne er ikke uddannede til at diagnosticere somatiske lidelser (det fremgår af bekendtgørelse om specialuddannelse af psykologer i ungdomspsykiatri og psykiatri, at et af specialpsykologernes funktionsområder er at varetage psykopatologisk⁷⁷ diagnostisk udredning (172)), og ii) den audiovisuelle teknologi kan vanskeliggøre fortolkning af kropssprog og afkodning af fysiske tegn. Hertil kommer, at der ikke kræves lægehenviisning til det digitale behandlingstilbud.

⁷⁶ Ved utilsigtede hændelser forstås på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldtes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende. En utilsigtet hændelse omfatter en begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, herunder præhospital indsats eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler (171).

⁷⁷ Psykopatologi: en beskrivelse og karakteristik af de symptomer, der afgrænser og kendetegner psykiske lidelser, fx hallucinationer, vrangforestillinger, angst og depression.

Risiko for selvmord

Risikoen for selvmord blandt brugere af digitale behandlingstilbud håndteres påfaldende forskelligt udbydere imellem. Der ses således et spænd fra ansvarsfraskrivelse til oprettelse af en vagtordning med henblik på at forebygge selvmord.

Der er eksempler på private udbydere, som fraskriver sig ethvert ansvar i forbindelse med brug af tilbuddet, og som påpeger, at tilbuddet kun tjener som inspiration og på ingen måde kan erstatte lægefaglig rådgivning og/eller behandling. I nogle tilfælde er udbydere af digital behandling af angst og/eller depression endog ret specifikke i forhold til selvmord, idet det fremgår, at hvis man har selvmordstanker og/eller er psykotisk, skal man søge hjælp hos egen læge. I en af Facebookgrupperne fremhæves det ligefrem, at man som bruger indgår i gruppen på eget ansvar og for egen risiko samtidig med, at udbyder af hjemmesiden, administratorer og medlemmer i gruppen ikke er ansvarlige for andres liv (105).

I sundhedsvæsenet har behandlere derimod et behandlingsansvar ifølge loven om autorisation af sundhedspersoner (13). Ifølge et notat fra Region Syddanmark betragtes en autoriseret psykolog, der er ansat i sundhedsvæsenet, som en sundhedsperson i sundhedslovgivningsmæssig forstand, hvilket betyder, at den autoriserede psykolog – tilsvarende andre sundhedspersoner – har ansvar for patientbehandlingen (omfattende fx udredning, diagnostik⁷⁸, rådgivning og psykoedukation) (173). I internetpsykiatrien i Region Syddanmark, der udbyder internet-interventioner til behandling af angst og/eller depression, tages risikoen for selvmord så alvorligt, at der er etableret en vagtordning, der er målrettet screening for selvmord. Helt paradoksalt fungerer vagtordningen dog kun i dagtimerne på hverdage til trods for, at borgere kan anmode om behandling alle døgnets timer og dage. På tilbuddets hjemmeside nævnes selvmord ikke eksplicit, i stedet henvises de borgere, der anmoder om behandling, til egen læge, hvis tilbuddet ikke kan hjælpe pågældende (92).

Sideeffekter – positive som negative

Vi ønsker dog også at påpege, at selvhenvisning til digitale behandlingstilbud har gjort det muligt for patienter i Region Syddanmark at reducere ventetiden på behandling af angst og/eller depression i og med, at den gennemsnitlige ventetid på behandling ved psykologer med overenskomst er væsentligt højere end ved den offentlige, digitale behandling. Denne positive sideeffekt kan imidlertid kun opretholdes, så længe behandlingskapaciteten i det offentlige sundhedsvæsen er tilstrækkelig, og/eller borgerne er villige til at betale de private udbydere for digital behandling.

Manglen på formelle kvalitetskrav til digitale behandlingstilbud i forhold til fx uddannelse, indhold og form kan imidlertid betyde, at brugerne bliver fejlinformeret om deres sygdom, herunder hvorvidt de bør søge professionel hjælp. Denne risiko er især til stede i de civile tilbud, hvori lægfolk giver peer-støtte gennem fx online-grupper. Omfanget af misinformationer er ikke kendt og ej heller konsekvenserne heraf.

Endelig vil vi gøre opmærksom på, at de sundhedsprofessionelles behandlingsansvar kan blive udfordret i de tilfælde, hvor patienterne i affekt afbryder online-forbindelser eller undlader at svare på behandlerens henvendelser i internet-interventionerne. Omfang og konsekvenser er vi ikke vidende om.

⁷⁸ En arbejdsgruppe nedsat af sygehusledelsen, som havde til formål at afdække psykologers virksomhedsområde i Psykiatrien i Region Syddanmark, har foreslået, at 'psykiatrisygehuset laver en klar beskrivelse af, hvem der kan diagnosticere, suppleret med en beskrivelse af delegationsmulighederne'. Dette forslag kommer i forlængelse af, at arbejdsgruppen har konstateret, at autoriserede psykologers kompetencer i at diagnosticere afhænger af erfaringsgrundlaget.

Teknisk sikkerhed

Psykisk sygdom er forbundet med stigma og tabu (51), så krav om datasikkerhed er meget væsentlig i forhold til at etablere patienternes tillid til digitale behandlingstilbud. Der ses meget stor variation i, hvor grundige og let tilgængelige informationer om datamæssig sikkerhed er på de enkelte hjemmesider – hvis det overhovedet nævnes. Det er således ofte vanskeligt og uigennemskueligt at få et overblik over fx kryptering af data, dataopbevaring og -behandling og ikke mindst ejerskab over data. Kryptering og ejerskab belyses nærmere efterfølgende, mens de lovmæssige forhold beskrives i afsnit 8.7

Krypteret forbindelse

Datasikkerhed i forbindelse med online-terapi forudsætter ifølge Sundhedsdatastyrelsen (174) en krypteret forbindelse mellem patient og behandler, men dette nævnes ikke eksplicit på hjemmesiderne. I nogle tilfælde bliver dette krav tilsyneladende omgået af udbyderne, mens Region Hovedstaden og Region Syddanmark har fundet hver sin løsning herpå.

I det offentlig behandlingstilbud i Region Hovedstaden løser Psykiatrisk Center Bornholm kravet om en krypteret videoforbindelse ved at indrette et behandlingsrum på hospitalet med en krypteret videoforbindelse. Online-terapi ved privatpraktiserende psykiater, Behandlingscentret Den Lille Prins, foregår således ikke i patientens hjem, mens Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark har valgt at supportere patienterne i deres eget hjem. Patienterne supporteres med link og kontaktoplysninger på regionens hjemmeside til at downloade og installere krypterede programmer (bl.a. Japper Cisco) til deres egne computere.

Ejerskab

Ejerskab er et andet væsentligt tema, idet patienter i digitale behandlingstilbud i væsentlig grad medvirker til produktion af data. Denne produktion af patientdata foregår på forskellige interaktionsmåder mellem patienter og behandlere:

- Lyd- og billedfiler i online-terapi
- Skriftlige data fra spørgeskemaer fx i internet-interventioner
- Andre former for skriftlig korrespondance med behandlere i form af fx e-mails, chat, Facebook
- Mobile apps, der monitorerer patientens krop, sindstilstande og geografiske færden.

Herudover bidrager patientdata til forskellige former for udtræk og formål:

- Dataplatforme, hvor behandlerne kan monitorere deres patienters sundhedstilstand og planlægge deres individuelle behandling
- Dataudtræk, der organisatorisk bidrager til styring af aktiviteter
- Dataset til forskning
- Datarapporter og feedback til forbedring af tekniske løsninger
- Data, der kan gøres tilgængelige for andre private og offentlige sundhedsaktører.

Som det fremgår produceres data på forskellig vis og tilgår forskellige modtagere og interessenter: behandlere, administrativt personale, forskere, leverandører eller andre interessenter. Idet beskrivelserne af datahåndteringen ofte er uklart beskrevet, er det ikke gennemsigtigt, hvilket ejerskab brugeren af digitale behandlingstilbud har til egne data. Det er ofte heller ikke klart, hvorledes data opbevares, hvornår de slettes, om patienten kan få dem slettet, hvem data må udleveres til, ej heller til hvilke formål de må bruges, og i givet fald i hvilke prioriteret rækkefølge mellem interessenterne.

Forskningsprojekterne oplyser mest udførligt om brugen af data men ofte blot med henvisning til Persondataloven (175). I Region Midtjylland er man udførlig med at oplyse om, hvor data opbevares og hvor længe, og man henviser til Persondataloven. Et eksempel på mangelfuld information kan hentes fra den offentlige hjemmeside i Region Syddanmark, hvor patienterne i forbindelse med anmodning om digital behandling af angst og/eller depression ikke eksplicit oplyses om, at patienter i internetpsykiatrisk behandling i sundhedsvæsenet får en psykiatrisk journal i psykiatrien.

8.3 Klinisk effekt

I dette afsnit belyser vi den kliniske effekt, som den fremgår af de evaluerede studier, overførbareheden fra disse studier til andre interventioner og/eller sygdomme. Afsnittet afsluttes med en kritisk stillingtagen til studier, der er udformet som 'pakkeløsninger' uden mulighed for at vurdere, hvad der specifikt har bidraget til resultaterne.

Det kan konstateres, at vi på basis af en systematisk litteratursøgning af danske studier, i alt har fundet én evalueringsrapport og én internationalt tidsskriftartikel, der belyser den kliniske effekt af digital internet-intervention med brug af behandlingsprogrammet FearFighter til personer med angst (der er tale om to afrapporteringer fra samme studie, som er gennemført i Region Midtjylland) (135,164). Herudover er der et igangværende forskningsprojekt i Region Hovedstaden med ICBT (FearFighter) målrettet patienter med angst-sygdomme (152). Vi har ikke fundet studier, der evaluerer den kliniske effekt af internetbaseret behandling af depression i Danmark. Der er imidlertid et igangværende forskningsprojekt i Telepsykiatrisk Center, Region Syddanmark med en behandlingsform, hvor traditionel behandling ansigt til ansigt blandes med ICBT (144). Effekten af psykiatrisk online-terapi er – så vidt vi ved – ikke undersøgt i en dansk kontekst. Til trods for, at der er et forholdsvis stort udbud af apps og online-grupper målrettet mennesker med angst eller depression, foreligger der – så vidt vi ved – heller ikke her nogen studier af den kliniske effekt. I stedet søges tilbuddene legitimeret med en henvisning til behandlerens autorisation, uddannelse, CV eller egne erfaringer med angst og/eller depression. Vi har imidlertid fundet to igangværende projekter i Region Hovedstaden, som i samarbejde med forskellige virksomheder specifikt undersøger, om elektronisk selvmonitorering efter hospitalsindlæggelse kan reducere genindlæggelsesfrekvensen for patienter med depression og/eller mani.

I det afsluttede og evaluerede FearFighter-projekt fra Region Midtjylland er effekten af intervention med ICBT i en specialiseret angstklinik givet til patienter med social fobi og panikangst sammenlignet med en kontrolgruppe, der står på venteliste til rutinemæssig behandling i samme specialiserede angstklinik. Det primære effektmål er selvrapporterede ændringer af symptomer på angst målt med BAI. Resultaterne viser, at der ikke er signifikant forskel i ændringer af symptom-niveauet af angst mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen (BAI: gennemsnitlig forskel = 2,42; 95 % KI -1,03 til 5,86; $p = 0,17$). Det fremgår yderligere, at der i forhold til det sekundære mål, som omfatter depression, heller ikke er fundet signifikant klinisk effekt målt med BDI-II. Dog ses der signifikant effekt af selvrapporteret livskvalitet til fordel for interventionsgruppen (EQ-vas: gennemsnitlig forskel = 20,88; 95 % KI -30,64 til -11,11; $p < 0,001$) (135).

Der kan være mange grunde til, at der ikke er fundet signifikant klinisk effekt af ICBT med FearFighter i projektet fra Region Midtjylland (135). Den ene er, at der ganske enkelt ikke er forskel: ICBT er effektmæssigt ikke bedre end det at stå på venteliste til traditionel behandling ansigt til ansigt. Andre væsentlige forklaringer, som i øvrigt fremføres af forfatterne til studiet, er fx i), at studiet manglede styrke (ikke fik inkluderet tilstrækkelig mange patienter), ii) at

gennemførelsesgraden af antal moduler med behandlingsprogrammet FearFighter var forholdsvis lille, iii) uensartet opfølgningstid for interventionsgruppe og kontrolgruppe og/eller iv), at mange deltagere i interventionsgruppen anså ikke behandlingen med ICBT for at være en 'rigtig' behandling, men snarere forberedelse til traditionel behandling ansigt til ansigt. Hvilken eller evt. hvilke grunde, der har afgørende indflydelse på de insignifikante resultater, kan ikke vides. I Region Syddanmark har man ligeledes haft vanskeligheder med at få rekrutteret det forventede antal patienter med depression til forsøget med behandlingsprogrammet NoDep samtidig med, at det har været vanskeligt at fastholde patienterne gennem længere tid i behandlingen med ICBT (132). Dette er forhold, som vi foreslår, at der arbejdes med ved planlægning af kommende projekter, således at manglende styrke i form af for få inkluderede patienter henholdsvis et forholdsvis stort frafald fra behandling med ICBT ikke kommer til at stå i vejen for at finde statistik signifikant effekt – såfremt den måtte være der. 'Etablering af multicenter studier på tværs af regionsgrænser kan være en metode til at få øget antallet af deltagere i de kliniske studier.

Overførbarehed

Herudover bør det bemærkes, at omstændighederne ved gennemførelsen af FearFighter-projektet i Region Midtjylland er at betragte som optimale sammenlignet med en eventuel gennemførelse af ICBT som rutinemæssig behandling. Det betyder – omend der ikke er opnået klinisk signifikant effekt – at det kan være vanskeligt at overføre resultaterne til rutinemæssig behandlingspraksis, fx er betydningen af et andet patientsegment ikke klar. Patienterne er rekrutteret fra en venteliste til ambulant psykologbehandling i sekundærsektoren, hvilken betydning det måtte have, at de rekrutteres andet steds fra eller evt. via selvhenvielse, som det er tilfældet i Region Syddanmark, er uvist. For det andet er der i FearFighter-projektet anvendt eksklusionskriterier, der har frasortet patienter med alvorlig sygdom og misbrug, hvilket kan være svært at opretholde ved rutinemæssig behandling. For det tredje må det antages, at psykologerne, der har indgået i studiet, har været særligt dedikerede til opgaven, herunder omhyggeligt undervist i metode og programmer, hvilket ikke nødvendigvis vil være tilfældet ved en eventuel fremtidig rutinebehandling. Endelig er FearFighter specielt udviklet og målrettet patienter med angst og fobi, hvorfor resultaterne fra dette studie ikke kan generaliseres til andre diagnoser som fx depression.

'Pakkeløsninger'

Afslutningsvis skal det påpeges at afprøvning af en behandlingsform, der er at betragte som en 'pakkeløsning', hvori der indgår en række delelementer som fx: et givet behandlingsprogram (FearFighter) med et fast antal moduler (ni), som skal benyttes af patienterne i en fast rækkefølge (1, 2 ...9)), ugentlig og synkron telefon-support a ca. 10 minutter fra en psykolog og ingen egentlig terapeutisk behandling, gør det vanskeligt at vurdere, hvilke delelementer, der er særligt virksomme henholdsvis ikke særlig hensigtsmæssige. Kan man fx forestille sig, at den kliniske effekt vil være en anden og eventuelt højere, hvis:

- Patienterne efter eget ønske kunne vælge moduler, rækkefølge og interval (dvs. i forhold til designets informationsarkitektur (169)).
- Psykologerne kunne tilbyde support på basis af patientens ønske for tidspunkt, interval, elektronisk kommunikationsmiddel og -form (internet (chat, e-mails), video og/eller telefon) og eventuel længere varighed
- Behandlingen også omfattede egentlig terapeutisk behandling enten over internettet eller med traditionel behandling ansigt til ansigt, som det forsøges i et igangværende forskningsprojekt med blended care til behandling af depression (B-CBT)
- Der blev lavet en arbejdsdeling, således at psykologer primært varetog de psykologiske arbejdsopgaver, mens teknisk personale varetog den tekniske support, og fx lægfolk kunne

kontaktes af patienterne med henblik på vedholdenhed og opmuntring til fortsat behandling.

Dette er forhold, som det kan være relevant at studere nærmere enten ved undersøgelser i en dansk kontekst eller ved at dykke ned i den internationale litteratur på området.

8.4 Patientperspektiver

I patientperspektivet i MAST-modellen (6,7) indgår en række tematikker til afdækning af, om patienter, der modtager digital behandling, oplever en brugbar hjælp, der gør en forskel for deres sundhedsproblem. Temaerne er 'Tilfredshed og accept', 'Tiltro til behandling, herunder præferencer', 'Forståelse af information', 'Evne til at bruge applikationen', 'Adgang og oplevelse af privacy og fortrolighed' og 'Empowerment, self-efficacy' (s. 29-31 og s. 66-68 (6)). I det omfang vi har fundet viden, der kan belyse de pågældende områder, er de beskrevet efterfølgende.

Patienttilfredshed, accept, tiltro til behandling og præferencer

Grundlæggende finder undersøgelsen ikke meget viden om patienters 'tilfredshed' og deres øvrige oplevelser af tilbuddene. Vi har fundet få spørgeskemaundersøgelser af tilfredshed med online-terapi henholdsvis med internet-intervention (NoDep) samt et enkelt fokusgruppeinterview, hvori tilfredshed med internet-intervention med FearFighter belyses. Af disse undersøgelser fremgår det samlet, at patienterne overvejende var tilfredse med tilbuddets kvalitet og interventionen i form af, at:

- Patienter i online-terapi hos speciallæge i psykiatri overvejende er tilfredse med oplevelsen af tilbuddet; kvaliteten af videobilleder og lyd, kontakt til behandleren og udbyttet af behandlingen
- Patienter, der deltog i internet-intervention med NoDep, oplever, at tilbuddet har bidraget til at gøre dem mere selvhjulpne, hvilket også har været tilfældet for patienter, som modtog psykologhjælp via videokonference. I internet-interventionen med behandlingsprogrammet FearFighter udtrykker halvdelen af de interviewede imidlertid, at behandlingsprogrammet ikke passer til deres vanskeligheder
- Langt de fleste patienter, som modtog psykiatrisk online-terapi henholdsvis internet-intervention med behandlingsprogrammet NoDep, ville anbefale behandlingen til andre, mens kun halvdelen af de interviewede patienter, der modtog behandling med FearFighter, som mente, at andre ville kunne have gavn og udbytte heraf
- De adspurgte patienter foretrækker fysisk behandling ansigt til ansigt frem for online-terapi henholdsvis internet-intervention med FearFighter, hvis det er en mulighed. Patienter, som modtog behandling med NoDep, er ikke spurgt herom.

Ud over de sparsomme empiriske studier til patienttilfredshed har vi i den grå litteratur fundet artikler, som understreger vigtigheden af:

- i) Et digitalt læringsmiljø med henblik på at skabe digitale tilbud, som patienterne finder overbevisende at interagere med som brugere af teknologien (169)
- ii) At inddrage patienter i udarbejdelsen af de digitale behandlingstilbud med henblik på at skabe et design, der er brugbart i sammenhæng med patientens hverdag, fremfor at de fx er baseret på klinikkens arbejdsgange (176)
- iii) Socialvidenskabelige aspekter af depression og angst, der åbner for strukturelle og sociale dimensioner af angst og depression frem for et mere snævert medicinsk perspektiv på sygdom (169,176).

Det lader således til, at der – i dansk kontekst – er ridset nogle rammer op, der bekræfter, at digitale tilbud kan give mening for patienterne. Der har imidlertid ikke været gennemført etnografiske studier, som kunne have givet en dybere indsigt i og mere viden om patientperspektivet og udvikling af de digitale behandlingstilbud med henblik på at skabe tilbud, der dels er på højde med oplevelsen af traditionel behandling a-t-t- og dels reflekterer socialvidenskabelige indsigter med henblik på at udvikle behandlingstilbuddene til angst og depression.

Forståelse af information, evne til at bruge applikationen og privacy og fortrolighed

Til trods for, at vi ikke har fundet mange undersøgelser af patienternes perspektiver på digitale behandlingstilbud, er det muligt at udlede nogle karakteristika for de patient- og brugerroller, der er indlejret i designet af de digitale tilbud. Disse karakteristika for patientens rolle som 'digital patient' vedrører 'evnen til at bruge applikationen' eller nærmere betegnet 'eHealth literacy'⁷⁹.

eHealth literacy

Tilbuddene er overvejende målrettet dansksprogede personer med gode læse- og delvis også gode skrivefærdigheder. Skrivefærdighederne er særligt påkrævet i forbindelse med:

- Internet-interventioner, hvor patienten skriver og generer forskelligartede data. Det 'bruger-generede indhold' indgår som en fast del af programmets øvelser, test og i korrespondance med behandler
- Online-grupper, hvori brugerne kommunikerer på skrift med lidelsesfæller om, hvordan de har det.

Det forudsættes også, at patienter som brugere har tekniske færdigheder i forhold til:

- Hardware: at kunne betjene pc, få internetforbindelse, webcam, højttalere og smartphone til apps
- Software: at kunne installere nye programmer, fx krypteret software til videokonsultationer som en del af online-terapi (177).

De mere generelle færdigheder i forhold til forståelse af information og privacy og fortrolighed omfatter:

- At kunne navigere på nettet
- At kunne gennemskue et behandlingstilbuds opbygning, datapolitik, ansvar og ejerskabsforhold
- At kunne sammenligne indhold og priser på forskellige tilbud
- At kunne skabe fortrolige rammer i hjemmet for at kunne gennemføre behandlingen uforstyrret
- At kunne integrere tilbuddets behandlingsopgaver og struktur i egen hverdag
- At kunne skabe brugbare relationer til evt. behandlere.

Digitale tilbud forudsætter, at patienter/brugere har den nødvendige eHealth literacy for at kunne overskue en digital verden med overvejelser og handlekraft i forhold til bl.a.: i) hvilke tilbud giver mening, ii) hvem udbyder det, iii) hvordan bliver data behandlet og opbevaret, og hvem har rettighederne hertil, iv) pris og tidsforbrug, v) hvordan fungerer det teknisk og praktisk i hverdagen og endelig vi), hvilke muligheder er der, hvis det ikke er det rette tilbud.

Det er således i høj grad op til borgerne/patienterne selv at gennemskue og vurdere fordele og ulemper, herunder risici i de enkelte tilbud. Der er dog store forskelle imellem udbydernes informationspolitik, således at nogle tilbud er meget eksplicitte om behandling af data, særligt

⁷⁹ Begrebet bruges i den internationale litteratur som et samlet begreb for evnen til at søge, finde, forstå og vurdere helbredsoplysninger fra elektroniske kilder og kunne anvende den opnåede viden (5).

forskningsprojekter, mens mange andre ikke informerer eksplicit omkring dataansvar og behandling.

Empowerment og self-efficacy⁸⁰

Self-efficacy er ikke undersøgt i forbindelse med evaluerede studier, men øget adgang til viden og hjælp på internettet kan udlægges som udtryk for empowerment til patienterne, idet disse får øget indflydelse på og kontrol af behandlingen. Patienterne er også i mange af de identificerede behandlingstilbud tiltænkt en aktiv rolle, ikke kun i forhold til at etablere og bruge det fornødne tekniske udstyr, men også ved at diagnosticere sig selv som værende angste og/eller depressive, opsøge behandling, gennemføre behandlingen og dette på mere eller mindre selvvalgte tidspunkter eller steder (afhængig af, om tilbuddet er baseret på synkron eller asynkron teknologi).

Det er muligt at identificere forskellige elementer af empowerment i de identificerede tilbud, således at:

- Online-terapi hos private udbydere giver borgere adgang til hjælp, uafhængigt af hvor de bor, såfremt de har de fornødne økonomiske ressourcer og tid inden for behandlerens åbningstider, mens private behandlingstilbud med internet-intervention er mere tidsuafhængigt (kan tilgås på de tidspunkter af døgnet, der passer patient og behandler).
- Online-terapi på Psykiatrisk Center Bornholm med videoopkobling til psykiater gør det muligt for flygtninge fra Eksjugoslavien at få behandling af en privatpraktiserende psykiater på deres lokale hospital uden brug af tolk.
- Hjemmesiden 'Psykiatrien i Region Syddanmark' i Region Syddanmark giver borgere i regionen adgang til gratis hjælp, såfremt de diagnosticerer sig selv inden for de i tilbuddet angivne rammer. Anmodningen kan ske hele døgnet, men besvares kun på hverdage i dagtimerne.
- Internet-interventionerne giver patienter screenet for angst og let til moderat depression hjælp til selvhjælp, forudsat at de arbejder selvstændigt med øvelser hjemme i 8-10 uger. Øvelserne kan gennemføres på de tider af døgnet, som passer patienten bedst.

Online-terapi og internet-interventioner bidrager således begge til patienternes frigørelse af geografiske afstande, men den synkrone kommunikation i online-terapi forudsætter, at behandler og patient har tid samtidig. Igangværende internet-interventioner beror på asynkron kommunikation, hvilket betyder, at patienten er fri til at gennemføre øvelser i behandlingsprogrammet og den skriftlige korrespondance med behandleren på tidspunkter, der passer patienten. Tilbuddet på Psykiatrisk Center Bornholm har et element af social empowerment, da det giver en subgruppe af patienter adgang til en behandling, de ellers ikke ville kunne modtage i Danmark uden tolk. Patienterne er ikke ansvarlige for teknologien, da hele set-up'et varetages og gennemføres i et samarbejde mellem psykiatrisk hospital og behandlingscenteret. Selvhenvisningen i Region Syddanmark uden om egen læges henvisning øger patientens ansvar for at diagnosticere sig selv forud for anmodning samt varetage den primære tovholderfunktion for eget behandlingsforløb.

Patients barrierer for tilsagn om digital behandling

Det fremgår af en evaluering af patientperspektiver på telemedicin blandt ældre, somatiske patienter, at der kan være følgende tre barrierer for, at patienter tager imod digitale tilbud: 'i) manglende teknisk kompetence til at betjene udstyr, ii) forventning om og oplevelse af at få dårlige sundhedssygdomme og iii), de digitale tilbud ses som en trussel mod identitet, uafhængighed og egenomsorg' (178). Disse barrierer for telemedicin kan ikke direkte overføres til digital

⁸⁰ Self-efficacy: Troen på egne ressourcer og egen evne til at gennemføre en handling i en specifik kontekst, fx i forbindelse med egen sundhed jf. Bandura (15).

behandling af psykiske lidelser omend vi i denne undersøgelse også har fundet, at de to førstnævnte barrierer er til stede i et vist omfang. Hvorvidt de digitale behandlingstilbud direkte ses som en trussel mod identitet, uafhængighed og egenomsorg blandt borgere med angst og depression, har vi ikke kendskab til. De to undersøgelser (nærværende undersøgelse samt (178)) kan sammen give et fingerpeg om, at:

- i) Øget adgang via fx hjemmesider til selvhenvielse ikke nødvendigvis betyder, at borgere ønsker at bruge tilbuddet. Som det tidligere er fremgået, kræves det, at patienter skal have tilstrækkelig eHealth literacy for at kunne deltage i tilbuddet.
- ii) Digitale tilbud ikke nødvendigvis erstatter og aflaster ventelister til ansigt til ansigt, hvis den traditionelle behandling opfattes som en bedre sundhedsydelse.
- iii) Patientens oplevelse og uafhængighed er væsentlig for brugen.

8.5 Økonomiske aspekter

I dette kapitel belyser vi indledningsvis nogle af de økonomiske aspekter, der relaterer sig til borgernes brug af det private marked for digitale behandlingstilbud (afsnit 8.5.1). Herefter følger et afsnit, der først belyser forventningerne om økonomiske besparelser ved implementering af telemedicinske løsninger, hvilket leder over til, hvorvidt det på nuværende datagrundlag er muligt at substituere den traditionelle behandling ansigt til ansigt med internetbaseret behandling af angst og depression henholdsvis online-terapi (afsnit 8.5.2). I afsnit 8.5.3 fokuserer vi på de potentielle gevinster af økonomisk art, der må forventes at være for brugere af digital behandling. Afslutningsvis beskriver vi væsentlige økonomiske barrierer, vi har mødt i forhold til implementering af digital behandling (afsnit 8.5.4).

8.5.1 Det private marked for digitale behandlingstilbud

Det fremgår af analysen af digitale behandlingstilbud til angst og/eller depression, som borgere selv kan opsøge via internettet (delanalyse I), at der er meget store prisforskelle mellem behandlingstilbuddene. Omend reklamering for sundhedsydelser er underlagt loven om markedsføring af sundhedsydelser, hvoraf det fremgår, at markedsføringen skal være baseret på faglige og relevante oplysninger (179), kan vi konstatere, at markedet er svært at gennemskue. Søgningen af information er fx vanskeliggjort af, at udbydernes hjemmesider ikke er ensartet opbygget, og at menupunkterne er navngivet forskelligt og rummer forskelligt indhold. Ydermere er det vanskeligt at sammenligne tilbuddene, da det ikke altid står klart, hvad man som bruger betaler for i forhold til behandlerens faglighed, den terapeutiske behandlingsform, varigheden af den enkelte behandling samt udstrækning af et behandlingsforløb etc. Brugernes tidsforbrug og arbejdet med søgninger af behandlingstilbud af en given kvalitet og inden for et givet privatøkonomisk råderum ville kunne reduceres henholdsvis lettes, hvis udbyderne optimerede hjemmesidernes informationer og informationsarkitektur.

8.5.2 Digitale behandlingstilbud i et sundhedsvæsens-perspektiv

Implementering af telemedicin begrundes ofte med argumenter om besparelser, fx fremgår det af den nationale handlingsplan for telemedicin (2012) (21):

'der er store forventninger til det samfundsøkonomiske potentiale i telemedicinske løsninger – dels på baggrund af mindre pilotprojekter i Danmark, og dels på baggrund af større implementeringsprojekter i udlandet, fx Skotland og Storbritannien'.

og i forordet til den fællesoffentlige strategi for digital velfærd (2013) (180):

'Digitale velfærdsydelser og services gør det muligt at skabe en lettere hverdag for borgerne – for færre omkostninger end i dag'

Det forholder sig imidlertid således, at hvis digitale behandlingstilbud til psykiatriske patienter skal medvirke til at løse udfordringer i et økonomisk trængt sundhedsvæsen med både et stigende forbrug af sundhedsydelser og stigende omkostninger, er der brug for omkostningseffektive behandlingsformer, der kan erstatte de eksisterende tilbud. Det betyder helt konkret, at den digitale behandling som minimum skal kunne opnå samme effekt som ved traditionel behandling ansigt til ansigt for færre midler – medmindre vi som samfund accepterer en dårligere kvalitet (mindre effekt) af behandlingen med lavere omkostninger.

I de efterfølgende afsnit fokuserer vi på, hvorvidt de evaluerede internet-interventioner til angst og depression henholdsvis tilbuddet om online-terapi kan efterkomme ønsket om substitution af eksisterende behandlingstilbud. Først gives en kort sammenfatning af muligheder og valg i forbindelse med gennemførelsen af økonomiske evalueringer.

De økonomiske analyser ved digitale behandlingstilbud kan både gennemføres ud fra forskellige perspektiver (et samfundsperspektiv⁸¹ eller fx sundhedsvæsenets perspektiv⁸²), forskellige økonomiske evalueringsmetoder⁸³ og med afsæt i forskellige evalueringsmodeller. Af den nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin (21) fremgår det, at MTV-konceptet (9) eller MAST-modellen (6,7) bør anvendes som grundlag for evaluering af digitale tilbud, idet telemedicin som udgangspunkt ikke adskiller sig fra andre medicinske teknologier – ingen af disse modeller afkræver en specifik form for økonomisk evaluering. Hvorimod det fremgår af Digitaliseringsstyrelsens hjemmeside, at alle statslige myndigheder skal anvende statens business case-model⁸⁴ som økonomisk evalueringsmodel ved gennemførelse af it-projekter.

Internet-interventioner

I vores gennemgang af de gennemførte evalueringer af digital behandling af angst og depression har vi fundet, at der er gennemført partielle MTV'er (9) af FearFighter-projektet henholdsvis af NoDep-projektet. I begge analyser er de økonomiske beregninger baseret på et perspektiv, der er sundhedsvæsenets, og der indgår således ingen indirekte omkostninger. Evalueringen af FearFighter-projektet i Region Midtjylland til angstbehandling er delvist gennemført som en business case suppleret med et omkostningsnytteestimat, mens den økonomiske evaluering af NoDep til mennesker med depression er gennemført som en omkostningsminimeringsanalyse grundet manglen på resultater af effekt og med en udførlig begrundelse for, hvorfor det ikke var muligt at gennemføre en egentlig business case. I begge tilfælde har der været tale om projekter, der delvist er finansieret af Digitaliseringsstyrelsen.

⁸¹ I en økonomisk analyse set fra et samfundsperspektiv inddrages summen af direkte omkostninger og indirekte omkostninger (undertiden kaldet produktionstab). De direkte omkostninger omfatter alle omkostninger ved behandling, genoptræning og rehabilitering – uanset hvem der erholder dem. De indirekte omkostninger vedrører samfundets omkostninger af produktionsmæssig og arbejdsmæssig karakter i form af kort- og langvarigt sygefravær fra arbejdsmarkedet (181).

⁸² I en økonomisk analyse fra et sundhedsvæsenets-perspektiv indgår – om muligt – alle omkostninger ved behandling, genoptræning og rehabilitering i såvel primær- som sekundærsektoren.

⁸³ Eksempler på økonomiske analyser, der ofte benyttes i sundhedssektoren er: I) Omkostningsminimeringsanalyser, hvor det antages, at der ikke er forskel på effekten, når to behandlingsformer sammenlignes, og II) omkostningseffekt-analyser (CEA)/omkostningsnytte-analyser (CEU), hvor omkostninger sættes i forhold til den opnåede effekt eller nytte ved sammenligning af alternative behandlinger. I CEA er effekterne opgjort i naturlige enheder (fx vundne leveår, reducerede symptomer etc.), mens CUA typisk er opgjort i kvalitetsjusterede leveår, hvilket bevirker, at det i sidste tilfælde er muligt at sammenligne med andre former for interventioner (181,182).

⁸⁴ I henhold til Digitaliseringsstyrelsen er ideen bag en business case, at beslutningstagere skal kunne se, hvornår projektet er motiveret af et forretningsmæssigt økonomisk potentiale (183). I modellen fokuseres der således på demonstration af økonomiske besparelser baseret på opnåede arbejdskraftbesparelser ved implementering af nye teknologiske projekter samt på fremskrivning af potentialet for økonomiske besparelser set over en længere tidshorisont (ofte 10 år).

Udeblevne økonomiske gevinster for sundhedsvæsenet

På basis af evalueringerne af internet-interventioner til patienter med angst henholdsvis depression fremgår det, at implementering af digital behandling med FearFighter henholdsvis NoDep ikke kan forventes at give økonomiske gevinster for sundhedsvæsenet. Det fremgår således, at sundhedsvæsenets meromkostninger ved implementering af ICBT med FearFighter og synkron støtte af psykolog versus traditionel behandling ansigt til ansigt i gennemsnit er på ca. 79.400 kr. pr. patient – og heri er ikke indregnet projektets initiale implementeringsomkostninger på mere end 6 mio. kr. Tilsvarende fremgår det af evalueringen af NoDep-projektet, at der ikke kan forventes økonomiske gevinster for det offentlige sundhedsvæsen ved at behandle let til moderat depression med ICBT med brug af NoDep og støtte fra en psykolog (synkron og asynkron). De forventede gennemsnitlige omkostninger pr. patient ved internetpsykiatrisk behandling forventes at beløbe sig til i alt ca. 7.850 kr. pr. behandlet patient. Når omkostninger ved vagtordning og forundersøgelse for ikke-inkluderede patienter er udeladt af beregningerne af hensyn til sammenligning med traditionel behandling ansigt til ansigt, er de gennemsnitlige omkostninger reduceret til 6.780 kr. Til sammenligning er de forventede gennemsnitlige offentlige sygesikringsomkostninger ved behandling hos praktiserende psykologer ca. 4.820 kr.

Ved implementering af ICBT til angst eller depression er der på det foreliggende grundlag tale om en serviceudvidelse af sundhedsvæsenets ydelser og ikke en substitution, idet der endnu mangler dansk evidens for klinisk effekt i form af færre tilfælde af angst/depression eller reduktion af symptomer herpå, samtidig med at sundhedsvæsenets omkostninger vurderes at være højere end ved traditionel behandling ansigt til ansigt.

Online-terapi

Vi har fundet et enkelt studie, hvori der er foretaget en økonomisk analyse af psykiatrisk online-terapi på patientens eget modersmål. Der er tale om en omkostningsminimeringsanalyse ud fra et sundhedsvæsenets-perspektiv. Det fremgår, at der er opnået breakeven⁸⁵ efter 111 patienter. Det skal dog bemærkes, at der i dette estimat kun er medtaget omkostninger ved det telepsykiatriske udstyr (ingen øvrige implementeringsomkostninger – i alt 2,35 millioner kr. – er medregnet). Resultaterne indikerer dog, at denne terapiformen på sigt vil kunne aflaste de offentlige sundhedsbudgetter.

8.5.3 Brugernes udgifter og økonomiske gevinster

Brugernes forbrug og udgifter til digital behandling af angst og/eller depression på det private marked er, så vidt vi ved, ikke undersøgt og opgjort.

Vi er heller ikke bekendte med undersøgelser, der har estimeret de monetære og ikke-monetære gevinster, den enkelte patient måtte forventes at have ved internet-interventioner eller online-terapi, der kan gennemføres fra eget hjem – uanset om behandlingen eller terapien modtages i privat eller offentligt regi. Der er formentlig tale om øget værdi ved i) mindre tidsforbrug, idet der ikke stilles krav om fysisk fremmøde, ii) ingen transporttid eller udgifter til transport, iii) imødekommet behandlingsbehov med forventelig mindre ventetid end ved traditionel behandling ansigt til ansigt og ikke mindst iv) ingen egenbetaling ved internetpsykiatrisk behandling i det offentlige sundhedsvæsen – ydelser, som patienterne ellers formentlig ville blive tilbudt i primærsektoren (hos egen læge, privatpraktiserende psykologer eller privatpraktiserende psykiatere) og i tilfælde af behandling ved privatpraktiserende psykolog skulle

⁸⁵ Engelsk udtryk, der i denne undersøgelse reflekterer, at det er det punkt, hvor det økonomisk kan betale sig for Sundhedsvæsenet at gøre brug af online-terapi fremfor at gennemføre terapien med brug af tolk.

medfinansiere med 40 % af psykologens honorar, såfremt denne har overenskomst med sygesikringen⁸⁶. Hertil skal lægges – hvis altså man ønsker at lave en sundhedsøkonomisk analyse medtagende alle brugeromkostninger – patienternes eventuelle tidsforbrug til socio-teknisk arbejde.

I forhold til online-terapi, som den tilbydes i den nuværende form i Region Hovedstaden, hvor primært eksjugoslaviske patienter bosiddende på Bornholm fysisk skal møde op på hospitalet for at modtage online-terapi på video, er gevinsterne formentlig væsentligst relateret til: i) ingen sprogbarrierer og brug af tolk, idet psykiateren taler patientens modersmål, og ii) formentlig mindre transporttid.

8.5.4 Økonomiske barrierer for implementering af digital behandling i sundhedsvæsenet

Såfremt det fra politisk side findes ønskeligt at udbrede brugen af digital behandling, skal der her gøres opmærksom på, at der er en række økonomiske barrierer for dette. Vores analyse viser, at der mangler økonomiske incitamenter til at tilbyde digital behandling (telemedicin) i såvel sekundærsektoren (sygehusregi) som i primærsektoren.

Sekundærsektoren

DRG-systemet indgår i dag som et væsentligt element i styringen og finansieringen af det somatiske sundhedsvæsen. Psykiatriske patienter afregnes dog ikke efter DRG-systemet. Hovedprincippet for afregning af psykiatriske patienters ambulante behandling er, at de afregnes efter en vejledende besøgstakst (184), som ikke omfatter digital behandling af psykiatriske patienter. Afhængig af afregningssystemet i den enkelte region kan et sygehus, som indfører en telemedicinsk løsning som erstatning for en ambulant konsultation/kontrol miste indtægter, medmindre der aftales særlige vilkår for telemedicinske ydelser.

I evalueringen af FearFighter genfindes problematikken omkring den manglende honorering/opgørelse af telemedicinske ydelser som begrundelse for personalets manglende incitament til at tilbyde og gennemføre internet-interventioner. Formentlig som en konsekvens heraf besluttede man i Region Syddanmark (april 2015) at sidestille telepsykiatrisk hjemmebehandling med traditionel ambulant behandling ansigt til ansigt.

Primærsektoren

De nationale overenskomster på praksisområdet indeholder aktuelt ikke takster for telemedicinske ydelser hvori der indgår videokonsultationer. På nuværende tidspunkt har alment praktiserende læger mulighed for at blive honoreret for telefonkonsultationer henholdsvis e-mailkonsultationer (185). Speciallæger har mulighed for at modtage betaling for e-mailkonsultationer (40), mens hverken telefon- eller e-mailkonsultation indgår i de privatpraktiserende psykologers overenskomst (46).

De praktiserende læger, og for så vidt også de praktiserende psykologer, der har overenskomst med sygesikring, har derfor ikke incitament til at tilbyde fx videokonsultation og online-terapi. For lægernes vedkommende håndteres dette i nogle tilfælde regionalt gennem §2- og §3-aftaler ved almen praktiserende lægers henholdsvis speciallægers deltagelse i telemedicinsk samarbejde. Omfanget af disse regionale aftaler kender vi ikke, og hvorvidt der også findes sådanne aftaler for psykologer, har vi heller ikke kendskab til. Problemstillingen med den mang-

⁸⁶ Af evalueringen af NoDep-projektet fremgår det, at patienternes andel af behandlingsomkostningerne i et traditionelt behandlingsforløb a-t-a af depression med i alt ni konsultationer hos en psykolog beløber sig til 2.990 kr.

lende honorering af online-terapi er formentlig medvirkende til, at det alene er flygtninge bosiddende på Bornholm og fortrinsvis fra Eksjugoslavien, som Psykiatrisk Center Bornholm henviser til diagnostisk udredning og behandling via videokonsultation hos en privatpraktiserende psykiater.

Vi kan således konstatere, at de begrænsede muligheder for honorering af telemedicinske ydelser i psykiatrien ikke giver incitament til større og mere systematisk udrulning af telemedicinsk behandling, hverken i primær- eller sekundærsektoren. I den forbindelse bør det bemærkes, at regionerne og Danske Regioner med udgivelsen 'Borgernes Sundhedsvæsen' har markeret, at der skal tænkes nyt. Værdibaseret styring skal fremadrettet indgå som en af forudsætningerne for et borgercentreret sundhedsvæsen, hvor 'borgerne skal opleve, at deres møde med sundhedsvæsenet er tilrettelagt, så de opnår den bedste effekt af behandlingen, de bedste og mest sammenhængende forløb og de bedste betingelser for at leve det liv, de ønsker' (186). Værdibaseret styring er oprindeligt lanceret af den amerikanske professor i management og økonomi Michael Eugene Porter, der i de senere år har været fortaler for, at sundhedsvæsenets honorering ikke baseres på enkeltstående ydelse men snarere på effekten (også kaldet pay-by-performance) samt betalingen for hele behandlingsforløb (også kaldet bundled payment). Denne form for honorering vil ifølge Porter belønne effektive udbydere af behandling, der opnår gode resultater, og minimere omkostningerne ved det samlede patientforløb (187). Pay-by-performance og bundled payment kan således skabe økonomiske incitamenter og dermed øge incitamenter til at indføre digitale løsninger, som har klinisk evidens og færre omkostninger.

8.6 Organisatoriske aspekter

Det organisatoriske domæne omhandler, hvilke ressourcer der skal mobiliseres og organiseres, når ny teknologi implementeres, og hvilke slags forandringer og konsekvenser brugen kan afføde i organisationen (6,7).

I de følgende afsnit beskrives indledningsvis det nationale niveau for behandlingstilbud i Danmark. Derefter følger en beskrivelse af det regionale niveau med særlig fokus på i) den viden, undersøgelsen har fundet om de offentlige tilbud og deres indbyrdes forskelle, ii) integrationen til det øvrige sundhedsvæsen og betydning heraf for sammenhængende patientforløb set ud fra et inter-organisatorisk niveau og iii) forhold om arbejdsgange og oplæring set fra et intra-organisatorisk niveau. De organisatoriske niveauer vil så vidt muligt blive beskrevet inden for temaerne proces (herunder struktur og organisering af behandlingstilbud), ledelse og kultur.

8.6.1 Det nationale niveau

Undersøgelsen viser, at der er en lang række forskelligartede digitale tilbud i Danmark til behandling af angst og depression. Det er ikke muligt at beskrive alle de organisatorisk enheder bag de 60 identificerede behandlingstilbud i KORAs undersøgelse (bilag 3), hvoraf 5 er igangværende behandlingstilbud i det offentlige sundhedsvæsen, men der kan sondres mellem tre typer af organiseringer, som beskrives efterfølgende.

Civile støttegrupper

De civile tilbud består af videndeling mellem ligesindede i online-grupper, også kaldet peer-støtte i denne undersøgelse. Umiddelbart lader det til, at grupperne er drevet af lægfolk med personlige erfaringer med angst og depression og med ikke-økonomiske motiver til at hjælpe hinanden. Grupperne kan være knyttet til interesseorganisationer som fx patientforeninger. Deltagelse er frivillig, og grupperne har forholdsvis mange medlemmer, men indholdet og karakteren af deres kommunikation, herunder karakteristika som brugergrupper, er ukendt.

De private behandlingstilbud

De mange private tilbud henvender sig bredt til borgere med symptomer på både angst og depression. Behandlerne har meget forskellige faglige baggrunde, autoriserede som uautoriserede, og ikke overraskende også forskellige terapeutiske tilgange og priser for deres tilbud. Organiseringen af de mange private behandlinger kan overordnet set inddeles i:

- Små virksomheder, dvs. klinikker med en eller få ansatte, der via internettet tilbyder deres klienter nye former for terapi, nemlig online-terapi fx over video eller e-mail
- Større sammenslutninger af behandlere, der via portaler og fælles brand, fx de internationale portaler Therapion og Gomentor, tilbyder online-terapi.

Portalerne giver mulige klienter en samlet indgang til at søge online behandlingstilbud. Brandets ensartede design i forhold til æstetik og navigationsstruktur bidrager også til at skabe gennemsigtighed for brugere af portalen i forhold til at søge og vælge mellem behandlere og karakteristika for behandlingen, såsom terapeutisk tilgang og form, fx online-terapi med video, behandlerens faglige baggrund, sprog, pris etc., hvorimod uensartede tilbud i de små virksomheder kan efterlade et marked, der på mange måder er uigennemskueligt og forudsætter en del tid og analytiske kompetencer hos borgerne for at kunne finde rundt heri.

De offentlige behandlingstilbud i sundhedsvæsenet

Tre regioner, Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Hovedstaden, har digitale behandlingstilbud til deres patienter. Regionerne har meget forskellige tilgange til at digitalisere patientbehandlingen for angst og depression. De er heller ikke lige langt i forhold til udvikling, afprøvning og drift. Fælles for dem er dog samarbejdet med private leverandører og software-virksomheder om at udvikle og implementere løsningerne. Med de nye typer af samarbejder og alliancer mellem offentlige og private partnere, kan der opstå nye udfordringer og uklarheder i forbindelse med datahåndtering herunder sikkerhed, ejerskab og rettigheder etc., hvilket beskrives nærmere i afsnit 8.7.

8.6.2 Det regionale niveau

Der er forskellige former for processer i gang, der vedrører udvikling af strukturer og udvikling af behandlingstilbud i det regionale sundhedsvæsen.

Struktur

I forhold til etableringen af en fælles regional infrastruktur for data genereret ved brugen af telemedicinske løsninger har Region Nordjylland, Region Hovedstaden og Region Midtjylland i 2013 indgået en aftale om at skabe forsknings- og udviklingsprojektet 'Open Tele', som er en ny platform til indsamling og opbevaring af data fra hjemmemonitorering af patienter (188). Region Nordjylland er ansvarlig for dette. Den lader dog primært til at blive brugt til somatiske patientdata, fx i forbindelse med national udbredelse af telemedicinske løsninger til patienter med lungesygdom.

Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Midtjylland har meget forskellige tilgange til digitalisering af psykiatrien til behandling af angst og depression. Region Nordjylland er ikke aktiv i forhold til at udvikle digitale tilbud til angst og depressionsbehandling.

Region Hovedstaden har spredte aktiviteter. Psykiatrisk Center Bornholm har etableret et konsultationsrum med krypteret videoforbindelse og fjernstyret kamera til sikker online-terapi mellem patienter på hospitalet og Behandlingscentret Den Lille Prins, København. Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden og Region Sjælland er også et omfattende digitaliseringsprojekt af psykiatrien. Det er imidlertid ukendt, hvilken betydning den får for

behandling af patienter med angst og depression, men det bør bemærkes, at platformen ikke er designet til tværsektorielle patientforløb.

Region Syddanmark har haft en særlig rolle i den Nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin gennem storskalaforsøg (21) med demonstrationsprojektet "Telepsykiatri" (det nuværende behandlingstilbud med NoDep og FearFighter). Regionernes Sundheds-it (RSI) har efterfølgende besluttet, at projektet skal være et af pejlemærkerne for den regionale udvikling af it (189). Region Syddanmark har således i 2013 etableret en specifik afdeling til udvikling, vidensspredning, drift og forskning i telepsykiatri, Telepsykiatrisk Center. Telepsykiatrisk Center har udviklet en infrastruktur for videokonsultationer og en hjemmeside til modtagelse af selvhenviste borgere til ICBT. Telepsykiatrisk Center samarbejder bredt med andre af universitetssygehusets afdelinger, universiteter og private virksomheder. I Telepsykiatrisk Center er der en vision om at udbrede tilbuddet om internetbaseret behandling af angst og depression til andre kommuner og/eller til andre regioners borgere. Centerets vidensspredning forgår via hjemmesider med oplysninger om installation af krypterede videoforbindelser, supportoplysninger i øvrigt til sundhedspersonel, temaseminarer med åben deltagelse og en blog, <http://telepsykiatri-blog.dk/>, hvorpå aktiviteter i telepsykiatri publiceres.

I Region Midtjylland er man i Psykiatrien, under en udviklingsafdeling i administrationen i gang med at afprøve en digital portal, Remind, der samler og gør forskellige digitale værktøjer og vidensdokumenter (videoer, apps, kalenderfunktion, guidelines) tilgængelige for behandlerne med henblik på, at de kan inddrage dem i patientbehandlingen. Afprøvningen er ikke afsluttet, så det er ukendt, i hvor høj grad behandlerne tager portalen til sig, og bruger den som et samarbejdsværktøj i patientkontakten og behandlingen.

Teknologityper i regionernes behandlingstilbud

I boksene 8.1-8.3 ses regionernes behandlingstilbud (både tilbud i drift og igangværende forskningsprojekter) fordelt på tre af Ritterbands (4) kategorier af eHealth: Internet-interventioner, online-terapi og mobilteknologi. Vi har ikke fundet tilbud med karakter af online-grupper, spil og virtuelt reality.

Boks 8.1 Internet-interventioner til angst og/eller depression. Regionernes behandlingstilbud.

Internet-interventioner via ICBT-behandlingsprogrammer foregår primært i Region Syddanmark og Region Hovedstaden⁸⁷:

- Behandlingsprogrammerne FearFighter og NoDep med støtte fra en psykolog tilbydes i en toårig driftsperiode i Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark til behandling af henholdsvis angst og depression
- NoDep kombineret med traditionel psykologbehandling ansigt til ansigt (blended care) indgår i et forskningsprojekt i form af et RCT til behandling af depression i Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark
- FearFighter med støtte af en psykolog tilbydes i et RCT i Psykoterapeutisk Center Stolpegården i Region Hovedstaden til patienter med angst.

Note: Behandlingsbud i drift og igangværende forskningsprojekter. Juli 2016.

⁸⁷ Der er også fundet to forskningsprojekter i Region Midtjylland, Aarhus Universitetshospital i Region Hovedstaden, Psykiatrisk Center København, som er målrettet patienter med helbredsangst henholdsvis selvmordstanker. Helbredsangst og selvmordstanker hører ikke under de valgte afgrænsninger af ICD-10 koder, hvorfor de to projekter ikke indgår i KORAs undersøgelse.

Boks 8.2 Online-terapi til angst og / eller depression. Regionernes behandlings-tilbud.

Online-terapi via video anvendes i Region Syddanmark, Region Midtjylland og i Region Hovedstaden:

- Telepsykiatrisk hjemmebehandling via video i Telepsykiatrisk Center, Region Syddanmark
- Forundersøgelse og screening af selvhenviste patienter med henblik på at matche patienter med angst eller depression til ICBT med FearFighter og NoDep i Telepsykiatrisk Center, Region Syddanmark
- Mixed-method-studie af videokonsultation til behandling af +65-årige personer med mild til moderat depression (Collavi-projekt) i Region Syddanmark
- Videokonsultation med gerontopsykiatriske patienter over 68 år på Samsø i Region Midtjylland
- Diagnostisk udredning og behandling af eksjugoslaviske flygtninge bosiddende på Bornholm i Region Hovedstaden, Psykiatrisk Center Bornholm (videoforbindelse mellem Psykiatrisk Center Bornholm og Behandlingscentret Den Lille Prins).

Note: Behandlingsbud i drift og igangværende forskningsprojekter. Juli 2016.

Boks 8.3 Mobilteknologi til angst og / eller depression. Regionernes behandlingstilbud.

Mobilteknologi og apps afprøves i Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Hovedstaden:

- Et forskningsprogram med seks forskningsprojekter inden for behandling af depression, angst og borderline-personlighedsforstyrrelse med forskellige telepsykiatriske løsninger i Region Syddanmark (ENTER Programme for EmenNTal hHealth Research)
- Modul(er) i platformen Remind til at understøtte digital behandling og relationen behandler og patient imellem i Region Midtjylland
- Forskningsprojekt (SAFE II) til monitorering af patienter efter udskrivelse for depression i Region Hovedstaden i samarbejde med Psykiatrisk Center i København
- Forskningsprojekt (RADMIS) med udvikling og implementering af en smartphone-baseret platform til registrering af patientdata i forbindelse med symptomer på depression efter udskrivelse fra hospital i Region Hovedstaden. Projektet gennemføres i et offentlig-privat samarbejde mellem Psykiatrisk Center København, Danmarks Tekniske Universitet, Københavns Universitet og Monsenso ApS.

Note: Behandlingsbud i drift og igangværende forskningsprojekter. Juli 2016.

8.6.2.1 Det inter-organisatoriske niveau

Det inter-organisatoriske niveau beskriver forholdet mellem organisationer, og i denne undersøgelse forholdet mellem de tre organisationstyper af tilbud og sundhedsvæsnets øvrige tilrettelæggelse af patientbehandling. Vores undersøgelse beskriver *ikke*, hvordan og i hvilket omfang tilbuddene anvendes, fx i hvor høj grad borgerne gør brug af alle typer af tilbud (civile, private og offentlige), og ej heller, om de fx særligt bruger digitale behandlingstilbud som en form for brobygning i ventetiden på traditionel behandling ansigt til ansigt. Det er imidlertid

muligt at identificere strukturelle elementer, eller 'infrastrukturer', i den måde, de offentlige digitale tilbud er integreret i et samlet design af patientbehandlingsforløb.

Struktur

De identificerede offentlige tilbud i drift adskiller sig strukturelt fra hinanden i den måde, hvorpå de er integreret i det øvrige sundhedsvæsen. I et procesperspektiv kan man sondre mellem, hvorledes de enkelte digitale tilbud passer ind i et samlet og sammenhængende patientforløb. At skabe mere sammenhængende patientforløb mellem primær- og sekundærsektoren er en mangeårig ambition for samspillet mellem kommuner og regioner, og særligt psykiatrien er kendetegnet ved manglen på digital kommunikation (190) og dermed udfordringer i samarbejdet mellem sektorerne⁸⁸. Dette er stadig tilfældet for de aktiviteter (infrastrukturer og behandlingstilbud), vi har identificeret. Vi har således ikke fundet tydelige forbindelser eller tilknytning til aktiviteter i kommuner og primærsektorer i de igangværende tiltag. Det er dog muligt at skelne mellem forskellige tilgange til problematikken om sammenhængende patientforløb gennem følgende modeller:

- 'Tovholderen', der udtrykker den sammenhæng, som skabes på basis af den alment praktiserende læges tovholderfunktion, hvori indgår planlægning og koordinering fx jf. rapporten 'Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen' – og hvoraf det fremgår, at netop koordination af patientforløb på tværs af forskellige sektorer er en central funktion i et sammenhængende og effektivt patientforløb (193).
- 'Selvhenvisning' refererer til et alternativt patientforløb og henvisningspraksis, idet borgere får mulighed for uden om egen læge, at opsøge specialiseret hjælp og i højere grad selv at tage ansvar for at få og gennemføre en behandling hjemmefra.
- 'Datadeling' har fokus på at forbedre udveksling af data mellem de forskellige sundhedsaktører og it-systemer via bl.a. forbedring af den tekniske integration, også kaldet 'interoperabilitet' (180).

12.

De tre principper forefindes i en vis udstrækning i regionernes digitale tilbud:

13. Tovholdermodellen anvendes i Psykiatrisk Center Bornholm som et stepped care-tilbud til flygtninge fra Eksjugoslavien, der er henvist fra egen læge til online-terapi hos privatpraktiserende psykiater. Patientgruppen er dog meget lille.

14. Selvhenvisningsmodellen er introduceret i Region Syddanmarks psykiatri og adskiller sig påfaldende fra den traditionelle stepped care-model med egen læge som tovholder og koordinator for sammenhængende patientforløb, herunder henviser til behandling i det sekundære sundhedsvæsen.

15. Datadelingsmodellen findes tendentielt i Region Midtjylland Psykiatri og Socials samarbejde med leverandøren Appinix om at udvikle og afprøve platformen Remind. Appinix samarbejder også med mange af regionens kommuner (120). Ligeså udvikler de platformen i open source (120), der også fremadrettet faciliterer fortsat udvikling og integration organisatorisk og teknisk. I Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark er hjemmesiden til selvhenvisning integreret på nationalt niveau med NemID og sundhed.dk⁸⁹, ligesom psykologernes patientjournal for patienter i ICBT med FearFigther og NoDep skal integreres

⁸⁸ Forbedringer af tværsektorielle behandlingsforløb for patienter med angst og depression er forsøgt realiseret, senest som 'Integrated care', dog uden de ønskede resultater (191). Et andet, igangværende projekt er 'Evalueret af shared care i angst- og depressionsbehandling', der evalueres med udgangen af 2016 (192).

⁸⁹ Fx via integration af data på forskellige niveauer i sundhedssystemet. Eksempelvis bruger borgeren sit CPR-nummer og NemID til at anmode om behandling, patientens diagnose registreres på Borgerprofil sundhed.dk, ligesom psykologen opretter en patientjournal i psykiatrien, dokumenterer patientens behandling i denne og sender notat til egen læge efter afsluttet behandling ("epikrise").

med hospitalets elektroniske patientjournal (132). Psykologen, der evaluerer og afslutter patientens internetbehandling, sender patientens egen læge et notat til orientering. Der er således ikke tale om øget integration og udveksling af data til tværsektoriel samarbejde og kommunikation i oprindelig forstand. I stedet er der snarere tale om data i et eget, lukket system med henblik på at muliggøre selve ICBT-tilbuddene, samarbejdet med leverandøren, Context Consulting ApS, og opbevare og skabe data til forskning på sigt.

16. Vi ser således samlet forskellige ansatser til digitalt understøttet patientforløb. Ansatser, der dels er integreret i det traditionelle stepped care, omend i lille skala, ansatser, der adskiller sig radikalt herfra, såsom selvhenvielse, og ansatser, der afprøver nye måder at skabe sammenhæng i psykiatri via en fælles platform for patient og behandler.

Ledelse

Overordnet set er der valgt forskellige strategier for at digitalisere patientbehandlingen i psykiatrien. Fælles er, at private leverandører og it-udviklere indgår i løsningerne. Dette skaber selvfølgelig nye afhængigheder og udgifter i forhold til drift, support og licenser til at bruge det mere eller mindre fælles udviklede produkt. Implementeringerne af de valgte løsninger er også grebet meget forskelligt an og med vægt på forskellige ting, såsom:

- Innovation og hjælp til selvhjælp: Region Syddanmark har vægt på innovation af digitale tilbud, idet man både støtter teknologiudvikling, forskning og borgernes adgang til hjælp via udvikling af nye behandlingstilbud. Ydermere har man givet psykologer som faggruppe en central rolle i at udvikle, forske og integrere løsninger i praksis.
- Open source platform⁹⁰ for videndeling: Region Midtjylland vælger en open-source platform og samarbejde med en leverandør, Appinix, der som nævnt allerede samarbejder med kommunerne. Som implementeringsstrategi i afprøvningsfasen lader man det i høj grad være op til behandlerne at udvikle deres praksis og patientsamarbejdet digitalt.
- Aggregering og strukturering af patientdata: Region Hovedstaden og Region Sjælland har valgt en "top-styret" tilgang, idet de har valgt at implementere sundhedsplatformen Epic fra Epic Systems på én gang uden gradvis afprøvning, tilretning og udrulning. De har dog indarbejdet ekstra sikkerhedsforanstaltninger i form af ekstra ressourcer til support med henblik på at sikre patientbehandlingen (194).

Kultur

Regionernes forskellige tilgange til digitalisering vidner om forskellige prioriteringer af indsatser med henblik på at forbedre behandling af angst og depression hos befolkningen. I Region Syddanmark synes innovation at være vigtig i forhold til at udvikle nye teknologier og behandlingstilbud (195). I Region Midtjylland er open source på dagsordenen. Denne styrker sundhedsorganisationens uafhængighed af leverandører med henblik på selv at kunne tilpasse og forme de digitale løsninger. Region Hovedstaden og Region Sjællands digitaliseringsstrategi er lagt an på at få struktureret patientdata og lægger hermed op til en umiddelbart anden kultur i psykiatrien, der traditionelt er et "talefag". Disse forskellige strategier for digitalisering har samarbejde med private partnere til fælles, men adskiller sig meget fra hinanden i den måde, de udvikler og samarbejder med de private partnere.

I Region Syddanmark lader Telepsykiatrisk Center, qua én afdeling i psykiatrien, ikke til at gribe forandringsskabende ind i den øvrige patientbehandling på hospitalet. Platformene i Region Midtjylland og Region Hovedstaden og Region Sjælland er mere indgribende, men hvor Remind er et tilbud til behandlerne i Region Midtjylland, der eksisterer uden om den etablerede

⁹⁰ Open source refererer til software, der er udviklet i en åben udviklingsproces med licenser, hvor programkoderne til softwaren er åbne (modsat hemmelige og betinget af betaling) og tilgængelige for fx tilpasninger (fx med henblik på øget interoperabilitet) (10).

udrednings-, behandlings- og dokumentationspraksis, bliver der på Sjælland tale om gennemgribende kulturforandringer af praksis.

I implementeringslitteraturen taler man om 'teknologibærere' som et begreb for at forstå kulturelle forandringer, der er afstedkommet via implementering af teknologi. I en ph.d.-afhandling fremhæves det, at forskningslitteraturen viser, at det for at opnå en vellykket implementering og medejerskab af ny IT i sundhedssektoren er afgørende, at slutbrugerne (de sociale bærere af et nyt IT-system) dels føler, at de har behov for det nye system, og dels bliver inddraget tidligst muligt i beslutningsprocesserne i forbindelse med udvikling og anskaffelse (196). De omtalte regioner kan således også siges at have forskellige teknologibærere i psykiatrien, såsom:

- I Region Midtjylland er teknologibærerne behandlerne, som skal tage teknologien til sig sammen med deres patienter og ad den vej bære den ind i organisationen.
- I Region Syddanmark er psykologerne centrale teknologibærere, idet de skal styrke tilgangen af patienter.
- I Region Hovedstaden Psykiatrisk Center Bornholm er behandlingstilbuddet med online-terapi til en subgruppe af patienter, nemlig flygtninge fra Eksjugoslavien, initieret af en privatpraktiserende psykiater. Det er et eksempel på speciallægen i psykiatri som teknologibærer.

8.6.2.2 Det intra-organisatoriske niveau

Udvikling af nye behandlingstilbud med nye teknologier er forbundet med tilpasning og udviklingsarbejde af både applikationer og organisationen, herunder nye opgaver med at skabe sikkerhed og tryghed for både patient og personale.

Socio-tekniske opgaver og kompetencer

Den grå litteratur beskriver, at online-terapi og internet-interventioner er forbundet med nye typer af indbyrdes forbundne opgaver i organisationen. Disse er både af teknisk og social karakter. De består bl.a. i at sikre stabile sammenhænge i digitalt medierede patientforløb, hvilket indbefatter kontakt til it-supportere og evt. samarbejde med de private partnere i den teknologiske løsning. Herudover omfatter det også tilrettelæggelse af (nye) arbejdsgange og forhandling af nye opgaver.

Hjemmesiden til selvhenvielse i Internetpsykiatrien (Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark) er et eksempel herpå. Organisationens har etableret en ny arbejdsgang med en daglig vagtordning, hvor de digitale anmodninger om behandling i form af spørgeskema-besvarelser bliver screenet for eventuelle selvmordstruede patienter, der har akut behov for hjælp og patienter, der ellers ikke passer ind i de eksisterende behandlingstilbud med NoDep og Fear-Fighter. I forlængelse heraf har organisationen udviklet procedurer for håndtering af disse typer af anmodninger.

Den digitale screening af patienter kræver derfor, at behandlerne har specifikke kompetencer i forhold til at være i stand til at fortolke de digitale anmodninger om behandling (spørgeskemaer). Herudover skal de også være i stand til at organisere et digitalt møde til en forundersøgelse⁹¹. Organiseringen af det digitale møde med patienten forudsætter også en organisation, hvori der kan ydes support til at etablere og informere om relevant hard- og software til både personale og patienter.

⁹¹ Hermed adskiller tilbuddet sig også fra tilbuddet i Sverige, som NoDep oprindeligt blev udviklet til. NoDep er blevet tilpasset til danske forhold af Telepsykiatrisk Center i samarbejde med bl.a. Context Consulting ApS. I Sverige møder patienterne fysisk til en forundersøgelse, hvor de i Danmark udredes online via video, telefon og screeningsskemaet M.I.N.I.

I forhold til gennemførelsen af forundersøgelsen med video har denne teknologis mediering af kontakten mellem patient og behandler også nogle andre forudsætninger end den fysiske samtale ansigt til ansigt. Det er velkendt fra telemedicinske studier af relationen mellem patient og behandler, at digital nærhed ikke er det samme som fysisk nærhed, såvel som de digitale redskabers funktionalitet og stabilitet spiller en væsentlig rolle for varetagelse af patientansvaret (197). Læger har således ved telemedicin oplevet øget affektivt arbejde⁹² med at skabe nærhed til patienten via sin stemme eller sit ansigt (198).

I bl.a. fagtidsskriftet Psykolog Nyt har der været publiceret flere artikler om betydningen af online-terapi i forhold til varetagelse af patientansvar, opbygning af den terapeutiske alliance mellem behandler og klient, dennes fortrolighed samt behandlerens varetagelse af patientansvar. Det fremgår heraf, at behandlere har forskellige synspunkter herpå. Ifølge Florence Noer er det muligt at opbygge en terapeutisk alliance med klienter, selvom kommunikationen foregår virtuelt. Det er hendes opfattelse, at videosamtaler er mere velegnede til at formidle følelser og betydning end e-mail, chat og telefon – det kræver dog, at klientens medieforudsætninger for brug af fx webkamera er tilstrækkelige (199). En anden opfattelse af relationen mellem behandler og klient kommer til udtryk i Jyllands-posten, som har citeret specialpsykolog i psykiatri Klaus Pedersen for følgende: *'Der går meget tabt i relationen mellem klienten og behandleren, når man ikke opholder sig fysisk i samme rum, men skal kommunikere gennem en computerskærm. Man får sværere ved at aflæse hinanden kropssprog og mimik, og øjenkontakten er umulig, fordi man skal kigge ind i webkameraet (117).* Som følge af de lidt dårligere kommunikationsmuligheder ved online-behandling har tre psykologer foreslået, at der stilles krav om fysisk fremmøde i fx begyndelsen, midtvejs og ved afslutning af et terapiforløb (200). Det tekniske set-up kan også indebære en selvstændig risiko for forringelse af kommunikationen og dermed effekten af behandlingen. Det kan fx være på grund af manglende eHealth literacy hos patienten (132), dårlig internetforbindelse med forringet billede- og lyd kvalitet og/eller manglende e-kompetencer hos behandleren.

Behandlingsmæssigt kan der dog også være visse fordele ved den nye teknologi. Psykolog Thomas Markersen er således citeret i Jyllands-posten for bl.a. følgende: *'Der er en tendens til, at folk er mere selvfølsende, når de er i kontakt med psykologen via skærmen – de lukker hurtigere op' (117).* Men online-behandling kan også skabe en uvished hos behandleren, hvilket påpeges af en norsk professor og psykiater Finn Skårderud. For hvad skal denne fx gøre, hvis klienten i affekt afbryder forbindelsen efter at have truet med selvmord? (201).

Oplæring af personaler til digitale behandlingsmiljøer

Samlet set stiller den digitalt medierede patientkontakt nogle andre krav til behandleres kommunikative kompetencer til at kunne forstå, vurdere, fortolke og motivere patienten gennem billede, lyd og skrift. Den digitalt medierede patientsamtale og behandling er således multimodal og ikke en kompetence, som fx psykologer er uddannet til og oplært i. Deres autorisation beror på erfaring med fysiske samtaler ansigt til ansigt med patienten.

Organisationen må derfor også gøre sig klart, at offentlige digitale behandlingstilbud, hvori der er placeret et behandlingsansvar hos behandlere og udbydere, forudsætter nogle oplærings- og supervisionsmiljøer med henblik på at udvikle erfaringer med at skabe digital nærhed og multimodal dømmekraft.

Organisationen, der implementerer og varetager digitale behandlingstilbud skal derfor også være opmærksom på, at behandlingen ikke kun kræver investering i teknologien, licens og support, men også oplæring og supervision af behandlerne med henblik på udvikling af en kvalitetsmæssig god og forsvarlig digital behandlingspraksis.

⁹² Det affektive arbejde referer til emotionelt at forstå og etablere en tillidsfuld relation og alliance til patienten, når kontakten medieres digitalt.

8.7 Sociokulturelle, etiske og juridiske aspekter

Digitale teknologier kan have transformerende indvirkning på sociale og kulturelle forhold, hvorfor der kan være behov for en vurdering af etiske konsekvenser og lovmæssige implikationer af forandringerne. Vi har fundet to områder, som særligt øver indflydelse på, hvorledes det danske samfund tilbyder sundhedsydelser til angst og depression:

- Øget tilgængelighed til støtte og behandling af angst og/eller depression.
- Ny model for adgang til behandling i hospitalsregi.

De sociokulturelle forandringer og deres etiske og lovmæssige implikationer som følge af de to ovennævnte ændringer uddybes efterfølgende. Implikationerne herved beskrives endvidere i forhold patienters og behandleres nye roller, herunder ændringer i ansvarsfordelingen.

Afslutningsvis belyser vi:

- Dataindsamling, datahåndtering og ejerskab til data fra forskellige vinkler.

Øget tilgængelighed

Det fremgår af den fælles offentlige udgivelse fra 2012, at *'Telemedicin er en af nøglerne til at åbne døren til fremtidens sundhedsydelser'* (202). Vi kan med denne undersøgelse konstatere, at internettet reelt giver en ny tilgængelighed til behandling af angst og/eller depression i det danske samfund. I vores undersøgelse har vi, som tidligere anført, identificeret 60 behandlingstilbud, der udbydes af henholdsvis det offentlige sundhedsvæsen, det private marked (størstedelen af tilbuddene), som civile tilbud og i form af offentlig-privat samarbejder. Det samlede antal brugere af digital behandling af angst og/eller depression er imidlertid ikke kendt, og der er heller ikke viden om, hvorvidt digital behandling medvirker til at drive det samlede forbrug af psykiatriske behandlingsydelser op. Det kan blot konstateres på baggrund af nærværende undersøgelse, at de fire typer af tilbud samlet set bidrager til en øget mulighed for at få adgang til hjælp.

I et samfundsetisk perspektiv kan den digitale udvikling inden for behandling af angst og/eller depression ses som udtryk for en styrkelse af borgere og patienters mulighed for at få kontrol over og tage ansvar for eget liv og behandling (empowerment), idet de har fået flere behandlingstilbud at vælge imellem. Den digitale udvikling kan imidlertid også have som konsekvens, at den enkelte brugers/patienters opgaver og ansvar øges ud over det, den enkelte individ og dets familie kan imødekomme. Ulempen ved den øgede tilgængelighed er herudover, at markedet for digitale behandlingstilbud til angst og/eller depression er uoverskueligt og ugenomsigtigt, så længe tilbuddene ikke udbydes med standardiseret forbrugerinformation på internettet. De juridiske aspekter vedrører det forhold, at der er en lang række love og bestemmelser, som udbydere og behandlere af digital behandling skal kunne navigere efter. Disse adskiller sig bl.a. i forhold til den traditionelle behandling ansigt til ansigt og i forhold til, hvorvidt behandlingen varetages i det offentlige sundhedsvæsen eller på det private marked.

Ny model for adgang til behandling i hospitalsregi

I sundhedsvæsenet implementeres der forskelligartede digitale infrastrukturer for behandling i psykiatrien. Region Syddanmarks digitalisering af psykiatrisk behandling er påfaldende, idet en hjemmeside gør det muligt for borgere i regionen at henvise sig selv til behandling i psykiatrien uden lægehenvisning. Denne måde at få adgang til behandling i det specialiserede sundhedsvæsen i sekundærsektoren er et brud med den etablerede praksis for stepped-care med alment praktiserende læge som tovholder, gatekeeper og visitator. I henhold til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses udgivelse fra 2008 er det den alment praktiserende læges opgave – som følge af rollen som gatekeeper og visitator – at sikre, at diagnostik og behandling sker på det rette niveau, så både hensynet til den enkelte patients behov og en hensigtsmæssig

ressourceanvendelse bliver tilgodeset. Det fremgår videre, at almen praksis både visiterer til det øvrige regionale sundhedsvæsen og til det kommunale (193). Den nye model for selvhenvisning og digital behandling med støtte af en psykolog i sekundærsektoren beror i stedet på borgerens selvdagnostik og på psykologfaglig diagnostik og støtte i internetterapien i Telepsykiatrisk Center. Det er således en ny model for varetagelse af behandlingsansvaret, der også er uden somatisk udredning. Psykologer er som faggruppe givet en ny rolle med at:

1. Screene selvhenviste borgere i en 'åben digital modtagelse', hvor der kan være risiko for selvmord og akut behov for hjælp
2. Gennemføre digitale forundersøgelser, hvor patienten ikke møder op men i stedet diagnosticeres online/telefonisk via et formaliseret spørgeskema M.I.N.I.
3. Vurdere, om borgeren og dennes kompetencer passer ind i behandlingstilbuddet
4. Støtte og motivere patienten via skriftlig, asynkron kommunikation
5. Evaluere gennem video-kontakt om patienten har haft gavn af tilbuddet.

Samlet set er der tale om en disruptiv⁹³ henvisnings- og behandlingsmodel, hvilket der er flere grunde til. Tilbuddet i internetterapien beror på andre principper for hjælp, nemlig 'hjælp til selvhjælp' frem for de traditionelle behandlingstilbud med lægehenvvisning til specialiseret hjælp i sundhedsvæsenet. Herudover tilbydes der behandling af patienter med let til moderat depression henholdsvis angst i det specialiserede sundhedsvæsen, hvilket hidtil har været forbeholdt mennesker med svære psykiske lidelser. Etisk set kan der være visse betænkeligheder forbundet med tilbuddet, idet det forudsættes, at patienten ikke er for syg til at hjælpe sig selv, herunder har tilstrækkelige ressourcer til at diagnosticere sig selv samt de fornødne digitale kompetencer og ressourcer til at gennemføre det 8-10 uger lange behandlingsforløb. Der mangler desuden evidens for dansk behandlingseffekt, herunder hvilke patientsegmenter der har gavn af tilbuddet eller risikerer at få forværrede symptomer. Modellen er således forbundet med et etisk dilemma ved på den ene side at imødekomme et behandlingsbehov i befolkningen ved at stille nye tilbud til rådighed, og på den anden side risikoen ved ikke at kende til effekten af tilbuddet.

Grundet de indlejrede forudsætninger om kompetencer og ressourcer til at gennemføre digital behandling er der risiko for social ulighed i adgang til behandling. Men reelt set ved vi ikke, om det disruptive behandlingstilbud øger adgangen til behandling for særlige udsatte patientgrupper, der ellers af geografiske og økonomiske grunde har ringe vilkår for at modtage traditionel behandling ansigt til ansigt. Det er også muligt, at det omvendte er tilfældet: At det netop er de ressourcestærke patientsegmenter, som gør brug af den internetpsykiatriske intervention i ventetiden for traditionel behandling ansigt til ansigt hos de privatpraktiserende behandlere med overenskomst. Hvis det sidste er tilfældet er det yderst tvivlsomt om behandlingen i Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark substituerer sundhedsvæsenets øvrige behandlingstilbud.

Nye roller og ændret ansvar for patienter og behandlere

Patienter

Patienterne har med den øgede mulighed for adgang til digital behandling af angst og/eller depression samt selvmonitorering af symptomer fået tildelt en ny og mere aktiv rolle, som kan give empowerment til den enkelte. De etiske aspekter heraf er som udgangspunkt positive. Det må antages, at de øgede muligheder for at tilgå behandling digitalt hjemmefra og på tidspunkter af døgnet, der passer klienter/patienter, helt generelt bidrager til deres autonomi. Det

⁹³ Disruptiv i betydningen, at der er noget, der ikke fungerer, som det plejer. I relation til sundhedsvæsenet anvender Clayton M. Christensen begrebet til at påpege mulige radikale transformationer af sundhedsydelser og sundssystem ved digitalisering og innovation (203).

vurderes særligt at være tilfældet for angst og depressive, idet angst kan være forbundet med angst for at gå ud, mens depression kan være forbundet med lav energi.

Der er imidlertid et lovmæssigt krav om, at patienter skal give deres samtykke til behandling på grundlag af fyldestgørende information fra en sundhedsperson (204). Det kan dog være yderst vanskeligt at efterkomme, hvis det informerede samtykke også forventes at omfatte digitale behandlingstilbud – uanset om de udbydes af det offentlige sundhedsvæsen eller på det private marked. Vores undersøgelse viser, at det kan være ret uoverskueligt og krævende at foretage internetsøgninger, der på kvalificeret vis giver overblik og indsigt i behandlingernes indhold, kvalitet, pris, risici og rammer for gennemførelse. Det vil formentlig bedre gennem-sigtigheden af området, hvis der bliver udarbejdet kliniske retningslinjer for digital behandling af angst og depression samt nationale retningslinjer i form af standarder eller guidelines for patientinformationer ved tilbud om digital behandling. Se evt. KORAs forslag til guideline for annoncering af digital behandling af psykiske lidelser på internettet (205), som kan findes her: [indsæt link](#).

Den nye patient-/klientrolle omfatter i nogle tilfælde også selvmonitorering af fx egne symptomer, hvilket medvirker til en ny rollefordeling mellem patient/klient og behandler, hvor patienten bliver anset for at være eksperten i eget liv, og den praktiserende læges rolle som behandler og den, der stiller diagnose, ændres til eksempelvis samtalepartner (206). Denne ændring af roller er potentielt ulighedsskabende, idet borgere har forskellige sociale forudsætninger for dette. I den sammenhæng er det ukendt, hvilke sociale ressourcer brugerne finder hos hinanden i de civile online-grupper med henblik på selvdiagnostik og motivation for at gennemføre behandlingen. Det er herudover et faktum, at den alment praktiserende læge ikke er forpligtiget af sin overenskomst til at være bekendt med udbydere af digitale behandlingstilbud (185), hvorfor lægen formentlig ikke kan bistå patienten med at vælge et adækvat digitalt behandlingstilbud.

Endelig kan det konstateres, at der ikke er meget empirisk viden om, hvorledes patienterne oplever den øgede autonomi i adgangen til behandling henholdsvis de indlejrede krav om ressourcer og kompetencer. Undersøgelser heraf vil kunne give et bedre grundlag for at vurdere tilbuddenes sociale værdi og eventuelt kulturelle muligheder for udvikling fx gennem forbedringer af behandlingsprogrammernes design. Det ville også give mulighed for at få indblik i, hvorvidt brugernes autonomi måske er blevet unødigt indskrænket, idet der i de nuværende internet-interventioner med behandlingsprogrammerne NoDep og FearFighter er en forholdsvis stram struktur for fx den rækkefølge modulerne skal tages i og den tidsmæssige udstrækning for et behandlingsforløb.

Behandlere

Ifølge autorisationsloven har behandlere behandlingsansvaret, men deres rammer for at udøve det er forringet i sammenligning med et fysisk fremmøde og direkte kontakt ansigt til ansigt. Den terapeutiske alliance har andre vilkår og afhænger i høj grad af teknologiens udformning og design. Behandlingsansvaret medieres også anderledes, når det skal varetages for en – måske mere – autonom patient. Den digitalt medierede patientkontakt forudsætter derfor, at behandlerne er opkvalificerede og uddannede hertil. De skal have særlige:

- Digitale kompetencer med henblik på at kunne vurdere både patientens sundhedstilstand og dennes kompetencer til at varetage den digitale patientrolle og det implicitte ansvar
- Digitale færdigheder i at gennemføre terapeutiske samtaler og motiverende støtte via bilde, lyd og skrift
- De skal også have indblik i det pædagogiske design af digitale løsninger med henblik på at kunne forstå og vurdere deres betydning for patientrollen.

Behandlere under autorisationsloven har således et behandlingsansvar, der alt andet lige må varetages under ændrede vilkår. Herudover vil der i nogle tilfælde kunne stilles krav til behandlerne om, at de er i stand til at kommunikere og interagere med udbydere og leverandører af teknologien.

Dataindsamling, datahåndtering og ejerskab

Psykisk sygdom er forbundet med stigma og tabu, så datasikkerhed og privacy er væsentlige for at skabe tillid til digitale tilbud og tryghed hos patienterne. Informationer om ejerskab, dataopbevaring og -behandling er dog som tidligere nævnt meget forskelligartede og ofte uigennemskuelige for brugerne. Forskningsprojekterne er mest udførlige i deres informationer og behandling af data, ofte med henvisning til persondataloven. Spørgsmål om ejerskab og informationer om, hvor, hvor længe og til hvad data opbevares, oplyses dog generelt ikke.

Historikken i et ejerskab kan være lang og kompliceret, og nye typer af samarbejder kan opstå efterhånden, som tilbuddet udvikles, implementeres, driftes m.m. Dermed kan der også være flere tilbud, som er udviklet i et offentlig-privat samarbejde, end dem, det har været muligt for os at identificere i denne undersøgelse. Dette peger på, at der særligt – men ikke kun – er behov for at skabe mere gennemsigtighed om ejerskab, data, m.m. for at patienten på et velinformeret grundlag kan takke 'ja' eller 'nej' til et digitalt tilbud i offentlig-private samarbejder.

Der er derfor en række etiske og juridiske forhold, der står åbent hen, om digitale behandlingstilbud fremtidige rolle i samfundet. De følgende afsnit belyser uafklarede forhold i relation til i) patienten som medproducent af data, ii) privacy som en demokratisk grundpæl, iii) samfundsmæssige uenigheder om, hvilke principper for data behandling der skaber mest sikkerhed for patienter og endelig iv) sundhedsdata som en handelsvare med etiske uklarheder i forhold til værdiskabelse for hvem?

Patienten/borgeren som medproducent af sundhedsdata

Et særligt forhold er, at patienterne/borgerne selv producerer data i bl.a. internet-interventionerne og ved brug af mobilteknologi og apps. Generelt er der tale om helt nye mængder af sundhedsdata, hvor det er uklart om patient, behandler/udbyder og/eller private virksomheder har ejerskab og rettigheder over data. Problematikken om "privacy" og dets betydning for demokratiet er velkendt som den største udfordring i forbindelse med digitalisering af data (207). I dansk sammenhæng er deling og salg af sundhedsdata aktuelt i den samfundspolitiske diskurs med forskellige argumenter for, hvorledes data bedst tjener patienten, samfundet og virksomhederne.

Retten til privatliv

I efteråret 2016 pågår der diskussioner i medierne om, hvorvidt der bør udarbejdes mere specifikke kriterier for udveksling og brug af personfølsomme oplysninger og persondata mellem andre interessenter end de, der fx fremgår af Persondataloven. Der er imidlertid ikke enighed om de bærende principper for patientsikkerhed, fx om patienters rettighed til egne data skal styrkes, således at data skal slettes, hvis patienten ikke giver tilsagn om overdragelse til 3. part.

Her gengives to synspunkter i forhold til at øge kvaliteten af indsamlede data:

- Patientens ret til få slettet og/eller forhindre udveksling af egne data vil styrke patienters tillid til behandlere og tilbuddene, samt motivere udbydere såvel som dataansvarlige til at omgås patientdata med omhyggelighed. Dette vil samlet set bidrage til, at kvaliteten af data øges på sigt (208).

- Et andet synspunkt er, at udbydere af tilbuddene ejer data, hvilket sammenlignet med ovenstående synspunkt vil give en mere komplet samling af data, hvilket vil styrke forskningen og den overordnede folkesundhed (209).

Denne diskussion af, hvad der bedst øger sikkerheden for 'patientens ret' versus forskningspotentialet er beskrevet som "the politics of risk" (Rose 2007) (210).

Deling af data til 'sammenhængende patientforløb'

Fra fællesoffentlig side har der også været et langvarigt ønske om lettere udveksling af patientdata mellem forskellige sundhedsaktører og -sektorer. Argumentationen er, at det øger patientsikkerheden, idet der kan skabes mere sammenhængende behandlingsforløb (180). I september 2016 har Digitaliseringsstyrelsen under Finansministeriet afsat 21,3 mio. kr. til modning af en telemedicinsk infrastruktur, som skal sikre, at data kan opsamles lokalt, samt deles og integreres med relevante fagsystemer i regioner, kommuner og almen praksis (211). MedCom, Sundhedsdatastyrelsen under Sundhed- og Ældreministeriet og Region Midtjylland er ansvarlige for dette.

Sundhedsdata som en handelsvare

Den forestående EU-lovgivning (212) søger at forbedre sikkerhed i myndigheder og virksomheders behandling af data fra maj 2018 via bøder på 2-4% af virksomhedens samlede omsætning (213). Sundhedsdata er en vare, der potentielt kan sælges til forskning og udvikling af nye produkter og services (214). I den sammenhæng er ejerskabet, altså hvem der eventuelt tjener på udveksling af data, væsentligt at forholde sig til etisk, ligesom sammenhæng mellem behandlingsansvar og ejerskab til data er et væsentligt etisk spørgsmål. Endelig kan man også stille spørgsmål til værdien af data, hvis de er genereret i sundhedstilbud uden påvist effekt. Der indgår således et potentielt etisk dilemma, ved at markedsværdien af sundhedsdata overgår værdien af tilbuddet for patienten – underforstået at sundhedsydelser og -tilbuds primære opgave i henhold til Sundhedsloven er at tjene patienten⁹⁴ og ikke udbyders og erhvervslivets indtjening⁹⁵. Ejerskabet til data er således essentielt for tillidsforholdet mellem patient/klient og behandler/udbyder.

Et kommende lovforslag fra regeringen vil imidlertid give sundhedspersonale mulighed for at indhente sundhedsdata uden patienters samtykke, så det kan bruges til kvalitetssikring. Men ifølge formanden for Patientdataforeningen er formålet uklart, og loven vil efter hans mening give for vidtgående adgang til personfølsomme oplysninger (215).

⁹⁴ Jf. §1 Sundhedsloven har sundhedsvæsenet til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte (39).

⁹⁵ Patienten har jf. §29-35 i Sundhedsloven ret til selvbestemmelse over biologisk materiale, mens retten til personlige data, som patienten selv har skabt, dog ikke er eksplicit nævnt. §§36-48 i Sundhedsloven omhandler aktindsigt og indhentning af helbredsoplysninger m.v. mellem behandlere (psykologerne er dog ikke nævnt eksplicit som faggruppe i §42 a. Af §43 fremgår det, at med patientens tilsagn kan sundhedspersoner – til andre formål end behandling (red: forskning, statistik m.v.) – videregive oplysninger om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til sundhedspersoner, myndigheder, organisationer og private personer, mens det fremgår af §48: 'Oplysninger, der er indhentet efter §§46 og 47 til brug for forskning, statistik eller planlægning, må ikke senere behandles i andet end statistisk eller videnskabeligt øjemed' (39).

9 Konklusion

Vi kan på basis af denne undersøgelse konstatere, at der er udbredte forventninger om, at nye digitale teknologier har potentiale til behandling i 'stor skala'; at de kan overvinde fx geografiske barrierer og medvirke til at reducere sundhedsmkostningerne ved at gøre behandlingstilbud mere tilgængelige over internettet og ved at søge at effektivisere interaktionen mellem behandler og patient gennem fx automatiseret dialog (video, e-mailkorrespondance), dataopsamling (mobilteknologier) og behandlingsprogrammer med anvisninger via skrift og video.

Tilgængeligheden af behandlingstilbud af angst og/eller depression er øget med muligheden for at modtage digital behandling. Vi har alene i denne undersøgelse identificeret 60 behandlingstilbud, som spænder lige fra støtte fra peers via chat til længerevarende internet-interventioner med psykoedukation og støtte af en psykolog. Lee Ritterbands (4,56) inddeling af eHealth i seks kategorier er anvendt til afgrænsning af de digitale tilbud i undersøgelsen. Der er fundet tilbud inden for kategorierne internet-interventioner, online-terapi, online-grupper samt mobilteknologi med en overvægt af tilbud inden for kategorien online-terapi. Der er ikke fundet tilbud i kategorierne spil og virtual reality.

Vi har fundet fire typer af organisering af tilbud til angst og depression: Civile støttegrupper og behandlingstilbud udbudt af det private marked henholdsvis det offentlige sundhedsvæsen. Endelig er der fundet forskellige typer af offentlig-privat samarbejde, hvor en aktør med it-viden og kunnen bidrager til udviklingen af fx en app, hjemmeside, webportal eller lignende. De civile støttegrupper drives af peers, der har personlig erfaring med angst og/eller depression og omfatter videndeling mellem ligesindede, typisk i online-grupper, mens både de private og offentlige behandlingstilbud er karakteriseret ved, at der i et vist omfang – afhængig af tilbuddets art – er tilknyttet autoriserede behandlere eller fagfolk. De private og offentlige tilbud har typisk karakter af online-terapi eller internet-interventioner.

Kliniske effekter og kvaliteten af digitale behandlingstilbud til angst og depression er ikke undersøgt tilstrækkeligt i dansk kontekst, og uden studier med dokumenteret klinisk effekt, kan man ikke anse digital behandling for klinisk at være lige så god som behandling ansigt til ansigt. Der er således heller ikke viden om, hvorvidt den digitale behandling er omkostningseffektiv, og ej heller, om det samlede forbrug af psykologydelser øges – herunder om den digitale behandling hovedsagelig benyttes i ventetiden på traditionel behandling, hvortil der gives offentligt tilskud. Det kan imidlertid konstateres – på basis af de offentliggjorte evalueringer – at internet-interventioner med behandlingsprogrammerne FearFighter og NoDep på nuværende tidspunkt ikke kan substituere det offentlige sundhedsvæsens traditionelle behandling ansigt til ansigt, så længe omkostningerne ved drift er så forholdsvis høje samtidig med, at der ikke er brugerbetaling for digital behandling i det offentlige sundhedsvæsen. Omfanget af eventuelle stordriftsfordele og optimering af driften af de nye behandlingsformer er ikke belyst i tilstrækkeligt omfang. Endelig fremgår det af denne undersøgelse, at der mangler økonomiske incitamenter til at tilbyde digital behandling såvel i sekundærsektoren som i primærsektoren. Der er ikke gennemført samfundsøkonomiske analyser af behandling med FearFighter henholdsvis NoDep i en dansk kontekst, hvori der fx indgår omkostninger ved kort- og langvarigt sygefravær samt omkostninger for pårørende og patienter, herunder transport.

Der mangler herudover viden om, hvilke patientsegmenter der gør brug af de digitale behandlingstilbud – offentlige såvel som de, der udbydes på det private marked. Er det fx de mest ressourcestærke borgere med økonomisk mulighed for at betale for privat behandling og/eller dem med gode it-kompetencer og adgang til teknisk udstyr, der benytter sig af den digitale behandling? Vi kender ikke svaret, men der er en potentiel risiko for, at internet-interventioner øger den sociale ulighed i adgang til behandling, idet der forudsættes en vis grad af eHealth

literacy hos brugerne. Psykiatrisk online-terapi til ikke-etnisk danskere synes omvendt at medvirke til reduktion af den sociale ulighed i adgang til adækvat behandling, idet behandlingen ikke skal varetages gennem en tolk, forudsat at behandleren har de fornødne sproglige kompetencer. Patienternes oplevelser og erfaringer med digital behandling herunder krav til eHealth literacy og egne ressourcer er kun yderst sparsomt undersøgt.

Vi har herudover fundet, at der i sundhedsvæsenet implementeres forskelligartede digitale infrastrukturer for behandling af angst og depression i psykiatrien. Den mest bemærkelsesværdige model er formentlig den, der er udviklet i Region Syddanmark, hvor en hjemmeside gør det muligt for patienter at anmode om behandling i sygehusregi uden henvisning fra egen læge. Dette er utraditionelt, idet der brydes med sundhedsvæsenets hidtidige princip om, at behandling skal varetages på laveste effektive omkostningsniveau. Herudover brydes der også med det forhold, at almen praktiserende læge hidtil har været den primære tovholder, gatekeeper, og henviser til andre behandlere i sundhedsvæsenet. Denne tilgang til at modtage behandling pålægger både patienter og behandlere nye roller samt et uvant ansvar. For patienter med de fornødne kompetencer kan det formentlig give empowerment og øget autonomi at skulle være forvalter for behandlingen af egen sygdom. Ved en eventuel implementering i andre regioner vil behandlerne have behov for en tilsvarende kompetenceudvikling, som den der gennemføres i Region Syddanmark inden for fx digital screening og diagnosticering af patienter, der kan være selvmordstruede, samt håndtering af asynkron støtte og motivering af patienter, der viser tegn på frafald af behandlingen. Det må herudover forventes, at behandlere, der skal overgå fra traditionel behandling ansigt til ansigt til online-terapi har brug for udvikling af kompetencer i at vurdere patienters/klienters kropssprog på skærm samt den digitale kommunikation.

Vi kan yderligere konstatere, at digital behandling ikke automatisk giver mere sammenhængende patientforløb – hertil kræves en dedikeret praksis for, hvorledes behandleransvaret varetages i forløb, der går på tværs af behandlere henholdsvis mellem sektorerne. En sådan form har vi imidlertid set praktiseret i den psykiatriske online-terapi, der er tilbudt og fortsat tilbydes eksjugoslaviske patienter bosiddende på Bornholm i et samarbejde mellem almen praktiserende læger, Psykiatrisk Center Bornholm og en privatpraktiserende psykiater i Region Hovedstaden.

Endelig ønsker vi at pege på, at der er et etisk dilemma forbundet med, at patienter og klienter i vid udstrækning genererer data på individniveau uden at have sikkerhed for, at de lovformeligt er ejere af egne data. Hertil er udbydernes hjemmesider ofte så uoverskuelige, at det kan være vanskeligt at vurdere, hvorvidt man som bruger implicit har givet 'tilsagn' om, at data må bruges af udbyder. I hvilket omfang data efterfølgende sælges videre til 3. part i forsknings- eller kommercielt øjemed er heller ikke altid klart. Generelt er udbydernes præsentation af tilbuddene ikke gennemsigtige i forhold til fx form, varighed, pris, datahåndtering og etik – og der mangler guidelines for dette. Det betyder, at informationsgrundlaget ikke altid er tilstrækkeligt fyldestgørende til, at patienten på et velinformeret grundlag kan takke 'ja' eller 'nej' til et digitalt behandlingstilbud.

Forslag til yderligere forskning

Vi kan på basis af denne undersøgelse konstatere, at der er behov for yderligere forskning på en række områder, som især relaterer sig til den kliniske effekt, patientperspektivet, økonomiske og organisatoriske aspekter af digital behandling af angst og depression. Der mangler således viden og veldesignede danske studier på følgende områder:

Klinisk effekt:

- Den kliniske effekt af digital behandling (fx internet-interventioner, online-terapi m.fl.) undersøges og sammenlignes med relevante alternativer og med tilstrækkelig 'styrke' til at kunne opdage en klinisk relevant forskel.
- Den kliniske effekt af digital behandling undersøges i settings, hvor der åbnes op for, at patienterne selv kan sammensætte moduler, rækkefølge og intervaller i forbindelse med internet-interventioner – herunder at kunne vælge tidspunkt og kommunikationsform med en behandler (chat, video, telefon, e-mail-korrespondance m.m.).
- En undersøgelse af det samlede forbrug af digital behandling, herunder i hvilken udstrækning borgere substituerer digital behandling med traditionel behandling ansigt til ansigt (samtidig fysisk tilstedeværelse på en lokalitet). Hertil kan føjes en udredning af den socioøkonomiske profil for brugere af digital behandling, herunder eventuelt frafald i forbindelse med adgang og påbegyndt behandling versus traditionel behandling ansigt til ansigt.

Patientperspektiv:

- Kvalitative og etnografiske studier, der undersøger patienter og klienters oplevelse af interaktionen med computer og den internetmedierede støtte fra behandlere, herunder deres opfattelse og oplevelse af behandlingstilbud med faste moduler og tidsintervaller for brug.
- Studier, der undersøger patienternes syn på og oplevelser med selvhenvisning versus et traditionelt krav om, at den alment praktiserende læge er 'gatekeeper' for henvisning til en lang række andre ydelser. Herudover kan det være relevant at undersøge klienter og patienters opfattelse af selvmonitorering og levering af data, der kan bruges såvel i forbindelse med egen diagnostik og behandling som anvendt til andre formål.
- Studier, der fokuserer på, hvordan borgere gør brug af og kommunikerer i online-grupper med peers, der giver støtte baseret på personlig erfaring. Hvilke erfaringer deles, og i hvilken grad afhjælper disse grupper et behandlingsbehov, som ellers varetages af mere traditionelle former for behandling.

Økonomiske aspekter:

- Undersøgelser af såvel de sundheds- som de samfundsøkonomiske omkostninger ved digital behandling sammenlignet med relevante alternativer. Det er forudsat, at der er dokumenteret effekt af digital behandling, adgang til data på individniveau samt 'styrke' til at kunne opdage en økonomisk relevant forskel.

Organisatoriske aspekter:

- Studier, hvor andre måder at organisere digitale behandlingstilbud på, undersøges i relation til klinisk effekt, økonomiske aspekter og patienttilfredshed. Der kan fx indtænkes kommunale udbydere eller udbydere med overenskomst med Sygesikringen.
- Kvalitative og etnografiske studier, der undersøger og fokuserer på det sociotekniske arbejde som behandlerne udfører. Hvilke kompetencer kræver det, kan arbejdet optimeres og i givet fald hvordan, herunder hvordan læring videregives til nye behandlere.

Etiske og sikkerhedsmæssige aspekter

- På basis af denne undersøgelse kan vi også konstatere, at etiske og sikkerhedsmæssige aspekter fx ansvarsfordeling mellem patient/klient og behandler samt brug og videregivelse af persondata som oftest er uklart beskrevet. Vi foreslår derfor, at disse forhold medtænkes og formidles i forskningen – uagtet forskningsområde.

Forslag om guideline for annoncering

Vi foreslår, at der udarbejdes guidelines for annoncering af digital behandling af psykiske lidelser på internettet. På basis af denne undersøgelse har vi udarbejdet et notat, hvori der gives forslag til en guideline for annoncering af danske digitale behandlingstilbud med online-terapi

eller internetintervention, som borgere selv kan søge via internettet: 'Annoncering af digital behandling af psykiske lidelser på internettet. Forslag til guideline' (205).

Litteratur

- (1) Region Midt, Specialområde Socialpsykiatri Voksne. Brøset Violence Checklist (BVC). [Them]: Region Midt, Specialområde Socialpsykiatri Voksne.
- (2) WHO. Health topics. Disabilities. 2016; Available at: <http://www.who.int/topics/disabilities/en/>. Accessed 15. september, 2016.
- (3) WHO. Health topics. eHealth. 2016; Available at: <http://www.who.int/topics/ehealth/en/>. Accessed 15. september, 2016.
- (4) Ritterband L. State of the art in internet interventions (oplæg). Odense: EDITH-netværket, 9.-10. November 2013; 2013.
- (5) Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. Journal of Medical Internet Research 2006;8(2).
- (6) Kidholm K, Rasmussen J, Ekeland AG, Bowes A, Flottorp S, Pedersen CD, et al. Final Study Report (Version: 2.0). Tromsø: MethoTelemed; 2010.
- (7) Kidholm K, Ekeland AG, Jensen LK, Rasmussen J, Pedersen CD, Bowes A, et al. A model for assessment of telemedicine applications: MAST. Int J Technol Assess Health Care 2012;28(1):44-51.
- (8) Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lepine JP, et al. M.I.N.I. Mini Internationalt Neuropsykiatrisk Interview. Dansk version 5.0.0 DSM-IV, oversat af Bech, P., Bech-Andersen, G. og Schütze. T. (1992, 1994, 1998-version: Sheehan, D.V. og Lecrubier, Y.). [Hillerød]: [Frederiksborg Hospital]; 1999.
- (9) Kristensen FB, Sigmund H. Health technology assessment handbook (Version: 1.0). 2nd ed. København: Sundhedsstyrelsen. Enhed for Medicinsk Teknologivurdering; 2008.
- (10) opensource.com. What is open source? Available at: <https://opensource.com/resources/what-open-source>. Accessed 26. oktober, 2016.
- (11) Socialstyrelsen. Peer-støtte i Danmark - et foreløbigt overblik. [Odense]: Socialstyrelsen; 2014.
- (12) Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper (BEK nr. 413 af 04/05/2016). [København]: Sundheds- og Ældreministeriet; 2016.
- (13) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (LBK nr 877 af 04/08/2011). [København]: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2011.
- (14) Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold. Bekendtgørelse af lov om psykologer m.v. (LBK nr 229 af 08/03/2012). [København]: Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold; 2012.
- (15) Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W. H. Freeman; 1997.
- (16) Dansk Selskab for Almen Medicin. Angsttilstande. Epidemiologi. Hvor hyppige er angsttilstande? Available at: <http://vejledninger.dsam.dk/angst/?mode=visKapitel&cid=43&goto-Chapter=43>. Accessed 15. september, 2016.

- (17) Borg V, Nexø MA, Kolte ID, Andersen MF. Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2010.
- (18) Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme (Version: 2.0) (Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet). København: Sundhedsstyrelsen; 2015.
- (19) Lægeforeningen. Undersøgelse. Ventetid skader psykiatriske patienter. København: Lægeforeningen; 2011.
- (20) Dansk psykolog Forening. Rapport over undersøgelse af lægehenviste klienters ventetid på at komme til behandling ved en psykolog med ydernummer - maj 2016. København: Dansk Psykolog Forening; 2016.
- (21) Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Social- og Integrationsministeriet, Erhvervs- og Vækstministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, et al. National handlingsplan for udbredelse af telemedicin. København: Fonden for Velfærdsteknologi; 2012.
- (22) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke. Mental sundhed. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
- (23) Dansk Psykiatrisk Selskab. Hvidbog 2012-2020. København: Dansk Psykiatrisk Selskab; 2011.
- (24) Sundhedsstyrelsen. Computerbaseret terapi til angst og depression (Kommenteret Udenlandsk Medicinsk Teknologivurdering 2008: 1(5). København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
- (25) Folker MP, Rasmussen J, Pedersen KF, Brocks NB, D'Auchamp A. Digital Mental Sundhed. Kortlægning og technology roadmap for digitale værktøjer til fremme af mental sundhed og selvhjælp ved psykisk sygdom. Taastrup: Teknologisk Institut; 2014.
- (26) Living IT Lab, Socialt Udviklingscenter SUS. Social IT katalog. Spændende løsninger og produkter inden for social IT. København: Living IT Lab & Socialt Udviklingscenter SUS; 2015.
- (27) Dansk Selskab for Almen Medicin. Klinisk vejledning for almen praksis. Angsttilstande. Diagnostik og behandling. København: Lægeforeningens Forlag; 2010.
- (28) Dansk Selskab for Almen Medicin. Klinisk vejledning for almen praksis. Unipolar depression. Diagnostik og behandling. København: Lægeforeningens Forlag; 2010.
- (29) Europe PMC Funders Group. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 [Author manuscript]. Lancet 2015;386(9995):743.
- (30) Sekretariatet for Referenceprogrammer. Referenceprogram for angstlidelser hos voksne (Version: 1.0). København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
- (31) Osby U, Brandt L, Correia N, Ekbohm A, Sparen P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. Archives of General Psychiatry 2001;58(9):844.
- (32) Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. Acta Psychiatrica Scandinavica 2004;109(2):96.

- (33) Daugbjerg M, Dige MB, Rasmussen SR, Henriksen J, Berger NP, Johansen KS. Kortlægning og analyse af tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren. Slutrapport. København: Implement og KORA; 2015.
- (34) Praktiserende Lægers Organisation. Redegørelse for ny landsoverenskomst 2011. København: Praktiserendes Lægers Organisation; 2011.
- (35) Dansk Selskab for Almen Medicin. Angsttilstande. Visitation. Available at: <http://vejledninger.dsam.dk/angst/?mode=visKapitel&cid=68&gotoChapter=68>. Accessed 16. september, 2016.
- (36) Dansk Selskab for Almen Medicin. Unipolar Depression. Henvisningskriterier. Available at: <http://vejledninger.dsam.dk/depression/?mode=visKapitel&cid=106&gotoChapter=106>. Accessed 16. september, 2016.
- (37) Bauer J. Der er for lang ventetid på udredning og behandling. In: Bauer J, Børner H, Jeppesen P, Johannesen KH, Lindhardt A, Nordentoft M, et al, editors. Dokumentation: Barrierer for optimal psykiatrisk behandling. Ekspert har defineret og dokumenteret ti barrierer, der forhindrer den bedst mulige behandling af psykisk syge danskere København: Dagens Medicin; 2012. p. 16.
- (38) Sundheds- og Ældreministeriet. Vejledning for personers adgang til tilskudsberettiget psykologbehandling (VEJ nr 9983 af 29/09/2016). [København]: Sundheds- og Ældreministeriet; 2016.
- (39) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bekendtgørelse af sundhedsloven (LBK nr 1202 af 14/11/2014). [København]: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2014.
- (40) Foreningen af speciallæger. Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af Speciallæger (FAS) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN). København: Foreningen af Speciallæger; 2015.
- (41) sundhed.dk. Region Hovedstaden, praksisinformation. Depression, enkeltepisode voksne. 2015; Available at: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/patientforloeb/forloebbsbeskrivelser-icpc/p-psykisk/depressiv-enkeltepisode-voksne/>. Accessed 16. september, 2016.
- (42) sundhed.dk. Region Hovedstaden, praksisinformation. Angst og tvangslidelser, voksne . 2016; Available at: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/patientforloeb/forloebbsbeskrivelser-icpc/p-psykisk/angst-og-tvangslidelser/>. Accessed 16. september, 2016.
- (43) Sundhedsstyrelsen. Evaluering og perspektivering af tilskudsordningen til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper (version: 1.0). København: Sundhedsstyrelsen; 2015.
- (44) Region Sjælland. Notat. Udvikling i ventetider i Psykiatrien Region Sjælland. [Sorø]: Region Sjælland.
- (45) eSundhed.dk (Sundhedsdatastyrelsen). Ventetider for udvalgte behandlinger og operationer. Available at: <http://www.esundhed.dk/sundhedskvalitet/NIV/NIV/Sider/Venteinfo.aspx>. Accessed 16. september, 2016.
- (46) Dansk Psykolog Forening. Løn, takster & honorarer. Pr. 1. april 2015. [København]: Dansk Psykolog Forening; 2015.
- (47) Collins KA, Westra HA, Dozois DJA, Burns DD. Gaps in accessing treatment for anxiety and depression: Challenges for the delivery of care Clinical Psychology Review 2004;24:583.

- (48) Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Dansk Psykolog Forening. Overenskomst om psykologhjælp. Af 28-04-1995. Senest ændret ved aftaler af 27. februar 2016. [København]: Regionernes Lønnings- og Takstnævn; Dansk Psykolog Forening; 2016.
- (49) Kommunernes Landsforening. Analyse. Kortlægning af lægedækningen i Danmark. København: Kommunernes Landsforening; 2015.
- (50) sundhed.dk. Find behandler. Available at: <https://www.sundhed.dk/find-behandler/>. Accessed 16. september, 2016.
- (51) Jacobsen CB, Martin HM, Andersen SL, Christensen RN, Bengtsson S. Stigma og psykiske lidelser - som det opleves og opfattes af mennesker med psykiske lidelser og borgere i Danmark. [København]: Dansk Sundhedsinstitut DSI og Det Nationale Forskningscenter for Velfærd SFI; 2010.
- (52) Mucic D, Hulbæk L. Etablering af telepsykiatri i Danmark (pilotprojekt). København: Behandlingscentret Den Lille Prins; 2007.
- (53) Danske Regioner. Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet. Debatoplæg. København: Danske Regioner; 2009.
- (54) Internetpsykiatri. Stockholms Läns Landsting. Välkommen till Internetpsykiatri. Depression. 2016; Available at: <http://web.internetpsykiatri.se/behandling/depression/>. Accessed 16. september, 2016.
- (55) Schiøler G. Klassifikation af sygdomme. Sundhedsstyrelsen. Systematisk del. 2nd ed. København: Sundhedsstyrelsen og Munksgaard Danmark; 2005.
- (56) Gonder-Frederick L, Shepard J, Grabman J, Ritterband L. Psychology, technology, and diabetes management. 2016;71(7):577-584.
- (57) MedCom. Det telemedicinske landkort. Available at: <https://telemedicinsk-landkort.dk/>. Accessed 16. september, 2016.
- (58) Bech CF, Rasmussen SR, Wentzer HS. Beskrivelse af tilgængelige behandlingstilbud fundet på internettet. Bilagsrapport til 'Digitale tilbud til behandling af angst og depression'. København: KORA; 2017.
- (59) Aktiv Terapi. Online terapi (ved Kirsten Rejmers). Available at: <http://www.aktivterapi.dk/psykoterapi/online-terapi.html>. Accessed 26. maj, 2016.
- (60) Angst Forum. Angst Forum (Facebookgruppe ved Mette Aalykke). Available at: www.facebook.com. Accessed 27. maj, 2016.
- (61) Angstekspert. Interaktiv Angstbehandling, IA (ved Kim Liljehult). Available at: <https://www.angstekspert.dk/ia-online-program/>. Accessed 20. maj, 2016.
- (62) Angstforeningen. Angstforeningen (Facebookgruppe). Available at: <http://angstforeningen.dk/index.php?page=facebook>. Accessed 26. maj, 2016.
- (63) Angstforeningen. Chat. Available at: <https://angstforeningen.dk/?page=chat>. Accessed 26. maj, 2016.
- (64) Angstforeningen. Forum. Available at: <http://angstforeningen.dk/index.php?page=forum>. Accessed 26. maj, 2016.
- (65) Angstforeningen. Mødestedet (Facebookgruppe). Available at: <http://angstforeningen.dk/index.php?page=facebook>. Accessed 26. maj, 2016.

(66) Angstholdet. Angstholdet (Facebookgruppe). Available at: www.facebook.com. Accessed 27. maj, 2016.

(67) Angst-strategier.dk. Gratis hjælp med brevkasse og onlinekurser (ved Lotte Ingerslev). Available at: <http://www.angst-strategier.dk/>. Accessed 25. maj, 2016.

(68) Behandlingscentret Den Lille Prins. Telepsykiatri. Available at: <http://denlille-prins.org/telepsykiatri/>. Accessed 16. juni, 2016.

(69) BridgeIT, Forskningsenheden Københavns Kommunes Socialforvaltning. Minvej app. Available at: www.min-vej.dk. Accessed 9. maj, 2016.

(70) Bryd Angsten. Modul 1.0 og Modul 2.0 (ved Glen Cavling). Available at: <http://www.brydangsten.dk>. Accessed 11. maj, 2016.

(71) Center for Selvværd, Elsk dig selv. Online terapi over Skype og over E-mail (ved Camilla Bruun). Available at: <http://elskdigselv.com/kalender/>. Accessed 15. juni, 2016.

(72) Christianshavns Kognitive Psykologiklinik. Skype-terapi. Available at: <http://kognitive-psykologer.dk/hvem-er-vi/skype-terapi/>. Accessed 25. maj, 2016.

(73) Coaching & terapi Christina Bertelsen. Ydelser: Coaching/Psykoterapi. Available at: <http://www.christinabertelsen.dk/ydelser/>. Accessed 3. juni, 2016.

(74) Context Consulting. FearFighter. Available at: www.fearfighter.dk. Accessed 6. maj, 2016.

(75) Dansk Telepsykiatri. Telepsykiatri (ved Bo Bojesen). Available at: <http://www.telepsykiatri.dk/>. Accessed 27. maj, 2016.

(76) DepNet.dk. Mødestedet (ved Depressionsforeningen). 2010; Available at: <http://depnet.dk/universe5/>. Accessed 2. juni, 2016.

(77) Depression angst og sårbarhed. Depression, angst og sårbarhed (Facebookgruppe ved Maja Hansen). Available at: www.facebook.com. Accessed 27. maj, 2016.

(78) Eli Lilly and Company, Depressionsforeningen, Andersen B. Mit Humør/Let's Talk. Available at: <https://itunes.apple.com/dk/app/lets-talk/id673174508?l=da&mt=8>; <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.lilly.lets-talk&hl=da>.

(79) Folk med depression og/eller angst er også mennesker... Folk med depression og/eller angst er også mennesker... (Facebookgruppe). Available at: www.facebook.com. Accessed 27. maj, 2016.

(80) godstart.nu. Onlinekurser (ved Kim Mathiasen). Available at: <http://www.godstart.nu/default.asp?mn1=2&mn2=&mn3=&sid=2>. Accessed 3. maj, 2016.

(81) GoMentor. Online samtale. Available at: <http://www.gomentor.dk/sogning#Attribute-AndLogic=false&Search=&LocationOptions=0&Radius=&ZipCode=>. Accessed 25. maj, 2016.

(82) Hannah van de Veer. Hypnose og Terapi. Online terapi. Available at: <http://hannah-van-deveer.dk/online-terapi>. Accessed 26. maj, 2016.

(83) IT-Universitetet København, Ergoterapeutuddannelsen Professionshøjskolen Metropol, Psykoterapeutisk Center Stolpegård, Peking Universitet. DoDoneGone. Available at: www.dodonegone.com. Accessed 3. maj, 2016.

- (84) JLM Terapi. Skypeterapi (ved Jeannet Lykke Mortensen). Available at: <http://jlmterapi.dk/skypeterapi/>. Accessed 13. juni, 2016.
- (85) Kognitiv Terapi Online. Kognitiv Terapi Online (ved Lilian Parker Kaule). Available at: <http://kognitiv-terapi.online/>. Accessed 26. maj, 2016.
- (86) LivskvalitetsPartner. HypnoseStreaming (ved Mette Aalykke). Available at: <https://hypnostreaming.simplero.com/>. Accessed 13. juni, 2016.
- (87) Mind CPH. Online Terapi & Coaching. Available at: <http://mindcph.dk/terapi-coaching/online/>. Accessed 26. maj, 2016.
- (88) Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold, TrygFonden. MinHverdag.nu. Available at: <http://minhverdag.nu/>. Accessed 2. juni, 2016.
- (89) Os med stress, angst og/eller depression. Os med stress, angst og/eller depression (Facebookgruppe ved Charlotte Bahne). Available at: www.facebook.com. Accessed 27. maj, 2016.
- (90) Powerflow. Gratis online mindfulness (ved Heidi Strandberg Andreasen). Available at: <http://powerflow.dk/mindfulness/hvordan-mindfulness/>. Accessed 26. maj, 2016.
- (91) Powerflow. Mød din angst (Facebookgruppe ved Heidi Stranberg Andreasen). Available at: <http://powerflow.dk/gratis-sparring-lukket-gruppe/>. Accessed 26. maj, 2016.
- (92) Psykiatrien i Region Syddanmark. Patient. Internetpsykiatrien. 2016; Available at: <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm434059>. Accessed 6. maj, 2016.
- (93) Psykiatrien i Region Syddanmark, Telepsykiatrisk Center. MindApps.dk (OBS: forventes lanceret i 2. halvdel af 2016). Available at: Ingen URL endnu.
- (94) Region Syddanmark. Deltagere søges til gratis behandling af depression. 2016; Available at: <https://psykinfo.regionsyddanmark.dk/wm483864>. Accessed 16. juni, 2016.
- (95) Psykiatrifonden. Det Mentale Motionscenter. Available at: <http://www.psykiatrifonden.dk/faa-hjaelp/taenk-dig-staerk.aspx>. Accessed 2. juni, 2016.
- (96) Psykisk Sundhed. Online terapi. Available at: <http://psykisksundhed.dk/online-terapi>. Accessed 26. maj, 2016.
- (97) Psykolog Anita Øland. E-terapi (ved Anita Øland). Available at: <http://psykologanita-eland.dk/e-terapi/>. Accessed 11. maj, 2016.
- (98) Psykologhuset Sdr. Palæ. Internetbaseret terapi via webcam. Available at: <http://psykologhusetsdrpalae.dk>. Accessed 11. maj, 2016.
- (99) Neokognitivt Institut - Institut for moderne psykologi. Online terapi. Available at: <http://www.neokognitivtinstitut.dk/behandlingsafdelingen-metakognitiv-psykologklinik/online-terapi/>. Accessed 26. maj, 2016.
- (100) Psykologlinjen. Internetbaseret psykologisk behandling (ved Heidi Kjøgøx). Available at: <http://psykologlinjen.dk/internetbaseret-hjaelp>. Accessed 11. maj, 2016.
- (101) Psykologonline. Terapi (ved Kit Lisbeth Jensen). Available at: <https://www.psykologonline.net/psykologonline-tilbyder/terapi/>. Accessed 11. maj, 2016.
- (102) Monsenso. Monsenso. Available at: www.monsenso.com. Accessed 3. maj, 2016.

- (103) Region Midtjylland, Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering, Hospitalsenheden Vest. Arbejdsmarkedrettet kognitiv træning. Available at: <http://www.socialmedicin.rm.dk/sagsbehandler/psykologiske-ydelser/arbejdsmarkedetsrettet-kognitiv-traning/>. Accessed 3. maj, 2016.
- (104) Slip Angsten. Onlinekurser (ved Lise Kryger). Available at: <http://slipangsten.dk/online-kursus/>. Accessed 20. maj, 2016.
- (105) Slip angsten - på din egen måde... Slip angsten - på din egen måde... (facebook-gruppe) (ved Signe Lund). Available at: www.facebook.com. Accessed 27. maj, 2016.
- (106) Stopangsten.dk. Mentor samtaler (ved Sofia Mira). Available at: <http://www.stopangsten.dk/angst-hjaelp/>. Accessed 19. maj, 2016.
- (107) Susanne Vejen Vig, Terapi i hjertet af København. Online Terapi. Available at: <http://vejenvig.dk/index.php/online-terapi-ny/>. Accessed 15. juni, 2016.
- (108) Therapion Consulting. Online terapi. Available at: <http://www.therapion.com/dk/>. Accessed 26. maj, 2006.
- (109) Liv Johns - psykoterapi i København. Online terapi. Available at: <http://www.livjohns.com/9355/Hvad%20er%20Online%20terapi>. Accessed 15. juni, 2016.
- (110) Konkurrence- og Forbrugersstyrelsen. Typer af offentlig-privat samarbejde; Available at: <http://www.kfst.dk/Offentlig-konkurrence/OffentligPrivat-Samarbejde/Typer-af-offentlig-privat-samarbejde>. Accessed 12. oktober, 2016.
- (111) Region Hovedstaden. Ny app hjælper mennesker med depression. 2012; Available at: <https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Sider/Ny-app-hjaelper-mennesker-med-depression.aspx>. Accessed 7. oktober, 2016.
- (112) Department of Computer Science, University of Copenhagen. Iværksættervirksomheden Daybuilder Solutions har modtaget en bevilling fra Trygfonden til et nyt projekt. 2013; Available at: <http://www.di.ku.dk/english/research/hcc/news/global-news/daybuilder/>. Accessed 16. september, 2016.
- (113) Monsenso. Monsenso Aps acquires DayBuilder Solutions to strengthen focus on mHealth solutions for mental health. København: Monsenso; 2015.
- (114) Welfare Tech. Business Innovation. Ny løsning fra Monsenso giver adgang til patientoplysninger via en smartphone-app. 2016; Available at: <http://www.welfaretech.dk/nyheder/2016/marts/ny-loesning-fra-monsenso-giver-adgang-til-patientoplysninger>. Accessed 16. september, 2016.
- (115) Johansen EM. Udenlandske aftaler løfter dansk sundheds-app (MedWatch). 2016; Available at: http://medwatch.dk/secure/Medico_Rehab/article8949478.ece. Accessed 16. september, 2016.
- (116) Heissel A. Midtjyske psykiatere begejstrede for telepsykiatri (dagensmedicin.dk). 2011; Available at: <http://dagensmedicin.dk/midtjyske-psykiatere-begejstrede-for-telepsykiatri/>. Accessed 26. september, 2016.
- (117) Sørensen TK. Discountterapi eller nyttig hjælp til mennesker i krise? Jyllands-posten 2011 4. december:10.
- (118) Dansk Psykoterapeutforening. FAQ. Kan man få en lægehenviisning med offentligt tilskud til en psykoterapeut? Available at: <http://psykoterapeutforeningen.dk/faq/>. Accessed 16. september, 2016.

- (119) Dansk Psykolog Forening. Ethiske principper for nordiske psykologer (Regelsæt 2006-2008). Available at: http://www.psyksamtale.dk/etiske_principper_for_nordiske_psykologer_001.pdf. Accessed 24. juni, 2016.
- (120) de Lemos M. Remind - en telesundhedsplatform i Psykiatri og Social i Region Midtjylland. U.st.: E-sundhedsobservatoriet; Dansk Center for Sundhedsinformatik; 2015.
- (121) Region Hovedstaden, Region Sjælland. Fakta: Sundhedsplatformen. u.st.: Region Hovedstaden; Region Sjælland; n.d.
- (122) Psykiatrien i Region Syddanmark. Nyheder. Telepsykiatrisk Center bliver permanent. 2016; Available at: <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm487403>. Accessed 21. september, 2016.
- (123) Jessen TP. Sundhedsinformatik. En undersøgelse af sundhedsprofessionelles forventninger til og anvendelse af applikationen ReMind i ambulant behandling i psykiatrien: præ- og postimplementering (master afgangsprøje). Aalborg: Master of Information Technology with specialization in Health Informatics. Efter- og Videreuddannelse, Aalborg Universitet; 2015.
- (124) sundhed.dk. Region Hovedstaden, praksisinformatik. Orientering om overgang til Sundhedsplatform. 2016; Available at: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformatik/almene-praksis/hovedstaden/nyheder/regionen-informerer/orientering-sundhedsplatform/>. Accessed 21. september, 2016.
- (125) Wentzer HS. Fremtidens speciallæge i Region Hovedstadens Psykiatri. En fokusgruppe-interview-undersøgelse. København: KORA; 2016.
- (126) Fangel G. Sundhedsplatformen - Organisatorisk forandring live (slides). U.st.: Sundhedsplatformen, Region Hovedstaden og Region Sjælland; 2016.
- (127) Psykiatrien i Region Syddanmark. Forskningsprojekt om depression i Odense. 2016; Available at: <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm487106>. Accessed 21. september, 2016.
- (128) sundhed.dk. Region Hovedstaden, praksisinformatik. Selvhenvielse i forsøgsprojekt om telemedicinsk behandling for helbredsangst. 2016; Available at: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformatik/almene-praksis/hovedstaden/nyheder/regionen-informerer/selvhenvielse-forsogsprojekt/>. Accessed 21. september, 2016.
- (129) Aarhus Universitetshospital. Internetbehandling til helbredsangst. 2016; Available at: <http://funktionellelidelser.dk/internetbehandling-til-helbredsangst/>. Accessed 21. september, 2016.
- (130) Psykiatrien i Region Syddanmark. Strategi. Telepsykiatrisk Center 2015-2017. [Vejle]: Region Syddanmark; [U.å.].
- (131) Psykiatrien i Region Syddanmark. Telepsykiatrisk Center. Medarbejdere. 2016; Available at: <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm461848>. Accessed 21. september, 2016.
- (132) Rasmussen SR, Wentzer HS, Fredslund EK. Psykologstøttet internetpsykiatrisk behandling af let til moderat depression. Evaluering af demonstrationsprojekt i Region Syddanmark. København: KORA; 2016.
- (133) Psykiatrien i Region Syddanmark. Telepsykiatrisk center. Hjælp til brug af videoudstyr. 2016; Available at: <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm453459>. Accessed 26. september, 2016.

- (134) Psykiatrien i Region Syddanmark. Afdelinger. Telepsykiatrisk Center. Internetpsykiatrien. 2016; Available at: <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm453496>. Accessed 14. november, 2016.
- (135) Ehlers L, Rosenberg N, Mathiasen K, Svendsen M. Computerbaseret behandling af angst/fobi med programmet Fear Fighter. Evaluering af demonstrationsprojekt i Region Midtjylland. [Aarhus]: Fonden for Velfærdsteknologi & Aarhus Universitetshospital, Klinik for Angstlidelser; 2013.
- (136) Helverskov T. Telepsykiatrisk Hjemmebehandling - behandling over video (telepsykiatri-blog). 2016; Available at: <http://telepsykiatri-blog.dk/telepsykiatrisk-hjemmebehandling-behandling-video/>. Accessed 21. september, 2016.
- (137) Nielsen AS, Folker MP, Rasmussen J, Nielsen MS, Helverskov T. Implementing home-based telepsychiatry in routine outpatient care: a preliminary analysis of clinician perceptions. Conference abstract. European Telemedicine Conference (ETC) 2015, Odense, Denmark, October 21-22, 2015. International Journal of Integrated Care 2015; 2015;15(7):1-2.
- (138) Telepsykiatrisk Center. Strategisk afrapportering til Direktion om telepsykiatri 29. juli 2015. Middelfart: Telepsykiatrisk Center, Psykiatrien i Region Syddanmark; 2015.
- (139) Heissel A, Mucic D. Psykiatrisk hjælp til udkantsdanmark. Dagens medicin 2012;2012(5):16-17.
- (140) Bjerno S-M. Telepsykiatri kan løse fremtidens speciallistmangel (Region Hovedstadens psykiatriske hospital). 2015; Available at: <https://www.psykiatri-regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Nyheder-og-pressemeddelelser/Sider/Telepsykiatri.aspx>. Accessed 26. september, 2016.
- (141) Psykiatrien i Region Midtjylland. Patienterne skal fremover behandles af specialister på Aarhus Universitetshospital, Risskov. 2011; Available at: <http://www.psykiatrien.rm.dk/presse1/nyheder-fra-psykiatrien-i-region-midtjylland/psykiatrien-nyheder-2011/01-august/patienterne-skal-fremover-behandles-af-specialister-pa-aarhus-universitetshospital-risskov/>. Accessed 26. september, 2016.
- (142) Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9. Validity of a Brief Depression Severity Measure. Journal of General Internal Medicine 2001;16:606.
- (143) Mathiasen K. Test af blended Care - og en historie om internetbaseret psykoterapi i Danmark (telepsykiatri-blog). 2016; Available at: <http://telepsykiatri-blog.dk/test-af-blended-care-og-en-historie-om-internetbaseret-psykoterapi-i-danmark/>. Accessed 26. september, 2016.
- (144) ClinicalTrials.gov. Blended Cognitive Behavioural Therapy Versus Face-to-face Cognitive Behavioural Therapy (Sponsor: University of Southern Denmark) (forskningssanmeldelse). 2016; Available at: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/record/NCT02796573>. Accessed 26. september, 2016.
- (145) Psykiatrien i Region Syddanmark, Telepsykiatrisk Center. Forskning om behandling af depression med Blended Care. Odense: Psykiatrien i Region Syddanmark, Telepsykiatrisk Center; 2015.
- (146) Mastermind. Video conference for Collaborative Care and treatment of depression. 2014; Available at: <http://mastermind-project.eu/services/collaborative-care-for-depression-facilitated-by-video-conference/>. Accessed 26. september, 2016.
- (147) F-P-N.dk Forensic Psychiatric Nursing. The Collavi Project. 2016; Available at: http://www.netbuster.dk/?page_id=641. Accessed 26. september, 2016.

- (148) Psykiatrien i Region Syddanmark. 460.000 til forskning i telepsykiatri for ældre. 2016; Available at: <http://psykiatriensyddanmark.dk/wm486524>. Accessed 26. september, 2016.
- (149) Fisker L. Forskningsprojekt om brug af videokonsultationer hos ældre med depression (telepsykiatri-blog). 2016; Available at: <http://telepsykiatri-blog.dk/forskningsprojekt-brug-videokonsultationer-aeldre-depression/>. Accessed 26. september, 2016.
- (150) Innovationsfonden. Pressebeskrivelse til offentliggørelse. Fremtidens psykiatri er digital. [København]: Innovationsfonden; n.d.
- (151) Psykiatrien i Region Syddanmark. Telepsykiatrisk Center. Telepsykiatrisk Forskningsenhed. 2016; Available at: <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm453483>. Accessed 28. september, 2016.
- (152) ClinicalTrials.gov. A Randomised Feasibility Trial With Internet Based Self-help Therapy (IBT) (Sponsor: Mental Health Services in the Capital Region, Denmark). 2016; Available at: <https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT02499055>. Accessed 28. september, 2016.
- (153) ClinicalTrials.gov. Electronic Self-monitoring With Closed Loop Feedback Focusing on Regulation of the Sleep-wake Cycle to Reduce Relapse of Depression After Discharge (SAFEII) (Sponsor: Mental Health Centre Copenhagen). 2016; Available at: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02679768>. Accessed 28. september, 2016.
- (154) Cachet. RADMIS - Reducing the rate and duration of re-admission among patients with unipolar and bipolar disorder using smartphone-based monitoring and treatment. 2016; Available at: <http://www.cachet.dk/research/projects/RADMIS>. Accessed 28. september, 2016.
- (155) Fenger M, Lindschou J, Gluud C, Winkel P, Jørgensen L, Kruse-Blinkenberg S. Internet-based self-help therapy with FearFighter™ versus no intervention for anxiety disorders in adults: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2016;17(525).
- (156) Region Hovedstadens psykiatriske hospital. Sundheds-it: Tæt opfølgning skal støtte depressive efter udskrivning. 2015; Available at: <https://www.psykiatri-regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Nyheder-og-pressemeddelelser/Sider/Sundheds-it-T%C3%A6t-opf%C3%B8lgning-skal-st%C3%B8tte-depressive-efter-udskrivning.aspx?rhKey-words=daybuilder>. Accessed 28. september, 2016.
- (157) Torpegaard H. Viden om søvn skal forebygge genindlæggelse af depressive (dagens-medicin.dk). 2015; Available at: <http://dagensmedicin.dk/viden-om-sovn-skal-forebygge-genindlæggelse-af-depressive/>. Accessed 28. september, 2016.
- (158) Region Hovedstadens psykiatriske hospital. Mobiltelefonen skal hjælpe patienter med depression og mani. 2016; Available at: <https://www.psykiatri-regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Nyheder-og-pressemeddelelser/Sider/Mobiltelefonen-skal-hj%C3%A6lpe-patienter-med-depression-og-mani.aspx>. Accessed 28. september, 2016.
- (159) Innovationsfonden. Mennesker med depression og mani kan hjælpes med mobilen. n.d.; Available at: http://innovationsfonden.dk/sites/default/files/radmis_mennesker-med-depression-og-mani-kan-hjaelpes-med-mobilen_if.pdf. Accessed 28. september, 2016.
- (160) Psykiatrien i Region Syddanmark. Telepsykiatrisk Center. Videokonsultationer i Psykiatrien. 2016; Available at: <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm459378>. Accessed 26. oktober, 2016.
- (161) Socialministeriet. Statusrapport. [København]: Socialministeriet; 2010.

- (162) Mucic D. Projektrapport. Telepsykiatri i forebyggelse og behandling i yderområder. København: Behandlingscentret Den Lille Prins; 2012.
- (163) Mucic D. Telepsykiatri i forebyggelse og behandling i yderområder (2013-2015). København: Behandlingscentret Den Lille Prins; 2015.
- (164) Mathiasen K, Riper H, Ehlers LH, Valentin JB, Rosenberg NK. Internet-based CBT for social phobia and panic disorder in a specialised anxiety clinic in routine care: Results of a pilot randomised controlled trial. *Internet Interventions* 2016;4:92-98.
- (165) Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988;56:893.
- (166) Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 1988:77.
- (167) Liebowitz MR. Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry* 1987;22:141.
- (168) Psykiatrien i Region Syddanmark. Milepæl for telepsykiatrisk behandling. 2015; Available at: <http://www.psykiatrienisyddanmark.dk/wm465528>. Accessed 28. september, 2016.
- (169) Dalum AE, Arnfred S. Smartphone-apps som nyt psykiatrisk behandlingstiltag. *Ugeskrift for Læger* 2014;176(17):1577-1580.
- (170) Davidsen AS, Videbech P. Diagnostik og behandlingsstart ved depression. *Månedsskrift for Almen Praksis* 2015;96:12.
- (171) DPSD Dansk Patientsikkerhedsdatabase, Styrelsen for Patientsikkerhed. Hvad er en utilsigtet hændelse. n.d.; Available at: <http://www.dpsd.dk/Dokumentliste/Hvad%20er%20en%20utilsigtet%20haendelse.aspx>. Accessed 12. oktober, 2016.
- (172) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bekendtgørelse om specialuddannelse af psykologer i børne- og ungdomspsykiatri og psykiatri (BEK nr 1303 af 25/11/2010). [København]: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2010.
- (173) Wernberg-Møller U. Temanotat. Psykologer i Psykiatrien i Region Syddanmark. [Vejle]: Psykiatri- og Socialstaben, Psykiatrien i Region Syddanmark; 2014.
- (174) Sundhedsdatastyrelsen. Vejledning om informationssikkerhed i sundhedsvæsenet. København: Sundhedsdatastyrelsen; 2016.
- (175) Justitsministeriet. Lov om behandling af personoplysninger (LOV nr 429 af 31/05/2000). [København]: Justitsministeriet; 2000.
- (176) Fenger M, Stald-Bolow M, Jørgensen L. Nye veje for internetbaseret terapi. *Psykolog nyt* 2015;69(8):8-12.
- (177) Psykiatrien i Region Syddanmark, Telepsykiatrisk Center. Videokonsultationer i Psykiatrien - Information til patienter. 2016; Available at: <http://www.psykiatrienisyddanmark.dk/wm463868>. Accessed 10. oktober, 2016.
- (178) Dinesen B, Rose C. Patienternes oplevelse af velfærdsteknologi – muligheder og begrænsninger. In: Fredskild TU, editor. *Velfærdsteknologi i sundhedsvæsenet* København: Gads Forlag; 2013. p. 113.
- (179) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Lov om markedsføring af sundhedsydelser (LOV nr 326 af 06/05/2003). [København]: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2003.

- (180) Regeringen, KL, Danske Regioner. Digital velfærd. En lettere hverdag. Fællesoffentlig strategi for digital velfærd 2013-2020. København: Digitaliseringsstyrelsen; 2013.
- (181) Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- (182) Alban A, Danneskiold-Samsøe B, Christensen JK, Knudsen MS, Sørensen J. Sundhedsøkonomi. Principper og perspektiver. København: DSI: Institut for Sundhedsvæsen; 1999.
- (183) Digitaliseringsstyrelsen. Vejledning til statens business case-model v. 1.3. Opdateret 21. september 2012. København: Digitaliseringsstyrelsen; 2012.
- (184) Sundhedsdatastyrelsen. Takstsystem. Vejledning. [København]: Afdeling for Sundhedsdokumentation; 2016.
- (185) Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation. Overenskomst om almen praksis. Af 03-06-1991, senest ændret ved aftale af 01-03-2014. [København]: Regionernes Lønnings- og Takstnævn; Praktiserende Lægers Organisation; 2014.
- (186) Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Nordjylland, Region Midtjylland, Danske Regioner. Plan for Borgernes Sundhedsvæsen - vores sundhedsvæsen. U.st.: Region Hovedstaden; Region Sjælland; Region Syddanmark; Region Nordjylland; Region Midtjylland; Danske Regioner; 2015.
- (187) Porter ME. What Is Value in Health Care? The New England Journal of Medicine 2010;363:2477.
- (188) Nielsen SB. Tre regioner vil samarbejde om telemedicin (dagensmedicin.dk). 2013; Available at: <http://dagensmedicin.dk/tre-regioner-vil-samarbejde-om-telemedicin/>. Accessed 3. oktober, 2016.
- (189) Danske Regioner. Regionernes fælles pejlemærker for digitalisering af sundhedsvæsenet - fra strategi til handling: Nye pejlemærker i perioden 2014 til 2016. [København]: Danske Regioner; 2013.
- (190) Regeringen, KL, Danske Regioner. Digitalisering med effekt. National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017. København: Statens Serum Institut; 2013.
- (191) Buch MS, Petersen A, Bolvig I, Kjellberg J. Integrated Care-modellen - indsatsen målrettet stress, angst og depressionsramte. Et samarbejde mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserendes Lægers Organisation. København: KORA; 2016.
- (192) KORA. Evaluering af shared care i angst- og depressionsbehandling. n.d.; Available at: <http://www.kora.dk/projekter-i-gang/projekt/i1893/Evaluering-af-shared-care-i-angst-og-depressionsbehandling>. Accessed 3. oktober, 2016.
- (193) Udvalg vedrørende almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen - rapport fra udvalg vedrørende almen praksis. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2008.
- (194) Region Hovedstaden Herlev Hospital. Sundhedsplatformen er i luften. 2016; Available at: <https://www.herlevhospital.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/nyheder/Sunder/Sundhedsplatformen.aspx>. Accessed 3. oktober, 2016.
- (195) Færch C. Telepsykiatri - meget mere end videokonference (telepsykiatri-blog). 2016; Available at: <http://telepsykiatri-blog.dk/telepsykiatri-mere-end-videokonference/>. Accessed 28. september, 2016.

- (196) Høstgaard AMB. Fryder forandring?: Casestudie af EPJ udbudsprocessen i Region Nord-belyst gennem en procesevaluering med fokus på lægerne som sociale bærere af den elektroniske patientjournal, EPJ. Aalborg: Department of Development and Planning, Aalborg University; 2009.
- (197) Oudshoorn N. Physical and digital proximity: emerging ways of health care in face-to-face and telemonitoring of heart-failure patients. *Sociology of Health and Illness* 2009;31(3):390.
- (198) Langstrup H. Telemedicin. In: Huniche L, Olsen F, editors. *Teknologi i sundhedspraksis*. København: Munksgaard; 2014. p. 233.
- (199) Noer F. Mødet på skærmen. *Psykolog nyt* 2012;66(11):4-7.
- (200) Berthelsen J, Regli W, Theilgaard A, Vrang B. Internetterapi - skal, skal ikke. *Psykolog nyt* 2011;65(14):18-20.
- (201) Holm C, Skårderud F. Skam i cyberspace. *Asterisk* 2009(48):16-19.
- (202) Regeringen, KL, Danske Regioner. Telemedicin - en nøgle til fremtidens sundhedsydelser. National handlingsplan for udbredelse af telemedicin - kort fortalt. København: Digitaliseringsstyrelsen; 2012.
- (203) Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. *The Innovator's Prescription. A Disruptive Solution for Health Care*. New York: McGraw-Hill; 2009.
- (204) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. (BEK nr 665 af 14/09/1998). [København]: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 1998.
- (205) Rasmussen SR, Bech CF, Wentzer HS. Annoncering af digital behandling af psykiske lidelser på internettet. Forslag til guideline. København: KORA; 2017.
- (206) Kappelgaard L. Vi skal passe på os selv. En diskursanalytisk undersøgelse af Sundhedsstyrelsens italesættelse af patienters selvmonitorering. 2015;12:154.
- (207) UN Global Pulse. *Big Data for Development: Challenges and Opportunities*. New York: Global Pulse; 2012.
- (208) Mortensen KU. Patientformand: Databeskyttelse vigtigere end forskning (Altinget). 2016; Available at: <http://www.altinget.dk/velfaerdesteknologi/artikel/patientformand-databeskyttelse-vigtigere-end-forskning>. Accessed 10. oktober, 2016.
- (209) Mortensen KU. Datadirektør: Derfor indsamler staten patienternes data (Altinget). 2016; Available at: <http://www.altinget.dk/velfaerdesteknologi/artikel/datadirektoer-derfor-indsamler-staten-patienternes-data>. Accessed 10. oktober, 2016.
- (210) Rose N. *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. New Jersey: Princeton University Press; 2007.
- (211) Digitaliseringsstyrelsen. Forudsætningsprojekt vedr. modning af infrastruktur. 2016; Available at: <http://www.digst.dk/Digital-velfaerd/Udbredelse-af-telemedicin-til-borgere-med-KOL/Forudsætningsprojekter/Modning-af-infrastruktur>. Accessed 10. oktober, 2016.
- (212) European Commission. Reform of EU data protection rules. 2016; Available at: http://ec.europa.eu/justice/data-protection/reform/index_en.htm. Accessed 31. oktober, 2016.

(213) Duus R, Cooray M. Gennemsigtighed og demokrati. Weekendavisen 2016;19. august:11.

(214) Hammer-Jakobsen T. Sundhedsklynge: Giv virksomheder adgang til sundhedsdata (Altinget). 2016; Available at: <http://www.altinget.dk/velfaerdesteknologi/artikel/sundhedsklynge-giv-virksomheder-adgang-til-sundhedsdata>. Accessed 10. oktober, 2016.

(215) Skjoldan L. Kritik: Ny lov om sundhedsdata er for vidtrækkende (Altinget). 2016; Available at: <http://www.altinget.dk/sundhed/artikel/kritik-ny-lov-om-sundhedsdata-er-for-vidtrækkende>. Accessed 15. december, 2016.

Bilag 1 Søgning – Tilgængelige digitale behandlingstilbud

I dette bilag fremgår den fulde søgning, der er foretaget i forbindelse med søgningen på internettet af digitale behandlingstilbud til behandling af angst og/eller depression, som baggrund for kapitel 5.

Der blev foretaget to forskellige former for søgninger:

- En søgning på søgemaskinen 'Google'
- En facebook-søgning.

De to former for søgninger blev begge foretaget i perioden maj-juni 2016.

Der blev foretaget følgende afgrænsninger i søgningen af digitale behandlingstilbud:

- Der er kun medtaget tilbud udbudt i Danmark
- Der indgår kun tilbud til 18+ -årige personer
- Der indgår kun tilbud af digital karakter jf. Lee Ritterbands seks former for eHealth (4)
- Tilbuddene er målrettet mennesker med angst (ICD-10 F40-F43) og/eller depression (ICD-10 F32-34).

Google-søgning

Søgningerne på 'angst' blev foretaget først, herefter blev søgehistorikken på computeren slettet, inden søgningerne på 'depression' påbegyndtes. Til formålet blev der oprettet en søge-log med søgeord (se bilagstabel 1.1).

Søgeordene blev fundet intuitivt og ved søgning i eksisterende litteratur ud fra den formodning, at det bl.a. også er den måde, hvorpå en borger selv ville søge efter tilbud. Det blev vægtet, at søgeordene var mundrette og hverdagsnære såvel som mere fag- og behandlingsspecifikke. Søgeordene blev kombineret med henholdsvis 'angst' og 'depression'. Der er ikke brugt søgeord i henhold til Lee Ritterbands kategorisering af eHealth, men alligevel ses der sammenfald med to af kategorierne, fordi der er søgt på søgeordene 'online gruppe' og 'online terapi' ud fra en antagelse om, at disse er almenbrugte betegnelser i behandlingssammenhænge, som borgerne også kender til.

Af Bilagstabel 1.1 fremgår søgeloggen med antal søgninger, de benyttede søgeord, antal resultater som følge af søgningen og det relevante antal behandlingstilbud, som er inkluderet i analysen. Relevante behandlingstilbud fundet ved tidligere søgninger blev frasorteret i de efterfølgende, og således er kolonnen med relevante behandlingstilbud i bilagstabel 1.1 et udtryk for, hvor mange nye unikke tilbud der blev fundet ved de respektive søgninger.

Vurderingen af tilbud i henhold til de fastsatte afgrænsninger skete i følgende trin:

- Uanset det samlede antal resultater i hver søgning, blev alle resultater og annoncer på de tre første sider) af det antal sider, som Google først forslog som de mest relevante, læst grundigt igennem (i alt 30 resultater baseret på 10 resultater på hver side. Alle tilbud af relevans blev beskrevet i en dertil udviklet matrice (se Bilagsrapport (58)).

- Endvidere blev der foretaget stikprøver efter relevante behandlingstilbud på midterste og sidste side af det antal sider, som Google først foreslog, som de mest relevante resultater. Relevante behandlingstilbud identificeret ved stikprøveundersøgelse er også beskrevet i matricen.
- Ved resultater der ikke havde karakter af egentlige tilbud, men derimod af rapporter, artikler, notater etc., hvori der kan henvises til et konkret tilbud, blev der specifikt søgt på 'angst' og 'depression'. Hvis der herved blev fundet tilbud af relevans, søgtes tilbuddets egen hjemmeside lokaliseret med henblik på at foretage en grundigere beskrivelse af tilbuddet i matricen.

Som det fremgår af Bilagstabel 1.1 blev der i alt foretaget 26 søgninger, hvorved der i alt blev fundet 45 relevante og unikke tilbud.

Bilagstabel 1.1 Søgelog: Søgning af tilgængelige digitale tilbud til behandling af angst og depression på søgemaskinen 'Google'. Maj-juni 2016.

Søgning	Søgeord	Resultater*	Relevante behandlingstilbud**
1.	Computerbaseret kognitiv træning + angst	890	5
2.	Computerbaseret terapi + angst	670	2
3.	ehealth + angst	643	1
4.	Internetbaseret terapi + angst	3.860	6
5.	Internetprogram + angst	340.000	0
6.	Internetpsykiatri + angst	2.250	1
7.	IT-baseret behandling + angst	329.000	0
8.	Digital behandling + angst	421.000	2
9.	Digital tilbud + angst	196.000	2
10.	Online behandling + angst	253.000	1
11.	Online gruppe + angst	297.000	6
12.	Online terapi + angst	122.000	7
13.	Telepsykiatri + angst	2.480	1
14.	Computerbaseret kognitiv træning + depression	808	0
15.	Computerbaseret terapi + depression	646	1
16.	eHealth + depression	2.430	0
17.	Internetbaseret terapi + depression	2.600	2
18.	Internetprogram + depression	1.240	0
19.	Internetpsykiatri + depression	3.760	1
20.	IT-baseret behandling + depression	179.000	0
21.	Digital behandling + depression	116.000	0
22.	Digital tilbud + depression	139.000	0
23.	Online behandling + depression	268.000	1
24.	Online gruppe + depression	83.700	1
25.	Online terapi + depression	180.000	3
26.	Telepsykiatri + depression	2.530	2
I alt			45

Note: * Det samlede antal resultater, der er fremkommet ved hver søgning på de angivne søgeord.

** Antallet af relevante behandlingstilbud, der er fremkommet ved gennemlæsning af de tre første sider i hver søgning suppleret med relevante behandlingstilbud, som er identificeret ved stikprøve på den midterste og sidste side af det antal sider, som Google først foreslår som de mest relevante resultater.

Kilde: Baseret på søgning på internettet i maj-juni 2016. KORA.

Facebooksøgning

Online-grupper er en af kategorierne i Lee Ritterbands kategorisering af eHealth. Der er derfor også foretaget en søgning på Facebook med henblik på at identificere eventuelle fora og grupper for mennesker med angst og/eller depression.

Som det fremgår af bilagstabel 1.2 blev der i alt foretaget to søgninger på Facebook, hvorved der blev fundet seks tilbud af relevans. Som det gør sig gældende for søgningen på Google, så blev der her også frasorteret relevante grupper, som allerede var fundet ved tidligere søgninger. At der således er fundet seks grupper af relevans ved den første søgning på 'angst' men ingen på 'depression', er et udtryk for, at der er mange gengangere blandt grupperne, da der i gruppens navn både indgår ordet 'angst' og ordet 'depression'. Dette resulterede i, at der ved søgningen på 'depression' ikke blev fundet nogle nye unikke grupper.

Søgningen på Facebook blev foretaget i følgende trin:

- Der blev logget ind på Facebook med en privat profil.
- Der blev først søgt efter grupper, hvor 'angst' indgik i gruppens titel, dernæst efter grupper hvor 'depression' indgik i gruppens titel. Grupper med 'angst' og/eller 'depression' i titlen blev læst igennem, og i henhold til de ovenfor nævnte afgrænsninger blev grupper af relevans beskrevet i matricen. Kun dansksprogede grupper blev medtaget.
- Der blev ikke søgt om medlemskab i nogle af grupperne, og derfor blev gruppernes relevans kun vurderet ud fra den beskrivelse af gruppen, man kunne se uden at være medlem.

I søgeloggen i bilagstabel 1.2 fremgår antal søgninger, de benyttede søgeord, antal resultater som følge af søgningen og det antal relevante tilbud, som er inkluderet i analysen.

Bilagsfigur 1.2 Søgelog: søgning af tilgængelige digitale tilbud til behandling af angst og depression på Facebook. Maj-juni 2016.

Søgning	Søgeord	Resultater* (antal grupper)	Relevante behandlings- tilbud**
1.	Angst	99	6
2.	Depression	101	0
I alt			6

Note: * Det samlede antal resultater (grupper), der er fremkommet ved hver søgning på de angivne søgeord.

**Antallet af relevante behandlingstilbud, der er fremkommet ved gennemlæsning af alle resultater, som er fremkommet ved hver søgning på de angivne søgeord. Kun dansksprogede grupper er medtaget.

Kilde: Baseret på søgning på Facebook i maj-juni 2016. KORA

Bilag 2 Systematisk litteratursøgning

I dette bilag beskrives den systematiske litteratursøgning, der er foretaget med henblik på at finde i) digitale tilbud, som er under udvikling eller afprøvning i det danske sundhedsvæsen, samt ii) allerede evaluerede projekter af digitale behandlingstilbud i sundhedsvæsenet, som er givet til patienter med angst og/eller depression, henholdsvis iii) 'grå' litteratur, der har kunnet give et indblik i området som baggrund for denne rapport.

Søgestrategi

Den søgte litteratur er tidsafgrænset til perioden 1. januar 2006-medio maj 2016 (søgningen er afsluttet 18. maj 2016).

Søgningen er baseret på anvendelsen af såvel 'emneord' (overvejende anvendt i fagdatabaser) som fritext (overvejende anvendt på specifikke hjemmesider som fx Sundhedsstyrelsen og i patientforeningernes). Angst og depression er i henhold til projektets afgræsning ICD-10 koderne: F40-43 (angst) henholdsvis F32-F34 (depression)

Der er søgt i følgende databaser:

- Netpunkt/DanBib (fællesbase for danske biblioteker).
- SveMed+ (indeholder referencer til artikler fra skandinaviske tidsskrifter inden for emneområderne medicin, odontologi, sundhedsvæsen generelt, ergo- og fysioterapi m.m.).
- Den Danske Forskningsdatabase (database over forskning fra de danske universiteter. Den dækker publiceret litteratur: videnskabelige artikler, ph.d.-afhandlinger, præsentationer fra konferencer samt undervisningsnoter).
- PubMed (refererer til artikler fra ca. 4.500 internationale medicinske tidsskrifter fra USA og 70 andre lande fra 1950 og frem).
- PsycInfo (bibliografisk database inden for psykologi, sociologi og sundhedsvidenskab. Basen dækker tidsskriftartikler, kapitler i bøger, disputatser og tekniske rapporter fra 1967 og frem).

Der er søgt på følgende hjemmesider omfattende styrelser, medicinske selskaber, patientforeninger m.fl.:

- **Styrelser, regioner og forskningsenheder:**
 - Digitaliseringsstyrelsen
 - Sundhedsstyrelsen
 - Socialstyrelsen
 - Danske Regioner
 - Telepsykiatrisk Forskningsenhed, Region Syddanmark.
- **Medicinske selskaber:**
 - Dansk Psykiatrisk Selskab
 - Dansk Psykologforening, artikelarkiv for P - Psykologernes Fagmagasin.
- **Patientforeninger m.fl.:**
 - Angstforeningen
 - Depressionsforeningen

- OCD-foreningen
- Psykiatrifonden.
- **Specifikke tidsskrifter:**
 - Internet Interventions
 - Journal of Telemedicine and Telecare.
- **Andre af relevans:**
 - MasterMind
 - MedCom
 - Direkte på internettet gennem søgemaskinen Google.

I de efterfølgende afsnit beskrives de specifikke søgninger i henhold til ovenstående liste af databaser og hjemmesider. Der er for hver søgning angivet det antal fund, som er lagt i KORAs litteraturlitdatabase 'Refworks', der er oprettet til denne rapport. I tilfælde af, at alle fund ikke er fundet relevante, er dette angivet.

Søgning i databaser

Netpunkt / DanBib

(lem = emneord):

S1 (lem=netterapi) eller (lem=online terapi) og år>2006: 13 fund

S2 (lem=internet) og (lem=psykoterapi) eller (lem=psykologisk behandling) eller (lem=psykiatri) og år>2006: 24 fund

S3 (S1 eller S2): 26 fund gennemset, heraf **18** til Refworks til videre gennemsyn (øvrige ikke relevante i forhold til inklusionskriterier)

S4 (lem=virtual reality og sp=dan og år>2006): 58 fund gennemset, **4** valgt til Refworks

S5 (lem=mobiltelefoner og sp=dan og år>2006) eller (lem=smartphones og sp=dan og år>2006) eller (lem=iphone og sp=dan og år>2006) eller (lem=apps og sp=dan og år>2006) eller (lem=ipad og sp=dan og år>2006) eller (lem=tablets og sp=dan og år>2006): (1322 fund)

S6 (lem=psykoterapi og sp=dan og år>2006) eller (lem=psykiatri og sp=dan og år>2006) eller (lem=kognitiv terapi og sp=dan og år>2006) eller (lem=adfærdsterapi og sp=dan og år>2006) eller (lem=angsttilstande og sp=dan og år>2006) eller (lem=angst og sp=dan og år>2006) eller (lem=depression og sp=dan og år>2006) eller (lem=obsessiv-kompulsiv tilstand og sp=dan og år>2006) eller (lem=ocd og sp=dan og år>2006) eller (lem=belastnings-sygdomme og sp=dan og år>2006) eller (lem=ptsd og sp=dan og år>2006) eller (lem=post-traumatic stress disorder og sp=dan og år>2006) eller (lem=acute stress disorder og sp=dan og år>2006) eller (lem=fobier og sp=dan og år>2006) eller (lem=socialfobi og sp=dan og år>2006) eller (lem=fobisk angst og sp=dan og år>2006) eller (lem=agorafobi og sp=dan og år>2006): (3840 fund)

S7 (S5 og S6): **2** fund, til Refworks

S8 (lem=computerspil og sp=dan og år=2006) eller ((lem=spil og sp=dan og år=2006) eller (lem=internet og sp=dan og år=2006)) eller (lem=online rollespil og sp=dan og år=2006) eller ((lem=internet og sp=dan og år=2006) og (lem=rollespil og sp=dan og år=2006)): (862 fund)

S9 (S6 og S8): 0 fund

S10 cyber? og psyk? og sp=dan og år>2006: 17 fund gennemset, **1** til Refworks

S11 Skype? og år>2006: 27 fund gennemset, **1** til Refworks (2 andre haves)
 S12 Internetbaser? og psyk? og år>2006: 11 fund, **1** til Refworks
 S13 IBT og sp=dan og år>2006: 2 fund haves
 S14 CBT og computer? og sp=dan og år>2006: **1** fund, til Refworks
 S15 ICBT og år>2006: 5 fund, **1** til Refworks (ikke dansk)
 S16 Telepsykiatri? og år>2006: 8 fund, **6** til Refworks
 S17 Telemedicin? og psykiatri? og år>2006: 7 fund, **2** til Refworks (øvrige haves)
 S18 Telemedicin? og økonomi? og år>2006: 4 fund, **1** til Refworks
 S19 Telemedicin? og organisering? og år>2006: 2 fund, 1 haves, **1** til Refworks
 S20 Ifo=Mucic Davor: 2 fund, **1** til Refworks, 1 haves

SveMed

S1 Depression* OR exp:"Depression" OR exp:"Depressive disorder" OR Angst* OR exp:"Anxiety" OR exp:"Anxiety disorders" OR Fobi* OR exp:"Phobic Disorders" OR Socialfobi* OR Panikangst* OR exp:"Panic Disorder" OR exp:"Obsessive-Compulsive Disorder" OR ocd* OR ptsd OR exp:"Stress Disorders, Post-Traumatic": (2782)
 S2 Exp:"Internet" OR Internet* OR exp:"Telemedicine" OR exp:"Remote Consultation" OR exp:"Mobile Applications" OR exp:"Videoconferencing" OR exp:"Online Systems" OR Skype* OR Virtual* OR Virtuel* OR Online*: (1331)
 S3 (S2 AND S1): 31 fund, heraf 3 på dansk gennemset, **1** til Refworks samt 10 på engelsk gennemset, men ingen relevante mht. at omhandle danske forhold

Den Danske Forskningsdatabase

Internet* psykiatr*: 13 fund, ingen relevante
 Internet* anxiety: 12 fund, **6** til Refworks
 Internet* depress*: 8 fund, **3** til Refworks
 Internet* stress*: 12 fund, gennemset, **1** til Refworks
 Internet* OCD: 2 fund, **1** til Refworks, 1 haves
 Internet* PTSD*: 0 fund
 Internet* posttraum*: 1 fund, haves
 E-psyk* or I-psyk*: 0 fund
 E-psych* or I-psych*: 0 fund
 Telemedicin* psyk*: 5 fund, ingen valgt
 Telemedicin* angst*: 0 fund
 Telemedicin* anxiety: **1** fund, til Refworks
 Telemedicin* depress*: 2 fund, 1 haves, 1 ikke relevant
 Telemedicin* organi*: 16 fund, **2** til Refworks
 Telemedicin* økonomi*: 2 fund, ikke relevante
 Telemedicin* econom*: 25 fund gennemset, ingen valgt
 IBT: 37 fund, gennemset, 2 evt. relevante haves
 Skype* psych*: 4 fund, 2 evt. relevante haves
 Skype* psyk*: 3 fund, alle haves
 Skype* depress*: 0 fund
 Skype* anxiety: 0 fund
 Skype* angst*: 1 fund, ikke relevant

Skype* phobi*: 0 fund
 Skype* fobi*: 0 fund
 Skype* OCD: 0 fund
 Skype* obsessiv*: 0 fund
 Skype* posttrauma*: 0 fund
 Skype* PTSD: 0 fund
 Cyber* psych*: 39 fund, gennemset, ingen relevante
 Cyber* psyk*: 6 fund, heraf 1 evt. relevant, haves
 Cyber* depress*: 0 fund
 Cyber* anxiety: 3 fund, ikke relevante
 Cyber* angst*: 0 fund
 Cyber* phobi*: 1 fund, ikke relevant
 Cyber* fobi*: 0 fund
 Cyber* posttrauma*: 0 fund
 Cyber* PTSD: 0 fund
 Netterapi*: 2 fund, **1** til Refworks, 1 haves
 Internet* empowerment: 10 fund gennemset, **1** evt. relevant til Refworks
 Psych* empowerment: 74 fund gennemset, **3** til Refworks
 Depress* empowerment: 2 fund, **1** til Refworks, 1 haves
 Anxiety* empowerment: 0 fund
 Angst* empowerment: 0 fund
 Phobi* empowerment: 0 fund
 Fobi* empowerment: 0 fund
 Stress* empowerment: 11 fund, gennemset, **1** til Refworks, 1 haves
 PTSD* empowerment: 1 fund, ikke relevant
 OCD empowerment: 0 fund
 Obsessiv* empowerment: 0 fund
 Posttrauma* empowerment: 0 fund
 Depress* computer*: 18 fund, heraf 1 evt. relevant, haves
 Anxiety computer*: 6 fund, 1 haves, øvrige ikke relevante
 Angst* computer*: 4 fund, heraf 2 evt. relevante, haves
 OCD* computer*: 1 fund, haves
 Posttrauma* computer*: 1 fund, ikke relevant
 PTSD computer*: 0 fund
 Depress* computerspil* / Depress* computer-spil*: 0 fund
 Depress* spil*: 14 fund, ikke relevante
 Depress* game*: 4 fund, gennemset, **1** til Refworks
 Anxiety game*: 8 fund, ikke relevante
 Angst* spil*: 11 fund
 Angst* game*: 1 fund, ikke relevant
 Posttrauma* game*: 1 fund, ikke relevant
 PTSD game*: 0 fund
 OCD game*: 0 fund

Obsessiv* game*: 0 fund

PubMed

S1 (((("Depression/therapy"[Mesh]) AND "Internet"[Mesh] AND "last 10 years"[PDat])) AND ("Denmark"[MeSH Terms] OR "Denmark"[All Fields])): 1 fund, ikke relevant

S2 (("Anxiety/therapy"[Mesh] OR "Anxiety Disorders/therapy"[Mesh]) AND "Internet"[Mesh] AND "last 10 years"[PDat])) AND ("Denmark"[MeSH Terms] OR "Denmark"[All Fields]): 0 fund

S3 (("Internet"[MeSH Terms] OR "internet"[All Fields]) AND ("intervention"[All Fields] AND (("depressive disorder"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "depressive disorder"[All Fields] OR "depression"[All Fields] OR "depression"[MeSH Terms]) AND ("Denmark"[MeSH Terms] OR "Denmark"[All Fields]))): 7 fund, ingen valgt (ikke relevante, 1 haves)

S4 ICBT[All Fields] AND (("Denmark"[MeSH Terms] OR "Denmark"[All Fields]) OR Danish[All Fields]) AND ("2006/05/22"[PDat] : "2016/05/18"[PDat])

S5 (Skype[All Fields] AND ("therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields]) AND ("Denmark"[MeSH Terms] OR "Denmark"[All Fields])) AND ("2006/05/22"[PDat] : "2016/05/18"[PDat]): 0 fund

S6 (Telepsychiatry[All Fields] AND ("Denmark"[MeSH Terms] OR "Denmark"[All Fields])) AND ("2006/05/22"[PDat] : "2016/05/18"[PDat]): 4 fund, 2 til Refworks, øvrige ikke relevante

S7 ("Telemedicine"[MeSH Terms] OR "telemedicine"[All Fields]) AND ("psychiatry"[MeSH Terms] OR "psychiatry"[All Fields]) AND ("Denmark"[MeSH Terms] OR "Denmark"[All Fields])) AND ("2006/05/22"[PDat] : "2016/05/18"[PDat]): 4 fund, ikke relevante

PsycInfo:

S1 Exp Online therapy [*Used For: Cybercounseling, E-Therapy, Internet Counseling, Teletherapy, Web Based Mental Health Services*] AND (Exp major depression/ OR exp anxiety disorders/ OR exp generalized anxiety disorder/ OR exp obsessive compulsive disorder/ OR exp phobias/ OR exp posttraumatic stress disorder/), 2006:2016.(sa_year): 369 fund

S2 (S1 AND Denmark.mp.): 0 fund

S3 (S1 AND Danish.mp.): 0 fund

S4 (S1 AND copenhagen.mp.): 0 fund

S5 (S1 AND (Danish or Denmark).af.[All fields]): 5 fund, gennemset, men ikke relevante

Søgning på hjemmesider

Styrelser, regioner og forskningsenheder:

- **Digitaliseringsstyrelsen**, gennemset:
- Internetpsykiatri: <http://www.digst.dk/Digital-velfaerd/Initiativer-og-projekter/Initiativer-i-Telemedicinsk-handlingsplan/Internetpsykiatri>: 1 fund til Refworks
- Telepsykiatri: <http://www.digst.dk/Digital-velfaerd/Initiativer-og-projekter/Initiativer-i-Telemedicinsk-handlingsplan/Telepsykiatri>: 2 fund til Refworks
- Projekter under Fonden Velfærdsteknologi: <http://www.digst.dk/Digital-velfaerd/Initiativer-og-projekter/Projekter-under-Fonden-for-velfaerdsteknologi>: 1 til Refworks, 1 haves, øvrige ikke relevante
- Rapporter og analyser: <http://www.digst.dk/Digital-velfaerd/Rapporter-og-analyser>: 2 til Refworks

- **Sundhedsstyrelsen**, alle udgivelser vedr. behandling af psykisk sygdom gennemset: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/psykisk-sygdom/udgivelser>: 3 fund til Refworks
- **Socialstyrelsen**, Vidensportalen, Emnegruppe: Voksne, Mennesker med psykiske vanskeligheder: <http://vidensportal.dk/voksne/Mennesker-med-psykiske-vanskeligheder>: 1 publikation til Refworks. Søgning i portalen på Angst, Depression, Computer, Internet, Mobil, Netbaseret, Netterapi, OCD, PTSD, Psykiatri, Virtuel: ingen valgt
- **Danske Regioner**, publikationer, Psykiatri gennemset: <http://www.regioner.dk/publikationer/psykiatri>: 1 til Refworks
- Telepsykiatrisk Forskningsenhed, Region Syddanmark, publikationer gennemset: <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm474431>: 1 til Refworks, 3 andre findes

Medicinske selskaber

- **Dansk Psykiatrisk Selskab**, publikationer gennemset: <http://www.dpsnet.dk/publikationer/dps-rapporter/>: ingen valgt
- **Dansk Psykologforening**, artikelarkiv for *Fagmagasinet P* gennemset: <http://www.dp.dk/p-psykologernes-fagmagasin/artikelarkiv/>: 2 til Refworks, en del findes i forvejen fra søgning i Netpunkt. Emnearkiv for: "Angst" og "Depression", "Behandling", "Psykologens arbejdsområder" og "Psykiatri" gennemset: ingen er valgt

Patientforeninger m.fl.:

- **Angstforeningen**, siden gennemset: <http://www.angstforeningen.dk/>: intet valgt
- **Depressionsforeningen**, siden gennemset: <http://depressionsforeningen.dk/>: intet valgt
- **OCD-foreningen**, siden gennemset: <http://ocd-foreningen.dk/>: intet valgt
- **Psykiatrifonden**, materialer og udgivelser gennemset: <http://www.psykiatrifonden.dk/viden/materialer-og-udgivelser.aspx>: 1 til Refworks

Specifikke tidsskrifter:

- **Internet Interventions**: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/22147829>. Søgning på "Denmark": 5 fund, 2 til Refworks. Søgning på "Danish": 1 fund, findes
- **Journal of Telemedicine and Telecare**: <http://jtt.sagepub.com/>: Søgning på "Denmark": 67 fund, gennemset, 2 findes (Mucic), øvrige ikke relevante (omhandler KOL, diabetes mv.). Søgning på "Danish": 32 fund, 2 findes (samme), øvrige ikke relevante

Andre af relevans:

- **MasterMind**, publikationer gennemset: <http://mastermind-project.eu/scientific-publications/>: 3 til Refworks
- **MedCom**, publikationer gennemset: <http://medcom.dk/opslag/publikationer/alle-publikationer-alfabetisk>: 2 til Refworks, 3 andre findes, øvrige ikke relevante
- **Internet/Google**: Telepsykiatri, de første 5 sider er gennemset, 4 referencer til Refworks

Organisering af fund

I alt resulterede søgningerne i 87 fund, som blev organiseret i følgende mapper i Refworks-basen: Internet-interventioner (34), Mobile enheder (8), Online-grupper (4), Online-terapi (14+6), Spil (1), Virtual reality (4), Organisering (4), Økonomi (2), Diverse (14).

Bilag 3 Oversigt over undersøgelsens digitale tilbud

Dette bilag giver en oversigt over forskellige digitale tilbud til behandling af angst og depression identificeret i KORAs undersøgelse (kapitel 5, 6 og 7); 54 behandlingstilbud, 6 igangværende forskningsprojekter⁹⁶, 4 infrastrukturer samt afsluttede 6 projektevalueringer.

De digitale behandlingstilbud er i Bilagstabel 3.1 inddelt efter type af organisering, dvs. i det offentlige sundhedsvæsen, på det private marked, offentlig-privat samarbejde samt civile tilbud. Yderligere er tilbuddene kategoriseret i henhold til Ritterbands (4) kategoriseringer af eHealth. De igangværende forskningsprojekter er opsat skematisk i Bilagstabel 3.2, mens Bilagstabel 3.3 omfatter en oversigt over infrastrukturer for digitalisering af psykiatrisk behandling i det offentlige sundhedsvæsen. Af Bilagstabel 3.4 fremgår de afsluttede projektevalueringer, som indgår i denne undersøgelse.

Bilagstabel 3.1 Oversigt over behandlingstilbud til angst og depression fordelt på organisering, eHealth-kategori og kapitel i denne rapport. KORA maj-september 2016.

Type af organisering	eHealth-kategori, titel på tilbud v/udbyder	Reference	Kap.5	Kap. 6
Det offentlige sundhedsvæsen				
	Internet-intervention:			
	Arbejdsmarkedsrettet kognitiv træning (computertræningsøvelser, psykologcoaching, undervisning m.m.) v/Region Midtjylland	(103)	X	
*	Remind (moduler målrettet patientbehandling) v/Region Midtjylland	(120)		X
	Online-terapi:			
	Screening af selvhenviste patienter (screening via video) v/Region Syddanmark	(92)		X
	Telepsykiatrisk hjemmebehandling (behandling via video) v/Region Syddanmark	(136,160)		X
	Videokonsultation til gerontopsykiatriske patienter på Samsø (behandling via video) v/Region Midtjylland	(116)		X
Det private marked				
	Internet-intervention:			
	Det Mentale Motionscenter (hjemmeside) v/Psykiatrifonden	(95)	X	
	FearFighter (computertræningsøvelser, evt. med psykologstøtte) v/Context Consulting ApS	(74)	X	
	Gratis hjælp (brevkasse og online-kurser) v/Angststrategier.dk	(67)	X	
	Gratis online mindfulness (kursus) v/Powerflow	(90)	X	
	Hypnosestreaming (streamingtjeneste) v/LivskvalitetsPartner	(86)	X	

⁹⁶ I alle seks forskningsprojekter rekrutteres der patienter til behandling. Dermed er der i KORAs undersøgelse i alt fundet 60 digitale tilbud til behandling af angst og depression.

	Interaktiv angstbehandling (hjemmeside, videoer, supportfunktion m.m.) v/Angstekspert	(61)	X	
**	Modul 1.0 og modul 2.0 (hjemmeside) v/Bryd Angsten	(70)	X	
***	Online-kurser (kursus) v/Godstart.nu	(80)	X	
	Online-kurser (kursus) v/Slip Angsten	(104)	X	
	Online-terapi:			
	Coaching og terapi via Skype (coaching og terapi) v/Coaching & terapi Christina Bertelsen	(73)	X	
	E-terapi (terapi) v/psykolog Anita Øland	(97)	X	
	Internetbaseret psykologisk behandling (terapi) v/Psykologlinjen	(100)	X	
	Internetbaseret terapi (terapi) v/Psykologhuset Sdr. Palæ	(98)	X	
	Kognitiv terapi online (terapi) v/Kognitiv terapi online	(85)	X	
	Mentorsamtaler (samtale) v/Stopangsten.dk	(106)	X	
	Online-samtaler (terapi) v/Gomentor (portal)	(81)	X	
	Online-terapi (terapi) v/Aktiv Terapi	(59)	X	
	Online-terapi (terapi) v/Hannah van de Veer Hypnose og Terapi	(82)	X	
	Online-terapi (terapi) v/Liv Johns – psykoterapi i København	(109)	X	
	Online-terapi (terapi) v/Neokognitivt Institut – Institut for moderne psykologi	(99)	X	
	Online-terapi (terapi) v/Psykisk Sundhed	(96)	X	
	Online-terapi (terapi) v/Susanne Vejen Vig, Terapi i Hjertet af København	(107)	X	
	Online-terapi (terapi) v/Therapion Consulting (portal)	(108)	X	
	Online-terapi og coaching (terapi og coaching) v/Mind CPH	(87)	X	
	Online-terapi over Skype el. e-mail (terapi) v/Center for Selvværd, Elsk dig selv	(71)	X	
	Skype-terapi (terapi) v/ Christianshavns Kognitive Psykolog Klinik	(72)	X	
	Skype-terapi (terapi) v/JLM Terapi	(84)	X	
	Telepsykiatri (behandling) v/ Behandlingscentret Den Lille Prins	(68)	X	X
****	Telepsykiatri (diagnostik og behandling) v/Dansk Telepsykiatri	(75)	X	
	Terapi (terapi) v/Psykologonline	(101)	X	
	Mobilteknologi:			
	DoDoneGone (webtjeneste) v/It-Universitetet København, Ergoterapeutuddannelsen Professionshøjskolen Metropol, Psykoterapeutisk Center Stolpegård og Peking Universitet	(83)	X	
	Let's Talk, tidligere Mit Humør (app) v/ Eli-Lilly & Company, Depressionsforeningen og psykiater Bodil Andersen	(78)	X	
Offentlig-privat samarbejde #				
	Internet-intervention:			

*****	Internetpsykiatrien (FearFighter og NoDep) (computertræningsøvelser, evt. med psykologstøtte) v/Telepsykiatrisk Center i Region Syddanmark og Monsenso ApS	(92,134)	X	X
	Online-gruppe:			
	Minhverdag.nu (online-forum) v/Ministeriet for børn, ligestilling, integration og sociale forhold og TrygFonden	(88)	X	
	Mobilteknologi:			
*****	Mindapps.dk (hjemmeside med oversigt over apps) v/Psykiatrien i Region Syddanmark, Telepsykiatrisk Center, og Colab Recovery & Rehab	(93)	X	
	Minvej (app) v/Forskningsenheden i Københavns Kommunes Socialforvaltning og Bridge-IT	(69)	X	
*****	Monsenso tidligere Daybuilder (webportal og app) v/Monsenso ApS	(102)	X	
Civile tilbud				
	Online-gruppe:			
	Angstforeningen (Facebookgruppe) v/Angstforeningen	(62)	X	
	Angst Forum (Facebookgruppe) v/Mette Aalykke	(60)	X	
	Angsthødet (Facebookgruppe) v/ukendt	(66)	X	
	Chat (chat) v/Angstforeningen	(63)	X	
	Depression, angst og sårbarhed (Facebookgruppe) v/Maja Hansen	(77)	X	
	Folk med depression og/eller angst er også mennesker... (Facebookgruppe) v/ukendt	(79)	X	
	Forum (onlineforum) v/Angstforeningen	(64)	X	
	Mødestedet (Facebookgruppe) v/Angstforeningen	(65)	X	
	Mødestedet (hjemmeside med chat, brevkasse, debatforum m.m.) v/DepNet.dk (Depressionsforeningen)	(76)	X	
	Mød din angst (Facebookgruppe) v/Powerflow	(91)	X	
	Os med stress, angst og/eller depression (Facebookgruppe) v/Charlotte Bahne	(89)	X	
	Slip angsten – på din egen måde... (Facebookgruppe) v/Signe Lund	(105)	X	
I alt	54 behandlingstilbud			

Note: # I denne del af tabellen er de tilbud, vi har kunnet identificere som værende udviklet i et offentlig-privat samarbejde, opført. Der kan være flere.

* Remind er også en ny infrastruktur i form af en platform. Platformen er både et digitalt samlingssted, et 'bibliotek', med en stor mængde viden tilgængelig for behandlere, samt et redskab, der med forskellige, valgfrie moduler kan understøtte digital kommunikation mellem behandler og patient, som beskrevet i kapitel 6.

** Tilbuddet ligger fortsat tilgængeligt på internettet men er ikke opdateret siden 2013.

*** Det fremgik af tilbuddets hjemmeside i oktober 2016, at tilbuddet stopper pr. 01.01.2017, men i november 2016 er hjemmesiden lukket.

**** Behandlercentret Den Lille Prins repræsenterer samtidig en ny infrastruktur med etablering af et konsultationsrum med krypteret videoforbindelse og fjernstyret kamera til sikker online-terapi, som beskrevet i kapitel 6.

***** Det er alene softwaren under handelsnavnet NoDep, der er udviklet i et offentligt-privat-samarbejde.

***** Colab Recovery & Rehab er en udviklingsenhed og samarbejdsmodel for offentlig-privat-udvikling på tværs af sundhedsvæsenet.

***** Appen Daybuilder er oprindeligt udviklet i et offentligt-privat samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri, Center for Sundhedsinnovation og Daybuilder Solutions (111,112). Daybuilder Solutions er d. 1.12.2015 opkøbt af Monsenso ApS og integreret i virksomhedens eksisterende mHealth løsninger.

Kilde: Udarbejdet af KORA oktober 2016.

Bilagstabel 3.2 Oversigt over igangværende forskningsprojekter i sundhedsvæsenet. Digital behandling af angst og/eller depression fordelt på organisering eHealth-kategori og kapitel i denne rapport. KORA maj-september 2016.

Type af organisering	Titel på projekt v/region	Reference	Kap. 5	Kap. 6
Det offentlige sundhedsvæsen				
	Internet-intervention:			
*	Blended CBT-projekt (Blended care) v/Region Syddanmark	(94,144)	X	X
	FearFighter-projekt v/Region Hovedstaden	(152)		X
	Online-terapi:			
	Collavi-projekt v/Region Syddanmark	(147-149)		X
Offentlig-privat samarbejde #				
	Mobilteknologi:			
**	ENTER-forskningsprogram v/Region Syddanmark, Klinisk Institut og Institut for Psykologi ved Syddansk Universitet, Danish Center for Healthcare Improvements ved Aalborg Universitet samt virksomhederne Monsenso ApS og Context Consulting ApS	(150,151)		X
	RADMIS-projekt v/Region Hovedstaden, Psykiatrisk Center København, Danmarks Tekniske Universitet, Københavns Universitet og Monsenso ApS.	(158,159)		X
	SAFE II-projekt v/Region Hovedstaden og Monsenso ApS	(153,156,157)		X

Note: # I denne del af tabellen er de tilbud, vi har kunnet identificere som værende udviklet i et offentlig-privat samarbejde, oplistet. Der kan være flere.

* Projektet kombinerer internet-interventioner (internetbaserede moduler) og online-terapi.

** ENTER er et forskningsprogram bestående af seks projekter med forskelligartede design med internet-interventioner og Mobilteknologi

Kilde: Udarbejdet af KORA oktober 2016.

Bilagstabel 3.3 Oversigt over infrastrukturer for digitalisering af psykiatrisk behandling i det offentlige sundhedsvæsen. KORA maj-september 2016.

Type af organisering	Titel på infrastruktur v/region	Reference	Kap. 6
Det offentlige sundhedsvæsen			
*	Konsultationsrum med krypteret videoforbindelse og fjernstyret kamera til sikker online-terapi mellem patienter på Bornholm og Behandlingscentret Den Lille Prins, København v/Region Hovedstaden Psykiatrisk Center Bornholm	(68)	X
	Sundhedsplatformen v/Region Hovedstaden og Region Sjælland	(124-126)	X
	Telepsykiatrisk Center, herunder en hjemmeside til selvhenvisning, v/Region Syddanmark	(92,130,131)	X
Offentlig-privat samarbejde #			
	Platformen Remind v/Region Midtjylland, Psykiatri og Social, og Appinux	(120)	X

Note: # I denne del af tabellen er de tilbud, vi har kunnet identificere som værende udviklet i et offentlig-privat samarbejde, oplistet. Der kan være flere.

* Jf. filmindslag med interview med centerleder på hjemmesiden.

Kilde: Udarbejdet af KORA oktober 2016.

Bilagstabel 3.4 Oversigt over afsluttede projektevalueringer fordelt på eHealth-kategorier. KORA maj-september 2016.

Afsluttede projektevalueringer	Titel på projekt v/region	Reference	Kap. 7
	Internet-intervention:		
	FearFighter-projekt v/Region Midtjylland	(135,164)	X
	NoDep-projekt v/Region Syddanmark	(132)	X
	Online-terapi:		
	4 psykiatriske online-terapi-projekter på tværs af sektorer og regioner v/Behandlingscentret Den Lille Prins i Region Hovedstaden	(52,161-163)	X

Kilde: Udarbejdet af KORA oktober 2016.

Bilag 4 Eksempler på brug af Remind ved depression henholdsvis angst

I bilagsboks 4.1 er der givet en beskrivelse af hvordan en sygeplejerske forestiller sig, at Remind kan bruges i forbindelse med behandling af depression henholdsvis angst.

Bilagsboks 4.1 Beskrivelse af hvorledes Remind kan bruges i forbindelse med depression henholdsvis angst – Region Midtjylland

En sygeplejerske giver et eksempel på, hvordan hun forestiller sig, at Remind kan bruges i akutteamet til affektive lidelser, som hun indgår i:

- Teamet behandler patienter, diagnosticeret med moderat eller svær depression i forløb fra 2-14 dages varighed. I den periode kan modulerne 'Video', 'Kalender' og 'Mål' bruges som støtteredskaber til at holde kontakt og vurdere patientens tilstand.
- Patienten vil kunne score sin egen oplevelse af depression i et skema til selvvurdering.
- Patienterne vil have mulighed for at forsætte med at bruge Remind efter endt behandling eller ved en eventuel indlæggelse. Efter endt behandling kan patienten ikke kontakte behandleren over platformen, men vil stadig kunne få teknisk support i begrænset omfang fra et servicecenter⁹⁷.

Ved depression kan patienten fx udfylde en 'Forebyggelsesplan', hvori patienten beskriver sine tegn på depression og risikosituationer. Det er ligeledes her muligt at finde og følge den handleplan, som patienten har udarbejdet sammen med behandleren.

Scenarie ved angstbehandling

Remind indeholder i modulet 'Servicekatalog' forskellige kognitive skemaer⁹⁸, undervisningsvideoer og moduler til understøttelse af bl.a. behandling af angst og depression. Følgende scenarie giver et eksempel på, hvorledes angstbehandling kan understøttes med Remind:

1. trin: Behandleren opretter patienten i Remind. Følgende moduler kan være relevante: Dagbog, 'Mine aktiviteter' (hvor man lægger diverse kognitive skemaer) samt 'Akut-modulet', hvor patienten kan tilgå pdf'er, lydfiler og billeder, selvom der ikke er netforbindelse.
2. trin: Appen installeres på patientens telefon, for at filerne i 'Akut-modulet' kan tilgås offline⁹⁹.
3. trin: Patient og behandler udfylder i fællesskab fx et 'Mestringsskema' for en situation, hvor patienten typisk får et angstanfald. Det kan fx være i forbindelse med at køre i bus.

⁹⁷ 'Fælles servicecenter' i Region Midtjylland er købt og betalt af 19 kommuner og regionen, og er tænkt som en enhed, hvor man i forhold til specifikke aftalte telesundhedsydelse kan henvende sig som medarbejder, borger eller patient for support.

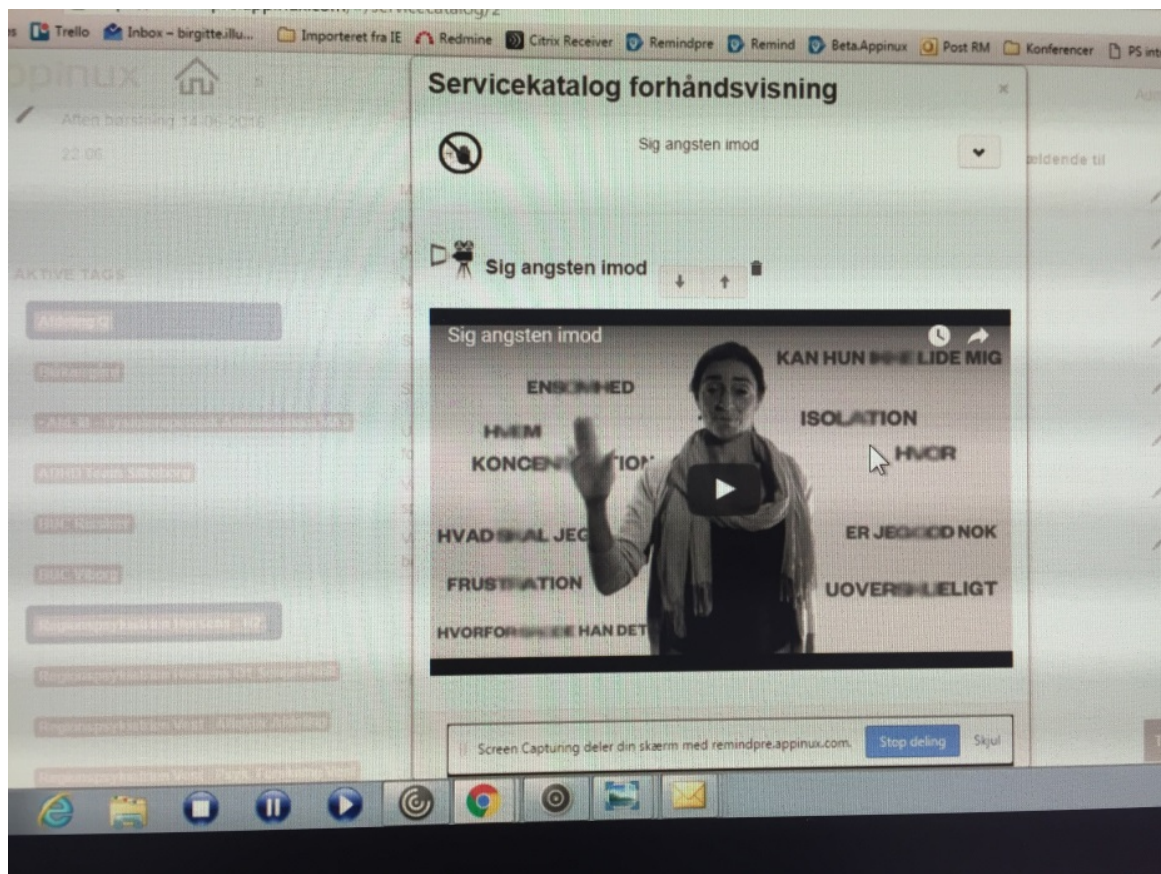
⁹⁸ Remind indeholder til angstbehandling to arbejdsskemaer til kognitiv terapi, hvori patienten fx kan registrere angstanfald (tilgået 14. juni 2016).

⁹⁹ Anvendelse af Akut-modulet kan foregå offline, hvis patienten har downloadet appen til sin telefon. Alternativt er internetadgang en forudsætning for at anvende modulet. Adgang til Akut-modulet kan fx være nødvendig på vej til bussen, hvor de første symptomer begynder at melde sig, hvor patienten kan have brug for at gå ind i appen og åbne pdf'en fra det mestringsskema, som denne har udfyldt med behandleren og dermed få støtte til at bekæmpe angsten.

Bilagsboks 4.1 Beskrivelse af hvorledes Remind kan bruges i forbindelse med depression henholdsvis angst – Region Midtjylland

4. trin: Skemaet ligger i 'Mine aktiviteter' og kan til enhver tid tilgås der. Det kan kopieres og ændres, hvis nogle forudsætninger eller handleplanen skal ændres.
5. trin: Når skemaet er udfyldt, lægger behandleren det som en pdf-fil i 'Akut-modulet'.
6. På den måde kan patienten se, hvilken handleplan der er aftalt med behandleren, når de første forvarsler på angst begynder at melde sig. Ligeledes vil patienten kunne finde nogle beroligende lydfiler samt billeder. Endvidere vil patienten også kunne have en pdf-fil med akut-telefonnumre og personer, der kan kontaktes.
7. Patienten vil også kunne føre dagbog, monitorere resultater eller se video med psykoedukation, se bilagsfigur 4.1.

Bilagsfigur 4.1 Digital behandling af angst. Skærbillede af video med psykoedukation i modulet 'Servicekatalog' i platformen Remind, Region Midtjylland.



Kilde: Test af Remind's patientfunktion, KORA juni 2016.



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

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