

Internettbaserte selvhjelpsverktøy mot depresjon: Utfordringer og strategier ved implementering

Av Egil Haga, Hanne Sofie Wernø Nilsson, Simen Aurstad Gjernes og Ingunn Legard

SAMMENDRAG

Internettbaserte selvhjelpsverktøy, basert på kognitiv atferdsterapi (iKAT), har de senere årene blitt introdusert for å gjøre behandling mot depresjon mer tilgjengelig. Dette er særlig aktuelt for personer med milde til moderate former for depresjon. Forskningen viser at iKAT er like effektiv som ordinær kognitiv atferdsterapi (KAT) når den gjennomføres med veiledning av helsepersonell. Effekten av verktøyene er nært knyttet til implementeringskvalitet. Barrierer for implementering i primærhelsetjenesten viser seg blant annet å være utfordringer med å innføre nye rutiner i konkurranse med eksisterende tiltak, ha tid til tilstrekkelig opplæring av helsepersonell som skal ta verktøyet i bruk for sine pasienter og manglende systematikk i implementeringen. Helsemyndighetene har gjennom Direktoratet for e-helse initiert etableringen av en felles mestringsportal der slike selvhjelpsverktøy skal gjøres tilgjengelige for helsepersonell og befolkningen. En slik felles plattform vil styrke implementeringen. I tillegg er det behov for prosjekter der man spesifikt monitorerer og evaluerer implementering av slike verktøy som grunnlag for å utforme en systematisk implementeringsstrategi. Som eksempel på et enkelttiltak foreslår vi at implementeringskvaliteten kan styrkes ved å gi bedre opplæring og oppfølging av veilederne, særlig gjelder dette innholdet og omfanget av veiledningen med tanke på å styrke etterlevelse og motvirke drop-out.

ABSTRACT

Internet-based self-help programmes, based on cognitive behavioural therapy (iCBT), have over the past years been introduced to increase access to treatment for depression. Research show that iCBT is equally effective as ordinary cognitive behavioural therapy (CBT) when offered with guidance and support by health personnel. The effectiveness is closely related to quality of implementation. Known barriers for implementation in primary health care are challenges related to introducing new practices that are competing with already existing routines, having sufficient time for training of health personnel that will include the new tools in their practice, and lack of a systematic approach to implementation. The Norwegian Directorate of eHealth has recently initiated a new portal for e-health tools in order to make such tools more accessible for users and health personnel, and to strengthen implementation. Additionally, there will be a need for projects where implementation of iCBT in routine practice is monitored and assessed so that more systematic strategies for implementation can be developed. We also propose that the quality of implementation may be strengthened by providing better training and follow-up of health personnel who are guiding users of the tools, to increase compliance and reduce drop-out rates.



EN RELATIVT STOR ANDEL av befolkningen, ca. 20%, vil i løpet av livet ha en depressiv episode. Man anslår videre at andelen med depresjon innenfor en 12 måneders periode er omtrent 10% (Reneflot et al., 2018). Depresjon er et folkehelseproblem både på grunn av den hyppige forekomsten og på grunn av de belastningene lidelsen medfører for enkeltpersonene som rammes og deres nettverk. De samfunnsmessige kostnadene knyttet til behandling og tapt arbeidsdeltakelse er betydelige (Kessler et al., 2007). Det finnes dokumentert effektive behandlingsmetoder (Cuijpers et al., 2008), men en stor andel av personer med depresjon mottar ikke adekvat behandling i helsetjenestene (Kessler et al., 2007; Reneflot et al., 2018).

Selvhjelpsprogrammer basert på prinsippene i kognitiv atferdsterapi (iKAT) har de siste årene blitt introdusert som et alternativ til ordinær samtalebehandling, som 'computer-based CBT' (cCBT) der innholdet presenteres på en CD, og i økende grad som internettbasert 'Cognitive Behavioural Therapy' (iCBT). I det følgende vil vi bruke den norske betegnelsen iKAT. Innholdet formidles gjennom tekst, grafikk, lydfiler og/eller video. Et viktig element er øvelsene som brukerne skal gjennomføre. Depresjonsprogrammene retter seg gjerne mot de samme temaene som ordinær KAT: psykoedukasjon, atferdsaktivisering, søvnhygiene og negative tankemønstre (kognitiv restrukturering) (Andersson et al., 2014). iKAT skiller seg fra tradisjonell samtalebehandling ved at brukeren jobber på egenhånd med programmet, enten selvstendig (ikke-veiledet) eller

med støtte fra en helsearbeider (veiledet). I sistnevnte er veiledningen vesentlig mindre omfattende enn kontakten terapeut-pasient ved tradisjonell behandling.

Formålet med denne behandlingstilnærmingen har vært å gjøre depresjonsbehandling mer tilgjengelig. Dette kan være særlig aktuelt for grupper som i mindre grad oppsøker eller mottar hjelp, eksempelvis på grunn av geografiske begrensninger eller kulturelle og kjønns-spesifikke normer. Veiledet selvhjelp over internett, basert på kognitiv atferdsterapi, er av helsemyndighetene anbefalt som tiltak for mild til moderat depresjon (Helsedirektoratet, 2009). En læringsportal for psykisk helse der slike programmer er inkludert, er i ferd med å etableres på helsenorge.no (Regjeringen, 2017), og internettbaserte selvhjelpsverktøy er nevnt i den nylig lanserte handlingsplanen mot selvmord som et tiltak som «kan bidra til å senke terskelen for å søke hjelp for psykiske problemer» (Regjeringen, 2020, s. 37). Eksempler på veiledete selvhjelpsverktøy, tilgjengelig i Norge, er eMeistring som tilbys innenfor en poliklinisk ramme, og Assistert Selvhjelp og iFightDepression© som begge retter seg hovedsakelig mot pasienter i primærhelsetjenesten.

I denne artikkelen vil vi ha et særlig fokus på implementering av iKAT i primærhelsetjenesten, dvs. verktøyene brukt av helsepersonell i kommunenes psykisk helse- og rusavdelinger og av allmennleger. Som bakteppe for spørsmål knyttet til implementering vil vi først kort oppsummere hva forskning sier om effekten av behandlingen og om den er akseptabel for

pasientene, dernest presentere de utfordringene man kan møte i implementeringen av e-helse-verktøy og til slutt diskutere mulige strategier for implementeringen.

Er iKAT en effektiv behandling mot depresjon?

En rekke randomiserte kontrollerte studier har undersøkt effekten av iKAT, også for andre psykiske lidelser enn depresjon, og det er gjort flere metaanalyser av disse studiene. Man skiller mellom studier gjennomført i en kontrollert setting, f.eks. i forbindelse med en klinisk studie innenfor en spesialisert klinikk, der intervensjonen følger en spesifikk protokoll (effektstudier, 'efficacy' på engelsk) og studier av hvordan behandlingen virker i ordinær praksis, som for eksempel slik behandlingen ville blitt gjennomført under mindre kontrollerte og optimale betingelser av en fastlege (effektivitetsstudier, 'effectiveness' på engelsk). Metaanalyser av effektstudier tyder på at iKAT har like god effekt som ordinær samtalebehandling (Andersson et al., 2014; Cuijpers et al., 2010), og at veiledet iKAT mot depresjon gir bedre effekt sammenlignet med ikke-veiledet.

I deler av verden har store avstander til behandlingstilbud spilt en særlig viktig rolle i utviklingen av telemedisinske og internettbaserte behandlingstilbud.

Nyere metaanalyser dokumenterer iKAT's effektivitet også i ordinær praksis (Andrews et al., 2018; Etzelmueller et al., 2020), men for å konkludere med dette er det behov for flere studier. I den forbindelse vil det være aktuelt å studere iKAT's effektivitet i lys av implementeringsarbeid (se egen del senere i artikkelen), og særlig helsearbeiderens rolle i det veiledede formatet. Framtidig forskning bør ha et særlig fokus på omfanget av veiledningen, veilederens kompetanse samt innholdet i støtten som veilederen gir, for å kunne drøfte hva som er det optimale forholdet mellom støtte og selvhjelp (Andrews et al., 2018). Dette vil ha betydning for pasientenes etterlevelse og hvor stor andel av pasientene som dropper ut av behandlingen. Til nå tyder forskningen på at veiledet selvhjelp gir bedre etterlevelse og lavere dropout-rate (Andersson et al., 2014), men man kan tenke seg at gode, brukervennlige programmer vil kunne redusere behovet for veiledning og at denne kan bestå av praktisk/teknisk oppfølging for å styrke etterlevelse (Johansson & Andersson, 2012; Varga et al., 2020).

Hvorvidt en behandling er kostnadseffektiv er av særlig betydning for beslutningstagere i helsevesenet og hvordan de vurderer implementering. Det er noe forskningsmessig støtte for at veiledet iKAT er kostnadseffektiv sammenlignet med andre behandlingstilbud.

Det er imidlertid behov for nye studier av dette, da det er relativt få økonomiske evalueringer som fokuserer spesifikt på depresjon og der iKAT sammenlignes med ordinær KAT (Donker et al., 2015).

Akseptabilitet

Når en skal evaluere implementeringen av en ny behandlingsform er vurdering av hvorvidt behandlingen er *akseptabel* for pasientene helt sentralt. Akseptabilitet og hvordan behandlingen virker vil alltid være nært forbundet, men akseptabilitet vil være særlig viktig for den kliniske effektiviteten av en behandlingsform i ordinær praksis sammenlignet med effekten man kan oppnå i kliniske effektstudier (Kaltenthaler et al., 2008). Om pasienten opplever behandlingen som meningsfull, praktisk gjennomførbar og relevant vil derfor være en spesielt viktig faktor ved implementering i ordinær praksis.

For brukere av selvhjelpsprogrammer kan det knytte seg usikkerhet til om de får like god hjelp som ved ansikt-til-ansikt-behandling (Musiat et al., 2014). Flere studier har imidlertid rapportert positive forventninger og høy brukertilfredshet, og en metaanalyse fra 2018 konkluderer med at iKAT er effektiv, akseptabel og praktisk gjennomførbar som depresjonsbehandling i primærhelsetjenesten (Andrews et al., 2018). Etterlevelsen ble vurdert å være tilfredsstillende selv om den riktignok er lavere i ordinær praksis enn i kliniske studier. For de som fullfører behandlingen er akseptabiliteten lik i kliniske studier og i ordinær praksis. En nylig publisert metaanalyse gir ytterligere støtte for iKAT's effektivitet og akseptabilitet ved behandling av pasienter i ordinær praksis (Etzelmueller et al., 2020).

I deler av verden har store avstander til behandlingstilbud spilt en særlig viktig rolle i utviklingen av telemedisinske og internettbaserte behandlingstilbud. Redusert reisetid til behandling synes å kunne påvirke akseptabilitet for iKAT-programmer positivt og flere studier har vist at programmene har god effekt også for personer som bor i rurale strøk (Vallury et al., 2015). Tilsvarende kan geografiske forhold ha betydning for tilgjengelig av behandling i deler av Norge med spredt bosetning. I Agder har *Felles telemedisinsk løsning på Agder* (Telma) blitt startet som et prosjekt for å imøtekomme behovet for avstandsoppfølging, i første omgang for personer med kroniske somatiske lidelser. Telma har senere initiert et eget prosjekt for oppfølging av personer med psykiske helseplager, der bl.a. iFight-Depression tilbys som et veiledet selvhjelpsverktøy mot depresjon (Telma, 2018).

Videre er det aktuelt å drøfte om man kan nå bredere ut med behandling ved at iKAT senker tersklene for hjelpesøking for spesifikke grupper som i mindre grad enn den øvrige befolkningen oppsøker eller mottar hjelp. Det er godt dokumentert at menn søker hjelp for psykiske plager i mindre grad enn kvinner (Reneflot et al., 2018). Likeens, og til tross for høy grad av rapport-

Veiledet internettbasert behandling tilbyr en viss grad av anonymitet ved at kontakten med helsepersonell for eksempel kan foregå over telefon. Dette kan styrke akseptabilitet for noen grupper der stigma er en hindring for å oppsøke hjelp

erte psykiske helseplager (Reneflot et al., 2018), viser studier av innvandreres bruk av primær- og spesialisthelsetjenester at innvandrere i mindre grad enn den øvrige befolkningen søker hjelp for psykiske plager (Abebe et al., 2017; Straiton et al., 2014).

Barrierene for hjelpsøking vil variere mellom disse gruppene, men en fellesnevner kan være terskler knyttet til stigma ved det å søke hjelp. Veiledet internettbasert behandling tilbyr en viss grad av anonymitet ved at kontakten med helsepersonell for eksempel kan foregå over telefon. Dette kan styrke akseptabilitet for noen grupper der stigma er en hindring for å oppsøke hjelp (Mojaverian et al., 2013; Sun et al., 2016).

Eksisterende forskning på akseptabilitet viser tegn på at iKAT kan være et godt alternativ for noen grupper (Jonassaint et al., 2017; Kayrouz et al., 2018), mens det foreløpig ikke er direkte dokumentert at menn favoriserer nettbasert behandling framfor ordinær samtaleterapi (Löbner et al., 2018; Musiat et al., 2014). Det er behov for studier som mer direkte og spesifikt undersøker iKAT vs. KAT, både med tanke på kulturell bakgrunn og kjønn, samt studier som sier noe om hvordan kulturelle tilpasninger av programmene kan styrke akseptabilitet for disse gruppene.

Implementering av iKAT. Erfaringer og utfordringer.

Implementering kan defineres som et sett av spesifiserte aktiviteter som skal til for å etablere og vedlikeholde en intervensjon i ordinær praksis (Fixsen et al., 2005). For å oppnå fullgod behandlingseffekt i ordinær praksis er høy implementeringskvalitet en forutsetning (Durlak & DuPre, 2008). Implementeringskvaliteten avhenger til dels av de praktiske rammene som utgjør konteksten for gjennomføringen av intervensjonen: hvorvidt ledelsen støtter den nye praksisen og gjør nødvendige ressurser og støttestrukturer tilgjengelige, samt at det gis tilstrekkelig opplæring og veiledning i behandlingsmetoden. Både behandlernes og pasientenes motivasjon for gjennomføringen av behandlingsintervensjonen står sentralt. Videre avhenger implementeringskvaliteten av hvorvidt behandlingsintervensjonen leveres til målgruppen i samsvar med de retningslinjer som er fulgt i randomiserte kontrollerte studier (Sørli et al., 2010), riktignok med en viss grad av fleksibilitet slik at intervensjonen kan tilpasses lokale forhold og pasientens behov.

I litteraturen beskrives det en rekke utfordringer ved implementering av iKAT i de ordinære helsetjenestene. Selv om iKAT intensjonelt skal være kostnadseffektivt, tidsbesparende, gjøre den kliniske hverdagen enklere og tilgjengeliggjøre depresjonsbehandling (Andersson et al., 2009), innebærer iKAT en helt ny måte for helsepersonell å levere psykologisk behandling på. iKAT er ikke en del av de vanlige rutinene og behandlere er ofte skeptiske til å ta i bruk nye systemer som krever økt kompleksitet, innsats og tid (Mair et al., 2012; Titzler et al., 2018). Helsevesenet har til nå i begrenset grad vært forberedt på å integrere iKAT i eksisterende systemer (Drozd et al., 2016; Titzler et al., 2018). Vanskeligheter med å frigjøre kapasitet til implementeringsarbeidet kan gjøre overgangen fra effekt- til effektivitetsstudier i det ordinære helsevesenet utfordrende, og kanskje særlig i primærhelsetjenesten (Roy-Byrne et al., 2003).

I primærhelsetjenesten preges den kliniske hverdagen av variert og hektisk arbeid med korte pasientkonsultasjoner og konkurrerende arbeidsoppgaver. I motsetning til spesialiserte iKAT-klinikker hvor iKAT utgjør hovedbehandlingen, vil iKAT i mange tilfeller representere en mindre andel av den totale arbeidsmengden i primærhelsetjenesten. Vi vet at tidsmangel, konkurrerende arbeidsoppgaver og utydelige prioriteringer utgjør en trussel for implementering av nye intervensjoner generelt (Sørli et al., 2010). Dette gjelder også for implementering av iKAT med innvirkning på behandlerens mulighet og motivasjon til å sette seg inn i bruken av iKAT og etterlevelsen av selve behandlingen (Titzler et al., 2018). Med andre ord har dette konsekvenser for hvorvidt behandleren tar i bruk verktøyet og hvorvidt behandlingen gjennomføres som tiltenkt.

Vellykket implementering avhenger ikke kun av behandlernes deltakelse og av hvordan systemet legger til rette for denne typen behandling, men også av pasientfaktorer. Noen studier har vist at pasienter kan oppleve iKAT som mindre viktig enn ordinær samtaleterapi og føler seg dermed neglisjert når de tilbys iKAT (Apolinário-Hagen et al., 2018). Manglende oppfølging fra pasientens side grunnet lav motivasjon og forpliktelse kan medføre svak behandlingseffekt (Etzelmüller et al., 2018). Enkelte pasienter opplever å bli overvældet, presset og stresset av egenarbeidet (Etzelmüller et al., 2018), mens andre opplever at arbeidet er for fleksibelt og dermed lett å utsette (Littlewood et al., 2015). Faktorer ved sykdomsforløpet som alvorlighetsgrad, kronisitet, suicidalitet og komorbide vansker kan vanskeliggjøre behandlingen (Titzler et al., 2018).

Denne og den neste delen er skrevet med utgangspunkt i litteraturgjennomgangen gjort i Gjernes & Wernø Nilsson (2019).

Tiltak for å styrke implementering av iKAT.

Med utgangspunkt i de erfaringene som er gjort med implementering av iKAT synes det særlig aktuelt å sette inn tiltak på to områder; 1) opplæring og oppfølging av behandlerne etter at de har tatt verktøyet i bruk (Drozd et al., 2016; Wilhelmsen et al., 2014) og 2) tiltak som øker brukervennlighet og pasientens motivasjon og forpliktelse (Etzemueller et al., 2018; Titzler et al., 2018).

Opplæring og videre oppfølging av veilederne bør gi en grundig oversikt over verktøyet og den praktisk/tekniske bruken. Helt sentralt i opplæringen er at veilederne får kunnskap om teori- og evidensgrunnlaget for iKAT (Wilhelmsen et al., 2014), og at man har et særlig fokus på veilederens rolle når det gjelder innhold og omfang i veiledningen. Mye tyder på at oppfølging av veilederne er like viktig som selve grunnopplæringen (Gjernes & Wernø Nilsson, 2019). Eksempelvis er grunnopplæringen for veiledere av iFightDepression relativt kort (beregnet til ca. 2 timer, se <https://ifightdepression.com/no/helsepersonell/online-opplaering-i-ifightdepression>). Videre oppfølging av veilederne kan være i form av nyhetsbrev, tilgjengelig veiledermanual, veileder-samlinger og direkte kontakt. Studier av implementering anbefaler også at man rekrutterer noen utvalgte nøkkelveiledere (Gjernes & Wernø Nilsson, 2019). Dette kan være veiledere som har vist særlig interesse for å implementere intervensjonen i sin egen praksis og som har skaffet seg en del erfaring og trygghet med praktisk bruk av verktøyet. Disse nøkkelveilederne vil etter hvert kunne bidra i oppfølgingen av andre veiledere, for eksempel overfor kollegaer i psykiske helse- og rustjenesten i en kommune.

Verktøyet må være enkelt å bruke og finne fram i for pasientene. Siden målgruppen er personer med depresjon, med utfordringer knyttet til konsentrasjon og energiløshet, bør formidlingen være effektiv og direkte ved å veksle mellom tekst, grafikk og lyd-/videofiler. Dersom brukeren opplever tekniske problemer, f.eks. ved innlogging eller utfylling/lagring av arbeidsark, må veien til IT-støtte være kort (Titzler et al., 2018). Veilederen bør ha fokus på motivasjon hos pasienten, blant annet bør verktøyet ha funksjonalitet som viser brukerens progresjon (Etzemueller et al., 2018).

Overordnede prioriteringer og systematisk implementering

I tillegg til bottom-up tiltakene som er foreslått rettet mot veiledere/helsepersonell og pasientene vil implementering avhenge av overordnede prioriteringer i helsetjenesten. Et eksempel på dette er *Rask psykisk helsehjelp* som tilbys av flere norske kommuner og som innebærer korttidsbehandling basert på veiledet selvhjelp og kognitiv atferdsterapi.

Veiledete selvhjelpsprogrammer har i lengre tid vært satt på agendaen som et mulig tiltak for å nå ut til flere med behandling for personer med milde til moderate psykiske lidelser, deriblant depresjon (Helse-

direktoratet, 2009). Helsedirektoratet fikk i 2015 i oppdrag å bidra til at det etableres slik behandling og initierte sammen med Direktoratet for e-helse et prosjekt som skal legge til rette for bruk av digitale verktøy innen psykisk helse i primærhelsetjenesten (Regjeringen, 2017). De tekniske og organisatoriske løsningene skal være slik at verktøyene blir lett tilgjengelige for behandlere og brukere, og slik at behandlere kan ta dem i bruk innenfor en faglig forsvarlig ramme (Regjeringen, 2017).

På Helsenorge.no er det nå utviklet en egen verktøykatalog. Her finnes det allerede en rekke åpne selvhjelpsverktøy, dvs. at de er tilgjengelige for alle uten noen form for innlogging eller involvering av en helsearbeider. iFightDepression-verktøyet, som eksempel på et *veiledet selvhjelpsverktøy*, er også tilgjengelig fra denne katalogen. Veilederen kan sende iFightDepression til brukeren gjennom den såkalte Verktøyformidleren, som er en egen applikasjon for helsepersonell på Helsenorge.no.

Utviklingen av denne type tjenester må sees i sammenheng med den generelle satsningen på e-helse i Norge der digitale plattformer for spredning og innovasjon av velferdsteknologi er ett av tiltaksområdene (Direktoratet for e-helse, 2017). Ved å gjøre veiledet selvhjelpsprogrammer tilgjengelig og kjent fra Helsenorge.no, som er en portal for samlet informasjon om helsetjenester på nett, kan vi forvente at denne type tjenester når ut vesentlig bredere enn til nå, både til brukerne selv og til behandlerne i primærhelsetjenesten som skal veilede i bruken. Et annet viktig aspekt ved å samle verktøy på en felles plattform er at dette vil gi muligheter for å sette standarder for kvalitet, med hensyn til brukervennlighet, datasikkerhet/personvern og faglig forsvarlighet og innhold.

Til tross for omfattende litteratur om implementeringskvalitet, er det behov for et økt fokus på hvordan endring implementeres i helsetjenesten (Lau et al., 2016). For å forstå hvordan intervensjoner forårsaker endring, er det behov for et teoretisk rammeverk (Craig et al., 2008). Uten en teoretisk forankring begrenses mulighetene for å identifisere faktorer som predikerer sannsynligheten for vellykket implementering og utvikling av gode implementeringsstrategier (Nilsen, 2015). *Normalization process theory* (NPT) er et eksempel på en teori som er utviklet for å systematisk kunne studere implementering av ny helseteknologi (Finch et al., 2013). NPT identifiserer sentrale faktorer som fremmer og hindrer *normaliseringen* av komplekse intervensjoner i klinisk praksis. *Normalisering* er prosessen hvor ny praksis integreres i eksisterende praksis og omgjøres til innlærte rutiner (May & Finch, 2009). NPT vektlegger viktigheten av at behandlerne opplever intervensjonen som meningsfull, engasjerende, praktisk gjennomførbar og at implementeringen monitoreres kontinuerlig og gir mulighet for tilpasninger. Gjernes og Wernø Nilsson (2019) fant i en studie basert på NPT at engasjement, gode praktiske rammebetingelser, samt monitorering

og mulighet for tilpasning signifikant predikerte behandlernes bruk av iKAT. Dette tyder på at en systematisk implementeringsstrategi som vektlegger disse elementene vil kunne bedre implementeringen av iKAT.

Konklusjoner

Oppsummert har forskningen vist at veiledet selvhjelp for mild til moderat depresjon er like effektiv som ved ordinær kognitiv atferdsterapi. Behandlingen er akseptabel for pasienten, men det er behov for mer kunnskap om hva innholdet i og omfanget av veiledningen bør være for å redusere drop-out og styrke etterlevelse. Det vil fortsatt være interesse for studier av effektiviteten av enkeltverktøy sammenlignet med annen aktiv behandling, men særlig nyttig vil det være å undersøke pasientenes og veilederens tilfredshet (Justicia et al., 2017; Oehler et al., 2019) for å kunne gjøre verktøyene mer brukervennlige og veiledningen mer effektiv.

Nasjonale planer for e-helse vil gjøre verktøyene mer tilgjengelige og forhåpentligvis påvirke beslutningstagere i helsevesenet til å gjøre nødvendige prioriteringer slik at slike verktøy blir mer normale å bruke. Vi tror imidlertid ikke at dette alene er nok. Fraværet av kunnskap om implementering av iKAT kan innebære en hindring for vellykket spredning i stor skala (Hadjistavropoulos, et al., 2017). Dersom det kommunale helse- og omsorgstilbudet skal utvides og styrkes ved å ta i bruk iKAT som behandling for depresjon, bør en ha fokus på implementeringsprosessen, fordi man uten et slikt fokus i denne konteksten vil ha mindre kontroll over hvordan metoden praktiseres. Det vil være behov for prosjekter som jobber mer systematisk med og evaluerer implementeringstiltak, slik at man på sikt kan utarbeide en tydelig implementeringsstrategi.

REFERANSER

- Abebe, D. S., Lien, L., & Elstad, J. I. (2017). Immigrants' utilization of specialist mental healthcare according to age, country of origin, and migration history: a nation-wide register study in Norway. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52(6), 679–687. doi: 10.1007/s00127-017-1381-1.
- Andersson, G., Carlbring, P., Berger, T., Almlöv, J., & Cuijpers, P. (2009). What Makes Internet Therapy Work? *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(sup1), 55–60. doi: 10.1080/16506070902916400
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(3), 288–295. doi: 10.1002/wps.20151.
- Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 70–78. doi: https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.001
- Apolinário-Hagen, J., Fritsche, L., Bierhals, C., & Salewski, C. (2018). Improving attitudes toward e-mental health services in the general population via psychoeducational information material: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 12. doi: 10.1016/j.invent.2017.12.002
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, a1655. doi: 10.1136/bmj.a1655
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40(12), 1943–1957. doi: 10.1017/S0033291710000772
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909–922. doi: 10.1037/a0013075
- Direktoratet for e-helse. (2017). Nasjonal handlingsplan for e-helse 2017–2022 (Vol. IE-1015).
- Donker, T., Blankers, M., Hedman, E., Ljótsson, B., Petrie, K., & Christensen, H. (2015). Economic evaluations of Internet interventions for mental health: a systematic review. *Psychological Medicine*, 45(16), 3357–3376. doi: 10.1017/S0033291715001427
- Drozdz, F., Vaskinn, L., Bergsund, H. B., Haga, S. M., Slinning, K., & Bjorkli, C. A. (2016). The Implementation of Internet Interventions for Depression: A Scoping Review. *J Med Internet Res*, 18(9), e236. doi: 10.2196/jmir.5670
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol*, 41(3–4), 327–350. doi: 10.1007/s10464-008-9165-0
- Etzelmüller, A., Radkovsky, A., Hannig, W., Berking, M., & Ebert, D. D. (2018). Patient's experience with blended video- and internet based cognitive behavioural therapy service in routine care. *Internet Interventions*, 12, 165–175. doi: https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.01.003
- Etzelmüller A., Vis, C., Karyotaki, E., Baumeister, H., Titov, N., Berking, M., ... Ebert, D. D. (2020). Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Routine Care for Adults in Treatment for Depression and Anxiety: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res*. 2020;22(8):e18100. doi:10.2196/18100.
- Finch, T. L., Rapley, T., Girling, M., Mair, F. S., Murray, E., Treweek, S., ... May, C. R. (2013). Improving the normalization of complex interventions: measure development based on normalization process theory (NoMAD): study protocol. *Implementation Science*, 8(1), 43. doi: 10.1186/1748-5908-8-43
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blasé, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida.
- Gjernes, S. A., & Wernø Nilsson, H. S. (2019). Veiledet internetbasert selvhjelp i primærhelsetjenesten. (Hovedoppgave), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Hadjistavropoulos, H. D., Nugent, M. M., Dirkse, D., & Pugh, N. (2017). Implementation of internet-delivered cognitive behavior therapy within community mental health clinics: a process evaluation using the consolidated framework for implementation research. *BMC Psychiatry*, 17(1), 331. doi: 10.1186/s12888-017-1496-7
- Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten Nasjonale retningslinjer (Vol. IS-1561): Helsedirektoratet.
- Johansson, R., & Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(7), 861–870. doi: 10.1586/ern.12.63
- Jonassaint, C. R., Gibbs, P., Belnap, B. H., Karp, J. F., Abebe, K. K., & Rollman, B. L. (2017). Engagement and outcomes for a computerised cognitive-behavioural therapy intervention for anxiety and depression in African Americans. *BJPsych Open*, 3(1), 1–5. doi: 10.1192/bjpo.bp.116.003657
- Justicia, A., Elices, M., Cebria, A. I., Palao, D. J., Gorosabel, J., Puigdemont, D., ... Pérez, V. (2017). Rationale and methods of the iFightDepression study: A double-blind, randomized controlled trial evaluating the efficacy of an internet-based self-management tool for moderate to mild depression. *BMC Psychiatry*, 17(1), 143. doi: 10.1186/s12888-017-1306-2
- Kaltenthaler, E., Sutcliffe, P., Parry, G., Beverley, C., Rees, A., & Ferriter, M. (2008). The acceptability to patients of computerized cognitive behaviour therapy for depression: a systematic review. *Psychological Medicine*, 38(11), 1521–1530. doi: 10.1017/S0033291707002607

Kayrouz, R., Dear, B. F., Karin, E., Fogliati, V. J., Gandy, M., Keyrouz, L., . . . Titov, N. (2018). Acceptability of Mental Health Services for Anxiety and Depression in an Arab Sample. *Community Mental Health Journal*, 54(6), 875–883. doi: 10.1007/s10597-018-0235-y

Kessler, R. C., Merikangas, K. R., & Wang, P. S. (2007). Prevalence, Comorbidity, and Service Utilization for Mood Disorders in the United States at the Beginning of the Twenty-first Century. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 137–158. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091444

Lau, R., Stevenson, F., Ong, B. N., Dziedzic, K., Treweek, S., Eldridge, S., . . . Murray, E. (2016). Achieving change in primary care—causes of the evidence to practice gap: systematic reviews of reviews. *Implementation Science*, 11(1), 40. doi: 10.1186/s13012-016-0396-4

Littlewood, E., Duarte, A., Hewitt, C., Knowles, S., Palmer, S., Walker, S., . . . Gilbody, S. (2015). A randomised controlled trial of computerised cognitive behaviour therapy for the treatment of depression in primary care: the Randomised Evaluation of the Effectiveness and Acceptability of Computerised Therapy (REEACT) trial. *Health Technol Assess*, 19(101). doi: 10.3310/hta191010

Löbner, M., Pabst, A., Stein, J., Dorow, M., Matschinger, H., Lupp, M., . . . Riedel-Heller, S. G. (2018). Computerized cognitive behavior therapy for patients with mild to moderately severe depression in primary care: A pragmatic cluster randomized controlled trial (@ktiv). *Journal of Affective Disorders*, 238, 317–326. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.008>

Mair, F. S., May, C., O'Donnell, C., Finch, T., Sullivan, F., & Murray, E. (2012). Factors that promote or inhibit the implementation of e-health systems: an explanatory systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(5), 357–364. doi: 10.2471/BLT.11.099424

May, C., & Finch, T. (2009). Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology—the Journal of The British Sociological Association – SOCIOLOGY*, 43, 535–554. doi: 10.1177/00380385090103208

Mojaverian, T., Hashimoto, T., & Kim, H. (2013). Cultural Differences in Professional Help Seeking: A Comparison of Japan and the U.S. *Frontiers in Psychology*, 3(615). doi: 10.3389/fpsyg.2012.00615

Musiati, P., Goldstone, P., & Tarrier, N. (2014). Understanding the acceptability of e-mental health—attitudes and expectations towards computerised self-help treatments for mental health problems. *BMC Psychiatry*, 14, 109. doi: 10.1186/1471-244X-14-109

Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(1), 53. doi: 10.1186/s13012-015-0242-0

Oehler, C., Görges, F., Böttger, D., Hug, J., Koburger, N., Kohls, E., & Rummel-Kluge, C. (2019). Efficacy of an internet-based self-management intervention for depression or dysthymia – a study protocol of an RCT using an active control condition. *BMC Psychiatry*, 19(1), 90. doi: 10.1186/s12888-019-2063-1

Regjeringen. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*.

Regjeringen. (2020). *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025*. Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge: Folkehelseinstituttet*.

Roy-Byrne, P. P., Sherbourne, C. D., Craske, M. G., Stein, M. B., Katon, W., Sullivan, G., . . . Bystritsky, A. (2003). Moving Treatment Research From Clinical Trials to the Real World. *Psychiatric Services*, 54(3), 327–332. doi: 10.1176/appi.ps.54.3.327

Straiton, M., Reneflot, A., & Diaz, E. (2014). Immigrants' use of primary health care services for mental health problems. *BMC Health Services Research*, 14(1), 341. doi: 10.1186/1472-14-341

Sun, S., Hoyt, W. T., Brockberg, D., Lam, J., & Tiwari, D. (2016). Acculturation and enculturation as predictors of psychological help-seeking attitudes (HSAs) among racial and ethnic minorities: A meta-analytic investigation. *Journal of Counseling Psychology*, 63(6), 617–632. doi: 10.1037/cou0000172

Sørli, M. A., Ogdén, T., Solholm, R., & Røyhus, A. O. (2010). *Implementeringskvalitet – om å få tiltak til å virke: En oversikt. Tidsskrift for Norsk Psykologforening(47)*, 315–321.

Telma. (2018). *Felles telemedisinsk løsning på Agder. Informasjon for helsepersonell*. 2020

Titzler, I., Saruhanjan, K., Berking, M., Riper, H., & Ebert, D. D. (2018). Barriers and facilitators for the implementation of blended psychotherapy for depression: A qualitative pilot study of therapists' perspective. *Internet Interv*, 12, 150–164. doi: 10.1016/j.invent.2018.01.002

Vallury, K. D., Jones, M., & Oosterbroek, C. (2015). Computerized Cognitive Behavior Therapy for Anxiety and Depression in Rural Areas: A Systematic Review. *J Med Internet Res*, 17(6), e139. doi: 10.2196/jmir.4145

Varga, A., Toth, M., Czegledi, E., Erdelyi, K., Szeifert, N., Gyomber, S., & Purebl, G. (2020). Adherence to the iFightDepression Online Selfhelp Tool for Mild and Moderate Depression. Submitted PLoS One.

Wilhelmsen, M., Høifødt, R. S., Kolstrup, N., Waterloo, K., Eisemann, M., Chenhall, R., & Risør, M. B. (2014). Norwegian general practitioners' perspectives on implementation of a guided web-based cognitive behavioral therapy for depression: a qualitative study. *Journal of medical Internet research*, 16(9), e208–e208. doi: 10.2196/jmir.3556



EGIL HAGA jobber som seniorrådgiver ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging.



HANNE SOFIE WERNØ NILSSON er psykolog ved Vinderen DPS og vitenskapelig assistent ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging.



SIMEN AURSTAD GJERNES er psykolog på A-senterets poliklinikk i Oslo, med ansvar for utredning og behandling av pasienter med rusproblematikk og psykiske lidelser.



INGUNN LEGARD er prosjektkoordinator ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.