



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Institutt for psykologi – Det helsevitenskapelige fakultet

Effekt av internettbasert kognitiv åtferdsterapi (ICBT) for vaksne pasientar med depresjon og angstlidingar i ordinær helseteneste: ein systematisk gjennomgang

Maiken Lied Berntzen & Hanne Sørebo Hovland

Hovudoppgåve for grada Cand. Psychol., – Mai 2016





UiT / NORGES ARKTISKE
UNIVERSITET

Effekt av internettbasert kognitiv åtferdsterapi (ICBT) for vaksne pasientar med depresjon og
angstlidingar i ordinær helseteneste: ein systematisk gjennomgang

PSY-2901

Maiken Lied Berntzen, UiT

Hanne Sørebo Hovland, UiT

Rettleiar: Kjersti Lillevoll, UiT

Biretleiar: Ragnhild Høifødt, UiT

Hovudoppgåve for grada Cand. Psychol.

Institutt for psykologi

Det helsevitskaplege fakultet

Universitetet i Tromsø

Mai 2016

Forord

Denne oppgåva har som formål å undersøke effekten av internettbasert kognitiv åtferdsterapi (ICBT) for vaksne pasientar med depresjon og/eller angstlidingar i ordinær helseteneste. Gjennom eit systematisk søk ynskjer vi å gjere greie for relevant forskning på dette området. Bakgrunn for val av tema er basert på vår interesse for rask psykisk helsehjelp. I dag er tilgangen til psykologisk behandling avgrensa, og ventelistene lange. Mildare psykiske lidingar er assosiert med ei rekkje alvorlege konsekvensar dersom dei går ubehandla. Det er difor viktig å forske på alternativ som kan auke tilgangen til hjelp.

Sidan vi er to studentar, valte vi å dele det slik at den eine studenten har hatt hovudansvaret for å finne og gå igjennom relevant bakgrunns litteratur, medan den andre studenten har hatt hovudansvaret for systematisk søk og framstilling av resultat. Til tross for dette har ansvaret for oppgåva som heilskap vore likt delt gjennom heile skriveprosessen, og det ferdige produktet er eit resultat av begge studentane.

Kjersti Lillevoll har vore med på å formulere oppgåva si problemstilling, samt bidrege til val av søkedatabase og søkeord til litteratursøket. Både Kjersti Lillevoll og Ragnhild Høifødt har gjeve rettleiing på tekst, og komme med innspel til relevant bakgrunns litteratur. Tema, bakgrunns litteratur, systematisk litteratursøk, figur- og tabell-laging, samt tolking av resultat har i hovudsak vore opp til oss sjølve.

Det har vore svært interessant å få høve til å fordjupe oss i eit verkty som ICBT. Dette er eit behandlingalternativ som vi ser kan ha ei stor rekkjevidde innanfor ordinær helseteneste. Vi ynskjer spesielt å takke rettleiarane våre, Kjersti Lillevoll og Ragnhild Høifødt, for deira innsats i høve vår hovudoppgåve. Kjersti Lillevoll har heilt frå starten vore engasjert og stått på for at oppgåva skulle ta form. Ragnhild Høifødt kom inn like over jul, noko vi set veldig stor pris på. Begge har bidrege med ein utmerka jobb, og heile vegen gjeve god og konstruktiv rettleiing.

Abstrakt

I forskingssetting tyder det på at internetbasert kognitiv åtferdsterapi (ICBT) er ei effektiv behandling for vaksne med depresjon og/eller angstlidingar. Korleis ei slik behandling vil overførast til ordinær helseteneste veit ein derimot mindre om. Formålet med denne studien var å undersøke ICBT sin effekt innanfor ordinært helsetenestetilbod. Ein systematisk gjennomgang av studiar som nytta ICBT for depresjon og/eller angstlidingar blei utført. Søkemonitoren Eleviser Scopus blei teke i bruk for å hente ut relevante studiar, i tillegg blei aktuelle referanselister gjennomgått. Totalt 29 studiar blei inkludert, der 12 av desse hadde ei samanlikningsgruppe. Mellom studiane var det stor variasjon når det kom til lidinga si alvorsgrad, type intervensjon, kontroll og kvalitet. Dei fleste studiane fann effektstorleikar der ICBT-intervensjonen signifikant reduserte symptomtrykket, eller der ICBT hadde ein signifikant effekt til fordel for venteliste eller anna behandling. Samla sett tyder studiane på at ICBT har ein effekt i klinisk populasjon. Meir forskning er naudsynt for å finne ut kva som kan påverke og auke behandlingseffekten av ICBT.

Nøkkelord: angstlidingar, depresjon, effekt, internetbasert kognitiv åtferdsterapi, ICBT, klinisk populasjon, ordinær helseteneste.

Effekt av internettbasert kognitiv åtferdsterapi (ICBT) for vaksne pasientar med depresjon og angstlidingar i ordinær helseteneste: ein systematisk gjennomgang

Psykiske lidingar kan føre med seg mange tap, og redusere livskvalitet betrakteleg (Corrigan, Druss, & Perlick, 2014). Det blir estimert at omtrent halvparten av den norske befolkninga vil få ei psykisk liding i løpet av livet. Depresjon og angstlidingar er mellom dei mest vanlege (Skogen et al., 2014), og ofte førekjem desse samtidig (Hirschfeld, 2001; Wittchen & Jacobi, 2005). Konsekvensane knytt til desse lidingane er betydelege og omfattande (Heggland, Gärtner, & Mykletun, 2013). Det finnast effektiv behandling for både depresjon og angstlidingar, men av fleire årsaker kan tilgangen til denne vere avgrensa (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010). Utfordringa er difor å gjere behandling tilgjengeleg for folk flest (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). Nettbasert behandling er eit alternativ som det blir forska stadig meir på. Lovnadane ved slike program er at dei kan nå ut til mange, skal vere enkle å administrere, samt forventast kostnadseffektive (Aboujaoude, Salame, & Naim, 2015).

Depresjon og angstlidingar

I løpet av livet vil ein av fem i Noreg bli ramma av depresjon (Helsedirektoratet, 2009). Dette er ei affektiv liding der sentrale kjenneteikn er senka stemningsleie, manglande interesse og glede over dei fleste aktivitetar, samt tap av energi. Diagnostisk sett skil ein ofte mellom mild, moderat og alvorleg depressiv episode (WHO, 1999). Sistnemnde er knytt til ein større fare for sjølv-mordstankar og sjølv-mordsforsøk (Nock et al., 2009). Depresjon er i stor grad ei tilbakevendande liding, og tidlegare episodar er den største risikofaktoren for å bli ramma på nytt (Seligman, Walker, & Rosenhan, 2001). Depressive personar er ofte prega av ei automatisk negativ tenking som senterer seg rundt sjølvkritikk og pessimistisk grubling (Helsedirektoratet, 2009). Mange trur ikkje at dei vil få det betre, og at dei er hjelpelause (Ramsden, 2013).

I den norske befolkninga vil ein fjerdedel oppleve å få ei angstliding i løpet av livet (Mykletun, Knudsen, et al., 2009). Lidinga oppstår ofte tidleg i livet (Kessler et al., 2005), og kan bli kronisk og tilbakevendande (Andrews, Newby, & Williams, 2015). Det som kjenneteiknar dei fleste angstlidingar er ei overdriven frykt og unngåingsåtferd. Ofte skjer det i respons til spesifikke objekt eller situasjonar som ikkje representerer ein reell fare, slik som frykt for sosiale situasjonar eller for å vere i ei stor folkemengd (Shin & Liberzon, 2010). Det

er ikkje uvanleg at det førekjem kroppslege symptom som teikn på autonom overaktivering (Statens helsetilsyn, 2000). Hos dei som oppsøker helsehjelp er dei mest vanlege angstlidingane generalisert angstliding, panikkliding, sosial fobi og posttraumatisk stressliding (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, & Lowe, 2007; Roy-Byrne et al., 2009). Enkelte angstlidingar kan vere svært invalidiserande ved at personen blir nesten fullstendig isolert, eller fastbunden til heimen sin (WHO, 1999).

Konsekvensar for samfunnet og den enkelte person

Når ein blir ramma av ei psykisk liding, vil mange oppleve ei endring i funksjon (Ramsden, 2013). Ikkje berre blir nære relasjonar, familieliv og skulegang påverka, men også evna til å ta høgare utdanning og delta i arbeidslivet (Mykletun, Knudsen, et al., 2009). Det at mange ikkje klarar å arbeide slik som før kan resultere i sjukefråvær og arbeidsuføre (Mykletun & Knudsen, 2009). Samanlikna med andre lidingar, som til dømes muskel- og skjelettsjukdommar, tek det lengre tid for personar med psykiske lidingar å komme seg tilbake i arbeid (Øverland, Knudsen, & Mykletun, 2011).

Folkehelseinstituttet estimerer at Noreg kvart år brukar 60-70 milliardar kroner for å dekke dei samla økonomiske kostnadane knytt til psykiske lidingar (Heggland et al., 2013). Inkludert i desse utgiftene er tapt arbeidsforteneste, sjukepengar og andre trygdeutgifter, sosiale ytingar og behandlingarkostnader. Omtrent halvparten av desse økonomiske kostnadane er knytt til depresjon og angstlidingar (Heggland et al., 2013).

I perioden 2001 til 2008 var det ein stor auke i sjukefråvær for mildare psykiske lidingar som depresjon og angstlidingar (Mykletun & Knudsen, 2009). Det er tenkeleg at utviklinga her reflekterer ein større aksept for at psykiske lidingar gjev rett til sjukepengar. Samanlikna med tidlegare kan det også vere vanskelegare å kombinere det moderne arbeidslivet med ei psykisk liding (Mykletun & Knudsen, 2009). Vidare kan symptom på depresjon og angst under klinisk nivå resultere i arbeidsuføre (Mykletun, Knudsen, et al., 2009). Ifølgje Mykletun, Knudsen, et al. (2009) kan ei mogleg forklaring vere at slike symptom forverrar funksjonen for dei som frå før har somatiske helseproblem. Det kan utgjere ei tilleggsbelastning ved fysisk helsesvikt som skyv vedkommande ut av arbeidslivet (Øverland et al., 2011).

Det er ikkje berre evna til å delta i arbeidslivet som blir påverka av psykiske lidingar. Den somatiske helsa blir også ofte svekka, og mange lever kortare enn resten av befolkninga

(Taylor, 2012). Både depresjon og angstlidingar er assosiert med dårleg eigenomsorg når det kjem til kosthald, mosjon, røyking og medisinregime. Desse lidingane aukar også risikoen for fleire medisinske komplikasjonar hos pasientar med kroniske sjukdommar (Katon, Lin, & Kroenke, 2007). I dag veit ein at depresjon aukar sannsynet for å døy av mellom anna kreft, hjarte- og karsjukdommar og infeksjonssjukdommar (Taylor, 2012). Ifølgje resultatata frå ein norsk studie er denne lidinga nesten like dødeleg som røyking (Mykletun, Bjerkeset, et al., 2009).

Psykiske lidingar kan vere ei påkjenning i samspel med andre menneske. Spesielt i relasjonen til partnar og born kan det bli krevjande (Gotlib & Joormann, 2010). Slike interpersonlege vanskar kan i tur føre til skilsmisse (Kessler, Walters, & Forthofer, 1998). Det er ein høgare førekomst av skilsmisser mellom deprimerte samanlikna med dei som ikkje er ramma av depresjon (Gotlib & Joormann, 2010). Skilsmisse i seg sjølv er assosiert med dårleg økonomisk tryggleik, fysisk sjukdom og generelt låg livskvalitet (Kessler et al., 1998).

Kognitiv terapi for depresjon og angstlidingar

Kognitiv terapi, eller kognitiv åtferdsterapi (CBT), blir mykje nytta med ei rekkje ulike psykiske og somatiske lidingar. Det har blitt ei populær behandlingstilnærming som mange pasientar etterspør (Berge & Repål, 2014). Ein av årsakene til dette er at det har blitt gjort meir forskning på CBT enn andre terapiformer (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). Den har god dokumentert effekt på ei rekkje mentale helseproblem (Butler et al., 2006; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012). Spesielt i høve depresjon og angstlidingar (Butler et al., 2006; Hollon, Stewart, & Strunk, 2006; Tolin, 2010).

Teorien bak CBT vektlegg at korleis ein person oppfattar og prosesserer informasjon, vil påverke korleis vedkommande føler seg og handlar (Knapp & Beck, 2008). Kognitive skjema fungerer her som eit filter der aktuell informasjon blir prosessert. Dersom desse blir maladaptive kan det føre til psykologisk liding (Beck & Dozois, 2011; Knapp & Beck, 2008). Grunnleggjande er den kognitive teorien ein diatase-stress-modell. Det vil sei at maladaptive skjema kan bli aktivert av ytre og indre hendingar. I tur gjev det opphav til ei skeiv prosessering av informasjon (Beck, 2005). Ein person som er sårbar for depresjon kan ha eit skjema som seier at han eller ho er mislukka. Dersom dette blir aktivert kan det føre til at vedkommande legg merke til informasjon som bekreftar det dårlege sjølvbiletet (Beck & Dozois, 2011). Som eit resultat kan personen føle seg håplaus, og trekke seg unna andre

menneske (Knapp & Beck, 2008). Personar med angstlidingar har ofte ei selektiv merksemd mot det dei oppfattar som potensiell trussel. Det fører til katastrofetenking som er ei form for kognitiv forvrenging. Tvitydige eller nøytrale stimuli blir tolka som mogleg katastrofale. I tur kan det utløyse dysfunksjonelle tryggleiksåferder som å prøve å flykte frå, eller unngå det som utløyser angsten (Knapp & Beck, 2008).

Kjernen av CBT handlar om korleis pasienten tillegg hendingar meining. Eit mål i terapien er at pasienten skal få ei forståing for korleis tankar, kjensler og åtferd heng saman (Knapp & Beck, 2008). Saman med terapeuten jobbar pasienten med å finne alternative måtar å tenke og handle på (Benum, Axelsen, & Hartmann, 2013; Berge & Repål, 2014). I CBT, som ved andre terapiformer, tyder forskning på at alliansen mellom pasient og terapeut er ein svært viktig behandlingsfaktor (Duncan, 2012; Wampold, 2015). Den i seg sjølv ser ut til å signifikant bidra til utfallet av terapien (Haug et al., 2016). Ein sterk allianse indikerer at begge partane arbeidar mot same mål. Det skapar også ein tryggleik hos pasienten om at behandlinga vil vere verksam (Wampold, 2015).

Pasienten får som regel heimeoppgåver mellom timane. Dette er ein viktig del av behandlinga, fordi det gjev pasienten høve til å overføre det han eller ho har lært til den verkelege verda (Beck & Dozois, 2011). I dei fleste tilfelle vil ei aktuell oppgåve vere å prøve ut nye tanke- eller handlingsstrategiar gjennom åtferdseksperiment. Slike eksponeringsøvingar, samt kartlegging av dysfunksjonelle skjema og responsprevensjon, er nokre av teknikkane som blir nytta i CBT (Benum et al., 2013). Pasienten kan også lære seg avspenningsmåtar for å betre kunne handtere krevjande situasjonar (Statens helsetilsyn, 2000).

Manglande behandling

Det er avgrensa tilgang til CBT på lik linje med andre terapiformer, og det blir estimert at berre 10% av dei som har depresjon eller angstlidingar vil få spesialisert behandling (Berge & Repål, 2014). Dette heng i stor grad saman med at det ikkje er tilstrekkeleg med kvalifiserte fagfolk (Clark, 2011). Spesielt utsette er distrikta der det generelt er avgrensa tilgang til psykiatriske fasilitetar, og folk ofte må reise lange avstandar for å få hjelp (Griffiths & Christensen, 2007; Vallury, Jones, & Oosterbroek, 2015). Det siste tiåret har ein også sett eit skifte i folk sine haldningar til psykoterapi og rettleiing. I dag er det meir akseptert og ynskt enn tidlegare (Churchill et al., 2001). Ventelistene for CBT blir med

andre ord lange (Titov, 2011). Det bør også nemnast at mange av dei som har depresjon eller angstlidingar ikkje søker hjelp (Roness, Mykletun, & Dahl, 2005). Personlege barrierar, som til dømes svekka anonymitet og frykt for stigma, kan gjere det vanskeleg for enkelte å gå i behandling (Cuijpers, 1997; Griffiths & Christensen, 2007).

I tillegg til dei samfunnsmessige og personlege konsekvensane assosiert med psykiske lidingar, kan ubehandla psykiske lidingar bli meir hyppige, alvorlege, samt vanskelege å behandle på eit seinare tidspunkt. Vidare kan enkle ubehandla lidingar utvikle seg til meir komplekse komorbide lidingar. Igjen er desse vanskelegare å behandle, og dei vender oftare tilbake samanlikna med enkle lidingar (Wang et al., 2007). Ved å sørge for at folk får riktig og god behandling er det eit potensiale for å motarbeide konsekvensane. Dess tidlegare dess betre (Øverland et al., 2011).

Trappetrinnsmodellen

For å auke tilgangen til behandling for personar med depresjon og angstlidingar kan ein trappetrinnsmodell innanfor ordinær helseteneste vere ei mogleg løysing (Seekles, van Straten, Beekman, van Marwijk, & Cuijpers, 2009). Det inneber at den minst intensive intervensjonen som passar for pasienten blir nytta først. Ved endring i behov og i respons til behandling kan vedkommande ta eit steg opp eller ned (NHS, NICE, 2011). Systematisk overvaking av pasienten sin progresjon er ein viktig del av prosessen (van Straten, Hill, Richards, & Cuijpers, 2015). Intervensjonar av låg intensitet vil sei at det blir nytta færre ressursar når det kjem til fagfolk, samanlikna med tradisjonelle psykologiske behandlingar. Sjølv om det for helsetenesteytaren er lågare intensitet med omsyn til ressursbruk, avspeglar truleg ikkje denne termen pasienten si oppleving, sidan behandlinga krev stor eigeninnsats (NICE, 2011). Det varierer kor mange trinn som er inkludert i ein trappetrinnsmodell. I mange tilfelle er rein sjølvhjelp det første. Rein sjølvhjelp inneber at pasienten arbeidar åleine med sjølvhjelpsmaterialet, til dømes ei sjølvhjelpsbok, utan støtte frå ein behandlar. Neste trinn kan vere sjølvhjelp med støtte (Bower & Gilbody, 2005; van Straten et al., 2015). Individualterapi og medisinerer er døme på meir intensive behandlingstrinn (Franx, Oud, de Lange, Wensing, & Grol, 2012).

Nordgreen et al. (2016) undersøkte effekten av CBT i ein trappetrinnsmodell for sosial angst og panikkiliding i Helse Vest. Pasientane fekk anten psykoedukasjon, nettbasert behandling med støtte eller tradisjonell CBT. Forskarane fann ein helbredelsesprosent på 40%

for pasientane i trappetrinnsmodellen, og 43% for pasientane som fekk tradisjonell CBT. Det var ingen signifikante forskjellar mellom dei to vilkåra. Majoriteten av pasientane i trappetrinnsmodellen blei betre etter dei første trinna med avgrensa terapeutkontakt. Det tyda på at trappetrinnsmodellen var lønsam ved at færre gjekk vidare til fullintensitetsbehandling (Nordgreen et al., 2016).

Det er fleire årsaker til at trappetrinnsmodellen kan vere ei kostnadseffektiv tilnærming. Kan ein mindre intensiv intervensjon gje eit positivt utfall, avgrensar dette sjukdomsbyrda og kostnadane assosiert med ei meir ressurskrevjande behandling. Andre potensielle fordelar kan vere færre tilvisingar til spesialisthelsetenesta, mindre bruk av medikament, samt færre besøk hos allmennlege i høve medisinerer (NHS, NICE, 2011). I 2006 starta Storbritannia med programmet Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) der målet er å forbetre tilgangen til psykologisk behandling for depresjon og angstlidingar gjennom ein trappetrinnsmodell (NHS, 2011). Det har i den samanheng blitt oppretta fleire tverrfaglege senter rundt i Storbritannia for å kunne imøtekomme dette behovet (Helsedirektoratet, 2009). Talet terapeutar har også blitt auka (Hammond et al., 2012). Pilotprosjektet Rask psykisk helsehjelp er Noreg sin tilpassa versjon av IAPT. I 2015 var det oppretta 18 pilotkommunar som skal gje eit tenestetilbod til vaksne med mild til moderat depresjon og angstlidingar (Helsedirektoratet, 2015).

Internettbasert kognitiv åtferdsterapi (ICBT)

Den bruken av Internett ein ser i dag opnar opp for nye behandlingalternativ, og gjer det mogleg å overkomme barrierane knytt til tilgang (Helman, 2007). I dette ligg det at ein kan tilby terapi til fleire pasientar, og dermed redusere ventelistene (Donker et al., 2015). Med nettbasert behandling blir terapien med eitt tilgjengeleg når som helst (Gega, Marks, & Mataix-Cols, 2004). Ikkje berre kan dette gjere terapien meir lagleg, men det gjer det også mogleg å nå ut til populasjonar som elles ikkje ville ha motteke behandling (Anderson, Rainey, & Eysenbach, 2003). CBT er tenkt å passe godt til nettbasert behandling, fordi det har eit strukturert og systematisk format (Proudfoot, 2004).

Databasert CBT (CCBT) er ei programvare som leverar CBT på ein operasjonalisert og strukturert måte (Titov, 2007). Det kan skje over pasienten si personlege datamaskin, Internett eller gjennom telefonen (NICE, 2006). Det siste tiåret har det blitt meir vanleg med internettbasert CBT (ICBT), og mykje av forskinga har blitt gjort på denne type format

(Aboujaoude et al., 2015; Andersson & Cuijpers, 2009). I ein trappetrinnsmodell ser ein for seg at ICBT kan ligge på steg to (van Straten, Seekles, van 't Veer-Tazelaar, Beekman, & Cuijpers, 2010). Pasientar som ikkje blir betre med ICBT kan gå vidare til å få tradisjonell CBT (Gega et al., 2004). Nokre forskarar hevdar at ICBT også kan fungere som eit verkty for å førebyggje tilbakefall (Titov, 2007).

ICBT kan vere interaktivt med bruk av mellom anna teikneseriar, animasjonar, video og lyd (Titov, 2007). Det finnst fleire ICBT-pakkar, der kvar og ein har blitt utvikla for bestemte målgrupper (NICE, 2006). Majoriteten av programma er laga for mild til moderat depresjon eller angstlidingar (Andrews et al., 2010). Døme på dette er BluePages som gjev informasjon om depresjon og behandling, og MoodGym som leverar interaktiv CBT (Griffiths & Christensen, 2007). Psykologisk institutt ved Universitetet i Tromsø har oversett desse til norsk (Helsedirektoratet, 2009). Det finnst også program som adresserar komorbiditet av depresjon og angtlidingar (Amstadter, Broman-Fulks, Zinzow, Ruggiero, & Cercone, 2009; Titov et al., 2011). Tema i programma blir vanlegvis delt inn i to til 12 modular. Materiale frå tidlegare modular blir ofte gjenteke for å støtte opp om læring og bevaring. Dei fleste programma har ein introduksjonsdel med psykoedukasjon, og ei avslutning med fokus på førebygging av tilbakefall (Titov, 2007). Mange program inkluderer spørjeskjema som kan gje informasjon om pasienten sin progresjon, samt eventuelt fråfall (Mewton, Smith, Rossouw, & Andrews, 2014).

På lik linje med tradisjonell CBT er det anbefalt at det blir gjort ei vurdering på førehand for å finne ut om ICBT passar for pasienten (Arnberg, Linton, Hultcrantz, Heintz, & Jonsson, 2014; Carlbring & Andersson, 2006). Forsking på angstlidingar tyder på at deltakarar med større funksjonstap og symptomtrykk er i behov av meir tilpassa og intensiv behandling (Haug et al., 2015; Mewton, Smith, et al., 2014). I høve depresjon ser biletet noko annleis ut. Bower et al. (2013) fann at intervensjonar av låg intensitet, som til dømes ICBT, gav effekt også for deltakarar med meir alvorleg depresjon. I tilfelle ICBT er eit passande alternativ, er det naudsynt med ei presis diagnose eller skildring av vedkommande sine vanskar for å finne det mest høvelege programmet (Lillevoll et al., 2013). Det er også viktig å kartleggje kor mykje støtte pasienten kan måtte komme til å trenge under prosessen (NICE, 2006).

I kor stor grad ein terapeut er involvert varierer. Det kan vere ingen kontakt, litt kontakt gjennom telefon eller e-post, eller ansikt til ansikt (Holmes, March, & Spence, 2009).

Kontakten kan ha ei administrativ form ved at terapeuten kjem med ei påminning (Barak, Klein, & Proudfoot, 2009; Titov, Andrews, Choi, Schwencke, & Johnston, 2009). Den kan også vere meir omfattande med terapeutisk støtte (Barak et al., 2009). Titov (2011) definerer i si meta-analyse at program med lågare intensitet har under tre timar med terapeutkontakt, i motsetnad til programma med høgre intensitet som har over tre timar. Kor ofte pasient og terapeut har kontakt varierer også. Det kan vere alt frå dagleg til éin gang i løpet av heile behandlinga (Barak et al., 2009). Støtta treng dessutan ikkje å komme frå ein terapeut, men det kan også vere ein tekniskar som gjev denne (Robinson et al., 2010; Titov et al., 2010).

Opplevingar og haldningar til ICBT

I ein studie frå Noreg fann forskarane at berre 3% av norske psykologar syntes at nettbasert behandling var uakseptabelt, medan dei fleste hadde ei nøytral haldning (Wangberg, Gammon, & Spitznogle, 2007). Samtidig er det ei rekkje kliniske bekymringar når det kjem til bruk av ei slik behandling. For det første at denne skal bli nytta ukritisk, og kan dermed skade enkelte pasientar (Proudfoot, 2004). Det er også ei uro knytt til det å ikkje kunne identifisere suicidale pasientar (Titov, 2007), og om det er mogleg å etablere ein terapeutisk relasjon når non-verbale signal ikkje er tilstade (Cook & Doyle, 2002; Socala et al., 2012). Mellom enkelte eksisterer det i tillegg ei frykt for at slike program vil ta over rolla til terapeutane (Hjelm, 2005).

Kvalitative studiar har gjeve noko innsikt i pasientane sine opplevingar og haldningar til ICBT. I ein studie av Beattie, Shaw, Kaur, og Kessler (2009) fortalte fleire av pasientane at anonymiteten knytt til behandlinga gjorde det lettare å sjølvavsløre. Derimot opplevde enkelte at asynkron kontakt med terapeuten gav rom for negative tankar. Dei stilte spørsmål ved terapeuten si evne til å gjere gode tolkingar av skriftleg arbeid når non-verbale signal ikkje var tilstade (Beattie et al., 2009).

Lillevoll et al. (2013) fann i sin kvalitative studie at pasientane identifiserte seg med ICBT-programmet, samt klarte å overføre og implementere den nye kunnskapen til seg sjølv. Ein annan studie fann derimot at pasientane ikkje klarte å nyttiggjere seg av det aktuelle programmet (Gerhards et al., 2011). Forskjellen mellom desse to studiane var mellom anna at sistnemnde ikkje hadde inkludert noko form for terapeutkontakt. I studien til Lillevoll et al. (2013) kom det fram at terapeuten spelte ei viktig rolle for pasientane når det kom til å forstå prinsippa i CBT, og overføre desse til eige liv. I tillegg blei terapeuten ein dei kunne dele

tankar og kjensler med, samt få råd og rettleiing (Lillevoll et al., 2013). Det har av fleire blitt rapportert at enkelte pasientar ynskjer seg meir samtale med terapeuten for å få ei betre forståing av vanskane sine (Gerhards et al., 2011; Lillevoll et al., 2013; Macdonald, Mead, Bower, Richards, & Lovell, 2007).

Behandlingseffekt ved ICBT

Det siste tiåret har det komme fleire systematiske gjennomgangar og meta-analysar av randomiserte kontrollerte forsøk på effekten av ICBT hos vaksne. Desse konkluderer med at så langt ser det ut til å vere eit lovande alternativ i behandlinga av depresjon og angstlidingar (Andrews et al., 2010; Cowpertwait & Clarke, 2013; Hedman, Ljotsson, & Lindefors, 2012; Mewton, Smith, et al., 2014; Olthuis, Watt, Bailey, Hayden, & Stewart, 2015; Richards & Richardson, 2012; Spek et al., 2007). Det blir av mange rapportert om effektstorleikar på lik linje med tradisjonell CBT (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014; Carlbring et al., 2005; Cuijpers, Donker, van Straten, Li, & Andersson, 2010; Emmelkamp, 2005; Mewton, Smith, et al., 2014; Reger & Gahm, 2009; Wagner, Horn, & Maercker, 2014).

Derimot fann So et al. (2013) i ei meta-analyse på depresjon og ICBT at det per i dag ikkje er tilstrekkeleg støtte for at denne behandlinga verken har ein signifikant langtidseffekt eller signifikant effekt i høve funksjonsnivå. Det bør her nemnast at det å kunne sei noko om langtidseffekt og funksjonsnivå er kritisk når ein skal vurdere kostnadseffektivitet med tanke på, til dømes, reduserte kostnader for sjukefråvær. Det er difor naudsynt å studere om ICBT ikkje berre reduserer symptomtrykk, men også om det gjev ein auke i funksjon (So et al., 2013). I tillegg til å undersøke generell behandlingseffekt ved ICBT, har det blitt gjort ein del forskning for å finne ut kva for faktorar som verkar inn på og predikerer behandling utfallet (Andersson & Hedman, 2013).

Forsking tyder på at intervensjonar med terapeutstøtte er dei mest effektive (Andersson & Cuijpers, 2009; Cowpertwait & Clarke, 2013; Cuijpers et al., 2009; Newman, Szkodny, Llera, & Przeworski, 2011; Richards & Richardson, 2012; Spek et al., 2007; Titov, 2007). Dette kan mellom anna vere knytt til større etterleving til behandlinga (Hilvert-Bruce, Rossouw, Wong, Sunderland, & Andrews, 2012; Karyotaki et al., 2015). I ei meta-analyse fann forskarane ein samanheng mellom grad av terapeutstøtte og effekt. Deltakarane som fekk meir støtte hadde betre effekt av behandlinga (Johansson & Andersson, 2012). Sjølv om effektane av intervensjonar med støtte er større, er det likevel funn som indikerer effekt i

studiar med intervensjonar utan støtte (Cowpertwait & Clarke, 2013; Farrer, Christensen, Griffiths, & Mackinnon, 2011; Richards & Richardson, 2012; Spek et al., 2007).

Intervensjonar utan støtte er samtidig assosiert med større fråfall (Titov, 2007). Ifølgje Titov (2007) kan dette henge saman med at deltakarane ikkje har ein terapeut som motiverer dei, forsterkar framgangen deira, eller som oppmuntrar til vidare innsats. Det kan også vere vanskeleg å gjennomføre eksponeringsbasert behandling utan profesjonell assistanse (Farvolden, Denisoff, Selby, Bagby, & Rudy, 2005; Titov, Andrews, Choi, Schwencke, & Mahoney, 2008). ICBT-program med fri tilgang har blitt knytt til dårlegare etterleving og større fråfall (Christensen, Griffiths, & Farrer, 2009). Igjen kan dette henge saman med manglande støtte frå ein terapeut (Andersson, 2010).

Andre årsaker til fråfall kan vere, som rapportert av enkelte deltakarar, komplisert tekst og for krevjande oppgåver (Andersson et al., 2005; Warmerdam, van Straten, Twisk, Riper, & Cuijpers, 2008). Kiropoulos et al. (2008) fann at deltakarane som fekk ICBT hadde ei mindre forståing av behandlingsmaterialet i motsetnad til dei som fekk tradisjonell CBT (Kiropoulos et al., 2008). Nokre deltakarar har rapportert at behandlinga er for lang (Christensen, Griffiths, Groves, & Korten, 2006; Cowpertwait & Clarke, 2013; Kaltenthaler et al., 2008). Forventingar og engasjement frå deltakaren si side kan også vere viktige prediktorar for utfall og fråfall (Mewton, Smith, et al., 2014).

Det er studiar som har funne at deltakarar som ikkje fullførte intervensjonen opplevde ein effekt (Farvolden et al., 2005; Hilvert-Bruce et al., 2012). I følgje van Ballegooijen et al. (2014) si meta-analyse kan det vere at behandlinga ikkje passar for pasienten dersom vedkommande fell ifrå tidleg, men at dersom han eller ho derimot avsluttar halvvegs kan det vere at det ikkje lenger er behov for behandlinga (van Ballegooijen et al., 2014). Ifølgje Donkin et al. (2011) sin systematiske gjennomgang er ikkje etterleving nødvendigvis assosiert med utfall. I dei inkluderte studiane blei etterleving målt utifrå kor ofte og lenge deltakaren var logga på programmet, noko som mest sannsynleg vil bli påverka av faktorar som prosesseringstempo, kognitive evne, leseevne og kjennskap til ei datamaskin. Det var med andre ord vanskeleg å vurdere kor stor dose av programmet deltakarane hadde fått. Forskarane fann derimot at fullføring av ein modul var assosiert med utfall (Donkin et al., 2011).

Formålet med denne studien

Systematiske gjennomgangar og meta-analysar som til no har lagt fram forskning på ICBT baserer seg i stor grad på effektstudiar av randomiserte kontrollerte forsøk der dei fleste deltakarane har blitt rekruttert som frivillige (Andersson & Cuijpers, 2009; Andrews et al., 2010). Effektstudiar vektlegg indre validitet, og blir difor kjenneteikna av eksperimentell kontroll. I praksis inneber dette ein sterk seleksjon av deltakarar, homogenitet i høve deltakarane sine personlege karakteristika, terapeutar som er godt trena og som blir overvaka for å sikre etterleving til ein behandlingsmanual (Shadish et al., 1997).

Effektivitetsforskning på den andre sida undersøker om behandlinga kan overførast til klinisk praksis. Ofte blir det teke i bruk kvaseksperimentelle design eller systematiske naturalistiske design. Slike studiar vektlegg ytre validitet, og blir ofte gjennomført i ei ikkje-kontrollert klinisk setting (Lutz, 2003). Det vil her vere ein mykje større heterogenitet mellom deltakarane, og i tillegg vil det vere store forskjellar mellom dei som leverar behandlinga. Difor er det usikkert om resultat og funn i ei forskingssetting vil overførast til ei rutinesetting (Richards & Borglin, 2011).

Denne studien sin intensjon er å undersøke effekten av ICBT på ein klinisk populasjon innanfor ordinær helseteneste. Det vil sei pasientar som gjennomfører ICBT som del av eit ordinært behandlingstilbod. Basert på tidlegare forskning har vi ein hypotese om at ICBT vil vere effektivt for pasientar som blir behandla for depresjon og/eller angstlidingar i ordinær helseteneste. Samtidig forventar vi at forskjellige faktorar, som til dømes terapeutkontakt og fråfall, vil verke inn på denne effekten. Forskinga som har blitt gjort på kliniske populasjonar vil vidare bli samanfatta i ein systematisk gjennomgang.

Metode

Denne studien er ein systematisk gjennomgang av studiar som undersøker effekten av ICBT for pasientar med depresjon og/eller angstlidingar i ordinær helseteneste.

Seleksjon av studiar

For å bli inkludert måtte pasientane i studien hovudsakleg ha blitt tilvist ICBT av allmennlege eller annan helsearbeidar, eller allereie vere pasient ved ein klinikk der ICBT blei gjeve som behandling. Studiar blei ekskludert der deltakarane hadde blitt rekruttert frå den

generelle befolkninga. Dette kunne til dømes vere gjennom avisannonser, oppslag eller nettsider.

Studiar der ICBT blei gjeve som behandling, med eller utan støtte, har blitt inkludert. Søket blei ikkje avgrensa til spesifikke ICBT-program. Inkludert er studiar der ICBT blei gjeve heime over Internett, på CD-rom eller der pasientane gjennomførte behandlinga på ei datamaskin ved ein klinikk.

Dei inkluderte studiane hadde vaksne pasientar, over 18 år, med primærdiagnose depresjon og/eller angstliding. Alle typar depresjons- og angstlidingar som oppfyllte diagnosekriteria til International Classification of Diseases (ICD-10) eller Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) blei inkludert. Pasientar under 18 år blei ekskludert. Det er usikkert i kor stor grad effektiviteten av ICBT-intervensjonar for born og unge kan samanliknast med ICBT-intervensjonar for vaksne.

Studiar som gav påskjøning for å fullføre ICBT-intervensjonen, til dømes ved å gje eit pengebeløp, blei ekskluderte. Dette sidan det er mogleg at ei påskjøning vil kunne påverke pasienten sin motivasjon til å fullføre opplegget, samt ei eventuell effekt av behandlinga. Påskjøning kan gjere det vanskeleg å samanlikne resultat med studiar utan påskjøning, spesielt sidan det ikkje er realistisk for faktiske pasientar innanfor helsevesenet å få påskjøning, utover opplevd behandlingseffekt.

I tilfelle der to studiar har rapportert effekt frå same populasjon, til dømes i oppfølgingsstudiar, er berre den mest oppdaterte av desse inkludert og oppført under resultatane. Studiar som ikkje var originalstudiar, til dømes oversiktsartiklar, blei også ekskludert. Studiane blei avgrensa til dei publisert på engelsk.

Det finnast få gjennomførte randomiserte studiar på pasientar som samanliknar ICBT med annan intervensjon, til dømes behandling som vanleg eller venteliste. Difor blei det valt å inkludere naturalistiske studiar som undersøker effekt av ICBT i ordinær helseteneste, og som elles fyller inkluderingskriteria. Desse vil bli framstilt i to ulike tabellar.

Systematisk søk

For å finne relevante studiar blei søkedatabasen Elsevier Scopus nytta. Dette er den største oppsummerings- og siteringsdatabasen for fagfellevurdert litteratur. Elsevier Scopus leverar ei omfattande forskingsoversikt innanfor dei naturvitskaplege, medisinske, tekniske og samfunnsvitskaplege fagfelte (Scopus, udatert).

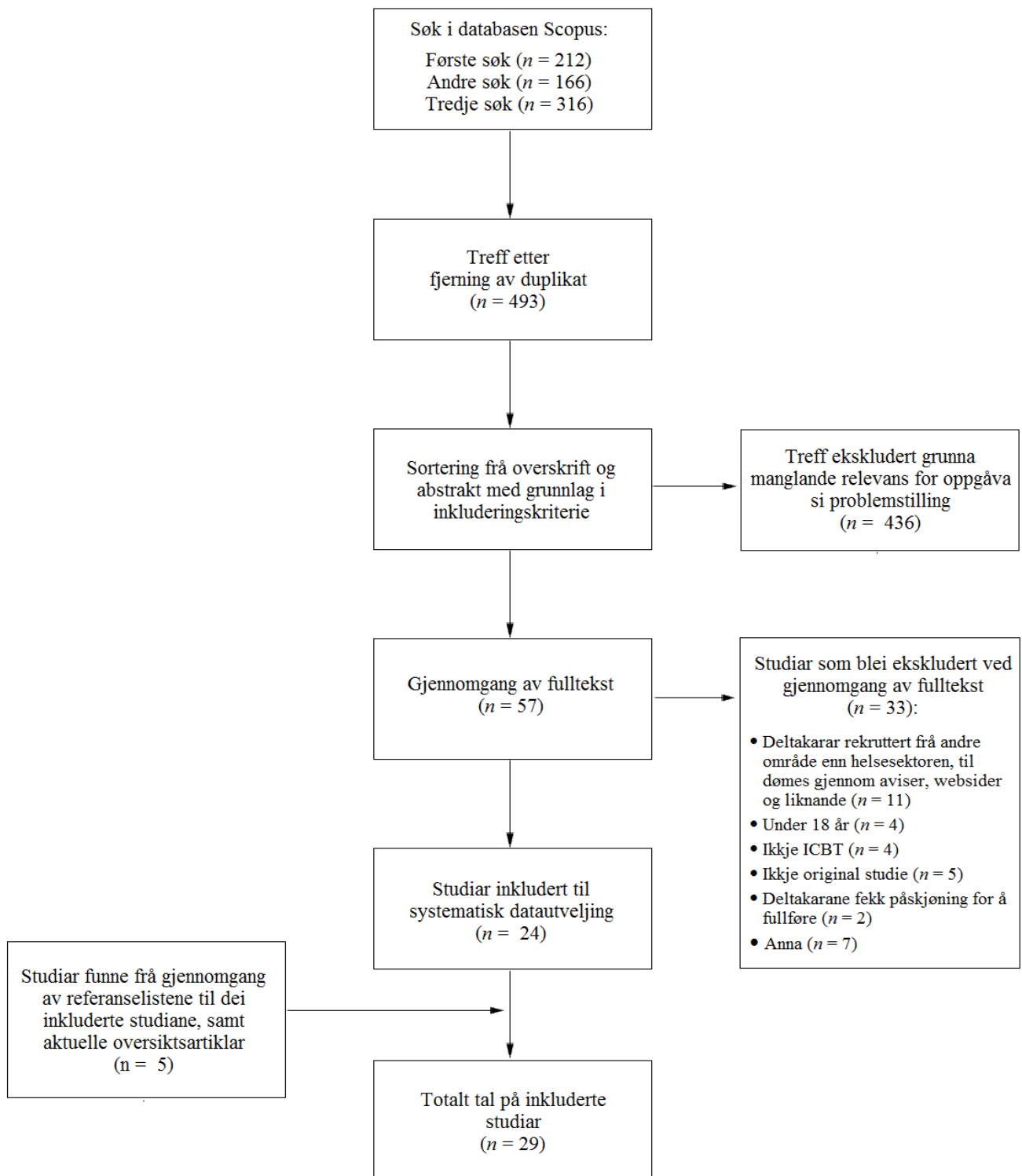
Det blei gjort tre ulike søk i Elsevier Scopus. Søkefana for avansert søk blei nytta. Alle søka blei gjennomført for titlar, abstrakt og nøkkelord. Første søkekombinasjon ((*Internet OR "web-based"*) AND (*therapy OR treatment*) AND ("*primary care*" OR "*routine care*")) AND (*depress**) gav 212 treff. Andre søkekombinasjon ((*Internet OR "web-based"*) AND (*therapy OR treatment*) AND ("*primary care*" OR "*routine care*")) AND (*anxiety*) gav 166 treff. Tredje søkekombinasjon ((*computer**) AND (*therapy OR treatment*) AND ("*primary care*" OR "*routine care*") AND (*depress* OR anxiety*)) gav 316 treff. Søka blei eksportert til og gjennomgått i Endnote. Etter fjerning av duplikat var det totalt 493 treff. Søkeorda blei valt ut for å avgrense søket til relevante treff. Siste søk blei utført 04.03.2016.

Ved gjennomgang av titlar og abstrakt blei 57 studiar rekna som relevante. Frå desse blei 24 studiar inkludert etter gjennomgang av heile artikkelen. Grunnlag for ekskludering var i hovudsak at deltakarane i studien ikkje hadde blitt rekruttert frå helsesektoren, men heller som del av generell befolkning. Det kunne til dømes vere at dei hadde blitt rekruttert gjennom nettsider eller aviser ($n = 11$). Andre årsaker for ekskludering var mellom anna at pasientane var under 18 år ($n = 4$), at intervensjonen ikkje var ICBT ($n = 4$), at det ikkje var ein originalstudie ($n = 5$), eller at deltakarane blei påskjøna for å fullføre behandlinga ($n = 2$). Det blei også ekskludert sju studiar av andre grunnar. Dette mellom anna fordi det ikkje kom fram ein diagnosedefinisjon, eller fordi studiane undersøkte andre aspekt ved ICBT enn effekt.

Referanselistene til dei inkluderte studiane, samt aktuelle oversiktsartiklar, blei gjennomgått for å finne fleire relevante studiar. Totalt fem studiar blei inkludert frå denne gjennomgangen. Det endelege talet på studiar som blei inkludert var 29. Figur 1 gjev ei oversikt over søkeprosessen og utveljinga av relevante studiar.

Dataauthenting

Studiane blei gjennomgått systematisk. Totalt 20% blei gjennomgått av to personar. Det kom ikkje fram nokre forskjellar mellom dei to personane under dataauthenting for dette utvalet. Data blei henta inn for utvalsstorleik, diagnose/symptom, type intervensjon, oppfølging, type helseteneste, eventuelle samanlikningsgrupper, mål på symptom, terapeutkontakt, gjennomsnittsalder, fråfall og resultat. Sistnemnde med effektstorleik der det blei rapportert. Denne studien tek i bruk den definisjonen av helsevesen, primær eller sekundær, som studien rapporterte at dei var ein del av.



Figur 1. Oversikt over søkeprosessen og utveljing av inkluderte studiar.

Resultat

Karakteristika ved studiane i utvalet

Talet på pasientar varierte mellom 65 til 691 i studiane med samanlikningsgruppe, her med ein gjennomsnittsalder frå 33.6 år til 48.3 år. Talet på pasientar varierte mellom 19 til 2413 i studiane utan samanlikningsgruppe, her med ein gjennomsnittsalder frå 36.0 år til 50.5 år.

Elleve av studiane undersøkte depresjon som hovuddiagnose. Totalt sju studiar undersøkte ulike angstlidingar, der éin spesifikt undersøkte sosial angstliding (Hedman et al., 2011), og tre spesifikt undersøkte panikkiliding med eller utan agorafobi (Bergström et al., 2010; Hedman et al., 2013; Shandley et al., 2008). Totalt 11 studiar undersøkte depresjon og/eller angstlidingar kombinert, som komorbid liding, blanda liding eller som ein samansett problematikk.

Diagnose har hovudsakleg blitt vurdert utifrå ICD-10 eller DSM-IV, og vanlegvis med ei klinisk vurdering, Mini internasjonalt nevropsykiatrisk intervju (MINI) eller Strukturert klinisk intervju for DSM-IV akse I lidingar (SCID-I). Nokre studiar inkluderte berre diagnosen frå tilvisande klinikar eller allmennlege utan ei ny vurdering.

Intervensjon

Studiane nytta fleire ulike typar ICBT-program. Programma varierte stort sett mellom fire og 10 modular, over fem til 16 veker. Fleire av ICBT-programma var tilpassa spesifikke diagnosar. Dei fleste programma inkluderte heimearbeid mellom modulane. Heimearbeid kunne anten bli gjeve som ei fysisk oppgåvebok, på utskrift, per e-post eller det kunne vere ein del av sjølv ICBT-programmet. Kivi et al. (2014) inkluderte også mindfulnessøvingar på CD som del av behandlingløpet.

Det var også ein forskjell mellom korleis ICBT-programma blei gjennomført. I nokre studiar kom pasientane til klinikken for å gjennomføre programmet. Det blei gjort på eit eige rom på legekantoret eller ved andre typar helsesentre. ICBT-programmet i andre studiar blei gjennomført heime hos pasienten ved hjelp av eiga datamaskin.

Generell effekt

Tabell 1 gjev ei detaljert oversikt over dei 12 inkluderte studiane som undersøkte effekten av ICBT for pasientar med depresjon og/eller angstlidingar i ordinær helseteneste

med samanlikningsgruppe. Tabell 2 gjev på same måten ei detaljert oversikt over dei 17 inkluderte studiane utan samanlikningsgruppe.

Av dei totalt 29 inkluderte studiane fann 28 studiar signifikant positive effektar for at ICBT er, eller kan vere, ei effektiv behandling for pasientar med depresjon og/eller angstlidingar i ordinær helseteneste. Av desse har dei fleste funne effektstorleikar der ICBT-intervensjonen signifikant reduserte symptomtrykket, eller der ICBT hadde ein signifikant effekt til fordel for venteliste eller anna behandling. Nokre av desse studiane fann lik effekt i begge intervensjonsgrupper, til dømes ved ICBT og behandling som vanleg. Av dei 29 inkluderte studiane var det berre éin studie som fann at ICBT, her i kombinasjon med vanleg behandling frå allmennlege, ikkje gav noko ekstra behandlingsgevinst utover vanleg behandling frå allmennlege åleine (Gilbody et al., 2015).

To studiar blei spesifisert som gjennomført i sekundærhelsetenesta (Bell, Colhoun, Carter, & Frampton, 2012; Learmonth & Rai, 2008), medan dei resterande blei definert som gjennomført i primærhelsetenesta eller som rutinemessig oppfølging. Det kom ikkje fram nokre betydelege forskjellar mellom studiane som definerte seg sjølv som utført i sekundærhelsetenesta (Bell et al., 2012; Learmonth & Rai, 2008), og som utført i primærhelsetenesta eller i rutinemessig oppfølging. Studiane gjennomført i sekundærhelsetenesta viste resultat som indikerer at ICBT kan inkluderast som ei behandlingstilnærming innanfor sekundærhelsetenesta, og særleg som eit første trinn i ein trappetrinnsmodell.

Tabell 1. *Detaljert oversikt over dei 12 inkluderte studiane med samanlikningsgruppe.*

Studie	N (Gj.s. alder)	Diagnose	Intervensjon og lengde	Samanliknings- gruppe	Mål	Tidspunkt for måling	Terapeutkontakt	Fråfall	Resultat
Bell et al. (2012)	83 (33.6)	Sosial fobi, GAD eller panikk- liding (DSM-IV).	CRUFAD, 4-6 modular over 12 veker.	ICBT; Venteliste.	WSAS, PGI, PSWQ, GADI, PDSS- SR, LSAS, FNE, FQ, BAI, BDI-II.	Pre, 12 og 24 veker.	Begge grupper blei kontakta av ein assistent annankvar veke.	35%	Rapporterer at behandlinga kan vere effektiv i sekundærhelsetenesta samanlikna med venteliste. Alle angstdiagnosane hadde like resultat. Moderate mellomgruppe ES, $d = 0.4-0.8$.
Bergström et al. (2010)	113 (33.8)	Panikk- liding med eller utan agorafobi (DSM-IV, MINI).	10 veker behandling for begge grupper.	ICBT med støtte; Gruppebasert CBT.	PDSS, CGI, MADR S, ASI, SDS.	Pre, post og 6 mnd. etter.	ICBT-gruppe: e- postkontakt med terapeut, både teknisk og tilbakemelding på spørsmål. Gruppebasert CBT: Normal gruppekontakt, ikkje noko utover gruppemøta.	8%	Signifikant effekt av begge behandlingane som vedvarte ved 6 mnd. oppfølging. Ingen signifikant forskjell mellom dei ulike behandlingane. ICBT var meir kostnadseffektivt enn gruppebehandling. For ICBT innangruppe ES var (pre-post) for PDSS $d = 1.73$, og for gruppebehandling var $d = 1.63$. Mellomgruppe ES var låg. Ved 4 mnd. var det ingen signifikant forskjell til fordel for retteleia ICBT i tillegg til vanleg oppfølging av allmennlege, framfor vanleg oppfølging av allmennlege åleine. Dette gjaldt både for MoodGYM og for Beating the Blues.
Gilbody et al. (2015)	691 (39.9)	Depressiv episode (ICD-10).	Beating the Blues (8 modular) og MoodGYM (5 modular).	Vanleg allmennlege- oppfølging + Beating the Blues; Vanleg allmennlege- oppfølging + MoodGym; Vanleg	PHQ-9, SF-36, CORE- OM.	Pre, 4, 12 og 24 mnd.	Oppmuntring via telefonsamtalar kvar veke.	24%	

Tabell 1. *Held fram.*

Studie	N (Gj.s. alder)	Diagnose	Intervensjon og lengde	Samanliknings- gruppe	Mål	Tidspunkt for måling	Terapeutkontakt	Fråfall	Resultat
Hedman et al. (2011)	126 (35.2)	Sosial fobi (DSM-IV, SCID-I og MINI).	15 veker behandling for begge grupper.	allmennlege-oppfølging. ICBT; Gruppebasert CBT.	LSAS, BAI, ASI, MADR S-S, QOLI.	Pre, post og 6 mnd. etter.	E-terapeut som gav pasientane tilgang til neste modul, som svarte på spørsmål, og kunne gje tilbakemelding (maks 10 min. per veke).	20%	ICBT kan i primærhelsetenesta vere like effektivt som gruppebasert CBT for sosial angstliding. Mellomgruppe ES $d = 0.41$ (postbehandling) og ES $d = 0.36$ (6 mnd. oppfølging) til fordel for ICBT.
Hickie et al. (2010)	83 (33.7)	Depresjon (vurdert av allmennlege).	MoodGYM (administrert av allmennlege med opplæring), lengde på 8 veker for begge grupper.	Utvida allmennlege-oppfølging; Utvida allmennlege-oppfølging + MoodGYM.	SPHER E-12, K10, BDQ.	Pre, 8 veker, 6 og 12 mnd.	Begge gruppene hadde utvida kontakt og oppfølging av allmennlege.	33%	Reduksjon i depresjonssymptom i begge grupper, noko større i utvida oppfølging av allmennlege + MoodGYM, $d = 0.40$ til fordel for denne gruppa.
Høifødt et al. (2013)	106 (36.1)	Mild til moderat depresjon (ICD10 og DSM-IV, MINI).	MoodGYM, lengde på 6-7 veker.	Rettleia ICBT; Venteliste for behandling etter 6 veker.	BDI-II, BAI, HADS.	Pre, post og 6 mnd. etter.	Møte med psykolog 15-30 min. per veke, samt påminning per e-post. Gj.s. 242 min. per pasient.	14%	Kombinasjonen med ein utvida kontakt med psykolog under MoodGYM-behandlinga kan gje positive resultat for symptom både på depresjon og angst, samanlikna med ei ventelistegruppe (mellomgruppe ES $d = 0.65$ for BDI-II).
Kivi et al. (2014)	65 (36.6)	Depresjon (DSM-IV, MINI).	Depressions-hjälpen (ICBT-program), med fysisk oppgåvebok og CD med	Rettleia ICBT; Behandling som vanleg.	BDI-II, MADR S, BAI.	Pre, 3 og 7 veker, post.	Tre telefonsamtalar, pasientane blei oppmuntra til å ha kontakt per e-post kvar veke, ca. 15 min. per veke.	18%	Begge grupper hadde signifikant betring. Ingen signifikant forskjell mellom gruppene. Innangruppe ES ICBT: $d = 1.09$ og behandling som vanleg: $d = 1.27$.

Tabell 1. *Held fram.*

Studie	N (Gj.s. alder)	Diagnose	Intervensjon og lengde	Samanliknings- gruppe	Mål	Tidspunkt for måling	Terapeutkontakt	Fråfall	Resultat
Mohr et al. (2013)	102 (48.3)	Depresjon (MINI, DSM-IV).	mindfulness- øvingar i 12 veker. MoodManager over 12 veker.	ICBT + telefonstøtte; ICBT; Venteliste.	PHQ-9, etter- leving.	Pre, 6, 12 og 16 veker.	Telefonstøtte for den eine gruppa, 5-10 min. retta mot ICBT- programmet, ikkje- terapeutisk.	-	Signifikant reduksjon i depresjonssymptom samanlikna med venteliste, men ingen forskjell til fordel for telefonstøtte. Signifikant auke i etterleving ved bruk av telefonstøtte. Med telefonstøtte nytta pasientane programmet i gjennomsnitt 61,5 dagar, 38 dagar med MoodManager åleine.
Nordgren et al. (2014)	100 (35.4)	Angst- liding (SCID-I).	ICBT- intervensjon, 7-10 modular over 10 veker.	ICBT; Venteliste med behandling etter 10 veker.	CORE- OM, MADR S-S, BAI, QOLI, TIC-P, EQ-5D.	Pre, post og 12 mnd. etter.	E-post med oppklaring ifht. tekniske eller andre ting ved modulane, eller heimearbeidet. Terapeutkontakt kvar veke per e-post i kontrollgruppa, dette utan spesifikk tilbakemelding.	68%	Konkluderer med at individuelt tilpassa ICBT er ei effektiv og kostnadseffektiv behandling i primærhelsetenesta for pasientar med angstlidingar med eller utan komorbiditet. Gj.s. mellomgruppeeffekt $d = 0.59$ frå pre til post. Gj.s. innangruppe- effekt frå pre til 12 mnd. oppfølging indikerer at effekten var halde ved like, $d = 0.71$.
Proudfoot et al. (2003)	167 (43.7)	Angst og/eller depresjon (ICD-10).	Beating the Blues, 9 modular over 2 mnd.	ICBT; Behandling som vanleg.	BDI-II, BAI, WASA.	Pre, post og 1, 3 og 6 mnd. etter.	Sjukepleiar hjalp til med det tekniske, og passa på at dei hadde fått korrekt heimeoppgåve. Allmennlege fekk rapport etter kvar fullførte modul.	35%	Pasientar som fekk ICBT viste signifikant større betring i depresjon og angst i høve til behandling som vanleg ved slutten av behandlinga, og ved 6 mnd. oppfølging. Det var ingen interaksjon mellom effektane av ICBT og alvorsgrad av depresjon, og ut frå dette konkluderer

Tabell 1. *Held fram.*

Studie	N (Gj.s. alder)	Diagnose	Intervensjon og lengde	Samanliknings- gruppe	Mål	Tidspunkt for måling	Terapeutkontakt	Fråfall	Resultat
Proudfoot et al. (2004)	274 (43.6)	Angst og/eller depresjon (ICD-10).	Beating the Blues, 9 modular over 2 mnd.	ICBT; Behandling som vanleg.	BDI-II, BAI, WSA, ASQ.	Pre, post og etter 1, 3 og 6 mnd.	Sjuepleiar hjelpte til med det tekniske, og passa på at dei hadde fått korrekt heimeoppgåve (maks 5 min. per modul). Allmennlege fekk rapport etter kvar fullførte modul.	30%	forskarane at effektane av intervensjonen er uavhengig av utgangsnivået av depresjon. Gj.s. reduksjon per mål samanlikna med behandling som vanleg: BDI nedgang på 5 poeng, BAI ned 3 poeng, WASA ned 3 poeng. Forskarane konkluderer med at ICBT er eit godt alternativ til behandling av angst og/eller depresjon i primærhelsetenesta. Begge intervensjonane gav reduksjon i symptom vist ved BDI- II og BAI.
Shandley et al. (2008)	96 (40.9)	Panikk- liding med eller utan agorafobi (vurdert av psykolog over telefon- intervju).	Panic Online over 12 veker.	ICBT + allmennlege; ICBT + E- terapeut.	ADIS- IV, ASP, DASS, MI, PDSS, TCS-M, WHOQ OL- BREF.	Pre, post og etter 6 mnd.	E-terapeut kontakta pasienten per e-post, og hadde inga avgrensing på tidsbruk ved dette. Allmennlege hadde gjennomsnittleg 7 møte med pasientane i allmennlege- gruppa.	20-25%	ICBT førte til betydeleg forbetring i frekvensen av panikkanfall, depresjon, angst, stress, angstsensitivitet, agorafobisk unngåing og livskvalitet. Forbetring var halde ved like ved oppfølging. Ingen signifikant forskjell mellom gruppene ifht. endring av symptom, men i høve til to faktorar ved domene innanfor livskvalitet.

Merk: ADIS-IV = Anxiety Disorders Interview Schedule-IV; ASI = Anxiety Sensitivity Index; ASP = The Anxiety Sensitivity Profile; ASQ = The Attributional Style Questionnaire; BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI-II = Beck Depression Inventory; BDQ = Brief Disability Questionnaire; CIS-R = The clinical interview schedule-revised; CGI = Clinical Global Impression Scale; CORE-OM = The Clinical Outcomes

in Routine Evaluation-Outcome Measure; CRUFAD = The Clinical Research Unit for Anxiety and Depression; d = Effektstorleiksmålet Cohen's d ; DASS - The Depression Anxiety Stress Scale-21; DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition; ES = Effektstorleik; EQ-5D = EuroQol Group 5-Dimension Self-Report Questionnaire; FNE = Fear of Negative Evaluation; FQ = Fear Questionnaire; GAD = Generalisert angstliding; GADI = Generalised Anxiety Disorder Assessment Inventory; Gj.s. = Gjennomsnitt; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; ICBT = Internettbasert kognitiv åtferdsterapi; ICD-10 = International Classification of Diseases, 10th Revision; K10 = Kessler Psychological Distress Scale; LSAS = Liebowitz Social Anxiety Scale; MADRS-S = Montgomery Åsberg Depression Rating Scale Self-rated; MI = The Mobility Inventory; MINI = MINI International Neuropsychiatric Interview; N = Tal på pasientar; PGI = Patients Global Impression scale; PDSS-SR/PDSS = Panic Disorder Severity; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire Depression 9 item Scale; PSWQ = Penn State Worry Questionnaire; QOLI = Quality of Life Inventory; SDS = Sheehan Disability Scale; SF-12 = The 12-Item Short Form Health Survey; SF-36 = The 36-Item Short Form Health Survey; SCID-I = Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; SPERE-12 = 12-item Somatic and Psychological Health Report; TCS-M = The Treatment Credibility Scale-Modified; TIC-P = Trimbos and Institute of Medical Technology Assessment Cost Questionnaire for Psychiatry; WHOQOL-BREF = World Health Organization Quality of Life Assessment BREF; WSAS/WASA/WASA = Work and Social Adjustment Scale.

Tabell 2. *Detaljert oversikt over dei 17 inkluderte studiane som ikkje målte effekt mot samanlikningsgruppe.*

Studie	N (Gj.s. alder)	Diagnose	Intervensjon og lengde	Mål	Tidspunkt for måling	Terapeutkontakt	Fråfall	Resultat
Cavanagh et al. (2011)	351 (-)	Depresjon eller angstliding (vurdert av klinikar og allmennlege).	Beating the Blues, 9 modular.	PHQ-9, GAD-7, CORE-OM, WASA, The patient experience questionnaire.	Pre, post.	Mellom 0-10 min. kontakt med helsepersonell etter kvar avslutta modul, i tillegg til forklaring av korleis pasienten best kan utnytte programmet ved første modul.	39%	Rapporterer at 50 % etter avslutta behandling ikkje fyller diagnosekriteria. Medium til høge pre-post ES for mål av depresjon ($d = 0.9$), angst ($d = 0.9$), CORE-OM ($d = 0.6$) og WASA ($d = 0.4$).
Cavanagh et al. (2006)	219 (43.6)	Depresjon og/eller angstliding (vurdert av klinikar eller allmennlege).	Beating the Blues, 9 modular.	CORE-OM, WASA, sjølvrapporteringsskjema for angst og depresjon.	Pre, post og 6 mnd. etter.	Teknisk hjelp og kunnskap om at helsepersonell kan hjelpe ved behov, samt vurdering (eventuelt kontakt) etter avslutta modul.	38%	Forskarane konkluderer med at ICBT kan vere eit effektivt verkty, særleg som eit verkty i primærhelsetenesta innanfor ein trappetrinnsmodell. ITT-analyse indikerte eit fall i gj.s. på 0.29 poeng ved CORE-OM, likt med ein ukontrollert ES (pre-post) = 0.50. Der data var tilgjengeleg (18 %) var desse resultatane halde ved like etter 6 mnd.
Craske et al. (2009)	261 (-)	GAD, sosial angstliding, panikk-liding, PTSD (MINI, DSM-IV).	CALM - Tools for living, 6-8 modular.	OASIS, Patient Health Questionnaire.	Pre, post.	Terapeut sit saman med pasienten, høve til å hjelpe med øvingar, ikkje-terapeutisk tilnærming.	*	Skåre ved OASIS blei signifikant redusert (ES = 0.46), og var ikkje signifikant forskjellig for dei fire ulike angstlidingane.
Hadjistavropoulos et al. (2014)	221 (39.9)	GAD, depresjon, panikk-liding (MINI, DSM-IV).	Ulike evidensbaserte ICBT-program spesifisert mot diagnose. 8-10 modular.	PHQ-9, GAD-7, PDSS-SR, DASS, WHOQOL-BREF, WSAS.	Pre, midten av behandling og post.	Personleg e-post frå terapeutar (opp mot 20 min. per veke) ein gong i veka. Terapeutane ringte dersom dei ikkje hadde gjennomført modulen.	47%	Forskarane konkluderer med at ICBT er ei effektiv behandling for depresjon, GAD og panikk-liding i primærhelsetenesta. Betinging ved lidingsspesifikke mål viste høge ES ($d = 0.91-1.25$).
Hedman et al. (2014)	1203 (37.9)	Depressiv episode	Svensk evidensbasert program, 10	MADRS-S, PHQ-9, Insomnia	Pre, post og 6 mnd. etter.	Terapeut på nett som svarar på spørsmål, og som godkjenn modulen	25%	Forskarane antyder at ICBT kan overførast til klinikk med like resultat som tidlegare effektstudiar. Høg ES for

Tabell 2. *Held fram.*

Studie	N (Gj.s. alder)	Diagnose	Intervensjon og lengde	Mål	Tidspunkt for måling	Terapeutkontakt	Fråfall	Resultat
		(DSM-IV, MINI).	modular over normalt 12 veker.	Severity Index, CSQ- 8.		før neste startar. Unntaksvis kan også terapeuten ringe. Gjennomsnittleg nytta dei 2.48 timar per pasient gjennom programmet.		pre til post ($d = 1.27$) og for pre til 6 mnd. etter ($d = 1.28$) for depressive symptom.
Hedman et al. (2013)	570 (37.3)	Panikkkliding (DSM-IV, MINI, diagnostisk intervju pre og post).	Svensk evidensbasert program, 10 modular over normalt 10-12 veker.	PDSS-SR, CSQ-8, MADRS- SR.	Pre, post og 6 mnd. etter.	Terapeut på nett som svarar på spørsmål, og som godkjenn modulen før neste startar. Unntaksvis kan også terapeuten ringe. (Gj.s. 10.8 min. per pasient per veke).	29%	Viste lik effekt som ved tidlegare effektstudiar som ikkje er utført i klinikk ($d = 1.07 - 1.55$). ES var halde ved like etter 6 mnd.
Learmonth et al. (2008)	104 (39.5)	Depresjon og/eller angstliding (klinisk vurdering).	Beating the Blues, 9 modular.	CORE-OM, SUDS, service user satisfaction.	Pre, post.	Ingen annan enn frå allmennlege.	32%	Forskarane konkluderer med at det tyder på at ICBT har ein plass som eit første trinn i spesialisthelsetenesta. Høge ES blei funne både for dei som fullførte ($d =$ 1.26 frå pre til post), og for heile gruppa (ITT $d = 0.82$).
Mewton & Andrews (2014)	484 (41.9)	Depresjon med pågåande suicidalitet (DSM-IV, suicidalitet vurdert frå PHQ-9).	ICBT-program med 6 modular i tillegg til heimeoppgåver som kunne lastast ned.	K10, PHQ- 9, PHQ-8.	Pre, post.	Tilvisande allmennlege blei oppfordra til å motivere pasienten undervegs i forløpet.	43%	Vurdert frå PHQ-8 reduserte ICBT- programmet sannsynet for å oppfylle kriteria for depresjon frå 71% (pre) til 28% (post). Suicidalitet blei redusert frå 50% (pre) til 27% (post). Symptom vurdert frå K10 hadde ei betring tilsvarande ES $d = 1.19$ for dei som fullførte heile kurset.
Mewton, Hobbs, et al. (2014)	635 (40.8)	Depresjon og angstliding (vurdert av allmennlege, samt spørje-	The Worry and Sadness program, 6 modular.	PHQ-9, GAD-7, Mini SPIN, PDSS.	Pre, post.	Ingen annan enn frå allmennlege.	49%	Moderat til høge ES for symptom på depresjon, GAD, sosial fobi og panikkkliding ($d = 0.51 - 1.22$). $d = 1.23$ for internalisering (internalization construct) av behandlinga som forskarane antek er eit meir

Tabell 2. *Held fram.*

Studie	N (Gj.s. alder)	Diagnose	Intervensjon og lengde	Mål	Tidspunkt for måling	Terapeutkontakt	Fråfall	Resultat
Mewton et al. (2013)	2413, 225 over 60 år (-)	skjema, DSM-IV). Depresjon, GAD, sosial fobi, panikk- liding (DSM-IV).	Ulike ICBT- program gjeve ved same klinikk, 6 modular.	K-10, WHODAS- II.	Pre, post.	-	48% (samla)	grunnleggjande behandlingsmål for psykiske lidingar generelt. Samanliknar effekt og fråfall mellom aldersgrupper, undersøker spesielt pasientar over 60 år. Viser ein signifikant reduksjon av symptom, og ein auke i funksjon etter behandlinga, likt for alle grupper. Dei over 60 år var meir sannsynleg å fullføre alle 6 modular enn dei under 50 år. Fråfall hos pasientar i aldersgruppa 18-29 år var 60.9%, og for gruppa over 60 år 29.8%.
Nelson et al. (2014)	19 (50.5)	Veteranar med depresjon (DSM-IV, vurdert frå SCID-I og MINI).	Beating the Blues, 8 modular.	BDI-II, BAI, SHS.	Pre, 4 veker, 8 veker.	Frivillige veteranar kontakta pasientane éin gong i veka for å motivere dei.	37%	Signifikant reduksjon i symptom på depresjon, samt resultat som kan samanliknast med anna type CBT-behandling.
Newby et al. (2014)	707 (40.2)	Blanda angst og depresjon (DSM-IV).	The Depression and Anxiety program, 6 modular og 90 dagar til rådvelde for å fullføre.	PHQ-9, GAD-7, K-10, WHODAS-II, mini-SPIN, PDSS-SR.	Pre, post, K10 for kvar modul.	Støtte frå tilvisar i tillegg til automatisk genererte e-postar.	53%	Forskarane konkluderer med at ICBT er effektivt ved bruk hos pasientar i primærhelsetenesta. ES frå $d = 0.51$ for PDSS-SR, til $d = 1.20$ for GAD-7.
Ormrod et al. (2010)	23 (47.0)	Depresjon (vurdert av tilvisar).	Beating the Blues, 9 modular.	BDI-II, BAI, ARM.	Pre, post.	Sjuepleiar introduserer programmet, og er tilgjengeleg ved kvar modul. Pasienten får tilbod om ei oppsummering etter avslutta modul.	32%	Signifikant reduksjon i depressive symptom vurdert utifrå BDI-II.

Tabell 2. *Held fram.*

Studie	N (Gj.s. alder)	Diagnose	Intervensjon og lengde	Mål	Tidspunkt for måling	Terapeutkontakt	Fråfall	Resultat
Purves et al. (2009)	100 (36.0)	Angst og/eller depresjon (vurdert av terapeut, samt ved spørje- skjema).	Blues Begone, 30 "episodar" over 8 veker.	BDI-II, BAI, CORE-OM.	Pre, post.	Ingen annan enn den som blir gjeve frå allmennlege.	42%	Signifikant endring i symptom. Høge pre-post ES ved: BDI-II = 1.69, BAI = 1.0, CORE-OM = 1.4. Estimert ES ved ITT = 1.0 (BDI), 0.6 (BAI) og 0.9 (CORE-OM).
Ruwaard et al. (2012)	1500 (40.0)	Depresjon, panikk- liding, PTSD eller utbrentheit (vurdert av terapeut).	Diagnosespesifikt ICBT-program, varierte mellom 5 veker (PTSD) til 16 veker (depresjon).	BDI-II, PDSS-SR, IES, OLBI, DASS.	Pre, post, 6 veker og 12 mnd. etter.	Terapeutkontakt berre over Internett, i hovudsak for å motivere til å fullføre ICBT.	43%	Indikerer at ICBT kan vere like effektivt i primærhelsetenesta som i andre effektstudiar utanfor primærhelsetenesta. Primære symptommål viste ein ES $d =$ 1.4 postbehandling. Effekten viste seg å vere halde ved like ved 12 mnd. oppfølging.
Watts et al. (2012)	299 (43.0)	Depresjon (DSM-IV).	ICBT-program, 6 modular.	PHQ-9.	Pre, post.	Automatiske e-postar, samt anbefaling til tilvisar om å kontakte pasienten minst to gongar i løpet av behandlninga.	*	Resultata viste ein signifikant reduksjon i depressive symptom $d = 0.98$ for PHQ-9, med signifikant nedgang i pågåande suicidalitet. Forskarane konkluderer med at studien ikkje støttar eksklusjonskriteriet i høve suicidalitet som dei fleste studiane nyttar for ICBT.
Williams et al. (2013)	359 (41.6)	Depresjon (DSM-IV).	Sadness Program, 6 modular over 10 veker.	PHQ-9, K- 10, WHODAS- II.	Pre, post.	Automatiske e-postar, samt allmennlege/ tilvisar fekk e-post om oppdateringar undervegs i forløpet.	15%	Resultata viste medium til høge ES for alle mål ($d = 0.51-1.13$). ES hos pasientar med alvorleg symptomtrykk eller med pågåande suicidalitet ($d = 0.67-$ 1.49).

Merk: ARM = Agnew Relationship Measure; BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI-II = Beck Depression Inventory; CALM = Coordinated Anxiety Learning and Management; CORE-OM = The Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure; CSQ-8 = Client Satisfaction Questionnaire; d = Effektstorleiksmålet Cohen's d ; DASS - The Depression Anxiety Stress Scale-21; DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition; ES = Effektstorleik; GAD = Generalisert angstliding; GAD-7 = Patient Health Questionnaire Generalized Anxiety Disorder Scale; Gj.s. = Gjennomsnitt; ICD-10 = International Classification of Diseases, 10th Revision; ICBT =

Internettbasert kognitiv åtferdsterapi; IES = Impact of Event Scale; ITT = Intention-to-treat; K-10 = Kessler Psychological Distress Scale; MADRS-S = Montgomery Åsberg Depression Rating Scale Self-rated; MINI = MINI International Neuropsychiatric Interview; Mini SPIN = Mini Social Phobia Inventory; *N* = Tal på pasientar; OASIS = Overall Anxiety Severity and Impairment Scale; OLBI = Oldenburg Burnout Inventory; PDSS/PDSS-SR = Panic Disorder Severity; PHQ-8 = Patient Health Questionnaire Depression 8 item Scale; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire Depression 9 item Scale; PTSD = Posttraumatisk stressliding; SCID-I = Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; SHS = State hope scale; SUDS = Subjective Units of Disturbance Scale; WHODAS-II = World Health Organisation Disability Assessment Schedule; WHOQOL-BREF = World Health Organization Quality of Life Assessment BREF; WSAS/WASA/WAS = Work and Social Adjustment Scale.

* = Inkluderte berre pasientar som hadde fullført ICBT-programma

Effekt ved studiane med samanlikningsgruppe

Totalt 12 studiar undersøkte effekten av ICBT samanlikna med anna behandling, behandling som vanleg eller med venteliste.

Samanlikna med venteliste viste fire studiar ein signifikant reduksjon i symptom, og fann moderate effektstorleikar ($d = 0.4 - 0.8$) (Bell et al., 2012; Høifødt et al., 2013; Mohr et al., 2013; Nordgren et al., 2014).

Fem studiar samanlikna ICBT med behandling som vanleg, der pasienten fekk den behandlinga som blei gjeve eller valt av allmennlege (Gilbody et al., 2015; Hickie et al., 2010; Kivi et al., 2014; Proudfoot et al., 2003; Proudfoot et al., 2004). Behandlinga kunne her vere éin eller fleire av følgjande: samtale med lege, sjukepleiar eller psykisk helsearbeidar, medikament, venteliste for psykoterapi eller psykoterapi. Samanlikna med vanleg oppfølging hos allmennlege fann Hickie et al. (2010) ein signifikant effekt ($d = 0.4$) til fordel for ICBT. Proudfoot et al. (2003) og Proudfoot et al. (2004) fann også ein signifikant forskjell frå behandling som vanleg til fordel for ICBT. Kivi et al. (2014) fann ikkje ein signifikant forskjell mellom gruppene, og konkluderte med lik effekt i begge grupper. Gilbody et al. (2015) gav både intervensjonsgruppa og samanlikningsgruppa oppfølging som vanleg hos allmennlege, og undersøkte effekten av MoodGYM og Beating the Blues utover dette i separate grupper. Gilbody et al. (2015) fann endringar i symptomsmål i begge grupper, men ingen signifikant forskjell mellom behandling med ICBT, og vanleg oppfølging hos allmennlege åleine.

To studiar samanlikna ICBT med gruppebasert CBT (Bergström et al., 2010; Hedman et al., 2011). Bergström et al. (2010) fann lik betring i gruppene, samt ingen signifikant forskjell mellom gruppene. Hedman et al. (2011) fann ein signifikant forskjell mellom gruppene til fordel for ICBT seks månader etter behandlinga ($d = 0.36$).

Den lengste oppfølgingstida var 24 månader (Gilbody et al., 2015), medan den mest vanlege oppfølgingstida var seks til 12 månader etter behandling. I dei studiane der effekten av ICBT blei rapportert, ser det ut til at effekten varer ved ut oppfølgingsperioden. Det var berre to studiar som ikkje rapporterte oppfølgingstid utover pre- og postbehandling (Kivi et al., 2014; Mohr et al., 2013).

Effekt ved studiane utan samanlikningsgruppe

Av dei studiane som berre undersøkte effekten av ICBT utan samanlikningsgruppe ($n = 17$), rapporterte alle ei signifikant endring i symptomtrykk som varierte mellom moderate til høge effektstorleikar. Fleire av forskarane konkluderte med at resultata kan samanliknast med tidlegare studiar gjennomført på populasjonar utanfor helsevesenet (Hedman et al., 2014; Nelson, Abraham, Walters, Pfeiffer, & Valenstein, 2014; Ruwaard, Lange, Schrieken, Dolan, & Emmelkamp, 2012; Williams & Andrews, 2013).

Det var berre fire av desse studiane som hadde ei oppfølgingstid utover pre- og postbehandling (Cavanagh et al., 2006; Hedman et al., 2014; Hedman et al., 2013; Ruwaard et al., 2012), der den lengste oppfølgingstida var 12 månader etter avslutta behandling. Alle desse fire studiane rapporterte at effektstorleiken var halde ved like ut oppfølgingsperioden.

Diagnosespesifikk effekt

For dei sju studiane som undersøkte ulike angstlidingar som hovuddiagnose, og der effektstorleik blei rapportert, varierte mellomgruppoeffekten av ICBT med $d = \text{låg} - 0.80$, og innangruppoeffekten av ICBT med $d = 1.07 - 1.73$. Craske et al. (2009) rapporterte at det ikkje var ein signifikant forskjell i effekt mellom diagnosane generalisert angstliding, sosial fobi, panikkliding og PTSD.

For dei 11 studiane som undersøkte depresjon som hovuddiagnose, og der effektstorleik blei rapportert, varierte mellomgruppoeffekten av ICBT med $d = \text{låg} - 0.65$, og innangruppoeffekten av ICBT med $d = 0.51 - 1.19$. Studiane varierte innanfor alvorsgrad av depresjon, frå mild til alvorleg.

Dei fleste av dei inkluderte studiane ekskluderte pasientar med pågåande suicidalitet. Fire studiar undersøkte pågåande suicidalitet hos pasientane, og ICBT sin effekt i reduksjon av denne problematikken (Mewton & Andrews, 2014; Newby, Mewton, Williams, & Andrews, 2014; Watts, Newby, Mewton, & Andrews, 2012; Williams & Andrews, 2013). Desse studiane fann ein signifikant effekt av ICBT til tross for pågåande suicidalitet, samt ein signifikant reduksjon i suicidale symptom. Pågåande suicidalitet blei vurdert ut frå ei gradering av suicidale tankar dei siste to vekene (målt ved spørsmål nummer ni på spørjeskjemaet Patient Health Questionnaire Depression). Watts et al. (2012) konkluderte med at det ikkje er noko grunnlag for at pågåande suicidalitet skal vere eit ekskluderingskriterie slik som dei fleste studiar på ICBT opererer med.

Terapeutkontakt

Det var stor variasjon i type terapeutkontakt, og mengde av kontakt. Fire studiar hadde inga rettleiing utover innhaldet i ICBT-programmet, og vanleg kontakt med allmennlege (Learmonth & Rai, 2008; Mewton, Hobbs, Sunderland, Newby, & Andrews, 2014; Mewton, Sachdev, & Andrews, 2013; Purves, Bennett, & Wellman, 2009). Dei fleste studiane inkluderte oppmuntrande telefonsamtalar eller automatisk genererte e-postar til pasientane, samt teknisk hjelp til programma. Totalt 16 av studiane hadde denne forma for terapeutkontakt. Fleire av studiane gav også informasjon vidare til allmennlege som på denne måten kunne følgje behandlingssløpet og eventuell symptomendring, samt gje oppmuntring gjennom forløpet.

Åtte studiar hadde ei utvida mengde kontakt (Cavanagh, Seccombe, & Lidbetter, 2011; Cavanagh et al., 2006; Craske et al., 2009; Hickie et al., 2010; Høifødt et al., 2013; Ormrod, Kennedy, Scott, & Cavanagh, 2010; Proudfoot et al., 2003; Proudfoot et al., 2004). Dette var gjerne ein regelmessig kontakt, vanlegvis kvar veke, der pasienten møtte ein helsearbeidar, allmennlege eller psykolog. Til tross for at det var ein utvida kontakt, var det i få studiar noko terapeutisk innhald i denne kontakten, utanom hjelp med sjølv ICBT-programmet. Dei fleste studiane hadde også ei spesifikk grense for kor lang kvar kontakt skulle vere, noko som kunne variere mellom fem og 30 minutt.

Det kom ikkje fram nokre tydelege forskjellar i effekt sett utifrå terapeutkontakt. Dette heng saman med at det var ein stor variasjon i type og mengde kontakt mellom studiane. Derimot såg det ut til å vere eit noko ulikt mønster for kva slags type terapeutkontakt dei ulike studiane har nytta seg av for spesifikke lidingar. I fem av dei sju studiane som undersøkte angst, hadde desse terapeutkontakt i form av internettbasert kontakt. Dette vil mellom anna sei e-terapeut eller personleg e-post. I motsetnad hadde åtte av dei 11 studiane som undersøkte depresjon åleine ein utvida kontakt eller oppmuntrande telefonsamtalar.

Fråfall

Studiane definerte fråfall på ulike måtar. Nokre rapporterte ein fråfallsprosent for dei som ikkje fullførte alle modulane, enkelte rapporterte ein fråfallsprosent for dei som berre hadde fullført til dømes seks av åtte modular, medan andre rapporterte det berre som fråfall dersom pasientane hadde gjennomført to eller færre modular. Tre av studiane gjorde berre analysar basert på pasientar som hadde fullført alle modulane i ICBT-programmet, eller rapporterte ikkje fråfall (Craske et al., 2009; Mohr et al., 2013; Watts et al., 2012).

Fråfall varierte frå 8-68%. Eit utrekna gjennomsnitt for alle dei studiane som rapporterte fråfall ($n = 26$) gav ein fråfallsprosent på 33.0, respektive 27.9% for studiane med samanlikningsgruppe, og 38.0% for studiane utan samanlikningsgruppe. Utrekna gjennomsnittleg fråfall varierte også med type terapeutkontakt: 31.6% (mellom 14-39%) med ein utvida terapeutkontakt, 28.5% (mellom 18-37%) ved telefonkontakt, 33.0% (mellom 8-68%) for e-terapeut eller e-post, og 41.5% (mellom 32-49%) for dei med ingen terapeutkontakt.

Berre éin inkludert studie, Mewton et al. (2013), undersøkte i kor stor grad effektivitet og fråfall varierte mellom ulike aldersgrupper. Mewton et al. (2013) fann at fråfallet for eit ICBT-program med seks modular varierte signifikant hos dei ulike aldersgruppene, der dei over 60 år hadde 29.8% fråfall i høve til gruppa mellom 18-29 år som hadde 60.9% fråfall. Forskarane konkluderte også med at ICBT-intervensjonen ikkje hadde signifikant forskjellig effekt for dei ulike aldersgruppene (Mewton et al., 2013). Med andre ord var ikkje effekten signifikant forskjellig til tross for fråfallsprosent og aldersgruppe (Mewton et al., 2013).

Diskusjon

Intensjonen med denne systematiske gjennomgangen var å summere forskinga som har undersøkt effekten av ICBT som behandling for pasientar med depresjon og/eller angstlidingar i ordinær helseteneste. Avgrensingar ved dei totalt 29 inkluderte studiane gjer det vanskeleg å komme med ein endeleg konklusjon. Studiane varierte betydeleg i høve karakteristika ved pasientane, metode og samanlikningsgrunnlag. Det var i tillegg stor variasjon når det kom til sjølve ICBT-intervensjonen. Ikkje berre blei det nytta mange ulike program, men desse var også svært forskjellige i høve tal på modular, lengde på behandlingstida, samt rettleiing og terapeutkontakt under behandlinga. Dei inkluderte studiane var i tillegg av vekslende kvalitet. Spesielt gjaldt dette i dei tilfella der berre datamaterialet frå pasientane som hadde fullført behandlinga blei teke med, samt studiane som ikkje hadde ei samanlikningsgruppe. Vidare var det også store forskjellar mellom studiane når det kom til tal på pasientar, oppfølgingstid og kontroll av omstende rundt.

Samtidig fann majoriteten av dei gjennomgatte studiane støtte for hypotesen om at ICBT har ein signifikant effekt i ordinær helseteneste. Resultata gjev altså støtte for ein tentativ konklusjon om at ICBT kan vere eit effektivt behandlingalternativ for pasientar med depresjon og/eller angstlidingar. Dette funnet samsvarar med tidlegare oversiktsartiklar innanfor feltet (Andrews et al., 2010; Cowperton & Clarke, 2013; Hedman et al., 2012;

Mewton, Smith, et al., 2014; Olthuis et al., 2015; Richards & Richardson, 2012; Spek et al., 2007).

Det varierte derimot kor stor effekten av ICBT syntes å vere. Studiane som samanlikna behandling med ei venteliste fann moderate effektstorleikar mellom gruppene. Det er mogleg at effekten i desse studiane har blitt overestimert som følge av at ICBT er ei aktiv behandling samanlikna med inga behandling. I studiane der ICBT blei samanlikna med behandling som vanleg, eller den behandlinga som blei gjeve av allmennlege, fann tre av fem studiar ein signifikant effekt til fordel for ICBT-intervensjonen (Hickie et al., 2010; Proudfoot et al., 2003; Proudfoot et al., 2004). Vidare konkluderte Kivi et al. (2014) på si side med lik effekt i begge gruppene, medan Gilbody et al. (2015) rapporterte om ingen ekstra behandlingsgevinst av ICBT. Gilbody et al. (2015) fann at resultatane ikkje viste ein signifikant forskjell mellom vanleg oppfølging frå allmennlege, og ICBT i tillegg til vanleg oppfølging frå allmennlege. Dette gjaldt både for programmet MoodGYM og Beating the Blues. Forskarane si hypotese var at den låge behandlingsgevinsten av ICBT kan ha skuldast fråfall, samt at dei som fekk tilbod om å bruke ICBT ikkje nytta det i tilstrekkeleg grad. Dette til tross for telefonstøtte (Gilbody et al., 2015).

Det var få studiar som samanlikna ICBT med anna spesifisert behandling. To inkluderte studiar samanlikna ICBT med gruppebasert CBT (Bergström et al., 2010; Hedman et al., 2011). Her fann begge studiane effekt av både ICBT og gruppebasert CBT, medan Hedman et al. (2011) fann i tillegg ein signifikant forskjell til fordel for ICBT. Ifølgje Bergström et al. (2010) er ICBT meir kostnadseffektivt enn gruppebasert CBT.

Studiane som undersøkte effekten av ICBT utan ei samanlikningsgruppe viste alle signifikante positive effektar av ICBT med moderate til høge effektstorleikar. Dette støttar opp om at ICBT kan vere verksamt for pasientar med depresjon og/eller angstlidingar. Samtidig må ein vere varsam med å tolke desse resultatane sidan studiane var metodologisk svake, og ikkje kunne kontrollere for effekten av tid, forventning eller spontan remisjon. Det er generelt sett naudsynt med fleire studiar som samanliknar effekten av ICBT med anna aktiv behandling, under kontrollerte omstende, innanfor ordinær helseteneste.

Langtidseffekt

Fleire av dei inkluderte studiane hadde kort eller inga oppfølgingstid. Dette gjaldt spesielt for dei som ikkje hadde ei samanlikningsgruppe. I studiane som rapporterte oppfølgingstid utover pre- og postbehandling, tyder det på at effekten av ICBT varer ved over

tid. Det er naudsynt med fleire studiar som har lengre oppfølging, og som også undersøker tilbakefall. Dette er viktig for å kunne sei noko om langtidseffekten av ICBT. Ein kan ikkje vurdere om det er kostnadseffektivt å implementere slike program utan å vite noko om mogleg langtidseffekt (So et al., 2013).

Alvorsgrad og pågåande suicidalitet

Majoriteten av dei inkluderte studiane undersøkte milde til moderate symptomtrykk, både ved depresjon og angstlidingar. Dette gjer det vanskeleg å konkludere noko om ICBT sin effekt i tilfelle med eit meir alvorleg symptomtrykk. Det var likevel nokre studiar som såg nærmare på forskjellar i alvorsgrad. Basert på desse ser det ut til at behandling med ICBT for depresjon har ein effekt til tross for lidinga sin alvorsgrad (Han, Voils, & Williams Jr, 2013; Proudfoot et al., 2003). Dette er i tråd med Bower et al. (2013) sitt funn der intervensjonar av låg intensitet generelt såg ut til å gje ein effekt også for personar med meir alvorleg depresjon.

Fire av dei inkluderte studiane fann ein signifikant reduksjon av pågåande suicidale symptom ved behandling med ICBT (Han et al., 2013; Mewton & Andrews, 2014; Newby et al., 2014; Watts et al., 2012). Det kan forklarast ved eit generelt symptomlette for pasientar med depresjon og/eller angstlidingar, men det kan også vere at ICBT er eit verkty som reduserer sjølv mordstankar. Dette vil i så tilfelle vere i tråd med andre studiar som har funne støtte for at ICBT både førebygg (Guille et al., 2015), og reduserer sjølv mordstankar (Christensen et al., 2013; van Spijker, van Straten, & Kerkhof, 2014). Det er naudsynt med fleire studiar som har lengre oppfølgingstid for å finne ut om nedgangen av suicidale symptom er ein vedvarande effekt (Lai, Maniam, Chan, & Ravindran, 2014).

Forsking tyder på at det er mindre sannsynleg at ein person søker hjelp dersom han eller ho har sjølv mordstankar, enn dersom vedkommande ikkje har slike tankar (Reynders, Kerkhof, Molenberghs, & Van Audenhove, 2015). Årsaken til dette er ofte sjølv stigma og ei sterk kjensle av skam (Livingston & Boyd, 2010; Reynders et al., 2015). Sjølv om pasientane i dei inkluderte studiane ikkje var heilt anonyme, så er det mogleg at anonymiteten knytt til nettbasert behandling gjer det lettare for personar med sjølv mordstankar å komme i gang med terapi (Barak, 2007; Durkee, Hadlaczky, Westerlund, & Carli, 2011).

Dersom ICBT skal nyttast til å behandle pasientar med høgt symptomtrykk og sjølv mordstankar vil det oppstå ei rekkje kliniske og etiske betraktningar. Asynkron kommunikasjon kan her bli eit problem, fordi det kan føre til ein forseinka respons i ei akutt krise. Mangel på non-verbale signal er ei anna potensiell utfordring (Haas et al., 2008;

Krysinska & De Leo, 2007; Miller, 2009). I fråvær av desse kan det blir vanskeleg for personen som gjev støtte til pasienten å vurdere alvorgrad, og korleis respondere på ein situasjon (Miller, 2009). Trygg bruk av ICBT i tilfelle med pågåande suicidalitet krev tydelege retningslinjer (Boyce, 2010; Lester, 2008; Miller, 2009).

Summert tydar desse funna på at behandling med ICBT kan vere eit alternativ også for pasientar med meir alvorleg symptomtrykk, og ved pågåande suicidalitet. Det vil likevel vere svært viktig med ei grundig klinisk vurdering i kvar enkelt pasientsak for å undersøke om ICBT er eigna for pasienten (Arnberg et al., 2014; Carlbring & Andersson, 2006).

Fråfall

I dei fleste studiane var fråfall eit tema. Det blir rapportert om ein stor variasjon i mengde fråfall for dei ulike studiane. Fråfallsprosenten hos studiane som rapporterte denne, varierte mellom 8-68 %. Det er som tidlegare nemnt i resultata verdt å merke seg at dei ulike studiane nytta forskjellige definisjonar av fråfall.

I samsvar med tidlegare forskning ser manglande støtte og rettleiing ut til å vere ein viktig faktor for fråfall (Titov, 2007). Totalt sett ser denne studien at gjennomsnittleg fråfall varierer betydeleg mellom dei studiane som inkluderer terapeutkontakt som del av intervensjonen (28.5-33.0%), og dei utan (41.5%). Mohr et al. (2013) fann at pasientane som fekk telefonstøtte nytta programmet i gjennomsnitt 23.5 fleire dagar enn dei som gjennomførte ICBT åleine. Til tross for dette ser det ikkje alltid ut som at ekstra støtte og rettleiing, anten gjennom telefon eller e-terapeut, gjev ein signifikant auke i effekt frå ICBT-programmet åleine (Mohr et al., 2013; Shandley et al., 2008).

Alder ser også ut til å kunne ha ei betydning for fråfall. Mewton et al. (2013) samanlikna effekt og fråfall mellom aldersgrupper. Forskarane konkluderte med at det var meir sannsynleg at dei over 60 år ville fullføre alle modulane, enn dei under 50 år (Mewton et al., 2013). Fråfall hos pasientar i aldersgruppa 18-29 år var 60,9%, og for gruppa over 60 år var det 29,8% (Mewton et al., 2013). Eit anna interessant funn i denne studien var at alle aldersgruppene viste ein lik signifikant reduksjon av symptom, samt auke i funksjon etter avslutta behandling (Mewton et al., 2013). Dette kan tyde på at ICBT ikkje er avgrensa til den yngre delen av den kliniske populasjonen, men også kan passe for eldre pasientar.

Det er naudsynt med meir forskning i ordinær helseteneste for å finne ut kva som gjer at pasientar fell frå, og så fokusere på tiltak for å hindre dette. Ingen av studiane undersøkte

spesifikt om pasientane som fall ifrå opplevde ein effekt av behandlinga. Sjølv om pasientane ikkje etterlevde heile behandlinga så betyr ikkje dette at dei ikkje hadde ein effekt (Donkin et al., 2011). Det vil også kunne vere nyttig å undersøke mønster for fråfall innanfor ordinær helseteneste (van Ballegooijen et al., 2014).

Kliniske implikasjonar

Forskningsområdet rundt ICBT, og spesielt i høve ein klinisk populasjon, er eit relativt nytt felt. Utifrå vår kunnskap er dette mellom dei første systematiske gjennomgangane som har teke for seg effekten av ICBT i ein klinisk populasjon. Systematiske gjennomgangar er svært viktige for å kunne sei noko om støtte for eller imot ein intervensjon (Eysenbach, 2002).

Funna av denne systematiske gjennomgangen synleggjer at ICBT kan vere ei nyttig behandling for pasientar med depresjon og/eller angstlidingar utover ei forskingssetting. I dette ligg det at tilgangen til psykologisk helsehjelp for desse lidingane kan aukast, og ventelistene i tur reduserast. Det kan frigjere kapasitet for terapeutane slik at dei kan tilby fleire pasientar behandling (Hedman et al., 2012; Mewton, Smith, et al., 2014; Titov, 2007). Fleire av dei inkluderte studiane konkluderer med at ICBT bør vere ein del av ein trappetrinnsmodell (Cavanagh et al., 2006; Learmonth & Rai, 2008).

Allmennlegane er som regel dei første som møter pasientar ramma av depresjon og angstlidingar. Dei har eit stort ansvar i å sikre adekvat behandling, og tilstrekkeleg oppfølging (McNaughton, 2009). Sjølv om pasientar blir tilvist vidare til spesialisthelsetenesta, kan lange ventelister gjere det vanskeleg å oppnå rask behandling (McNaughton, 2009; Titov, 2011). Difor er mange avhengige av allmennlegen sin for å få psykologisk støtte. Samtidig har ofte allmennlegar avgrensa med tid, eller for lite kunnskap eller erfaring med psykologisk behandling. Som følgje av dette er dei ikkje alltid i stand til å tilby pasientane sine den hjelpa dei treng (McNaughton, 2009). ICBT kan her vere eit tilbod for pasientar som står på ei passiv venteliste sånn at dei kan byrje å jobbe med vanskanane sine. Forsking har i tillegg vist at involvering i eiga behandling har stor betydning for prognose (Berge & Repål, 2014).

ICBT si rekkjevidde kan vere stor ved å kunne nå ut til populasjonar som kanskje elles ikkje ville ha motteke tradisjonell behandling (Anderson et al., 2003). Det har potensialet til å redusere geografiske avstandar (Aboujaoude et al., 2015), men også personlege barrierar som frykt for stigma (Cuijpers, 1997; Griffiths & Christensen, 2007). Nokre pasientar har dessutan diagnosar som gjer det vanskeleg å gå i behandling. Det kan til dømes vere sosial fobi og agorafobi. Sidan ICBT kan gjennomførast heime kan denne pasientgruppa gå i gong med

terapi (Aboujaoude et al., 2015; Andersson et al., 2006; Leibert & Jr., 2006; Newby et al., 2014). Det kan også vere eit alternativ for eldre, funksjonshemma eller personar som ikkje kan forlate heimen på grunn av kroniske sjukdommar (Emmelkamp, 2005; Helman, 2007; van Beugen et al., 2014).

Avgrensingar

I denne systematiske gjennomgangen blei det ikkje gått djupare inn på å undersøke forskjellar mellom dei ulike typane av ICBT-program, eller spesifikt i høve effekt av ulik terapeutkontakt. Det er heller ikkje i denne oversikta blitt teke omsyn til om pasientane kan ha fått medikamentell behandling i tillegg til intervensjonen, ei om pasientane var tilfredse med denne type behandling. Dette er område som det er viktig å undersøke vidare for å få ei meir utvida forståing for kva som er viktige faktorar for mellom anna effekt og fråfall.

Det blei berre nytta éi database i det systematiske søket. Samtidig er dette ei database som dekkjer ei breidde innanfor det forskingsfeltet som søket hadde som mål å treffe. Det blei også forsøkt å finne aktuelle studiar ved å gå igjennom referanselistene til dei inkluderte studiane og relevante oversiktsartiklar. Publikasjonar som ikkje var skrivne på engelsk blei ikkje inkludert. Søket inkluderte heller ikkje upubliserte studiar, noko som kan ha ført til overestimering av effekt.

Konklusjon

Majoriteten av dei inkluderte studiane i denne systematiske gjennomgangen konkluderer med at ICBT er eit effektivt behandlingsalternativ for pasientar med depresjon og/eller angstlidingar innanfor ordinær helseteneste. Samtidig er det ei rekkje uavklarte spørsmål. Vidare forskning bør spesielt undersøke kva slags faktorar som kan auke effekten av ICBT, årsaker til fråfall, samt undersøke langtidseffekt og risiko for tilbakefall.

Referansar

- Aboujaoude, E., Salame, W., & Naim, L. (2015). Telemental health: A status update. *World Psychiatry, 14*(2), 223-230. doi:10.1002/wps.20218
- Amstadter, A. B., Broman-Fulks, J., Zinzow, H., Ruggiero, K. J., & Cercone, J. (2009). Internet-based interventions for traumatic stress-related mental health problems: A review and suggestion for future research. *Clinical Psychology Review, 29*(5), 410-420. doi:10.1016/j.cpr.2009.04.001
- Anderson, J. G., Rainey, M. R., & Eysenbach, G. (2003). The impact of cyberhealthcare on the physician-patient relationship. *Journal of Medical Systems, 27*(1), 67-84. doi: 0148-5598/03/0200-0067/0
- Andersson, G. (2010). The promise and pitfalls of the Internet for cognitive behavioral therapy. *BMC Medicine, 8*. doi:10.1186/1741-7015-8-82
- Andersson, G., Bergström, J. A. N., Holländare, F., Carlbring, P. E. R., Kaldø, V., & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 187*(5), 456-461. doi:10.1192/bjp.187.5.456
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmstrom, A., Sparthar, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., ... Ekselius, L. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(4), 677-686. doi:10.1037/0022-006x.74.4.677
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 38*(4), 196-205. doi:10.1080/16506070903318960
- 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
- Andersson, G., & Hedman, E. (2013). Effectiveness of guided Internet-based cognitive behavior therapy in regular clinical settings. *Verhaltenstherapie, 23*(3), 140-148. doi:10.1159/000354779
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PloS One, 5*(10). doi:10.1371/journal.pone.0013196

- Andrews, G., Newby, J. M., & Williams, A. D. (2015). Internet-delivered cognitive behavior therapy for anxiety disorders is here to stay. *Current Psychiatry Reports*, 17(1). doi:10.1007/s11920-014-0533-1
- Arnberg, F. K., Linton, S. J., Hultcrantz, M., Heintz, E., & Jonsson, U. (2014). Internet-delivered psychological treatments for mood and anxiety disorders: A systematic review of their efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PloS One*, 9(5). doi:10.1371/journal.pone.0098118
- Barak, A. (2007). Emotional support and suicide prevention through the Internet: A field project report. *Computers in Human Behavior*, 23(2), 971-984. doi:10.1016/j.chb.2005.08.001
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining Internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 4-17. doi:10.1007/s12160-009-9130-7
- Beattie, A., Shaw, A., Kaur, S., & Kessler, D. (2009). Primary-care patients' expectations and experiences of online cognitive behavioural therapy for depression: A qualitative study. *Health Expectations*, 12(1), 45-59. doi:10.1111/j.1369-7625.2008.00531.x
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy - A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953-959. doi:10.1001/archpsyc.62.9.953
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. (2011). Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 62, 397-409. doi:10.1146/annurev-med-052209-100032
- Bell, C. J., Colhoun, H. C., Carter, F. A., & Frampton, C. M. (2012). Effectiveness of computerised cognitive behaviour therapy for anxiety disorders in secondary care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(7), 630-640. doi:10.1177/0004867412437345
- Benum, K., Axelsen, A. D., & Hartmann, E. (2013). *God psykoterapi. Et integrativt perspektiv*. Oslo: Pax forlag.
- Berge, T., & Repål, A. (2014). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bergström, J., Andersson, G., Ljótsson, B., Rück, C., Andréewitch, S., Karlsson, A., ... Lindefors, N. (2010). Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: A randomised trial. *BMC Psychiatry*, 10(1), 1-10. doi:10.1186/1471-244x-10-54

- Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency - Narrative literature review. *British Journal of Psychiatry, 186*, 11-17. doi:10.1192/bjp.186.1.11
- Bower, P., Kontopantelis, E., Sutton, A., Kendrick, T., Richards, D. A., Gilbody, S., ... Liu, E. T. H. (2013). Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: Meta-analysis of individual patient data. *BMJ-British Medical Journal, 346*. doi:10.1136/bmj.f540
- Boyce, N. (2010). Pilots of the future: Suicide prevention and the internet. *Lancet, 376*(9756), 1889-1890. doi:10.1016/S0140-6736(10)62199-X
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 17-31. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior, 22*(3), 545-553. doi:10.1016/j.chb.2004.10.009
- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldø, V., ... Andersson, G. (2005). Treatment of panic disorder: Live therapy vs. self-help via the Internet. *Behaviour Research and Therapy, 43*(10), 1321-1333. doi:10.1016/j.brat.2004.10.002
- Cavanagh, K., Seccombe, N., & Lidbetter, N. (2011). The implementation of computerized cognitive behavioural therapies in a service user-led, third sector self help clinic. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39*(4), 427-442. doi:10.1017/S1352465810000858
- Cavanagh, K., Shapiro, D. A., Van Den Berg, S., Swain, S., Barkham, M., & Proudfoot, J. (2006). The effectiveness of computerized cognitive behavioural therapy in routine care. *British Journal of Clinical Psychology, 45*(4), 499-514. doi:10.1348/014466505X84782
- Christensen, H., Farrer, L., Batterham, P. J., Mackinnon, A., Griffiths, K. M., & Donker, T. (2013). The effect of a web-based depression intervention on suicide ideation: Secondary outcome from a randomised controlled trial in a helpline. *BMJ Open, 3*(6). doi:10.1136/bmjopen-2013-002886
- Christensen, H., Griffiths, K., Groves, C., & Korten, A. (2006). Free range users and one hit wonders: Community users of an Internet-based cognitive behaviour therapy program.

- Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 59-62. doi: 10.1111/j.1440-1614.2006.01743.x
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Farrer, L. (2009). Adherence in Internet interventions for anxiety and depression: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 11(2). doi:10.2196/jmir.1194
- Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A., & Wessely, S. (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment*, 5(35), 1-173. doi:http://dx.doi.org/10.3310/hta5350
- Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 318-327. doi:10.3109/09540261.2011.606803
- Cook, J. E., & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *Cyberpsychology & Behavior*, 5(2), 95-105. doi:10.1089/109493102753770480
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70. doi:10.1177/1529100614531398
- Cowpertwait, L., & Clarke, D. (2013). Effectiveness of web-based psychological interventions for depression: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11, 247-268. doi:10.1007/s11469-012-9416-z
- Craske, M. G., Rose, R. D., Lang, A., Welch, S. S., Campbell-Sills, L., Sullivan, G., . . . Roy-Byrne, P. P. (2009). Computer-assisted delivery of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in primary-care settings. *Depression and Anxiety*, 26(3), 235-242. doi:10.1002/da.20542
- Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28(2), 139-147. doi:10.1016/S0005-7916(97)00005-0
- 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., Marks, I. M., van Straten, A., Cavanagh, K., Gega, L., & Andersson, G. (2009). Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: A meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy, 38*(2), 66-82. doi:10.1080/16506070802694776
- Donker, T., Blankers, M., Hedman, E., Ljotsson, 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
- Donkin, L., Christensen, H., Naismith, S. L., Neal, B., Hickie, I. B., & Glozier, N. (2011). A systematic review of the impact of adherence on the effectiveness of e-therapies. *Journal of Medical Internet Research, 13*(3). doi:10.2196/jmir.1772
- Duncan, B. (2012). *Bli en bedre terapeut*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Durkee, T., Hadlaczky, G., Westerlund, M., & Carli, V. (2011). Internet pathways in suicidality: A review of the evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 8*(10), 3938-3952. doi:10.3390/ijerph8103938
- Emmelkamp, P. M. G. (2005). Technological innovations in clinical assessment and psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics, 74*(6), 336-343. doi:10.1159/000087780
- Eysenbach, G. (2002). Issues in evaluating health websites in an Internet-based randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 4*(3). doi:10.2196/jmir.4.3.e17
- Farrer, L., Christensen, H., Griffiths, K. M., & Mackinnon, A. (2011). Internet-based CBT for depression with and without telephone tracking in a national helpline: Randomised controlled trial. *PloS One, 6*(11). doi:10.1371/journal.pone.0028099
- Farvolden, P., Denisoff, E., Selby, P., Bagby, R. M., & Rudy, L. (2005). Usage and longitudinal effectiveness of a web-based self-help cognitive behavioral therapy program for panic disorder. *Journal of Medical Internet Research, 7*(1). doi:10.2196/jmir.7.1.e7
- Franx, G., Oud, M., de Lange, J., Wensing, M., & Grol, R. (2012). Implementing a stepped-care approach in primary care: Results of a qualitative study. *Implementation Science, 7*(8). doi:10.1186/1748-5908-7-8
- Gega, L., Marks, I., & Mataix-Cols, D. (2004). Computer-aided CBT self-help for anxiety and depressive disorders: Experience of a London clinic and future directions. *Journal of Clinical Psychology, 60*(2), 147-157. doi:10.1002/jclp.10241
- Gerhards, S. A. H., Abma, T. A., Arntz, A., de Graaf, L. E., Evers, S. M. A. A., Huibers, M. J. H., & Widdershoven, G. A. M. (2011). Improving adherence and effectiveness of

- computerised cognitive behavioural therapy without support for depression: A qualitative study on patient experiences. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3), 117-125. doi:10.1016/j.jad.2010.09.012
- Gilbody, S., Littlewood, E., Hewitt, C., Brierley, G., Tharmanathan, P., Araya, R., . . . White, D. (2015). Computerised cognitive behaviour therapy (cCBT) as treatment for depression in primary care (REEACT trial): Large scale pragmatic randomised controlled trial. *BMJ (Online)*, 351. doi:10.1136/bmj.h5627
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285-312. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305
- Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2007). Internet-based mental health programs: A powerful tool in the rural medical kit. *Australian Journal of Rural Health*, 15(2), 81-87. doi:10.1111/j.1440-1584.2007.00859.x
- Guille, C., Zhao, Z., Krystal, J., Nichols, B., Brady, K., & Sen, S. (2015). Web-based cognitive behavioral therapy intervention for the prevention of suicidal ideation in medical interns a randomized clinical trial. *Jama Psychiatry*, 72(12), 1192-1198. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.1880
- Haas, A., Koestner, B., Rosenberg, J., Moore, D., Garlow, S. J., Sedway, J., . . . Nemeroff, C. B. (2008). An interactive web-based method of outreach to college students at risk for suicide. *Journal of American College Health*, 57(1), 15-22. doi:10.3200/Jach.57.1.15-22
- Hadjistavropoulos, H. D., Pugh, N. E., Nugent, M. M., Hesser, H., Andersson, G., Ivanov, M., . . . Austin, D. W. (2014). Therapist-assisted Internet-delivered cognitive behavior therapy for depression and anxiety: Translating evidence into clinical practice. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 884-893. doi:10.1016/j.janxdis.2014.09.018
- Hammond, G. C., Croudace, T. J., Radhakrishnan, M., Lafortune, L., Watson, A., McMillan-Shields, F., & Jones, P. B. (2012). Comparative effectiveness of cognitive therapies delivered face-to-face or over the telephone: An observational study using propensity methods. *PloS One*, 7(9). doi:10.1371/journal.pone.0042916
- Han, C., Voils, C. I., & Williams Jr, J. W. (2013). Uptake of web-based clinical resources from the macarthur initiative on depression and primary care. *Community Mental Health Journal*, 49(2), 166-171. doi:10.1007/s10597-011-9461-2

- Haug, T., Nordgreen, T., Ost, L. G., Tangen, T., Kvale, G., Hovland, O. J., ... Havik, O. E. (2016). Working alliance and competence as predictors of outcome in cognitive behavioral therapy for social anxiety and panic disorder in adults. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 40-51. doi:10.1016/j.brat.2015.12.004
- Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L. G., Kvale, G., Tangen, T., Andersson, G., ... Havik, O. E. (2015). Stepped care versus face-to face cognitive behavior therapy for panic disorder and social anxiety disorder: Predictors and moderators of outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 71, 76-89. doi:10.1016/j.brat.2015.06.002
- Hedman, E., Andersson, G., Ljótsson, B., Andersson, E., Rück, C., Mörtberg, E., & Lindefors, N. (2011). Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled non-inferiority trial. *PloS One*, 6(3). doi:10.1371/journal.pone.0018001
- Hedman, E., Ljótsson, B., Kaldø, V., Hesser, H., El Alaoui, S., Kraepelien, M., ... Lindefors, N. (2014). Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care. *Journal of Affective Disorders*, 155(1), 49-58. doi:10.1016/j.jad.2013.10.023
- Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: A systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12(6), 745-764. doi:10.1586/erp.12.67
- Hedman, E., Ljótsson, B., Rück, C., Bergström, J., Andersson, G., Kaldø, V., ... Lindefors, N. (2013). Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in routine psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(6), 457-467. doi:10.1111/acps.12079
- Heggland, J. E., Gärtner, K. & Mykletun, A. (2013). *Kommunepsykologsatsingen i Norge i et folkehelseperspektiv* (Rapport 2013:2). Henta frå Nasjonalt folkehelseinstitutt: <http://www.fhi.no/dokumenter/441a658f0a.pdf>
- Helman, C. G. (2007). *Culture, health and illness*. London: Hodder Education.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Henta frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>

- Hickie, I. B., Davenport, T. A., Luscombe, G. M., Moore, M., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Practitioner-supported delivery of Internet-based cognitive behaviour therapy: Evaluation of the feasibility of conducting a cluster randomised trial. *Medical Journal of Australia*, *192*(11), 31-35. Henta frå https://www.mja.com.au/system/files/issues/192_11_070610/hic10838_fm.pdf
- Hilvert-Bruce, Z., Rossouw, P. J., Wong, N., Sunderland, M., & Andrews, G. (2012). Adherence as a determinant of effectiveness of Internet cognitive behavioural therapy for anxiety and depressive disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(7-8), 463-468. doi:10.1016/j.brat.2012.04.001
- Hirschfeld, R. M. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, *3*(6), 244-254. Henta frå <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC181193/pdf/i1523-5998-003-06-0244.pdf>
- Hjelm, N. M. (2005). Benefits and drawbacks of telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *11*(2), 60-70. doi:10.1258/1357633053499886
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, *36*(5), 427-440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1
- Hollon, S. D., Stewart, M. O., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, *57*, 285-315. doi:10.1146/annurev.psych.57.102904.190044
- Holmes, J., March, S., & Spence, S. (2009). Use of the Internet in the treatment of anxiety disorders with children and adolescents. *Counselling, Psychotherapy, and Health*, *5*(1), 187-231. Henta frå http://www.cphjournal.com/archive_journals/v5_1_187-231.pdf
- Høifødt, R. S., Lillevoll, K. R., Griffiths, K. M., Wilsgaard, T., Eisemann, M., Waterloo, K., & Kolstrup, N. (2013). The clinical effectiveness of web-based cognitive behavioral therapy with face-to-face therapist support for depressed primary care patients: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *15*(8). doi:10.2196/jmir.2714

- 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
- Kaltenthaler, E., Sutcliffe, P., Parry, G., Beverley, C., Rees, A., & Ferrite, 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
- Karyotaki, E., Kleiboer, A., Smit, F., Turner, D. T., Pastor, A. M., Andersson, G., . . . Cuijpers, P. (2015). Predictors of treatment dropout in self-guided web-based interventions for depression: An 'individual patient data' meta-analysis. *Psychological Medicine*, *45*(13), 2717-2726. doi:10.1017/S0033291715000665
- Katon, W., Lin, E. H., & Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, *29*(2), 147-155. doi:10.1016/j.genhosppsy.2006.11.005
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(7), 768-768. Henta frå <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=208678>
- Kessler, R. C., Walters, E. E., & Forthofer, M. S. (1998). The social consequences of psychiatric disorders, III: Probability of marital stability. *American Journal of Psychiatry*, *155*(8), 1092-1096. doi:10.1176/ajp.155.8.1092
- Kiropoulos, L. A., Klein, B., Austin, D. W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell, J., & Ciechomski, L. (2008). Is Internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *Journal of Anxiety Disorders*, *22*(8), 1273-1284.
doi:10.1016/j.janxdis.2008.01.008
- Kivi, M., Eriksson, M. C. M., Hange, D., Petersson, E. L., Vernmark, K., Johansson, B., & Björkelund, C. (2014). Internet-based therapy for mild to moderate depression in Swedish primary care: Short term results from the PRIM-NET randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, *43*(4), 289-298.
doi:10.1080/16506073.2014.921834
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Cognitive therapy: Foundations, conceptual models, applications and research. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *30*, 54-64.
doi:10.1590/S1516-44462008000600002

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Lowe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, *146*(5), 317-325. doi:10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004
- Krysinska, K. E., & De Leo, D. (2007). Telecommunication and suicide prevention: Hopes and challenges for the new century. *Omega-Journal of Death and Dying*, *55*(3), 237-253. doi:10.2190/OM.55.3.e
- Lai, M. H., Maniam, T., Chan, L. F., & Ravindran, A. V. (2014). Caught in the web: A review of web-based suicide prevention. *Journal of Medical Internet Research*, *16*(1). doi:10.2196/jmir.2973
- Learmonth, D., & Rai, S. (2008). Taking computerized CBT beyond primary care. *British Journal of Clinical Psychology*, *47*(1), 111-118. doi:10.1348/014466507X248599
- Leibert, T., & Jr., J. A. (2006). An exploratory study of client perceptions of Internet counseling and the therapeutic alliance. *Journal of Mental Health Counseling*, *28*(1), 69-83. doi:10.17744/mehc.28.1.f0h37djr89nv6vb
- Lester, D. (2008). The use of the Internet for counseling the suicidal individual: Possibilities and drawbacks. *Omega-Journal of Death and Dying*, *58*(3), 233-250. doi:10.2190/OM.58.3.e
- Lillevoll, K. R., Wilhelmsen, M., Kolstrup, N., Hoifodt, R. S., Waterloo, K., Eisemann, M., & Risor, M. B. (2013). Patients' experiences of helpfulness in guided Internet-based treatment for depression: Qualitative study of integrated therapeutic dimensions. *Journal of Medical Internet Research*, *15*(6). doi:10.2196/jmir.2531
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, *71*(12), 2150-2161. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.030
- Lutz, W. (2003). Efficacy, effectiveness, and expected treatment response in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, *59*(7), 745-750. doi:10.1002/jclp.10169
- Macdonald, W., Mead, N., Bower, P., Richards, D., & Lovell, K. (2007). A qualitative study of patients' perceptions of a 'minimal' psychological therapy. *International Journal of Social Psychiatry*, *53*(1), 23-35. doi:10.1177/0020764006066841
- McNaughton, J. L. (2009). Brief interventions for depression in primary care: A systematic review. *Canadian Family Physician*, *55*(8), 789-796. Henta frå <http://www.cfp.ca/content/55/8/789.full.pdf+html>

- Mewton, L., & Andrews, G. (2014). Cognitive behaviour therapy via the Internet for depression: A useful strategy to reduce suicidal ideation. *Journal of Affective Disorders, 170*, 78-84. doi:10.1016/j.jad.2014.08.038
- Mewton, L., Hobbs, M. J., Sunderland, M., Newby, J., & Andrews, G. (2014). Reductions in the internalising construct following Internet-delivered treatment for anxiety and depression in primary care. *Behaviour Research and Therapy, 63*, 132-138. doi:10.1016/j.brat.2014.10.001
- Mewton, L., Sachdev, P. S., & Andrews, G. (2013). A naturalistic study of the acceptability and effectiveness of Internet-delivered cognitive behavioural therapy for psychiatric disorders in older Australians. *PloS One, 8*(8). doi:10.1371/journal.pone.0071825
- Mewton, L., Smith, J., Rossouw, P., & Andrews, G. (2014). Current perspectives on Internet-delivered cognitive behavioral therapy for adults with anxiety and related disorders. *Psychology Research and Behavior Management, 7*, 37-46. doi:10.2147/PRBM.S40879
- Miller, K. (2009). The potential role of the Internet in suicide prevention. *Counselling, Psychotherapy, and Health Expectations, 5*(1), 109-130. Henta frå http://www.cphjournal.com/archive_journals/v5_1_109-130.pdf
- Mohr, D. C., Duffecy, J., Ho, J., Kwasny, M., Cai, X., Burns, M. N., & Begale, M. (2013). A randomized controlled trial evaluating a manualized TeleCoaching protocol for improving adherence to a web-based intervention for the treatment of depression. *PloS One, 8*(8). doi:10.1371/journal.pone.0070086
- Mykletun, A., Bjerkeset, O., Øverland, S., Prince, M., Dewey, M., & Stewart, R. (2009). Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: The HUNT study. *British Journal of Psychiatry, 195*(2), 118-125. doi:10.1192/bjp.bp.108.054866
- Mykletun, A., & Knudsen, A. K. (2009). *Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. En analyse basert på FD-trygd* (Rapport 2009:4). Henta frå Nasjonalt folkehelseinstitutt: <http://www.fhi.no/dav/47c13ed7e1.pdf>
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Rapport 2009:8). Henta frå Nasjonalt folkehelseinstitutt: <http://www.fhi.no/dav/68675aa178.pdf>
- Nelson, C. B., Abraham, K. M., Walters, H., Pfeiffer, P. N., & Valenstein, M. (2014). Integration of peer support and computer-based CBT for veterans with depression. *Computers in Human Behavior, 31*(1), 57-64. doi:10.1016/j.chb.2013.10.012

- Newby, J. M., Mewton, L., Williams, A. D., & Andrews, G. (2014). Effectiveness of transdiagnostic Internet cognitive behavioural treatment for mixed anxiety and depression in primary care. *Journal of Affective Disorders, 165*, 45-52. doi:10.1016/j.jad.2014.04.037
- Newman, M. G., Szkodny, L. E., Llera, S. J., & Przeworski, A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review, 31*(1), 89-103. doi:10.1016/j.cpr.2010.09.008
- NHS-National Health Service. (2011). *IAPT programme review*. Henta frå <http://www.iapt.nhs.uk/silo/files/iapt-programme-review-december.pdf>
- NHS-National Health Service, NICE-National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Commissioning stepped care for people with common mental health disorders*. Henta frå <http://www.iapt.nhs.uk/silo/files/commissioning-stepped-care-for-people-with-mental-health-disorders.pdf>
- NICE-National Institute for Health and Care Excellence. (2006). *Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety*. Henta frå <https://www.nice.org.uk/guidance/ta97/resources/computerised-cognitive-behaviour-therapy-for-depression-and-anxiety-2294884489669>
- NICE-National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: Management*. Henta frå <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/resources/generalised-anxiety-disorder-and-panic-disorder-in-adults-management-35109387756997>
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... Williams, D. R. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine, 6*(8). doi:10.1371/journal.pmed.1000123
- Nordgreen, T., Haug, T., Ost, L. G., Andersson, G., Carlbring, P., Kvale, G., ... Havik, O. E. (2016). Stepped care versus direct face-to-face cognitive behavior therapy for social anxiety disorder and panic disorder: A randomized effectiveness trial. *Behavior Therapy, 47*(2), 166-183. doi:10.1016/j.beth.2015.10.004
- Nordgren, L. B., Hedman, E., Etienne, J., Bodin, J., Kadowaki, T., Eriksson, S., ... Carlbring, P. (2014). Effectiveness and cost-effectiveness of individually tailored Internet-delivered cognitive behavior therapy for anxiety disorders in a primary care

- population: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 1-11.
doi:10.1016/j.brat.2014.05.007
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., & Stewart, S. H. (2015). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. doi:10.1002/14651858.Cd011565
- Ormrod, J. A., Kennedy, L., Scott, J., & Cavanagh, K. (2010). Computerised cognitive behavioural therapy in an adult mental health service: A pilot study of outcomes and alliance. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(3), 188-192.
doi:10.1080/16506071003675614
- Proudfoot, J., Goldberg, D., Mann, A., Everitt, B., Marks, I., & Gray, J. A. (2003). Computerized, interactive, multimedia cognitive-behavioural program for anxiety and depression in general practice. *Psychological Medicine*, 33(2), 217-227.
doi:10.1017/S0033291702007225
- Proudfoot, J., Ryden, C., Everitt, B., Shapiro, D. A., Goldberg, D., Mann, A., ... Gray, J. A. (2004). Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 46-54. doi:10.1192/bjp.185.1.46
- Proudfoot, J. G. (2004). Computer-based treatment for anxiety and depression: Is it feasible? Is it effective? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28(3), 353-363.
doi:10.1016/j.neubiorev.2004.03.008
- Purves, D. G., Bennett, M., & Wellman, N. (2009). An open trial in the NHS of blues Begone®: A new home based computerized CBT program. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(5), 541-551. doi:10.1017/S1352465809990282
- Ramsden, P. (2013). *Understanding abnormal psychology*. London: SAGE Publications Ltd.
- Helsedirektoratet. (2015, 1. november). *Rask psykisk helsehjelp*. Henta 12. desember 2015, frå <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/rask-psykisk-helsehjelp>
- Reger, M. A., & Gahm, G. A. (2009). A meta-analysis of the effects of Internet- and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 65(1), 53-75. doi:10.1002/jclp.20536
- Reynders, A., Kerkhof, A. J. F. M., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2015). Help-seeking, stigma and attitudes of people with and without a suicidal past. A comparison between a low and a high suicide rate country. *Journal of Affective Disorders*, 178, 5-11. doi:10.1016/j.jad.2015.02.013

- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329-342. doi:10.1016/j.cpr.2012.02.004
- Richards, D. A., & Borglin, G. (2011). Implementation of psychological therapies for anxiety and depression in routine practice: Two year prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 51-60. doi:10.1016/j.jad.2011.03.024
- Robinson, E., Titov, N., Andrews, G., McIntyre, K., Schwencke, G., & Solley, K. (2010). Internet treatment for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PloS One*, 5(6). doi:10.1371/journal.pone.0010942
- Roness, A., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(1), 51-58. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00433.x
- Roy-Byrne, P., Veitengruber, J. P., Bystritsky, A., Edlund, M. J., Sullivan, G., Craske, M. G., ... Stein, M. B. (2009). Brief intervention for anxiety in primary care patients. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 22(2), 175-186. doi:10.3122/jabfm.2009.02.080078
- Ruwaard, J., Lange, A., Schrieken, B., Dolan, C. V., & Emmelkamp, P. (2012). The effectiveness of online cognitive behavioral treatment in routine clinical practice. *PloS One*, 7(7). doi:10.1371/journal.pone.0040089
- Scopus. (Udatert). *About scopus*. Henta 28. Februar 2016, frå <https://www.elsevier.com/solutions/scopus>
- Seekles, W., van Straten, A., Beekman, A., van Marwijk, H., & Cuijpers, P. (2009). Stepped care for depression and anxiety: From primary care to specialized mental health care: A randomised controlled trial testing the effectiveness of a stepped care program among primary care patients with mood or anxiety disorders. *BMC Health Services Research*, 9(90). doi:10.1186/1472-6963-9-90
- Seligman, M. E. P., Walker, E. F., & Rosenhan, D. L. (2001). *Abnormal psychology*. New York: Norton & Company, Inc.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., Siegle, G., Crits-Christoph, P., Hazelrigg, M. D., ... Weiss, B. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 355-365. doi:10.1037//0022-006x.65.3.355

- Shandley, K., Austin, D. W., Klein, B., Pier, C., Schattner, P., Pierce, D., & Wade, V. (2008). Therapist-assisted, Internet-based treatment for panic disorder: Can general practitioners achieve comparable patient outcomes to psychologists? *Journal of Medical Internet Research*, *10*(2). doi:10.2196/jmir.1033
- Shin, L. M., & Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, *35*(1), 169-191. doi:10.1038/npp.2009.83
- Skogen, J. C., Bakken, I. J., Clench-Aas, J., Johansen, R., Knudsen, A. K., Nesvåg, R., & Torgersen, L. (2014). Psykisk helse hos voksne, *i folkehelse rapporten 2014:4* (s. 169-173). Henta frå Nasjonalt folkehelseinstitutt: <http://www.fhi.no/dokumenter/4313e1cf39.pdf>
- So, M., Yamaguchi, S., Hashimoto, S., Sado, M., Furukawa, T. A., & McCrone, P. (2013). Is computerised CBT really helpful for adult depression?-A meta-analytic re-evaluation of CCBT for adult depression in terms of clinical implementation and methodological validity. *BMC Psychiatry*, *13*. doi:10.1186/1471-244x-13-113
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, *37*(3), 319-328. doi:10.1017/s0033291706008944
- Statens helsetilsyn. (2000). *Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. Henta frå https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/angstlidelser_utredning_behandling_ik-2694.pdf
- Sucala, M., Schnur, J. B., Constantino, M. J., Miller, S. J., Brackman, E. H., & Montgomery, G. H. (2012). The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(4), 175-187. doi:10.2196/jmir.2084
- Taylor, S. E. (2012). *Health psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Titov, N. (2007). Status of computerized cognitive behavioural therapy for adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *41*(2), 95-114. doi:10.1080/00048670601109873
- Titov, N. (2011). Internet-delivered psychotherapy for depression in adults. *Current Opinion in Psychiatry*, *24*(1), 18-23. doi:10.1097/YCO.0b013e32833ed18f
- Titov, N., Andrews, G., Choi, I., Schwencke, G., & Johnston, L. (2009). Randomized controlled trial of web-based treatment of social phobia without clinician guidance.

- Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(10), 913-919.
doi:10.1080/00048670903179160
- Titov, N., Andrews, G., Choi, I., Schwencke, G., & Mahoney, A. (2008). Shyness 3: Randomized controlled trial of guided versus unguided Internet-based CBT for social phobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(12), 1030-1040.
doi:10.1080/00048670802512107
- Titov, N., Andrews, G., Davies, M., McIntyre, K., Robinson, E., & Solley, K. (2010). Internet treatment for depression: A randomized controlled trial comparing clinician vs. technician Assistance. *PloS One*, 5(6). doi:10.1371/journal.pone.0010939
- Titov, N., Dear, B. F., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G., & McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic Internet treatment for anxiety and depression: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(8), 441-452.
doi:10.1016/j.brat.2011.03.007
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710-720.
doi:10.1016/j.cpr.2010.05.003
- Vallury, K. D., Jones, M., & Oosterbroek, C. (2015). Computerized cognitive behavior therapy for anxiety and depression in rural areas: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 17(6). doi:10.2196/jmir.4145
- van Ballegooijen, W., Cuijpers, P., van Straten, A., Karyotaki, E., Andersson, G., Smit, J. H., & Riper, H. (2014). Adherence to Internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: A meta-analysis. *PloS One*, 9(7).
doi:10.1371/journal.pone.0100674
- van Beugen, S., Ferwerda, M., Hoeve, D., Rovers, M. M., Spillekom-van Koulil, S., van Middendorp, H., & Evers, A. W. (2014). Internet-based cognitive behavioral therapy for patients with chronic somatic conditions: A meta-analytic review. *Journal of Medical Internet Research*, 16(3), e88. doi:10.2196/jmir.2777
- van Spijker, B. A. J., van Straten, A., & Kerkhof, A. J. F. M. (2014). Effectiveness of online self-help for suicidal thoughts: Results of a randomised controlled trial. *PloS One*, 9(2). doi:10.1371/journal.pone.0090118
- van Straten, A., Hill, J., Richards, D. A., & Cuijpers, P. (2015). Stepped care treatment delivery for depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 45(2), 231-246. doi:10.1017/S0033291714000701

- van Straten, A., Seekles, W., van 't Veer-Tazelaar, N. J., Beekman, A. T. F., & Cuijpers, P. (2010). Stepped care for depression in primary care: What should be offered and how? *The Medical Journal of Australia*, *192*(11), 36-39. Henta frå https://www.mja.com.au/system/files/issues/192_11_070610/van11056_fm.pdf
- Wagner, B., Horn, A. B., & Maercker, A. (2014). Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: A randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of Affective Disorders*, *152-154*, 113-121. doi:10.1016/j.jad.2013.06.032
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, *14*(3), 270-277. doi:10.1002/wps.20238
- Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Tat Chiu, W., de Girolamo, G., ... Ustun, T. B. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, *6*(3), 177-185. Henta frå <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174579/>
- Wangberg, S. C., Gammon, D., & Spitznogle, K. (2007). In the eyes of the beholder: Exploring psychologists' attitudes towards and use of e-therapy in Norway. *Cyberpsychology & Behavior*, *10*(3), 418-423. doi:10.1089/cpb.2006.9937
- Warmerdam, L., van Straten, A., Twisk, J., Riper, H., & Cuijpers, P. (2008). Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *10*(4). doi:10.2196/jmir.1094
- Watts, S., Newby, J. M., Mewton, L., & Andrews, G. (2012). A clinical audit of changes in suicide ideas with internet treatment for depression. *BMJ Open*, *2*(5). doi:10.1136/bmjopen-2012-001558
- Williams, A. D., & Andrews, G. (2013). The effectiveness of Internet cognitive behavioural therapy (iCBT) for depression in primary care: A quality assurance study. *PLoS One*, *8*(2). doi:10.1371/journal.pone.0057447
- Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, *15*(4), 357-376. doi:10.1016/j.euroneuro.2005.04.012
- WHO-World Health Organization. (1999). *ICD-10 – psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.

Øverland, S., Knudsen, A. K., & Mykletun, A. (2011). Psykiske lidelser og arbeidsuførhet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(8), 739-744. Henta frå <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2011/739-744.pdf>