

# Lovisenberg DPS bruker helseteknologi for å bedre kvalitet på inntaksbeslutninger og behandlingsvalg.

**Even Halland**, prosjektleder/psykolog Lovisenberg DPS

I samarbeid med professor Ole Andre Solbakken  
(PSI/UiO)

# Situasjonen i dag

- 1 av 4 som henvises til psykisk helsevern avvises.
- Forskning viser at 50 % ikke blir bedre av psykoterapeutisk behandling.
- Krevende økonomiske rammer i PHV.
- Lite systematisk kunnskap om effekten av behandling av psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten (hva virker for hvem?).

# Dette reiser noen krevende spørsmål

- Tar vi inn riktige pasienter?
- Prioriterer vi riktig med tanke på ventetid?
- Matcher vi pasient til riktig behandling og behandler?
- Kan vi fange opp de som ikke responderer på behandling og gjøre noe med det?
- Kan vi endre tilbudet slik at flere responderer på behandling?

# **Pasientstemmen som supplement**

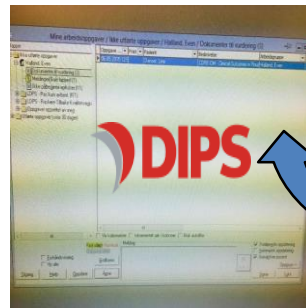
Vi mener vi kan få bedre svar på disse spørsmålene om vi spør pasienten.

# **LOVePROM**

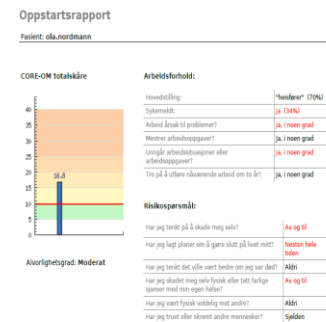
**LOV**isenberg **e**lectronic  
**P**atient **R**eported  
**O**utcome **M**easures

# Kartlegging av psykisk helse ved hjelp av standardiserte verktøy

Pasienten besvarer hjemmefra ved hjelp av iPad, mobiltelefon, PC/mac



0-5 minutter



# Eksempler på kartleggingsverktøy

- Depresjon: BDI, MADRS, Hamilton, PHQ-9
- ADHD: ASRS, WURS
- Alkohol og rusproblemer: AUDIT, DUDIT
- Angst: BSQ, BAI, GAD-7
- Bipolar lidelse: HCL-32
- OCD: OCD, BARI
- Personlighetsforstyrrelser: CIP, SIPP
- Traumer: CATS, TRAPS, IES

Bruker du kartleggingsverktøy i  
forbindelse med kartlegging /  
diagnostisering av psykisk lidelse i dag?

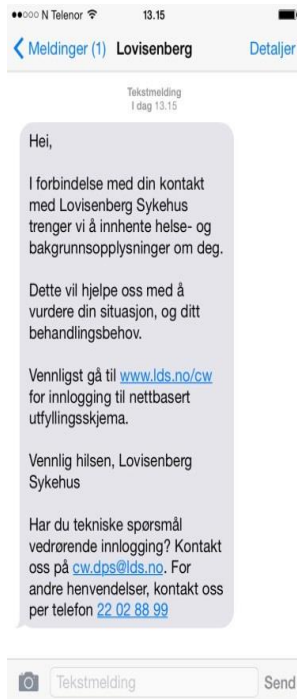


# Hva er nytt?

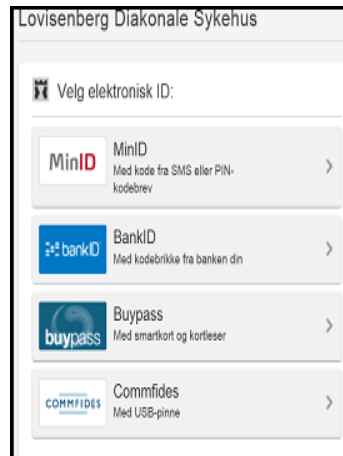
- Alle pasienter ved Lovisenberg DPS skal kartlegges
- Utsendelsen av spørreskjema skjer elektronisk
- Utsendelsen av spørreskjema skjer automatisk
- Svarene legges automatisk inn i journal (PDF)
- Kartleggingen skjer både ved oppstart av behandling og underveis i behandling (for å kunne se utvikling over tid)
- Hva med å kartlegge pasienten før vi tar stilling til henvisning?

# Spørreskjema sendes ut automatisk via SMS

## 1. Pasient mottar SMS



## 2. Logger seg inn lds.no/cw

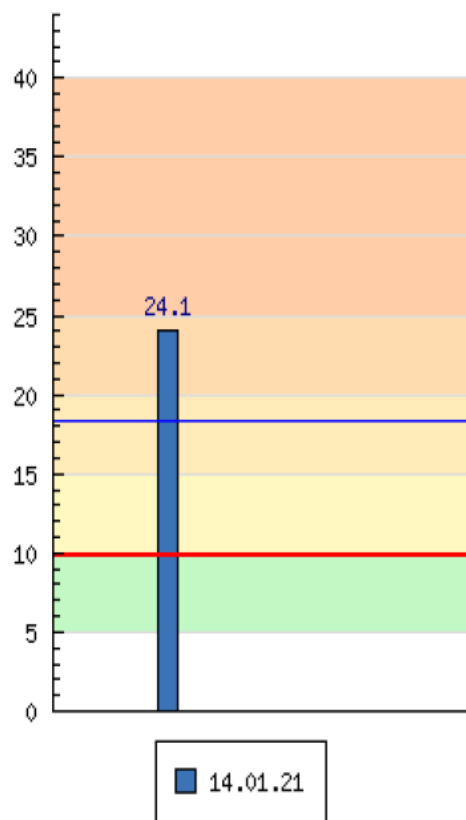


## 3. Besvarer skjema

Nettbrett, mobiltelefon, PC/mac

(Pasienten kan også fylle ut skjema på venterommet på sykehuset)

## CORE-OM totalskåre



Alvorlighetsgrad (1-6):  
**5. Moderat alvorlig**

## Økonomi og bolig:

Økonomi	Forholdsvis vanskelig
Bekymret for bolig?	Ja, veldig
Vanligste bosituasjon siste 6 mnd.	Ingen stabil bosituasjon

## Risiko:

Har jeg lagt planer om å gjøre slutt på livet mitt?	Aldri
Har du en mestringsplan/kriseplan?	Ja
Har du vært fysisk voldelig eller truet et annet menneske?	Aldri

## Bruk av alkohol og andre rusmidler:

Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer?	Sjelden
Hvor ofte bruker du andre rusmidler enn alkohol?	1 gang i måneden eller sjeldnere

Rød linje representerer klinisk cut-off. Blå linje representerer gjennomsnitt ved oppstart ved voksenpsykiatrisk poliklinikk Lovisenberg Diakonale Sykehus.

# CORE-OM Besvarelser

## Risiko

Nr	Spørsmål	Svar
9	Har jeg tenkt på å skade meg selv ( <i>Selvskade</i> )	<b>Sjelden</b>
24	Har jeg tenkt det ville vært bedre om jeg var død ( <i>Selvskade</i> )	<b>Sjelden</b>
34	Har jeg skadet meg selv fysisk eller tatt farlige sjanser med min egen helse ( <i>Selvskade</i> )	<b>Sjelden</b>
6	Har jeg vært fysisk voldelig mot andre ( <i>Skade andre</i> )	<b>Aldri</b>
16	Har jeg lagt planer for å gjøre slutt på livet mitt ( <i>Selvskade</i> )	<b>Aldri</b>
22	Har jeg truet eller skremt et annet menneske ( <i>Skade andre</i> )	<b>Aldri</b>

## Velvære

Nr	Spørsmål	Svar
4	Har jeg følt meg fornøyd med meg selv <sup>R</sup>	<b>Sjelden</b>
14	Har jeg hatt lyst til å gråte	<b>Ofte</b>
17	Har jeg følt meg overveldet av mine problemer	<b>Av og til</b>
31	Har jeg følt meg optimistisk med tanke på fremtiden <sup>R</sup>	<b>Av og til</b>

Gjelder siste måling. <sup>R</sup> - Reversert skåre. Underdomener i kursiv.

## Problemer

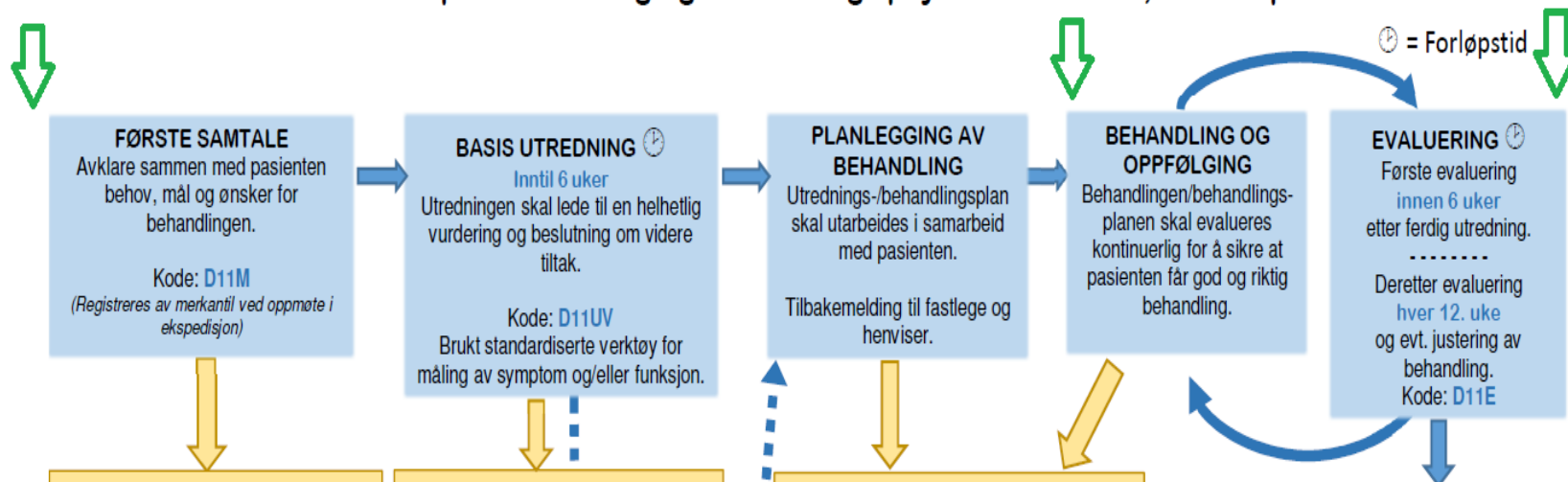
Nr	Spørsmål	Svar
8	Har jeg vært plaget av verk, smerter eller andre fysiske plager ( <i>Somatisk</i> )	<b>Ofte</b>
11	Har anspenhet og angst hindret meg i å gjøre viktige ting ( <i>Angst</i> )	<b>Ofte</b>
5	Har jeg følt meg helt uten energi og entusiasme ( <i>Depresjon</i> )	<b>Av og til</b>
13	Har jeg vært plaget av uønskede tanker og følelser ( <i>Traume</i> )	<b>Av og til</b>
18	Har jeg hatt problemer med å sovne eller har våknet fort igjen ( <i>Somatisk</i> )	<b>Av og til</b>
20	Har det vært umulig å legge bort problemene mine ( <i>Angst</i> )	<b>Av og til</b>
23	Har jeg følt meg fortvilet eller uten håp ( <i>Depresjon</i> )	<b>Av og til</b>
28	Har uønskede bilder eller minner plaget meg ( <i>Traume</i> )	<b>Av og til</b>
2	Har jeg følt meg anspent, engstelig eller nervøs ( <i>Angst</i> )	<b>Sjelden</b>
15	Har jeg følt redsel eller panikk ( <i>Angst</i> )	<b>Sjelden</b>
27	Har jeg følt meg ulykkelig ( <i>Depresjon</i> )	<b>Sjelden</b>
30	Har jeg tenkt at mine problemer eller vanskeligheter var min egen skyld ( <i>Depresjon</i> )	<b>Sjelden</b>

## Fungering

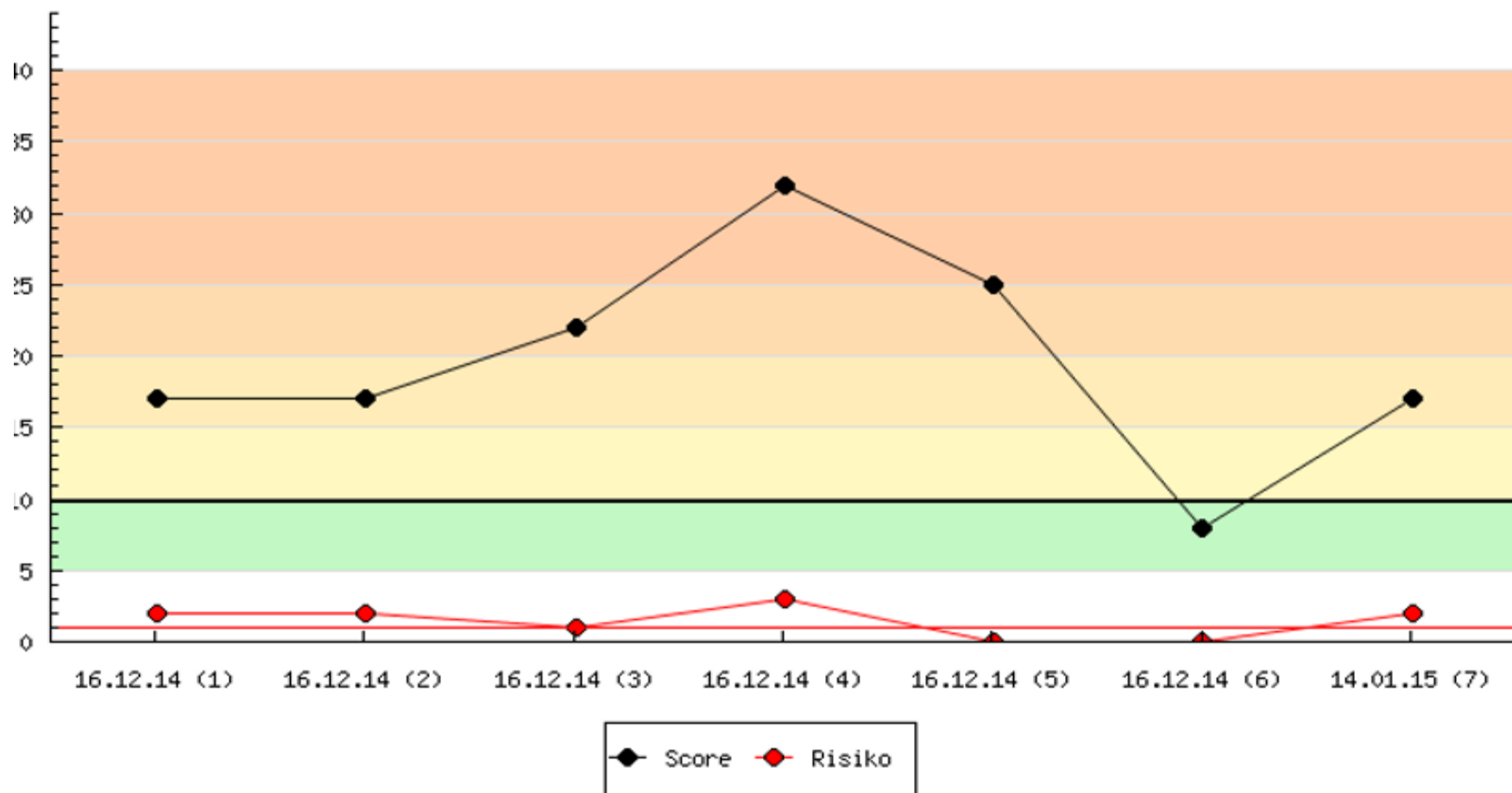
Nr	Spørsmål	Svar
3	Har jeg følt at jeg hadde noen å støtte meg til når jeg trengte det ( <i>Nære relasjoner</i> )	<b>Aldri</b>
1	Har jeg følt meg forferdelig alene og isolert ( <i>Nære relasjoner</i> )	<b>Av og til</b>
7	Har jeg følt meg i stand til å takle det når noe har gått galt <sup>R</sup> ( <i>Generell fungering</i> )	<b>Av og til</b>
12	Har jeg vært fornøyd med det jeg har gjort <sup>R</sup> ( <i>Generell fungering</i> )	<b>Av og til</b>
19	Har jeg følt varme eller hengivenhet overfor noen <sup>R</sup> ( <i>Nære relasjoner</i> )	<b>Av og til</b>
21	Har jeg klart å gjøre det meste av det jeg hadde behov for å gjøre <sup>R</sup> ( <i>Generell fungering</i> )	<b>Av og til</b>
25	Har jeg følt meg kritisert av andre ( <i>Sosiale relasjoner</i> )	<b>Av og til</b>
26	Har jeg tenkt at jeg ikke hadde noen venner ( <i>Nære relasjoner</i> )	<b>Av og til</b>
29	Har jeg vært irritabel mot andre mennesker ( <i>Sosiale relasjoner</i> )	<b>Av og til</b>
33	Har jeg følt at andre har ydmyket meg eller gjort meg skamfull ( <i>Sosiale relasjoner</i> )	<b>Av og til</b>
10	Har det å snakke med folk vært for mye for meg ( <i>Sosiale relasjoner</i> )	<b>Sjelden</b>
32	Har jeg fått til det jeg ville <sup>R</sup> ( <i>Generell fungering</i> )	<b>Ofte</b>

# Kartlegginger sendes ut automatisk i tråd med pakkeforløpene

## D11 - Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne/poliklinikk



# Følge pasientens utvikling



Hvilke fordeler ser du ved systematisk kartlegging av psykisk helsetilstand?

Parallellen er dramatisk. Men Børge Mathiassen ønsker å være tydelig:

«Å drive behandling i psykisk helsevern uten et system for tilbakemeldinger fra pasientene, er som å styre et fly uten instrumenter.»



# Kunnskapsoppsummering basert på 116 RCT-studier og 50 000 pasienter på effekten av PROM

- Improves patients quality of life
- Leads to an increase in patient-physician communication
- Improves diagnosis and notation
- Improves disease control

([Gibbons et al, 2021](#)).

*Systematisk innsamling av  
helseopplysninger og erfaringer i  
løpet av behandlingen fører til bedre  
behandlingsresultat*

Amble et al. [2015](#); Bickman et al. [2011](#), [2016a](#), [b](#);  
Brattland et al. [2018](#); Carlier et al. [2012](#);  
De Jong et al. [2014](#); Lambert and Harmon [2018](#);  
Lambert et al. [2018](#); Lambert et al. [2001](#), [2007](#);  
Shimokawa et al. [2010](#); Simon et al. [2012](#)

*Despite decades of literature supporting the use of ROM, the actual use of ROM in routine mental health care settings remains low*

Rye, M., Rognmo, K., Aarons, G. A., & Skre, I. (2019). Attitudes towards the use of routine outcome monitoring of psychological therapies among mental health providers: The EBPAS-ROM. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(6), 833-846.

*De fleste klinikere involverer seg bare halvhjertet i effektmålinger, det anses som enda en administrativ plikt, uten noen klinisk nytteverdi.*

Erfaring fra implementering av effektmålinger i over 600 klinikker underlagt NHS (UK) (Mellor-Clark et al., 2014)

# Andre vanlige argumenter mot kartleggingsverktøy i PHV

- Dette er enda en administrativ ting som tar tid bort fra behandlingen (medical clerking)
- Jeg snakker jo med pasientene, de forteller meg jo hvordan det går!
- Spørreskjema gir ikke riktig eller vesentlig informasjon

5 prinsipper  
for å lykkes med et  
PROM register

# 5 prinsipper for å lykkes med et PROM register

- 1) Ikke bruk klinikerens tid på datainnsamling**
- 2) Bruk spørreskjema og rapporter som er klinisk relevant**
- 3) Gjør flere målinger underveis, ikke bare pre-post**
- 4) Bruk pasientrapporterte data**
- 5) Åpenhet om resultater for læring og utvikling**



*- Det er sjukt digg at  
alt går automatisk. At  
jeg slipper å  
administrere disse  
skjemaene selv.*

konst. psykologspesialist  
Jørn Owe Blandehoel



# 5 prinsipper for å lykkes med et PROM register

- 1) Ikke bruk klinikers tid på datainnsamling
- 2) Bruk spørreskjema og rapporter som er klinisk relevant
- 3) Gjør flere målinger underveis, ikke bare pre-post
- 4) Bruk pasientrapporterte data
- 5) Åpenhet om resultater for læring og utvikling

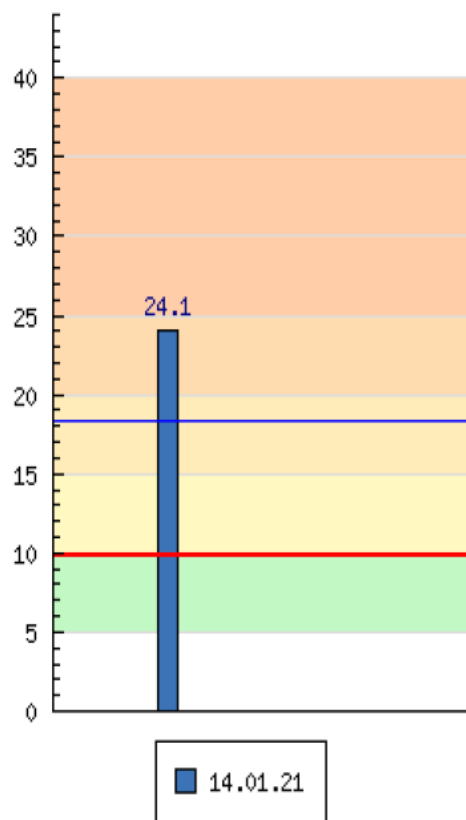
# Spørreskjema i kjernebatteriet

- Psykiske plager og problemer (CORE-OM)
- Bruk av alkohol (AUDIT)
- Bruk av andre rusmidler (DUDIT)
- Fungereing i dagliglivet (WSAS)
- Livskvalitet EQ5D + VAS
- Enkeltspørsmål om fysisk helse, levevaner, boligsituasjon, arbeid, økonomi, bruk av medisiner.

# Kjernebatteriet / LOVEPROM tas nå i bruk av (nesten) alle sykehus i HSØ

- Psykologisk institutt (UiO)
- Sykehuset i Telemark
- Sykehuset i Vestfold
- Sørlandet Sykehus
- Innlandet Sykehus
- Vestre Viken
- Ahus
- Diakonhjemmet
- Modum Bad
- OUS

## CORE-OM totalskåre



Alvorlighetsgrad (1-6):  
**5. Moderat alvorlig**

## Økonomi og bolig:

Økonomi	Forholdsvis vanskelig
Bekymret for bolig?	Ja, veldig
Vanligste bosituasjon siste 6 mnd.	Ingen stabil bosituasjon

## Risiko:

Har jeg lagt planer om å gjøre slutt på livet mitt?	Aldri
Har du en mestringsplan/kriseplan?	Ja
Har du vært fysisk voldelig eller truet et annet menneske?	Aldri

## Bruk av alkohol og andre rusmidler:

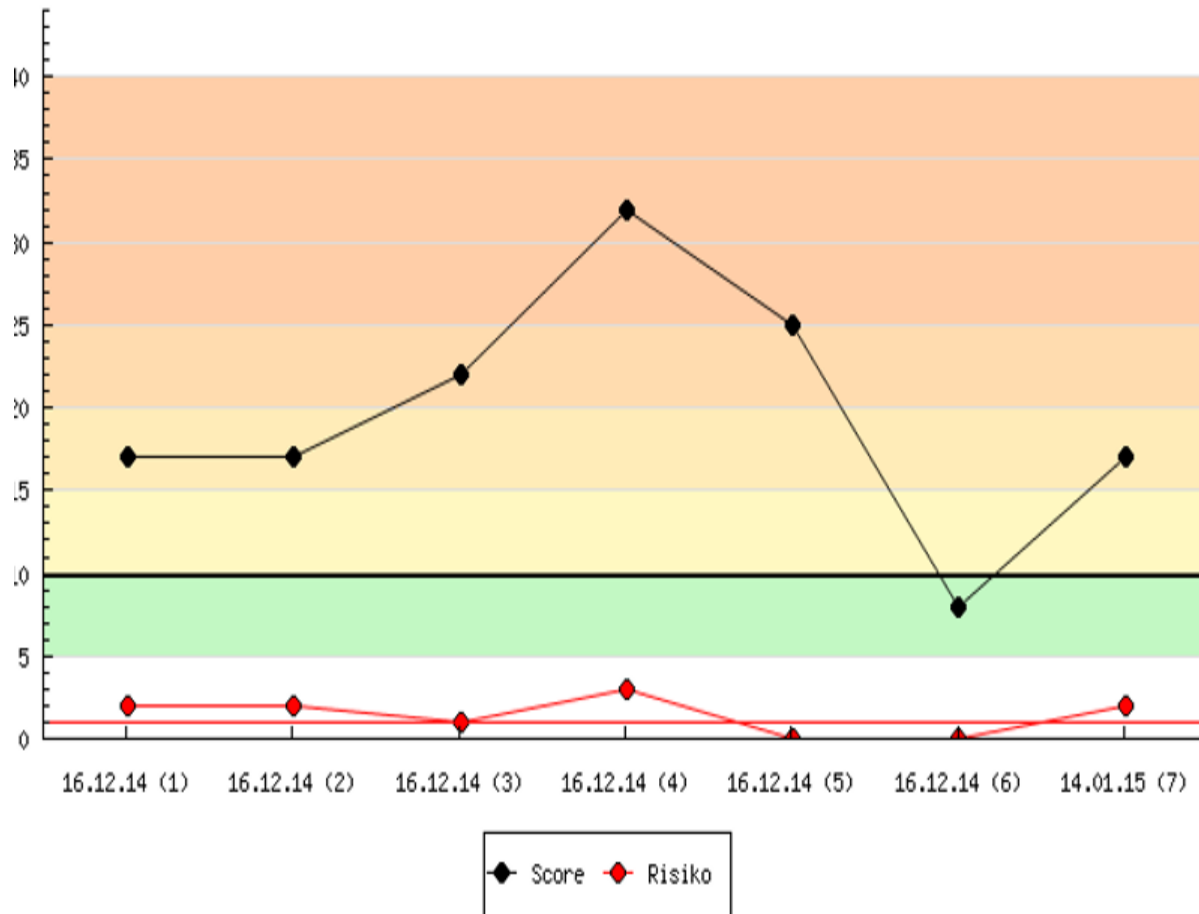
Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer?	Sjelden
Hvor ofte bruker du andre rusmidler enn alkohol?	1 gang i måneden eller sjeldnere

Rød linje representerer klinisk cut-off. Blå linje representerer gjennomsnitt ved oppstart ved voksenpsykiatrisk poliklinikk Lovisenberg Diakonale Sykehus.

# 5 prinsipper for å lykkes med et PROM register

- 1) Ikke bruk klinikerens tid på datainnsamling
- 2) Bruk spørreskjema og rapporter som er klinisk relevant
- 3) **Gjør flere målinger underveis, ikke bare pre-post**
- 4) Bruk pasientrapporterte data
- 5) Åpenhet om resultater for læring og utvikling

# Følge pasientens utvikling



# 5 prinsipper for å lykkes med et PROM register

- 1) Ikke bruk klinikerens tid på datainnsamling
- 2) Bruk spørreskjema og rapporter som er klinisk relevant
- 3) Gjør flere målinger underveis, ikke bare pre-post
- 4) Bruk pasientrapporterte data
- 5) Åpenhet om resultater for læring og utvikling

# 5 prinsipper for å lykkes med et PROM register

- 1) Ikke bruk klinikers tid på datainnsamling
- 2) Bruk spørreskjema og rapporter som er klinisk relevant
- 3) Gjør flere målinger underveis, ikke bare pre-post
- 4) Bruk pasientrapporterte data
- 5) Åpenhet om resultater for læring og utvikling



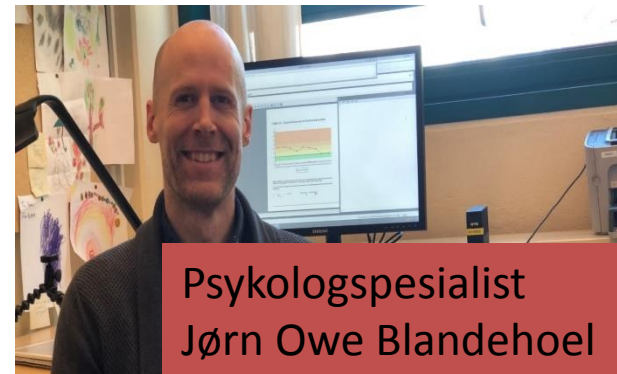
# Kartlegginger hjelper oss ved oppstart

- Effektivisere behandlingsoppstart – rydde unna tema som ikke er relevant og sette kliniker på sporet av relevante tema.
- Kjernebatteriet er et undringsverktøy som kan bidra til å fange opp våre «blinde flekker».
- Kjernebatteriet etterspør pasientens perspektiv. Dette styrker pasientens eierskap til og engasjement i egen behandling.
- Støtte til kliniske vurderinger og behandlingsplanlegging.

# Kartlegginger hjelper oss underveis i behandlingsforløpet

*Fra klinikk:*

- *Det er veldig viktig å fange opp når det står stille (ingen effekt av behandling). Når det ikke er noen endring, så kan jeg stoppe, reflektere sammen med pasienten og endre kurs.*
- *Pasienten får mer eierskap til behandlingsprosessen, fordi de blir tatt med på samtalen om hva som fungerer og hva som ikke fungerer. Det blir en åpen samtale der pasienten kan gi tilbakemelding til meg.*
- *Man kan tenke på målinger som et **klinisk verktøy** for å skape samarbeid, og også engasjere og forplikte pasienten i behandlingen.*



Psykologspesialist  
Jørn Owe Blandehoel

# Systematisk tilbakemelding gir bedre behandling

Implementert feedback ved fire  
allmennpsykiatriske poliklinikker og to  
døgnavdelinger.

*Allerede fra time tre, så vi at de som hadde fått  
bruke systemet hadde fått signifikant bedre  
effekt av behandlingen.*

Ingunn Amble

Overlege, fagdirektør ved Modum Bad

Kan kartlegging også være  
nyttig som supplement ved  
vurdering av henvisninger i  
inntak?

# Konsernrevisjon HSØ 2018; 26 klinikere på 19 DPS

	Behandles=1 Avises=0	Andel behandlet	Klinikk																			Antall behandlet							
			AHUS Grorud 1	AHUS Grorud 2	AHUS Grorud 3	AHUS Ø. Rommerike 2	DIAKONSYK	LDS Felles 1	LDS-RT-1	LDS-RT-2	LDS-RT-3	SI E-H psyk	SI Elverum	SI Hadeland 1	SI Hadeland 2	SI Hadeland 3	SI Hamar 1	SI Kongsvinger 1	SI Kongsvinger 2	SI Tynset	STV 1		STV 2	SO-HF 1	SO-HF 2	SSHF 1	SSHF 2	VESTREVIKEN 1	VESTREVIKEN 2
V1	100%	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26
V2	42%	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	11
V3	62%	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
V4	73%	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	
V5	85%	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	
V6	54%	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	14	
V7	69%	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	18	
V8	100%	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26	
V9	62%	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	16	
V10	77%	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	20	
V11	62%	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	16	
V12	62%	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	16	
V13	77%	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	
V14	8%	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
V15	54%	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	14	
V16	8%	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
V17	92%	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	
V18	81%	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	
V19	100%	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26	
V20	73%	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	19	
V21	100%	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26	
V22	81%	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	21	
V23	58%	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	15	
		26	16	14	12	15	16	16	17	17	16	19	20	20	20	20	16	16	13	21	19	16	10	11	15	10	14	11	
23	69%	70%	61%	52%	65%	70%	70%	74%	74%	70%	83%	87%	87%	87%	87%	70%	70%	57%	91%	83%	70%	43%	48%	65%	43%	61%	48%		
		Gj.snitt andel behandlet pr helseforetak																											
		62%			70%		72%								80%						76%		46%		54%		54%		

23 henvisninger  
31% ble avvist  
Stor uenighet om hvem

Avvisningsraten var på linje med nasjonalt nivå for avviste henvisninger i 2016-2017.

Resultater fra frivilling revisjon utført av Analysesjef Per Arne Holman, Lovisenberg Diakonale Sykehus, i samarbeid med Konsernrevisjonen og fagråd i Helse Sør-Øst RHF, 7. desember 2017

# Hva håper vi å oppnå med pre-PROM

- Vi tror kartlegginger vil gi oss et bedre beslutningsgrunnlag for å vurdere:
  - *Hvem skal ha hjelp hos oss?*
  - *Hvem skal ha hjelp andre steder?*
  - *Når skal de ha hjelp? (Hvor raskt bør vi komme i gang?)*
  - *Hva slags type hjelp skal de ha?*

# Kvalitetsregister kan svare på følgende spørsmål

- Hva kjennetegner pasientforløp der vi lykkes?
- Hva kjennetegner forløp med dårlig behandlingsresultat?
- Hva kjennetegner forløp der vi bruker mye ressurser?

# Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data

*David M Clark, Lauren Canvin, John Green, Richard Layard, Stephen Pilling, Magdalena Janecka*

## Summary

**Background** Internationally, the clinical outcomes of routine mental health services are rarely recorded or reported; however, an exception is the English Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) service, which delivers psychological therapies recommended by the National Institute for Health and Care Excellence for depression and anxiety disorders to more than 537 000 patients in the UK each year. A session-by-session outcome monitoring system ensures that IAPT obtains symptom scores before and after treatment for 98% of patients. Service outcomes can then be reported, along with contextual information, on public websites.

**Methods** We used publicly available data to identify predictors of variability in clinical performance. Using  $\beta$  regression models, we analysed the outcome data released by National Health Service Digital and Public Health England for the 2014–15 financial year (April 1, 2014, to March 31, 2015) and developed a predictive model of reliable improvement and reliable recovery. We then tested whether these predictors were also associated with changes in service outcome between 2014–15 and 2015–16.

**Findings** Five service organisation features predicted clinical outcomes in 2014–15. Percentage of cases with a problem descriptor, number of treatment sessions, and percentage of referrals treated were positively associated with outcome. The time waited to start treatment and percentage of appointments missed were negatively associated with outcome. Additive odd ratios suggest that **moving from the lowest to highest level on an organisational factor could improve service outcomes by 11–42%**, dependent on the factor. Consistent with a causal model, most organisational factors also predicted between-year changes in outcome, together accounting for 33% of variance in reliable improvement and 22% for reliable recovery. Social deprivation was negatively associated with some outcomes, but the effect was partly mitigated by the organisational factors.

**Interpretation** Traditionally, efforts to improve mental health outcomes have largely focused on the development of new and more effective treatments. Our analyses show that the way psychological therapy services are implemented could be similarly important. Mental health services elsewhere in the UK and in other countries might benefit from adopting IAPT's approach to recording and publicly reporting clinical outcomes.



# Suksessfaktorer i følge IAPT-forskning

- **950.000** mennesker er blitt henvist og vurdert
- **33 prosent** av behandlingsutbyttet kan tilskrives organiseringen
- Kort ventetid bevarer pasientens behandlingsmotivasjon og gir større engasjement.
- Høyere behandlingsintensitet og flere konsultasjoner på kortere tid, spesielt for dem som hadde lite utbytte i starten.
- Færre ikke-møtt timer.
- Mer tid brukt på behandling og mindre tid brukt til utredning.

# Behandlingsintensitet

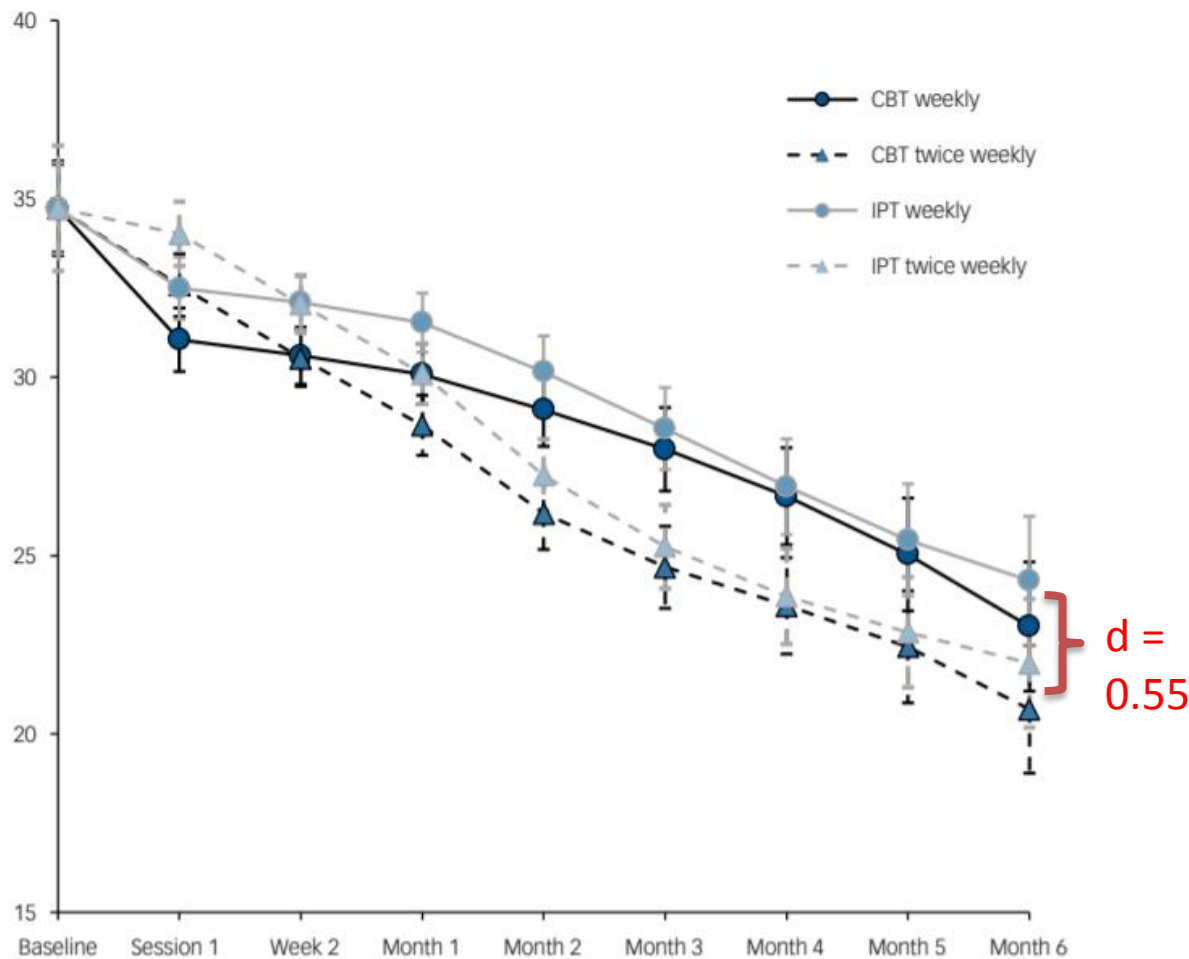


Fig. 2 Estimated means on the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) per condition over time.

Note that for illustrative purposes the y-axis starts at BDI-II = 15. Note that BDI-II scores at baseline present the observed mean BDI-II score for all conditions at baseline. The x-axis presents the moment of measurement: baseline, before session 1, and 2 weeks and 1–6 months after the first session. Error bars present the estimated standard error (except for the baseline values that show the observed standard errors). CBT, cognitive-behavioural therapy; IPT, interpersonal psychotherapy.