



2015

# SibeR

Årsrapport

Nationellt register för internetbaserad  
psykologisk behandling i hälso- och sjukvården

Svenska Internetbehandlingsregistret SibeR, Psykiatri Sydväst, M46 141 86 Stockholm

# Årsrapport 2015

## Kvalitetsregister SibeR

---

### Registerhållare

Cecilia Svanborg

### Koordinator

Samir El Alaoui

### Författare till årsrapport

Cecilia Svanborg och Samir El Alaoui

### Statistisk bearbetning

Samir El Alaoui

Ludwig Andersson, Statistiker Registercentrum Västra  
Götaland

### Utgivare

Cecilia Svanborg

### Huvudman

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)

Box 17914

118 95 Stockholm

### Styrgrupp 2015

**Gerhard Andersson**, professor psykologi, Linköpings universitet och associerad professor Karolinska Institutet

**Stephan Ehlers**, Med dr, Barn- och ungdomspsykiater, Regionalt kunskapscentrum Psykisk hälsa, Västra Götalandsregionen

**Fredrik Holländare**, Med dr, psykolog, Utvecklingsenheten för psykoterapi och psykologisk behandling, Region Örebro Län

**Olof Johansson**, doktorand, psykolog, Allmänpsykiatriska kliniken Malmö, Region Skåne

**Viktor Kaldo**, docent, psykolog, Internetpsykiatri, Psykiatri Sydväst, Stockholm

**Nils Lindefors**, professor, psykiater, verksamhetschef, Psykiatri Sydväst, Stockholm

**Kristina Lindwall Sundel**, psykiater, Medicinsk rådgivare Registercentrum Västra Götaland

**Mikael Lundsten**, patientföreträdare, utsedd av NSPH

**Mårten Skogman**, psykolog, utvecklingsledare, Psykiatri, Uppsala.

**Cecilia Svanborg**, Med dr, psykiater, Internetpsykiatri, Psykiatri Sydväst, Stockholm

## Innehåll

Årsrapport 2015, Kvalitetsregister SibeR	
Registerhållare	i
Koordinator	i
Författare till årsrapport	i
Statistisk bearbetning	i
Utgivare	i
Huvudman	i
Styrgrupp	i
Sammanfattning	1
Inledning	2
Syfte och indikationer	4
Täckningsgrad	5
Indikation för internetbehandling	6
Patienterna i SibeR	7
Åldersfördelning	7
Könsfördelning	7
År sedan första debut	8
Processmått	9
Tillgänglighet till internetbehandling	9
Strukturerad diagnostisk bedömning	10
Effektmått	11
Behandlingseffekter avseende symtom	11
Klinisk förbättring	12
Hälsorelaterad livskvalitet	13

Fullföljandegrad _____	15
Case-mix _____	16
Andel med recidiverande depression _____	16
Alkoholbruk mätt med AUDIT-C _____	16
Samsjuklighet _____	17
Integration mellan behandlings-plattform, journal och kvalitetsregister _____	18
SibeR 2016 _____	19
Referenser _____	20
Kontaktinformation _____	21

# Sammanfattning

En stor andel av befolkningen lider av psykisk ohälsa, främst med ångesttillstånd, depression och sömnstörningar. Kognitiv beteendeterapi (KBT) rekommenderas av Socialstyrelsen vid ångest och lindrig till medelsvår depression.

Internetförmedlade behandlingsprogram har stor potential att öka tillgängligheten av evidensbaserade psykologiska behandlingar. Internet-förmedlad och behandlarstödd KBT (IKBT) har i upprepade studier visats förmedla effektiv KBT; att minska grad av ångest och depression samt öka funktion och livskvalitet. Nationell implementering av internetbehandling underlättades genom att en nationell behandlingsplattform (Stöd och Behandling; SOB) lanserades 2015 och 20 av 21 landsting anslöt sig för att starta processen med införandet.

Svenska Internetbehandlingsregistret (SibeR) lanserades sommaren 2015 och detta är den första årsrapporten som redovisar ett halvt års resultat från två av de tre anslutna enheterna; Internetpsykiatri på Psykiatri Sydväst (PSV) i Stockholm, psykiatri/primärvård Örebro och psykiatri i Uppsala. I denna rapport redovisas resultat med samma behandlingsprogram för depression vid Internetpsykiatri och i Örebro, utförd via Internetpsykiatriens tekniska plattform på bägge orterna. Vårdprocesserna har dock skilt sig åt. Behandlingsprogrammen för social fobi och paniksyndrom genomfördes endast på Internetpsykiatri-PSV. Uppsala avvaktade med att registrera i SibeR under 2015 då man bytte från lokal behandlings-plattform till SOB.

Under 2015, kvartal 3 och 4, inkluderades 236 patienter i åldern 18 till 83 år i SibeR som hade inlett IKBT för depression, social fobi och paniksyndrom. Kön fördelningen var ganska jämn mellan kvinnor och män (56 % kvinnor). Tillgängligheten var hög med ungefär 80 procent som kunde starta behandling inom 30 dagar från vårdbegäran. Medianen (typvärdet) för antalet dagar till behandlingsstart var 23. Rätt diagnos är en förutsättning för att dra nytta av sjukdomsspecifika program och nästan 100 procent hade diagnostiserats med stöd av strukturerad diagnostisk intervju inom tre månader före behandlingsstart. Behandlingseffekterna var höga för depression och paniksyndrom samt måttligt höga för social fobi.

Arbete med syfte att bana väg för integration mellan behandlingsplattform, journal och SibeR har bedrivits och ska fortsätta under 2016-17 då fler enheter beräknas ansluta sig.

# Inledning

I Sverige utgör psykisk ohälsa cirka 38 procent av all ohälsa, varav ångest-sjukdomar, depression och sömnstörningar är de vanligaste tillstånden. Andelen med psykisk ohälsa är högst i åldersgruppen 15-29 år och psykisk ohälsa är den dominerade orsaken till sjukskrivning mer än 14 dagar. Kognitiv-beteendeterapi (KBT) rekommenderas som effektiv behandling för dessa tillstånd (Socialstyrelsen, 2010), men tillgången till evidensbaserad psykologisk behandling är begränsad. Majoriteten av patienterna med depression och ångestsyndrom söker inom primärvården, en del inte alls via traditionell sjukvård, och en del till psykiatri. Det har skett viss utveckling av så kallad första linjens psykiatri i primärvården men mycket återstår innan behoven kan mötas.

Sedan millenieskiftet har internet-förmedlade behandlingar utvecklats i Sverige med syfte att öka tillgängligheten till evidensbaserad behandling. En SBU-översikt från 2013 sammanfattade att det fanns stöd för att Internetförmedlad KBT (IKBT) har effekt för social fobi, lindrig-måttlig depression, paniksyndrom och generaliserat ångest-syndrom (SBU, 2013). Man förmedlade att det behövs fler studier, särskilt hos unga, och att man bör studera hur IKBT fungerar när det tillämpas i vården, med effekter och eventuella risker.

Evidensen från kontrollerade kliniska prövningar för att IKBT är lika effektivt som traditionellt förmedlad KBT ökar kontinuerligt (Andersson et al, 2011; Andersson et al, 2009, Andersson et al, 2005; Spek et al 2007). Studier bedrivs och publiceras kontinuerligt för IKBT vid många tillstånd, och för nya grupper som barn, ungdomar och äldre.

Det finns många fördelar med IKBT jämfört med traditionell KBT (Andersson et al, 2007). Hinder för tillgängligheten med långa avstånd kan överbryggas och patienter och terapeuter kan arbeta med behandlingen mer flexibelt, på tider när det passar dem bäst. Detta ger ökad tids-effektivitet och bekvämlighet, och patienter slipper ta ledigt från arbete för behandlingen. Regelbundna vecko-mätningar av patienters mående i IKBT passar med fördel att administreras via internet genom online-formulär. Detta tillåter att data systematiskt kan samlas in så att behandlare och behandlingsenheter får återkoppling angående behandlings-effekt och så att avvikelser i förväntat utfall kan upptäckas.

Då internetbehandling är en ny metod för att ge psykologisk behandling behöver den kontinuerligt utvärderas. Själva införandet ställer specifika krav på verksamheterna för att det ska fungera som sjukvårdande behandling. Två grundläggande för-utsättningar är tillgång till en teknisk plattform där kommunikation mellan behandlare och patient kan ske på ett säkert sätt och tillgång till behandlings-program som är avpassade för mål-gruppernas behov. Lika oundgängligt är det att bygga en vårdprocess som innefattar lämpliga bedömningsrutiner, strukturer för stöd från behandlare, rutiner för patientsäkerhet och uppföljning.

April 2015 lanserades den nationella behandlingsplattformen Stöd och Behandling (SOB) som hade utvecklats av I177 vårdguiden som en e-tjänst på I177.se. Tjugo av 21 landsting anslöt sig och påbörjade en process för införande under 2015.

Redan 2007 etablerades en enhet för internetförmedlad kognitiv-beteendeterapi (IKBT), [www.internetpsykiatri.se](http://www.internetpsykiatri.se), inom Psykiatri Sydväst (PSV), Huddinge sjukhus i Stockholm. Internetpsykiatri-PSV har en egen teknisk plattform och har

utvecklat och prövat egna behandlingsprogram, samt ett kvalitetssystem för vårdprocessen. Patienter från hela Stockholms län söker själva via egen anmälan, i viss omfattning även från andra län efter införandet av den nya patientlagen januari 2015.

Även psykiatri i Uppsala har utvecklat behandlingsprogram och hade tillgång till en lokal behandlingsplattform. Uppsala har anslutit sig till SibeR men under 2015 valde man att avvakta med registrering i samband med att man gick över till den nationella plattformen SOB.

Internetbehandling i Örebro har skett i samverkan mellan psykiatri och primärvården. Diagnostiken utförs på Utvecklingsenheten för psykoterapi och psykologisk behandling (UPP) inom psykiatri och själva behandlingen har utförts i både psykiatri och primärvård.

Behandlingsprogrammen har dels bestått av Depressionsprogrammet från Internetpsykiatri-PSV, dels av en kondenserad version i ett forskningsprojekt. Man använder Internetpsykiatriens tekniska plattform. Endast resultaten från behandlingen med det ursprungliga depressionsprogrammet har rapporterats in till SibeR under 2015. För mer information, [www.regionorebrolan.se/internetbehandling](http://www.regionorebrolan.se/internetbehandling)

I årsrapporten kommer resultat från Internetpsykiatri-PSV och Psykiatri/primärvård Örebro att benämnas med förkortningarna "Stockholm" och "Örebro" vilket är möjligt detta startår för SibeR med få registrerande enheter.

# Syfte och indikationer

SibeR har sedan 2012 arbetat för att skapa ett nationellt kvalitetsregister och kunde lanseras sommaren 2015. SibeR är ett interventionsregister som initialt fokuserar på fyra psykiatriska diagnoser – depression, paniksyndrom, social fobi och generaliserat ångestsyndrom. Indikationen generaliserat ångestsyndrom (GAD) infördes under 2015 eftersom internetbehandling används på denna indikation i Sverige och att studier visat att internetförmedlad KBT har effekt på GAD. Ingen av de anslutna enheterna erbjöd dock program för generaliserat ångestsyndrom under 2015. Indikationerna kommer att utökas allt eftersom fler behandlingsprogram införs i reguljär vård.

Det huvudsakliga syftet med SibeR är att ge underlag för systematisk uppföljning, utveckling av och forskning om internet-förmedlad, sjukvårdande behandling.

Genom att ansluta sig till SibeR stöds enheter att beskriva sina behandlings-program och sina vårdprocesser, samt stimuleras till att använda standardiserade uppföljningsmått. Avsikten är att etablera samverkan mellan anslutna enheter med så kallade SibeR-dagar för ömsesidigt lärande och inspiration till förbättringar.

Registerdata ska främst ge återkoppling till den lokala enheten som bedriver internet-behandling och på så sätt ge underlag till förbättringsarbete i daglig drift. Under 2015 inleddes arbete med att utveckla så kallade registersidor där varje

enhet ska kunna följa behandlingseffekter och andra relevanta mått i realtid.

Uppföljning av väntetider mellan anmälan till behandlings-start (tillgänglighet), aktivitetsgrad i behandlingen/fullföljande, och redovisning av behandlingseffekter bör kunna stimulera till förändrade vård-processer och förbättringar i behandlings-program.

SibeR samlar i nuläget inte in enkäter med patientens tillfredsställelse med behandlingen eller upplevda problem/risker. Vi vill starkt rekommendera att patienter, och i samband med införande även behandlare, får besvara enkäter om sina upplevelser av internetbehandling på ett systematiskt sätt. Lokal återkoppling av dessa enkäter kan få stor betydelse för förbättringsarbetet.

Registerdata ska även utgöra en grund för öppna jämförelser. Genom att vård-processer och behandlingsprogram beskrivs på ett noggrant och standardiserat sätt ökar förutsättningar för att resultaten från öppna jämförelser kan analyseras och leda till förbättringar.

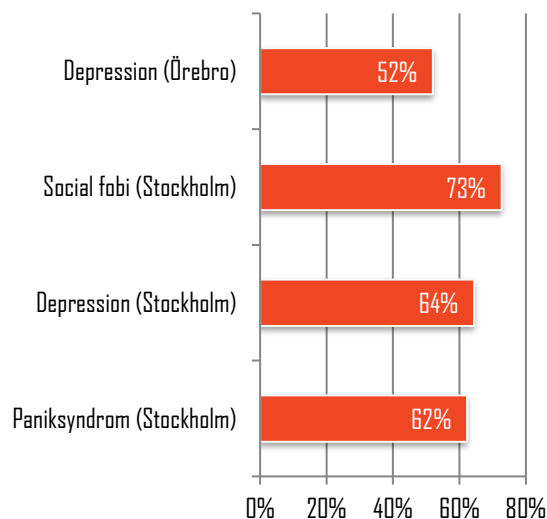
Nationell statistik kommer att kunna visa på skillnader i tillgänglighet och behandlings-effekter samt i viss mån faktorer som kan påverka dessa som samsjuklighet, grad av alkoholbruk, grad av fullföljande av programmen. Detta kan i sin tur bidra till att förbättra behandlingsstrategierna och göra tillgången till internetbehandling mer likvärdig.



# Täckningsgrad

## Antal patienter som fått internetbehandling i Sverige

Det är svårt att avgöra hur många patienter som fick internetbehandling för de indikationer som registret innefattar under 2015. Socialstyrelsens patientregister (PAR) registrerar endast specialiserad vård som bedrivs av läkare och psykologisk behandling bedrivs framför allt av andra yrkesgrupper. Utifrån detta och att behandlingsformen är ny beräknas täckningsgrad i SibeR som andelen patienter som accepterat registrering till SibeR av dem som började internetbehandling för respektive indikation och enhet. Registret har valt så kallad "opt-in" det vill säga att patienterna ska lämna uttryckligt samtycke till registrering efter noggrann skriftlig och muntlig information.



Figur 1. Täckningsgrad Kvalitetsregister SibeR. N=236 registrerade under 2015.

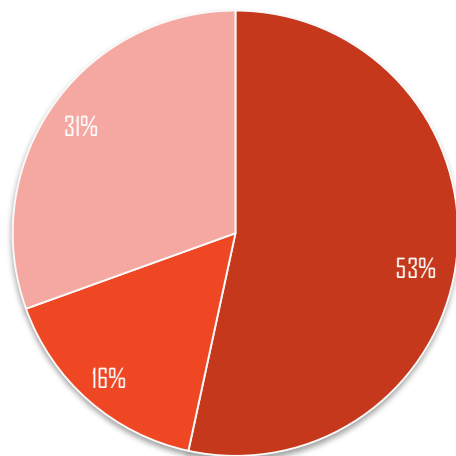
## SibeR täckningsgrad under 2015

Eftersom registret lanserades sommaren 2015 har täckningsgrad beräknats utifrån antalet patienter som påbörjade internetbehandling under kvartal 3 och 4 2015 och som avslutade sin behandling senast under kvartal 1 2016.

Under kvartal 3 och 4 2015 inkluderades på Internetpsykiatri totalt 340 patienter (social fobi 99, paniksyndrom 61, depression 180). Om enbart patienter som uttryckligen avböjt registrering uteslutits så hade täckningsgraden varit cirka 85 procent för alla tre indikationerna (86 %, 84 %, 84 %).

Under kvartal 3 och 4 under 2015 startades 33 behandlingar i det längre depressions-programmet i Örebro. Av dessa kom 17 stycken att ge sitt samtycke till att registreras i SibeR vilket ger en täckningsgrad på ca 51,5 %. Endast 2 tillfrågade tackade nej till registrering, och resten har inte nåtts för uppföljning och därmed inte tillfrågats. Årsrapporten redovisar dock enbart 10 patienter från Örebro eftersom datauttaget för årsrapporten skedde innan alla 17 patienter hade registrerats.

# Indikation för internetbehandling



**Figur 2. Fördelning av indikationer, Stockholm och Örebro.**  
Depression 53 %, social fobi 31 %, paniksyndrom 16 %.

Den vanligaste indikationen för internetbehandling var egentlig depression; depressiv episod (F32) och recidiverande depression (F33). Av dem som behandlats för depression hade 116 behandlats i Stockholm och 10 i Örebro. Behandlingarna för paniksyndrom och för social fobi skedde alla i Stockholm.

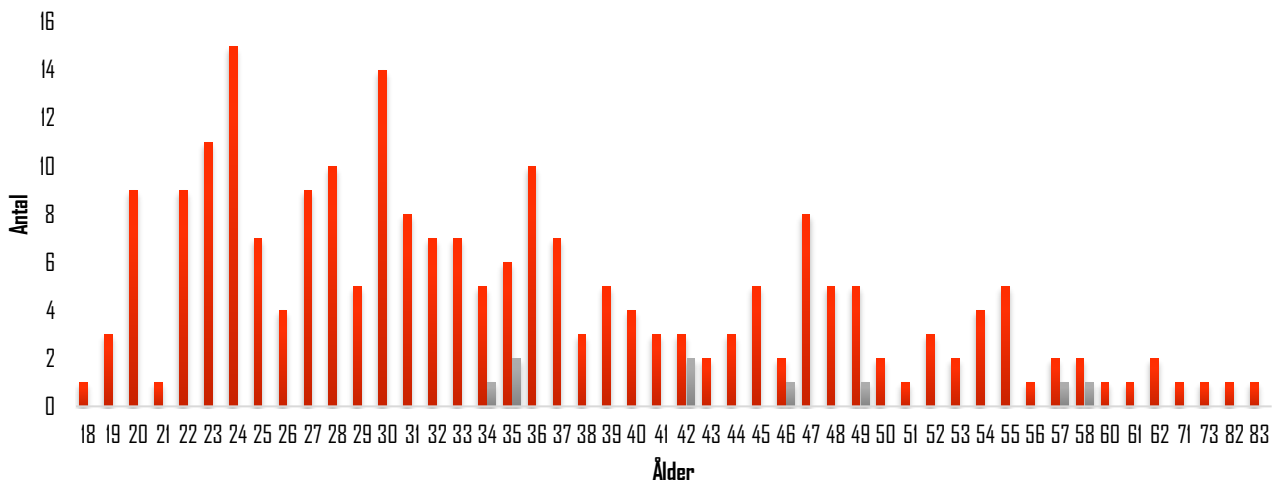
# Patienterna i SibeR

## Åldersfördelning

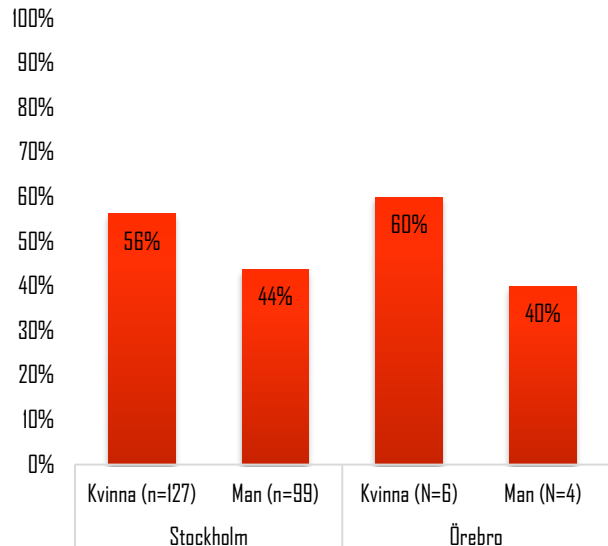
Bland 10 patienter som fick internetbehandling mot depression i Örebro var medelåldern 44 år (min 34- max 58). Bland patienterna på Internetpsykiatri i Stockholm var medelåldern hos dem i depressions-behandling 38 år (min 18- max 83), social fobi-behandling 31 år (min 19- max 61) och paniksyndrom-behandling 32 år (min 18 – max 60), se figur 3. Internetbehandling verkar alltså kunna vara tillämplig i breda åldersgrupper, men man ser att majoriteten av sökande var mellan 20-35 år under 2015.

## Könsfördelning

Totalt var det en något högre andel kvinnor än män som fick internetbehandling (56 %). Könsfördelningen i Örebro och



Figur 3. Åldersfördelning, antal unika patienter i Stockholm (n=226) och Örebro (n=10).



Figur 4. Könsfördelning av unika patienter

Stockholm redovisas i figur 4. Könsfördelningen verkar ändå vara jämnare än för psykologisk behandling ansikte-mot-ansikte. Som jämförelse redovisade SKL att 73 procent kvinnor och 27 procent män tagit del av psykologisk och multimodal behandling inom ramen för Rehabiliteringsgarantin i Sverige 2014 (SKL, Rapport Rehabiliteringsgarantin, 2015).

Det är möjligt att tröskeln för att söka psykologisk behandling minskar för män om den kan förmedlas via internet.

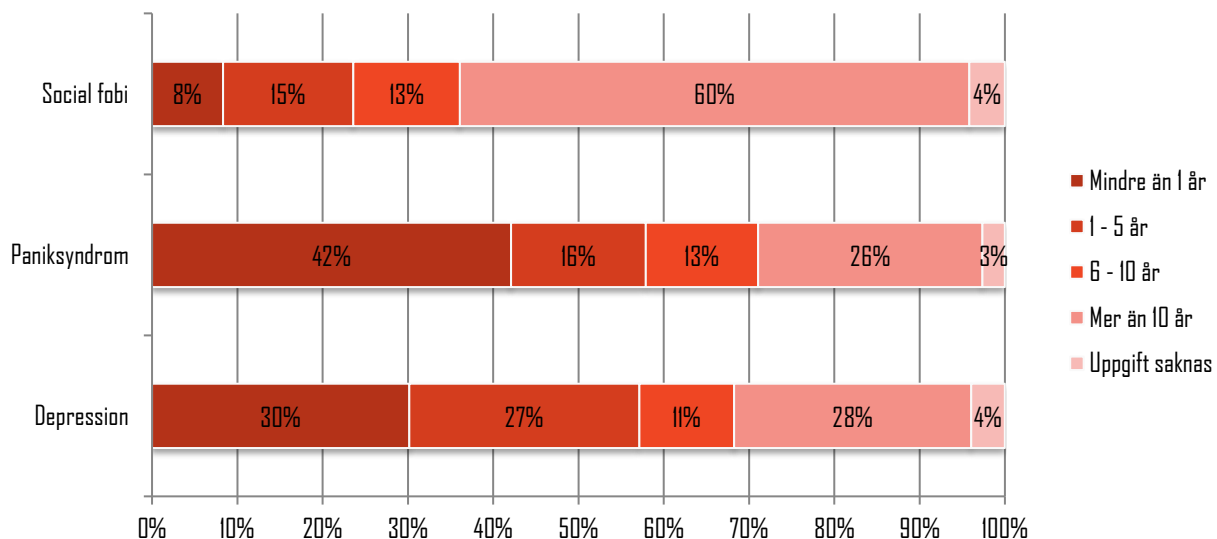
Underlaget avseende internetbehandling är dock väldigt litet för att dra slutsatser och könsdelningen jämfört med andra administrationsformer för psykologisk behandling bör följas upp under kommande år.

## År sedan första debut

Ett sätt att karaktärisera grupper av patienter som påbörjar internetbehandling är att undersöka antal år sedan första debut. Första debut definieras här som det år då symtomen för första gången hade kliniskt signifikant grad och valör. Om besvären funnits under längre tid, d.v.s. är mer kroniska, kan man exempelvis förvänta sig att det kan ta längre tid att uppnå effekt av behandling.

Under 2015 hade en stor andel av patienterna som börjat internetbehandling för social fobi haft dessa besvär sedan mer än 10 år (60 %). För den största gruppen av patienter

med paniksyndrom hade besvären varat i mindre än 1 år (42 %). För patienter med depression var spridningen i tid sedan första debut av depression ganska jämnt fördelad mellan kort till mycket lång tid, se figur 5.



Figur 5. År sedan första debut (N=236)

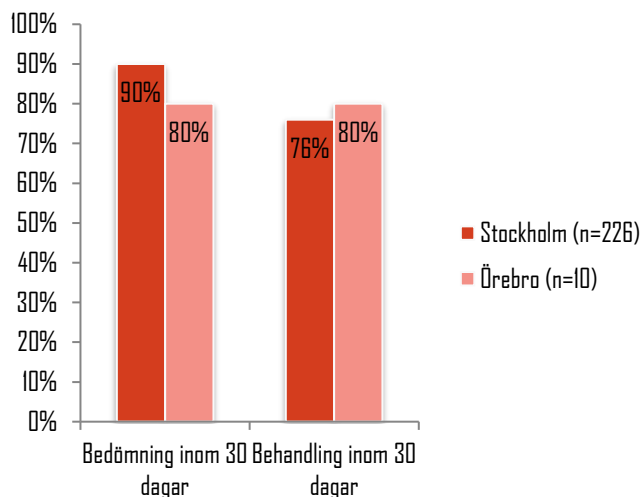
# Processmått

## Tillgänglighet till internetbehandling

### Patienter bör få effektiv behandling i rimlig tid

Tillgänglighet mätt som andelen patienter som kunnat starta behandling inom 30 dagar från vårdbegäran för internetbehandling till behandlingsstart är en kvalitetsindikator i SibeR. Anledningen är att patienter bör få effektiv behandling i rimlig tid från att de söker hjälp.

Vid internetbehandling kan behandlingen ofta starta nästan omedelbart efter att beslut om behandling har fattats, då man bland annat inte begränsas av tillgång till fysiska rum på samma sätt som i vanliga kontakter och eftersom behandlarna

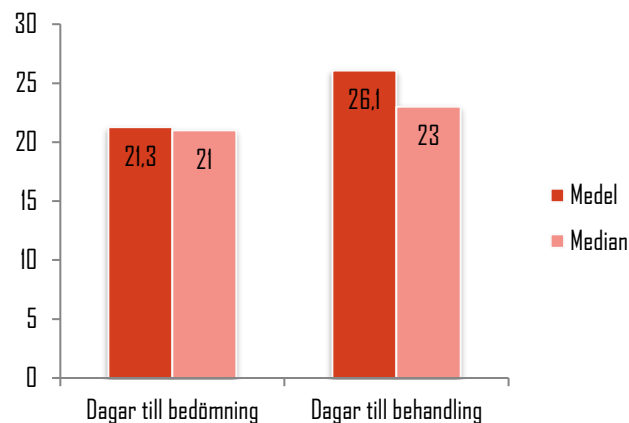


**Figur 6. Tillgänglighet till internetbehandling.** Andel patienter som får bedömning respektive behandlingsstart inom 30 dagar från vårdbegäran.

kan ta ett större antal patienter. Ibland skjuts behandlingsstarten upp exempelvis beroende på att bedömaren vill ta hänsyn till andra pågående behandlingar. Behandlingsstarten kan också skjutas upp av patienten till en tidpunkt där behandlingsarbetet är mer lämpligt.

### Tillgänglighet i SibeR 2015

Ungefär 80 procent kunde starta behandling inom 30 dagar från vårdbegäran, se figur 6. I snitt tog det 26 dagar från vårdbegäran till behandlingsstart men medianen (typvärdet) för antalet dagar var 23 dagar, se figur 7.



**Figur 7. Genomsnittlig ledtid från vårdbegäran till bedömning resp. behandlingsstart från (dagar). N=236**

## Strukturerad diagnostisk bedömning

### Rätt diagnos är en förutsättning för ökade chanser till framgångsrik behandling.

De internetförmedlade behandlings-programmen består i allmänhet av kondenserad text, ibland även med bilder, ljud och video, som till stora delar ersätter det behandlaren gör och säger i en traditionell psykologisk behandling.

Programmen är vanligen baserade på specifika förståelse- och behandlings-modeller enligt KBT för specifika tillstånd och diagnoser. Detta medför att rätt diagnos är en förutsättning för att programmet ska kännas meningsfullt och vara verksamt för patienten. Andra behandlingsprogram kan ha en bredare, så kallad transdiagnostisk inriktning. Diagnostiken är viktig även när sådana program används eftersom behandlingseffekten behöver utvärderas.

Psykiatrisk diagnostik bygger på att ett antal kriterier som karakteriserar en diagnos är uppfyllda. Flera tillstånd kan vara snarlika men kan kräva olika behandlingsstrategier.

Träffsäkerhet i diagnostiken underlättas om man använder strukturerade diagnostiska intervjuer som ett kompletterande hjälpmedel till den kliniska intervjun. Exempel på strukturerade eller semistrukturerade intervjuer är M.I.N.I., SCID, MINI-kid, Kiddie-SADS. De två senare avser yngre åldersgrupper.

### Andelen patienter som genomgått strukturerad diagnostisk bedömning

Andelen patienter som genomgått strukturerad diagnostisk bedömning inom 3 månader före internetbehandling är en

kvalitetsindikator i SibeR. Diagnos är en färskvara men vissa verksamheter kan ha svårt att göra löpande diagnostik.

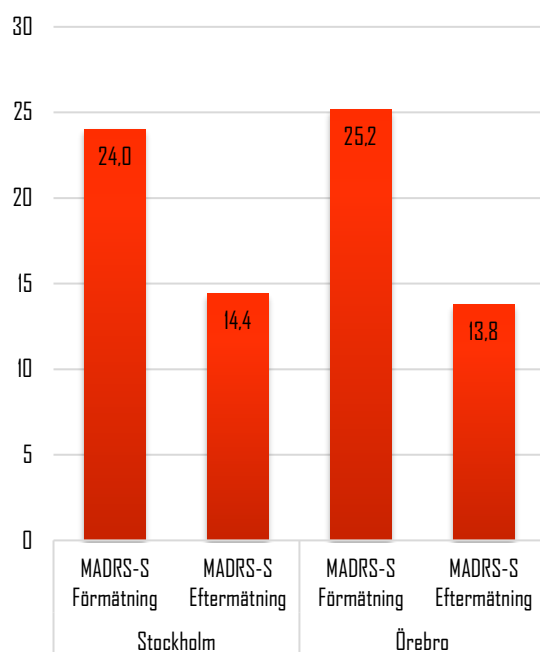
Andelen patienter som genomgått strukturerad diagnostisk bedömning inom 3 månader före internetbehandling i Stockholm var 100 % och i Örebro var andelen 90 %, totalt nästan 100 procent.

# Effektmått

## Behandlingseffekter avseende symtom

Målet med behandling är att patienten ska bli fri från sina symtom och återvinna funktionsförmågan. För att mäta förändring av symtom får patienten skatta sin symtomnivå i samband med behandlingsstart och vid behandlingsavslut. För de olika indikationerna har sjukdomsspecifika mått valts som är väl validerade, fritt tillgängliga och känsliga för förändring.

För beräkning av behandlingseffekter i 2015 års rapport inkluderades patienter som startade behandling under 2015 och avslutade inom kvartal I 2016.



**Figur 8. Självsättning med MADRS-S före och efter internetbehandling för depression (Stockholm: N=91; Örebro: N=10).**

## Depression

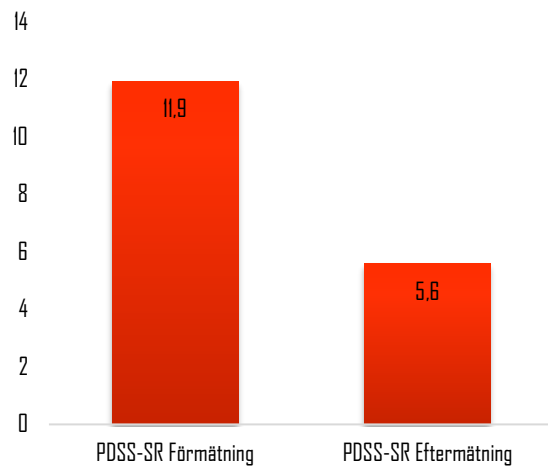
För depression används Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S; Svanborg & Åsberg, 1994) som är den mest använda symtomskattningsskalan för depression i Sverige. Vägledning för tolkning av tröskelvärden för MADRS-S är 0-12 ingen depression, 13-19 lindrig depression, 20-34 medelsvår depression och  $\geq 35$  poäng svår depression. En alternativ skattningsskala som rekommenderas för att mäta förändring av depression är PHQ-9 (Kroenke et al, 2001), exempelvis om man vill undersöka om samsjuklig depression påverkas av behandling för ångestillstånd.

Av 116 patienter som började internetbehandling för depression i Stockholm fanns registrerat patientens egenskattning av MADRS-S även vid behandlingens avslut (eftermätning) för 91 av dessa patienter (22 % bortfall). För alla 10 patienter i Örebro fanns både förmätning och eftermätning. Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdeskillnad var stor för både dem som fått behandling mot depression i Stockholm och i Örebro (Cohen's  $d$  1,18 (0,89 - 1,47) och 1,44 (-0,14 - 3,03)) och signifikant ( $p < 0,001$  och  $p = 0,017$ ), vilket illustreras i figur 8.

## Paniksyndrom

Som sjukdomsspecifikt mått för paniksyndrom används Panic Disorder Severity Scale- Self Assessment (PDSS-SR; Shear, 2001), som finns fritt tillgänglig i en svensk auktoriserad översättning (Öst & Bergström). PDSS-SR kan ge maximalt 28 poäng. Vägledning för tolkning av PDSS-SR är att remission

kan definieras som  $\leq 5$  poäng och mellan 10- 15 poäng som måttligt svårt paniksyndrom (Furukawa et al, 2009).



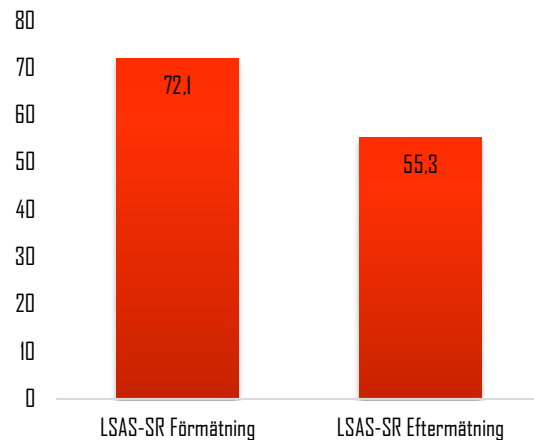
**Figur 9. Självsfattning med PDSS-SR före och efter internetbehandling för paniksyndrom (N=25).**

Av de 38 patienter som påbörjade internetbehandling för paniksyndrom fanns registrerat patientens egen skattning av PDSS-SR även vid behandlingsavslut för 25 patienter (34 % bortfall). Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdeskillnad var stor (Cohen's  $d$  1,34 (0,67- 0,85) och signifikant ( $p < 0.001$ )), se figur 9.

## Social fobi

Som sjukdomsspecifikt mått för social fobi användes Liebowitch Social Anxiety Assessment Scale- Self Assessment (LSAS-SR; Fresco, 2001). LSAS-SR mäter både ångest och undvikande i ett antal typiska situationer och maximalt antal poäng är 144. Poäng över 30 indikerar social fobi och över 60 poäng generaliserad social fobi, dvs ångest och undvikande i

de flesta sociala situationer.



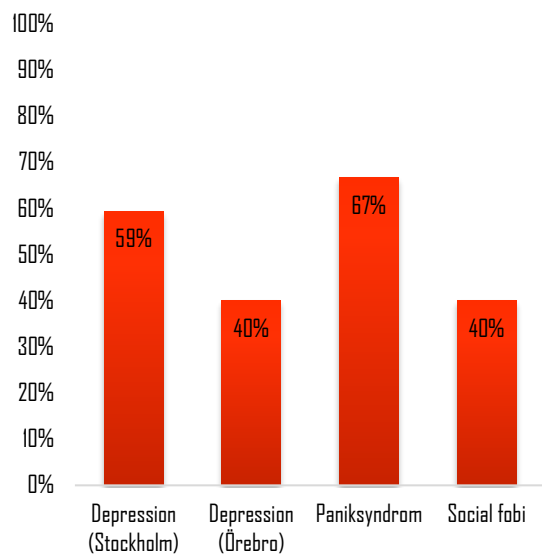
**Figur 10. Självsfattning med LSAS-SR före och efter internetbehandling för social fobi (N=60)**

Av de 72 patienter som påbörjade internetbehandling för social fobi fanns registrerat patientens egen skattning av LSAS-SR även vid behandlingsavslut för 60 patienter (12 % bortfall). Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdeskillnad var måttligt stor (Cohen's  $d$  0,66 (0,45- 2,00) och signifikant ( $p < 0.001$ )).

## Klinisk förbättring

Ett annat sätt att mäta behandlingseffekt är att undersöka hur stor andel av patienterna som bedöms ha genomgått en kliniskt relevant förbättring. I SibeR har kriterierna för klinisk förbättring definierats utifrån litteraturgenomgång för de valda skattningsskalorna. Minskning av MADRS-S  $\geq 40$  % (Bandelow et al, 2009), minskning av PDSS-SR  $\geq 40$  % (Furukawa et al, 2009) och minskning av LSAS-SR  $\geq 30$  % (Bandelow, 2009) bedöms vara etablerade kriterier för klinisk förbättring (respons).





**Figur 11. Klinisk förbättring.** Andel patienter som förbättrats vid internetbehandling för depression, paniksyndrom och social fobi.

Enligt dessa kriterier var andelen förbättrade i depressionsbehandling i Stockholm 59 procent (54 av 91) och i Örebro 40 procent (4 av 10), i behandling för paniksyndrom 67 procent (16 av 24) och i behandling av social fobi 40 procent (24 av 60), se figur 11. Symtommått vid behandlingsavslut saknades för 22 procent (depression), 34 procent (paniksyndrom) och 12 procent (social fobi) i Stockholm.

## Hälsorelaterad livskvalitet

Vid behandling är det väl så angeläget att förbättra funktionsförmåga och hälso-relaterad livskvalitet som att minska symtom. Med funktion brukar man avse förmågan till att leva ett självständigt liv, arbetskapacitet, förmåga till återhämtning, och förmåga att vidmakthålla adekvata sociala

relationer. Livskvalitet avspeglar personens egen värdering av hur personligt viktiga områden i livet är tillfredsställda.

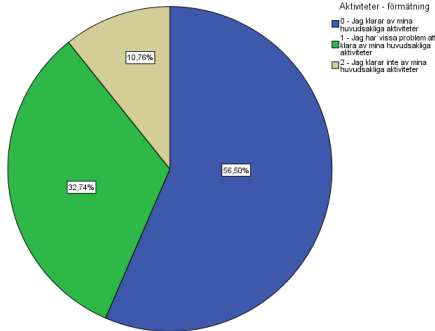
Euroqol- 5-dimensions (EQ-5D) är ett standardiserat instrument som mäter diagnos-oberoende hälsorelaterad livskvalitet (Euroqol, 1990). Patienten skattar fem frågor med tre svarsalternativ för domänerna förmåga till rörlighet, hygien/ADL och aktivitet, samt upplevelser av smärtor/besvär och oro/nedstämdhet. Även aktuell upplevd hälsa skattas på en VAS-skala mellan 0-100.

EQ-5D ger ett viktat indexvärde baserat på svaren från de fem frågorna. Det viktade medelvärdet motsvarar 1 för en helt frisk person och 0 för "en död". Vissa negativa värden, motsvarande "tillstånd värre än döden", kan förekomma. Förändring av det så kallade index-värdet kan vara svårtolkat och vi har istället valt att presentera resultat från tre av de fem frågorna: aktivitet/sysselsättning, smärta/besvär och oro/nedstämdhet.

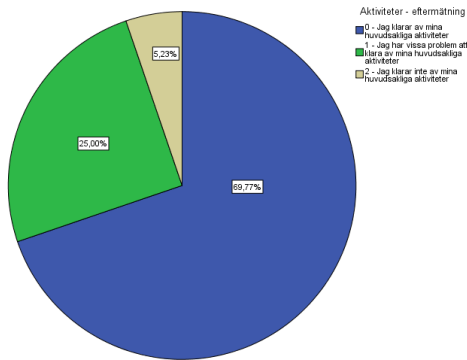
Totalt hade 232 patienter (222 i Stockholm och 10 i Örebro) skattat de fem frågorna i EQ-5D före behandling. Av dessa hade 172 patienter (171 i Stockholm och en i Örebro) även skattat efter behandling. I paj-diagrammen nedan är det olika antal patienter vid för- och eftermätning.

## Aktivitet/Sysselsättning

Före behandling skattade 32,7 % vissa problem med att klara sin huvudsakliga sysselsättning, och 10,8 % att de inte klarade sina huvudsakliga aktiviteter, totalt 43,5 % angav nedsättning av aktivitet.

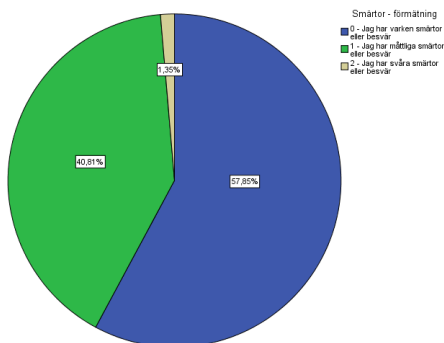


Efter behandlingen motsvarades det av 25 % och 5,2 %, totalt 30,5 %.

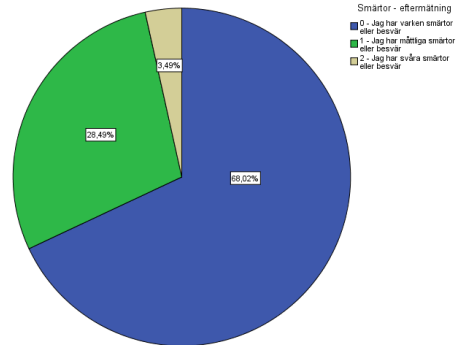


### Smärtor/besvär

Före behandling skattade 40,8 % att de hade måttliga smärtor eller besvär och 1,3 % att de hade svåra smärtor eller besvär, totalt angav 42,1 % att de hade smärtor eller besvär

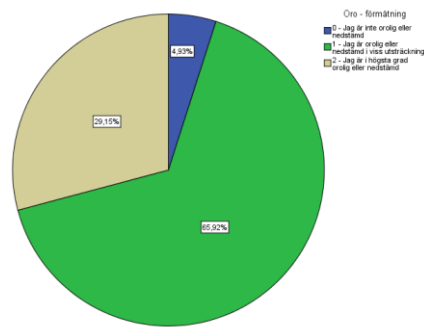


Efter behandlingen motsvarades det av 29,5 % och 3,5 %, totalt 33 %.

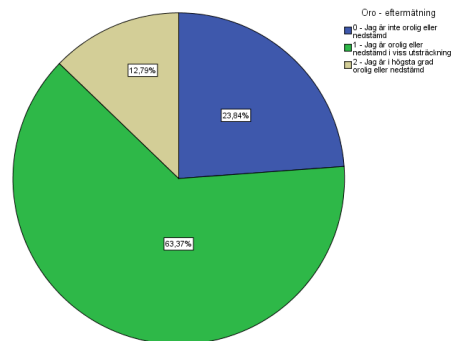


### Oro/nedstämdhet

Före behandling skattade 65,9 % att de var oroliga eller nedstämda i viss utsträckning och 29,1 % att de i högsta grad var oroliga eller nedstämda, totalt angav 95 % att de var oroliga eller nedstämda.



Efter behandling motsvarades det av 63,4 % och 12,8 %, totalt 76,2 %.



# Fullföljandegrad

## Fullföljandegrad underlättar värdering och är en kvalitetsindikator

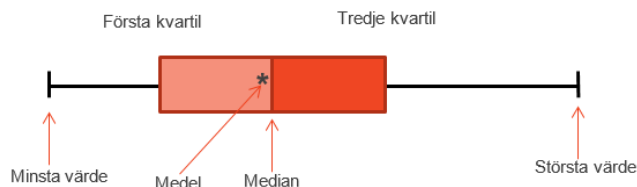
Behandlingsprogram för internetbehandling innefattar vanligen ett fast antal förbestämda behandlingsavsnitt (moduler), men det kan även finnas valbara moduler som behandlaren tilldelar patienten efter behov. Det maximala antalet moduler brukar vara definierat för varje program, och är vanligen 6-11 stycken. Inledningsvis är det ofta undervisande moment, därefter kommer mer tydliga arbetsuppgifter i varje avsnitt och i slutet finns summering och vägledning för att minska risk för återfall.

Generellt finns det en koppling mellan behandlingseffekt och hur många moduler patienten fullföljer. Samtidigt kan vissa tillstånd vara lättare att komma tillrätta med på kortare tid än andra, och människor behöver olika mycket tid i en lärandeprocess. Grad av fullföljande kan också säga något om själva programmet. En beskrivning av antalet fullföljda moduler underlättar värdering av skillnader i behandlingseffekter mellan olika enheter, särskilt om samma behandlingsprogram används. Sammanfattningsvis är därför andelen patienter som påbörjat mer än 50 procent av maximalt antal moduler i programmet en kvalitetsindikator i SibeR.

## Låd-diagram

Genom att illustrera antalet fullföljda moduler med ett så kallat Låd-diagram (box-and-whisker-plot) får man en bra bild

av hur spridningen ser ut inom gruppen. Låd-diagrammet enligt bilden åskådliggör att 50 procent ryms inom lådan med typvärdet i mitten (medianen). "Morrhåren" visar minsta och största värdet, förutom extremvärden.

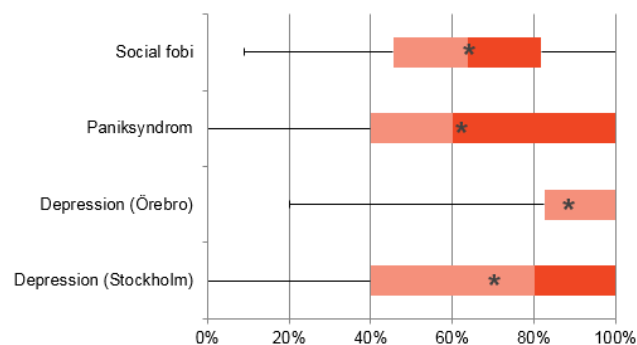


Figur 12. Förklaring av Låd-diagram.

## Fullföljandegrad 2015

Låd-diagrammen i figur 13 visar att det är en stor spridning i antalet påbörjade moduler.

Andelen patienter som påbörjat mer än 50 procent av maximalt antal moduler var för depression i Stockholm 77 procent, i Örebro 90 procent, för paniksyndrom 72 procent och för social fobi 77 procent.



Figur 13. Fullföljandegrad vid internetbehandling. Låd-diagram som visar spridningen av antal påbörjade moduler. N=111 (Depression Stockholm), n=10 (Depression Örebro), n=34 (Paniksyndrom) och n=67 (social fobi).

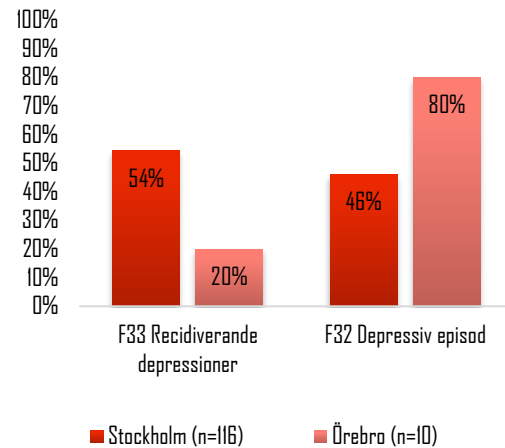
## Case-mix

Inom varje sjukdomsspecifik grupp ryms en stor variation av individer med olika särdrag, vilket benämns case-mix. Det kan handla om svårighetsgrad av sjukdomen, konsumtionsmönster, samsjuklighet och relation till andra grupper, med mera. För att fördjupa förståelsen för vilka behandlingsinsatser som krävs och av behandlingsresultaten, bör sådana kompletterande aspekter i gruppen belysas.

De tre aspekter som vi valt att belysa i SibeR är andel med recidiverande depression, alkoholbruk och förekomst av samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser.

### Andel med recidiverande depression

En hög andel av befolkningen har en egentlig depression vid ett enskilda tillfälle i livet (Eaton et al, 2008). När depression blir återkommande (recidiverande) ökar risken för ytterligare återfall och påverkan av livet; ett mer kroniskt förlopp som kan vara mer svårbehandlat. Figur 14 visar andel med recidiverande depression i Stockholm och Örebro.



Figur 14. Andel depressionspatienter med recidiverande depression per enhet.

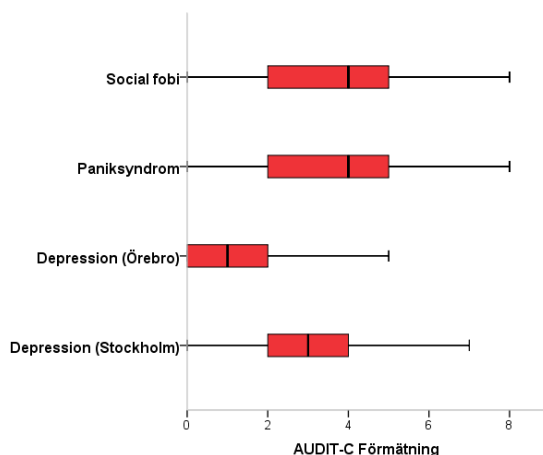
### Alkoholbruk mätt med AUDIT-C

Personer med psykisk ohälsa har dubbelt så hög risk att ha problem med överkonsumtion av alkohol och fyra gånger så hög risk att ha drog-relaterade problem jämfört befolkningen utan psykisk ohälsa (Grant et al, 2004). En undersökning har visat att problematisk alkohol- eller droganvändning var relativt vanligt (hos ca 30 %) bland patienter som sökte internetförmiddad KBT och att detta kunde försämra effekten av IKBT för patienter med social fobi och paniksyndrom (Gajecki et al, 2014).

Ett väl etablerat mått för mätning och screening av alkoholkonsumtion är Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) som innefattar 10 frågor och har nivåer för att definiera riskbruk, skadligt bruk och beroende.

Under 2015 registrerades AUDIT-C i SibeR som ett sätt att fånga riskbruk av alkohol. AUDIT-C innefattar de tre första frågorna i AUDIT som handlar om personens aktuella konsumtion. Figur 15 visar spridning och median-värden av

alkoholkonsumtion enligt AUDIT-C för diagnosgrupperna.



**Figur 15. Spridning och median värde av AUDIT-C hos registrerade patienter.** Maxpoäng för AUDIT-C är 12. Fem poäng och högre hos män talar för riskbruk, 4 poäng och högre hos kvinnor talar för riskbruk.

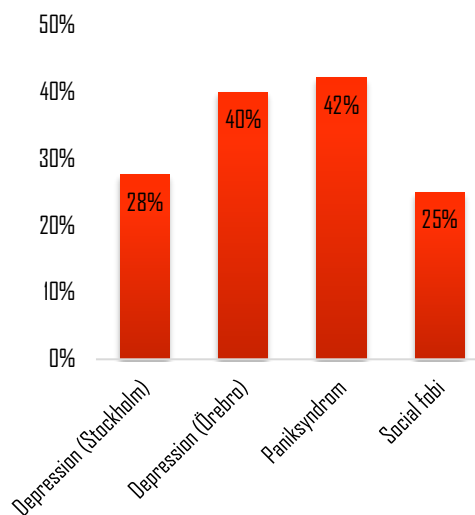
## Samsjuklighet

Samsjuklighet, d.v.s. förekomst av flera ångestsyndrom och/eller depression hos samma individ, är mycket vanligt. Ungefär 30-40 % av personer med ångestsyndrom har en depression, och vice versa. I vissa fall kan depression ses som ett resultat av de begränsningar som ett ångestsyndrom medför. I andra fall är det fristående fenomen.

Samsjuklighet kan medföra att tillståndet i fokus är mer svårbehandlat, exempelvis att en depression hos en person med social fobi minskar orken att genomföra exponering. För

att karaktärisera grupperna är det därför relevant att undersöka om det föreligger samsjuklighet.

För diagnosgrupperna förekom under 2015 samsjuklighet i frekvensen 25- 42 %, se figur 16. Någon mer detaljerad beskrivning av samsjuklighet görs inte här.



**Figur 16. Förekomst av samsjuklighet fördelat per indikation.**

# Integration mellan behandlings- plattform, journal och kvalitetsregister

Det främsta syftet med SibeR är att utdata från registret ska kunna ge återkoppling till den lokala enheten som bedriver internet-behandling och på så sätt ge underlag till förbättringsarbete i daglig drift. Standardisering av mått och definitioner medför att det går att göra meningsfulla jämförelser med andra enheter och mellan olika typer av program och vårdprocesser.

Idag sker inmatning till registret via ett webformulär, så kallad direktinmatning, till register-plattformen INCA på Registercentrum Västra Götaland. Att förutom att dokumentera i journalen också rapportera samma uppgifter till ett kvalitetsregister via ett webformulär innebär ett dubbelarbete. För att komma ifrån detta pågår arbete med att ta fram integrationslösningar mellan plattformar, journal och SibeR.

Med den nationella plattformen SOB så kommer personuppgifter att gallras efter avslutad vårdepisod. Detta innebär att relevant vårddokumentation behöver kunna bevaras och överföras till primärt journalsystem. Valda

uppgifter behöver därefter kunna överföras från elektronisk journal till kvalitetsregisterplattformen för SibeR då systematisk uppföljning är nödvändig för den vidare utvecklingen.

Under 2015 har registerhållaren för SibeR, i samarbete med SOB-förvaltning och nytvecklingsprojekt samt med stöd från SKL:s kvalitetsregisterkansli, drivit arbete med målsättning att datainsamling till SibeR ska kunna ske via överföring från elektronisk journal. Arbetet inleddes redan under hösten 2014 i form av en förstudie.

## Resultat 2015

- Frågeuppsättningen till SibeR har harmoniserats med nationellt fackspråk i samarbete med informatiker från Nationella projektet för dataintegration (NPD).
- Journalmallar för internetbehandling med relevanta sökord och termer testades i samband med en pilot med SOB.
- Samverkan med integrationsprojekt för landstingen i Sydöstra sjukvårds-regionen, journalleverantör Cambio Cosmic och SOB nytveckling under hösten 2015.
- Samverkan med övriga psykiatriska kvalitetsregister för samordning av termer och kunskapsutbyte.

## SibeR 2016

---

Eftersom årsrapporten skrivs under 2016 kan vi redan här konstatera att målsättningen med fungerade registersidor som ger anslutna enheter återkoppling i realtid har uppnåtts.

Arbetet med att bearbeta data och skriva en första årsrapport har varit lärorikt. Det har varit en stor fördel med att kunna använda det lokala kvalitetsregistret på Internetpsykiatri-PSV för validering av data i SibeR.

En fråga som väckts är hur täckningsgraden till registret kan ökas. Lagen medger att registrering i kvalitetsregister sker om inte patienten motsätter sig detta, så kallad "opt-out". I SibeR har vi initialt praktiserat att patienten ska ge ett uttryckligt samtycke, så kallat "opt-in". Det är möjligt att detta bör omprövas eftersom högre täckningsgrad ökar chansen till kvalitetsförbättringar.

Efter att ha fått återkoppling från registrerande behandlare under 2015, så har vi under 2016 sett det viktigt att underlätta inmatning av data i registret. Åtgärder som att förbättra vyn för registrering och att fortsätta arbetet mot integrerade lösningar för datainsamling till journal och till kvalitetsregister är angelägna.

SibeR har en viktig roll att fylla under 2016 när primärvård och psykiatri i Sveriges landsting arbetar med att införa internetbehandling. SibeR bör kunna sprida användbara kunskaper om kvalitetssystem, vårdprocesser för internetbehandling och om relevanta mått för återkoppling.

Vår förhoppning är att Uppsala, som redan ansluten enhet, kan börja registrera i SibeR och att många enheter ansluter sig

när de är mogna för att implementera internetbehandling i reguljär vård.

I takt med att nya enheter och nya behandlingsprogram införs kommer revidering av frågeuppsättningar att behövas.

Det pågår flera studier kring process och resultat i internetbehandling som när täckningsgraden så tillåter kan göras med nationella registerdata. Forskning som idag utförs från lokala register bedöms i framtiden kunna göras med registerdata från SibeR.

# Referenser

Andersson G. Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*. 2009 Mar;47(3):175-80.

Andersson G, Ljotsson B, Weise C. Internet-delivered treatment to promote health. *Current Opinions in Psychiatry*. 2011 Mar;24(2):168-72

Andersson G, Bergström J, Carlbring P, Lindefors N. The use of Internet in the treatment of anxiety disorders. *Current Opinions in Psychiatry*. 2005;18:73-77

Bandelow B, Baldwin DS, Dolby DT, Friis Andersen H, Stein DJ. What is the threshold for symptomatic response and remission for major depressive disorder, panic disorder, social anxiety disorder, and generalized anxiety disorder? *Journal of Psychiatry* 2006;67:1428-34.

Eaton WW, Shao H, Nestadt G, Lee HB, et al. Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry* 2008;65:513-20.

EuroQol-Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. *Health policy* 1990;16(3):199-208.

Fresco DM, Coles ME, Heimberg RG, Liebowitz MR, Hami S, Stein MB, Goetz D. *Psychological Medicine* 2001;31:1025-35.

Gajecki M, Berman AH, Sinadinovic K, Andersson C, Ljotsson B, Hedman E, Rück C, Lindefors N. Effects of baseline problematic alcohol and drug use on internet-based cognitive behavioural therapy outcomes for depression, panic disorder and social anxiety disorder. *PLoS ONE* 2014;9(8):e104615.

doi:10.1371/journal.pone.0104615

Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety-disorders – Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry* 2004;61:807-816.

Furukawa TA, Shear MK, Barlow DH, Gorman JM, Woods SW, Money R, Etschel E, Engel RR, Leucht S. Evidence-based guidelines for interpretation of the Panic disorder severity scale. *Depression and Anxiety* 2009;26:922-929.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry* 2010;32:345-359.

Shear MK, Rucci P, Williams et al. Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: replication and extension. *Journal of Psychiatric Research* 2001;35:293-296.

SKL. Rapport rehabiliteringsgarantin 2014. Erfarenheter och resultat. SKL, 2015.

SBU. Internetfördad psykologisk behandling vid ångest- och förstämningssyndrom. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013. SBU Alert-rapport nr 2013-02. ISSN 1652-7151.

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2010. ISBN 978-91-86301-94-1.

Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, Riper H, Keyzer J, Pop V. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2007 Mar;37(3):319-28.

Svanborg P, Åsberg M. A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;89:21-28



## Kontaktinformation

---



**Cecilia Svanborg**  
Registerhållare  
Mail [cecilia.svanborg@sll.se](mailto:cecilia.svanborg@sll.se)



**Samir El Alaoui**  
Koordinator  
Mail [samir.el-alaoui@sll.se](mailto:samir.el-alaoui@sll.se)



**Jon Fahlberg**  
Utvecklingsledare  
Mail [jon.fahlberg@registercentrum.se](mailto:jon.fahlberg@registercentrum.se)