

Årsrapport 2020

Svenska internetbehandlingsregistret, SibeR



Registerhållare

Cecilia Svanborg
Psykiatri Sydväst, SLSO
Cecilia.svanborg@sll.se

Biträdande registerhållare och koordinator

Pontus Bjurner
Pontus.bjurner@sll.se

Styrgrupp SibeR

Gerhard Andersson
Joakim Ekberg
Fredrik Holländare
Viktor Kaldo
Catharina Nordin
Lina Martinsson
Elna Persson
Eva Serlachius
Amanda Simonsson
Cecilia Svanborg

Författare av årsrapport

Cecilia Svanborg
Amanda Simonsson
Sarah Vigerland

Statistik

Ludwig Andersson,
Registercentrum Västra Götaland
Cecilia Svanborg
Rådgivare: Peter Wessman

Projektledare

Camilla Lansvén,
Registercentrum Västra Götaland
Camilla.lansven@vgregion.se

Huvudman och CPUA

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)
Box 17914
118 95 Stockholm

För mer information om kvalitetsregistret
SibeR, se registrets hemsida
siber.registercentrum.se

Innehåll

Svenska internetbehandlingsregistret, SibeR	1
Sammanfattning och reflektioner kring resultat 2020	6
Om SibeR	8
Vad är internetbehandling?	8
Syfte och avgränsning	8
Mål med SibeR	8
Exempel på förbättringar med SibeR	8
Indikatorer i SibeR	9
Omfattning av internetbehandling, i SibeR och i Riket	10
Ny definition av årets datauttag för årsrapport	10
Utveckling av SibeR	10
Täckningsgrad	12
Viktiga händelser under 2020	13
KBT via nätet i primärvården i Region Uppsala	14
Projektet	14
Lärdomar för organisering av IKBT	14
Utvecklingen påverkad av corona-pandemin	14
Målet är ökad tillgänglighet och effektiv vård	15
Enheten Nära vård digitalt	15
IKBT inom BUP Stockholm	16
Barninternetprojektet (BIP)	16
Enheten BUP Internetbehandling	16
För att utvecklas krävs rutiner och uppföljning	16
Årsrapportens uppbyggnad	17
Registrerade behandlingar 2020	18
Patienterna i SibeR	18
Kön och ålder	18
Alkoholbruk	19
Tillgänglighet	20
Ledtid vårdbegäran-behandlingsstart	20
Ledtid beslut om behandling - behandlingsstart	21
Reflektion	22
Precision i diagnostik och urval	22
Stöd i behandlingen	24
Ren eller blandad internetbehandling	24
Behandlarens yrke	25
Diagnosgrupp Depression	26
Behandlingsresultat	26
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	26
Jämförelse klinisk förbättring och behandlarens bedömning	27
Fullföljandegrad	28
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	29

Reflektion	29
Stressyndrom	30
Behandlingsresultat	30
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	30
Jämförelse klinisk förbättring och behandlarens bedömning	31
Fullföljandegrad	31
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	32
Reflektion	32
Diagnosgrupp Sömnstörningar	33
Behandlingsresultat	33
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	34
Jämförelse klinisk förbättring och behandlarens bedömning	34
Fullföljandegrad	35
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	35
Reflektion	36
Diagnosgrupp Ångest- och orosyndrom	36
Dysmorfofobi (Upplevd fulhet)	36
Behandlingsresultat	36
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	37
Jämförelse klinisk förbättring och behandlarens bedömning	37
Fullföljandegrad	38
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	38
Reflektioner	38
Generaliserat och ospecifikt ångestsyndrom	38
Behandlingsresultat	38
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	39
Jämförelse klinisk förbättring och behandlarens bedömning	40
Fullföljandegrad	40
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	41
Reflektion	41
Hälsångest	41
Behandlingsresultat	41
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	42
Jämförelse klinisk förbättring och behandlarens bedömning	42
Fullföljande	43
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	43
Reflektioner	44
Paniksyndrom	44
Behandlingseffekt	44
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	45
Jämförelse klinisk förbättring och behandlarens bedömning	45
Fullföljande	46
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	47
Reflektioner	47

Social fobi	47
Behandlingsresultat	47
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	49
Jämförelse klinisk förbättring och behandlarens bedömning	50
Fullföljande	50
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	51
Reflektioner.....	51
Tvångssyndrom	52
Behandlingsresultat	52
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	52
Jämförelse klinisk förbättring och behandlarens bedömning	53
Fullföljande	53
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	54
Reflektioner.....	54
Ångestsyndrom hos unga	54
IKBT för barn och unga.....	54
Värdering av behandlingsresultat hos unga.....	54
Behandlingseffekter	55
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	56
Jämförelse klinisk förbättring och behandlarens bedömning	57
Fullföljande	57
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	58
KIDSCREEN-10.....	58
Reflektion	58
Metod.....	60
Cohens kapp.....	60
Effektstorlek.....	60
Shift-tabeller för WHODAS.....	60
APPENDIX	61
Allmänt.....	61
Depression	64
Stressyndrom	67
Sömnstörningar.....	70
Dysmorfofobi	73
Generaliserat och ospecifik ångestsyndrom	74
Hälsångest.....	77
Paniksyndrom	78
Social fobi.....	80
Tvångssyndrom	83
Ångestsyndrom unga	85

Sammanfattning och reflektioner kring resultat 2020

Om SibeR

Internetbehandling kan överbrygga brist och ojämlik tillgång till psykologiska behandlingar som prioriteras högt av nationella riktlinjer i form av internetföremad KBT (IKBT). Den digitaliserade vården ökar kraftigt och behöver stödjas med ordnat införande och utvärdering via Svenska Internetbehandlingsregistret (SibeR). SibeR är ett interventionsregister som under 2020 registrerade behandlingar för depression, sömnstörning, samt stress-, ångest- och OCD-spektrumsyndrom, inom psykiatri och primärvård för patienter i alla åldrar. Indikationerna vidgas i takt med implementering i reguljär vård, exempelvis förbereddes under 2020 och inkluderades under 2021 indikationerna ADHD och magbesvär/irritabel tarm. Kvalitetsmåttan gäller diagnostisk bedömning, tillgänglighet, fullföljandegrad och behandlings-effekt. SibeR ger återkoppling via statistikvisningar i realtid samt stödjer implementering och informatik för digitaliserad vård.

Ökning under 2020

Under kalenderåret 2020 ökade antalet registrerade behandlingar i SibeR med nästan 100 procent jämfört med 2019 (2019: 1923, 2020: 3711). Antalet anslutna regioner ökade från 6 till 9 och antalet registrerande enheter från 65 till 175. En stor del av ökningen uppfattas vara kopplad till breddinförandet av IKBT i Västra Götalandsregionens primärvård och bygget av en direktöverföring från de offentliga vårdcentralernas journalsystem i VGR till SibeR. Denna byggdes i samverkan med utdataföretaget Medrave och på motsvarande sätt som för Luftvägsregistret och Nationella diabetesregistret mot registerplattformen Stratum. Andra orsaker till ökningen är fler tillgängliga behandlingsprogram inom gruppen ångest och oro, samt OCD-spektrum samt behandlingsprogram för barn och unga. SibeR har under året arbetat hårt med att stödja regioner och enheter via anslutning i implementering och kvalitetsdriven utveckling av IKBT. År 2020 är det första året med ett helt års rapportering av utfallet för tvångssyndrom och dysmorfofobi (OCD-spektrum) och för ångestsyndrom hos barn och unga. Vi ser även en begynnande ökning av behandling för stress- och utmattningssyndrom genom att det etableras nya program. Det är en viktig utveckling med tanke på sjukdomspanoramat i primärvården med relaterade höga sjukskrivningstal.

IKBT för barn och unga

Internetföremad psykologisk behandling för barn och unga är ett nytt område inom svensk sjukvård som söker bidra till att avhjälpa bristen på behandling genom att både barn och föräldrar får stöd till självhjälp. En utmaning för förbättringsarbetet är en generellt större ovana och mindre utvecklad metodik för utvärdering av behandlingseffekter för barn jämfört med för vuxna. Evidensläget är också betydligt mindre vilket gör behovet av utvärdering i reguljär vård än större. SibeR bidrar här med metodutveckling för hur behandlingar kan utvärderas i samverkan med forskare och en nystartad specialenhet för IKBT hos unga i Stockholm samt ett utvecklingsprojekt för ungas psykiska hälsa i VGR.

Patienterna i SibeR

Under 2020 registrerades majoriteten av behandlingarna hos kvinnor (67 %) och med störst andel i åldersgruppen 26-35 år. Den yngsta i behandling var 6 år och den äldsta var 81 år. Andelar, ålders- och könsfördelning hos de som registrerats uppfattas vara representativa för prevalensen hos vårdsökande i aktuella målgrupper bland vuxna, men inte hos unga. Det bedrivs IKBT för unga inom fler regioner än de som nu är anslutna och det är angeläget att dessa ansluter.

Psykologisk behandling i rimlig tid

Överlag var det hög tillgänglighet till psykologisk behandling via internet under 2020. Medianen för antalet dagar mellan begäran av psykologisk behandling till att man fick starta sin behandling varierade mellan 5 till 39 dagar. Det var generellt kortare ledtider inom primärvården än i psykiatrin, med undantag för Örebro som bedriver sin internetbehandling på en enhet inom psykiatrin för hela regionen i en samverkansform mellan psykiatri och primärvård.

Precision av diagnostik

Vad gäller precision i urval och diagnostik, mätt som andelar där diagnostiken vägletts av standardiserade intervjuguider, varierade detta mellan 0 till 100 % mellan regionerna. Det finns uppenbart utrymme att förbättra diagnostik och urval så att fler patienter kan få behandlingar som passar deras behov.

Stöd i behandlingen

Under 2020 fick majoriteten av patienterna stöd i internetbehandling som ren textbaserad kommunikation via plattform (utan synkront stöd) med sin behandlare. Den totala andelen som också fått stöd via videosamtal hade ökat från 0,7 % år 2019 till 4,7 % år 2020. Under pandemiåret 2020 så ökade möjligheten till videosamtal brett inom vården. Vi ser också att andelar som får kompletterande stöd via telefon och fysiska möten ökar. Psykolog var det vanligaste yrket att bedriva internetbehandling, andra yrkesgrupper var socionom, sjuksköterska, behandlingsassistent och fysioterapeut i fallande ordning.

Behandlingsresultat

Behandlingsresultaten var överlag mycket goda, inom både primärvård och psykiatri, med höga effektstorlekar för alla diagnosgrupper beräknat på behandlingar där det fanns både för- och eftermätning med sjukdomsspecifika mått. Generellt fullföljde mellan 30-80 procent av patienterna överenskommen behandlingstid och mer än 75 % av modulerna i programmen. Här fanns alltså stora variationer. När det gäller förändring av funktion och hälsorelaterad livskvalitet saknades så pass mycket eftermätningar att det är svårt att dra tydliga slutsatser. Skattningar med sjukdomsspecifika mått av vuxna patienter som genomfört någon grad av behandling visade en förbättring för:

- 35-55 % med depression
- 35 % med stressyndrom mätt med PSS-10 som mäter upplevd stress, men här var behandlingseffekten större med måttet KEDS som mäter grad av utmattningssyndrom
- 45-60 % med sömnstörning av insomni-typ
- 55 % med dysmorfofobi
- 30 % med generaliserat ångestsyndrom eller ospecifikt ångestsyndrom i VGR, men här saknades eftermätning för cirka 40 %
- 55 % med hälsoångest
- 60-65 % med paniksyndrom
- 25-35 % med social fobi
- 50 % med tvångssyndrom

Vid ångestsyndrom hos unga så bedömde behandlarna att cirka 40 % var förbättrade.

Behandlingseffekterna med det sammansatta måttet för ångest och depression hos unga (RCADS-47) visade höga effektstorlekar men det hade varit svårt att få in mätningar.

Reflektion

Internetbehandling fungerar i reguljär vård med goda behandlingseffekter som dock varierar. Vi ser en snabb utveckling av internetbehandling både inom och utanför registret, med fler enheter som ansluter sig, nya program och utökning inom vårdgrenar. En förutsättning för bred tillämpning och anslutning fram för allt av primärvården är överföring av strukturerad vårddata i specifika journalmallar till SibeR. Resultaten från SibeRs första journalöverföring i VGR visar framgången med detta, men samtidigt att ett decentraliserat införande och journalöverföring innebär utmaningar för datakvalitet och systematiskt förbättringsarbete.

Anslutning till SibeR innebär goda möjligheter till ordnat införande av digitaliserad vård och förbättringsarbete. Det är angeläget att regionerna både ställer krav på och avsätter resurser för uppföljning av internetbehandling, både för den som bedrivs i egen regi och av nätbolagen med skattemedel.

Om SibeR

Vad är internetbehandling?

Internetbehandling är behandling på distans med psykologiska metoder som syftar till att förbättra hälsotillstånd eller motverka återfall i sjukdom. Patienten arbetar med ett digitalt behandlingsprogram som innehåller text, bilder och övningar, ibland även ljudfiler och filmer. Patienten får vanligen stöd från en behandlare i form av skriftlig tvåvägs-kommunikation via en behandlingsplattform asynkront, det vill säga när och var det passar bäst. Ibland finns även behov av synkrona vårdkontakter, det vill säga kommunikation i realtid via telefon, video eller fysiska besök. Det brukar då kallas för blandad behandling.

Idag bedrivs internetbehandling inom reguljär vård med kognitiv-beteendeterapi, IKBT. Det har bedrivits studier med internetbehandling byggt på andra teoretiska psykologiska modeller men dessa har ännu inte omsatts kliniskt.

Syfte och avgränsning

Svenska internetbehandlingsregistret, SibeR, syftar till att stödja ordnat införande och systematisk utvärdering av internetbehandlingar, både där kommunikation förmedlas enbart via behandlingsplattformar, och vid blandade behandlingar. Behandlingar som *enbart* sker i realtid via bokade besök med videosamtal eller fysiska besök, dvs utan ett digitalt förmedlat behandlingsprogram, ingår *inte*.

Mål med SibeR

SibeRs standardiserade mät- och återkopplingsystem ska kunna tillämpas för internetbehandling av personer i alla åldrar från 6-7 års ålder inom primärvård och psykiatri. Det ska underlätta utveckling av digitaliserad vård genom att vara funktionellt för att driva förbättringar i klinik samt skapa förutsättningar för vidareutveckling genom forskning. SibeR ska fungera som en kunskapsbank och samverkansyta mellan regioner avseende utveckling av digitala vårdprocesser. Målet är att öka tillgängligheten till evidensbaserad psykologisk behandling för psykisk ohälsa och beteendeproblem samt att behandlingarna följs upp för ökad patientnytta och säkerhet.

SibeR är kopplat till nationell kunskapsstyrning och programområde psykisk hälsa, nationell arbetsgrupp depression och ångest genom samverkan och primärt fokus på dessa tillstånd. Andra närbesläktade diagnosområden som stressyndrom och sömnstörningar ingår. Registret utökar indikationer och samverkansytor allt eftersom behov uppstår.

Exempel på förbättringar med SibeR

- Ökat antal patienter som får effektiv psykologisk behandling i rimlig tid från att de begärt detta.
- Att enheter förbättrar diagnostik och urval till psykologisk behandling så att färre patienter hoppar av och inte fullföljer sina behandlingar.
- Transparens kring behandlingsprogram, innehåll och effekter, gör att fler bör kunna få ta del av bra program.
- Utvecklande erfarenhetsutbyte och samverkan mellan enheter och regioner.

Indikatorer i SibeR

För att driva utvecklings- och förbättringsarbete har SibeR formulerat fyra indikatorer som presenteras i statistikvisning online i realtid på SibeRs webbplats. På en övergripande nivå finns några av dessa också presenterade på webbplatsen Vården i Siffor (VIS). Årsrapporten kompletterar och fördjupar analyser av det som redovisas online. Enskilda enheter kan använda sammanställningar i sina Resultatöversikter online för att få översiktlig statistik i inloggat läge. De fyra indikatorerna är:

- BEHANDLINGRESULTAT

Andelen behandlingar där patienten har förbättrats. För program riktade till vuxna definieras förbättring som en förändring på 30-40 % av värdet på skattningsskalan för den specifika diagnosen eller diagnosgruppen. För program riktade till barn och unga definieras förbättring som behandlarens uppfattning att patienten är väldigt mycket eller mycket förbättrad. Man kan behandlas med program riktade till vuxna från 16 års ålder och med program riktade till barn och unga till och med 19 års ålder.

Vårdgivare och patienter behöver veta hur behandlingsprogram fungerar i klinisk vardag och i olika vårdssammanhang. För att kunna värdera effekter bör data ha god kvalitet, det vill säga vara säkra och inte ha stort bortfall.

- STRUKTURERAD DIAGNOSTIK

Andel behandlingar där diagnostiken varit stödd av strukturerad eller semistrukturerad diagnosintervju. För ADHD och IBS avses att diagnos ska ha satts enligt nationella eller regionala riktlinjer.

Strukturerad diagnostik som led i bedömningsprocessen ger högre precision vid val av behandlingsprogram för patienten.

- TILLGÄNGLIGHET

Andel behandlingar som patienten startat inom 30 dagar från begäran om psykologisk behandling. Med psykologisk behandling avses systematiska interventioner med psykologisk metod som syftar till förändring. Med behandlingsstart avses när patienten aktivt börjat göra något i det behandlingsprogram de tilldelats.

Eftersom man kunnat visa att lång väntan ger sämre effekt av psykologisk behandling behöver enheter bygga en vårdprocess som gör att tillgängligheten är god.

- FULLFÖLJANDEGRAD

Andel behandlingar där patienten tagit del av mer än 50 % av avsnitten i behandlingsprogrammet. Alla behandlingar där patienter genomfört minst ett avsnitt ingår i resultatredovisningen.

Det är till hjälp att ha data för fullföljandegrad när man ska bedöma behandlingseffekter. Om fullföljandegraden är låg kan det indikera att det behövs ändringar i behandlingsprogram eller vårdprocesser.

Omfattning av internetbehandling, i SibeR och i Riket

Ny definition av årets datauttag för årsrapport

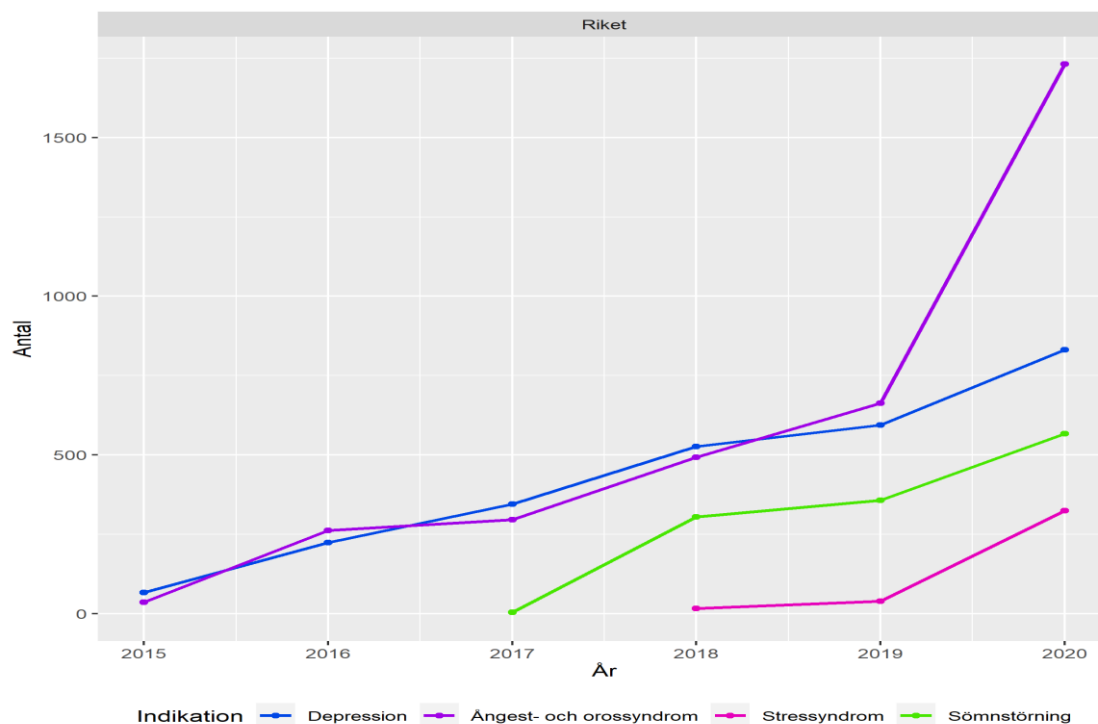
Sedan startåret 2015 har vi skrivit årsrapporter med statistik baserat på de behandlingar som startade under kalenderåret. I årsrapporten för 2020 redovisar vi istället avslutade behandlingar, dvs som startade kvartalet innan (kvartal 4 2019) till och med kvartal 3 2020.

Bakgrunden är att behandlingarna i allmänhet varar cirka 3 månader och det blev svårt att hinna med att göra analyser i rimligt god tid innan sommaren med den förra typen av urval. Med det nya urvalet underlättas också att kunna få in uppföljande mätningar cirka 3 månader efter behandlings-avslut.

I figur 1, 2 och 3 nedan har vi använt den nya definitionen, liksom i statistiken som presenteras senare i rapporten, om inte annat anges.

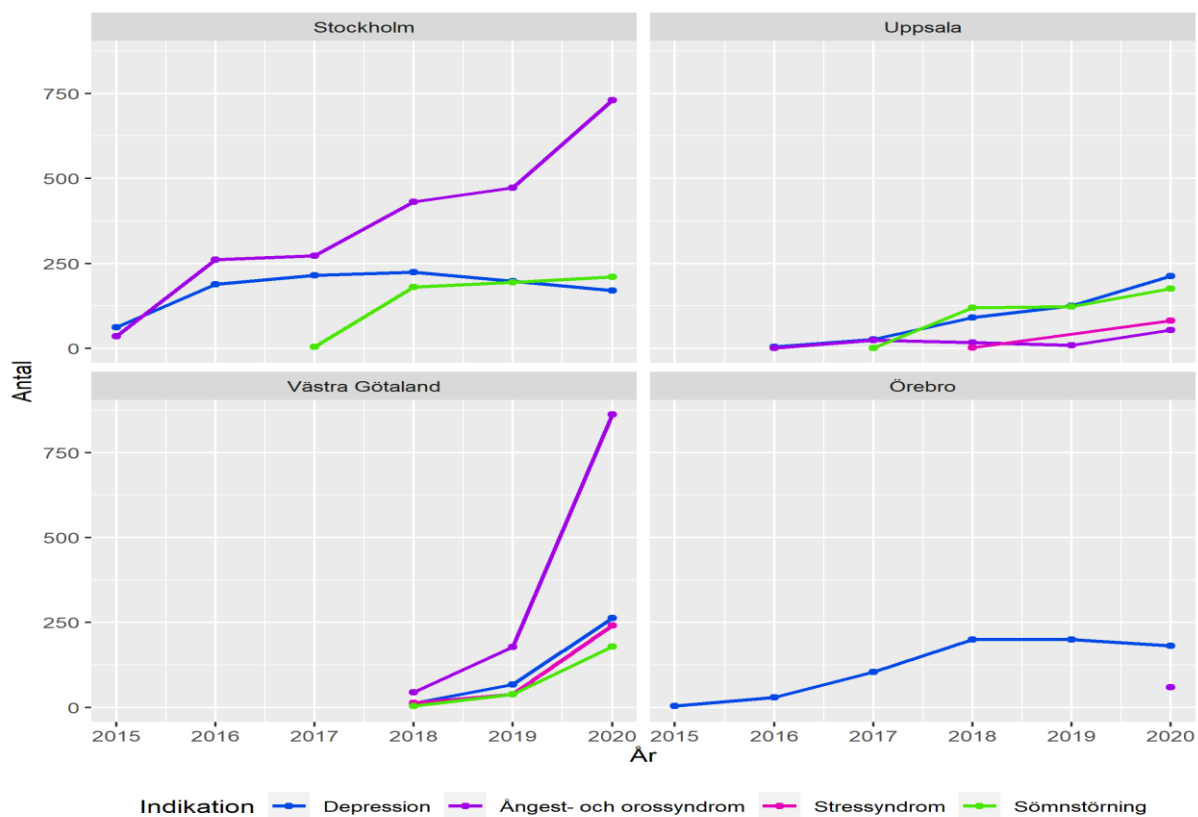
Utveckling av SibeR

Antalet registrerade behandlingar ökade kraftigt under 2020, särskilt inom diagnosgruppen ångest- och orossyndrom, se figur 1.



Figur 1. Antal startade behandlingar som registrerats i SibeR 2015–2020* uppdelat i övergripande diagnosgrupper (*startat Q4 föregående år till och med Q3 innevarande år)

Utvecklingen har varierat mellan regionerna med den starkaste ökningen i Västra Götalandsregionen (VGR).



Figur 2. Antal startade behandlingar som registrerats i SibeR 2015–2020 uppdelat i övergripande diagnosgrupper för regioner med hög täckningsgrad

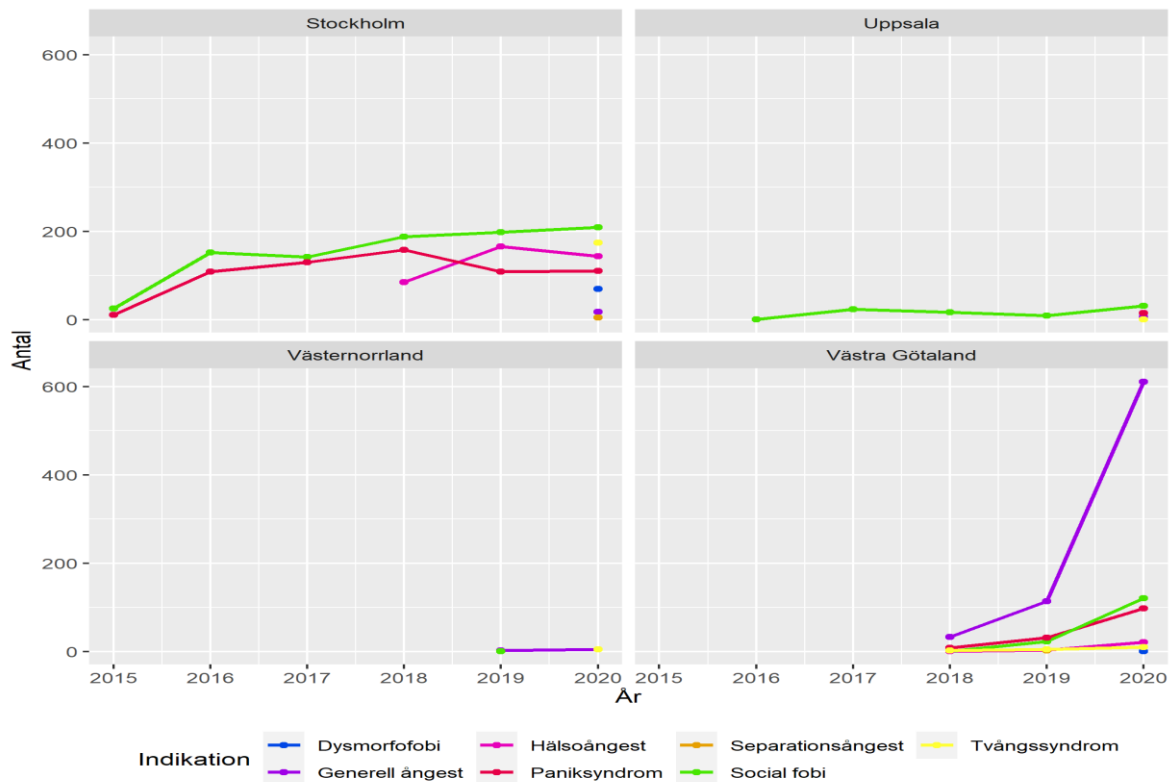
Den starka ökningen i VGR förklaras av det fortsatta breddinförande av Internetförmedlad KBT (IKBT) inom främst primärvården, samt att VGR i samverkan med SibeR och utdata-företaget Medrave byggde en överföring från journalsystemet Asynja Visph till SibeR som omfattade de offentligt drivna vårdcentralerna och ungdomsmottagningar. På så sätt ökade chansen att få underlag till kvalitetsdriven utveckling av psykologisk behandling.

Under 2019 var Regionerna Stockholm, Uppsala, Örebro och Västernorrland anslutna till SibeR hela året. Östergötland anslöt i slutet av 2019. Region Dalarna startade sin anslutnings-process under 2019 och började registrera från en pilotenhet under kvartal 3 2020. Region Skåne och Sörmland var i anslutningsprocess under 2020 där bägge startade registrering från pilotenheter kvartal 4 2020. I tabellen nedan visas för kalenderår utveckling av antal deltagande regioner och registrerande enheter från starten av SibeR.

Tabell. Antal deltagande regioner och registrerande enheter, kalenderår 2015-2020

År	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Antal deltagande regioner	2	3	3	4	6	9
Antal registrerande enheter	2	3	3	14	65	175

Under 2020 skedde en breddning av behandlingsprogram inom gruppen ångest- och orrossyndrom. I Stockholm tillkom internetförmedlad behandling för tvångssyndrom och dysmorfofobi för vuxna, och inom BUP Stockholm startade en specialenhet för IKBT med behandlingar för ångestsyndrom, inklusive separationsångest, hos barn och unga. Primärvården i Uppsala lanserade ett program för paniksyndrom och började använda regionens program för social fobi.



Figur 3. Antal startade behandlingar i de enskilda diagnosgrupperna inom Ångest- och orossyndrom i SibeR 2015-2020 för regioner som registrerat detta minst två år.

Täckningsgrad

Under 2020 bedrevs internetbehandlingar i reguljär vård i Sveriges alla regioner, men i varierande omfattning. Majoriteten bedrevs på den nationella plattformen Stöd och Behandling (SoB). Det är okänt i vilken omfattning nätbolagen bedriver internetbehandling. Inera AB, som ägs av Sveriges Kommuner och Regioner, förvaltar SoB som en av sina digitala invånartjänster. SoB är en säker teknisk plattform som i sig inte har ett innehåll. Under 2020 upphandlade de flesta regioner behandlingsprogram från företag, men några hade egenutvecklade program. På Ineras websida presenteras statistik över vilka program som startat över tid i respektive region i SoB (Inera, https://www.inera.se/tjanster/stod_behandling/). På SibeRs webbplats så kan man ta del av beskrivningar av behandlingsprogrammen, se "Om SibeR", "Behandlingsprogram".

Baserat på en uppskattning från bland annat Ineras statistik så bedömer vi att det startade cirka 13 500 internetbehandlingar totalt i Sverige under kalenderåret 2020. Med 3 711 registrerade behandlingsstarter i SibeR ger det en täckningsgrad på cirka 27 procent.

I tabell A1 i appendix finns beräkningar av täckningsgrad inom de anslutna regionerna. Anslutningar till SibeR pågår kontinuerligt men hinner inte riktigt med i den takt som nya vårdgrenar och enheter etablerar internetbehandling.

Viktiga händelser under 2020

Cecilia Svanborg,
Registerhållare SibeR



Året 2020 var ett mycket speciellt år, präglad av covid-pandemin. Möten och resor ställdes in inklusive planerade användardagar. Människor hade att förhålla sig till hot om sjukdom och död, och fick begränsa sitt sociala umgänge. Vissa drabbades hårt i sina liv av permitteringar och sjukdom, medan andra kunde finna fördelar i en tillvaro med hemarbete och lugnare tempo. Delar av sjukvården prioriterades bort när fokus lades på vården av covid-sjuka. Där det var möjligt så ställde man om till digitaliserad vård. Den största ökningen av digitaliserad vård skedde främst i form av videomöten istället för fysiska besök i realtid. Under den mest uttalade krisperioden snarare minskade efterfrågan på internetförmedlad behandling som systematisk behandling för diagnostiserbara sjukdomar. Samtidigt blev fördelarna med digitaliserad vård uppenbara.

Liksom andra verksamheter ställde SibeR om till digitala möten med anslutna enheter och i anslutningsarbete för nya regioner och vårdgrenar. Det nya sättet att jobba har varit framgångsrikt vad gäller att kunna hålla riktade användarmöten och arbetsmöten i utvecklingsprojekt.

En viktig samarbetspartner för SibeR är Nationellt programområde Psykisk hälsa. Utfallsmåtten för diagnosgrupperna är väl förankrade inom vård- och insatsprogrammen för depression och ångest. Det har medfört att utgivarna av behandlingsprogrammen samverkat med SibeR i att lägga in dessa mätformulär i sina program. På så sätt underlättas förbättringar av datakvaliteten och jämförbarhet.

Det är glädjande med intresset för anslutning till SibeR från nya regioner och vårdområden. Processen med att ansluta kan ta flera år eftersom man måste hitta bra samarbetsformer och få stöd från chefer och ledning för att det ska fungera. Arbetet med att systematiskt beskriva vårdprocesser och dokumentation av internetbehandling är nödvändigt för att bygga förutsättningar för anslutning.

Under 2019-2020 genomfördes den första journalöverföringen till SibeR inom den offentliga primärvården i VGR. Det väckte sådant intresse från de privata vårdcentralerna att vi inledde arbete med att bygga motsvarande lösning även för dem. I Stockholm inleddes informatik-arbete med specifika mallar för internetbehandling med sikte på en annan typ av överföring. SibeR medverkade tidigt i processen för anslutning av Skåne kring krav på informatik för deras kommande journalsystem. Flertalet regioner kommer byta journalsystem de kommande åren och på flera håll märks en ambivalens kring om man ska utveckla något under tiden. Många önskar överföring via NKRR vilket kräver stora insatser. Utveckling av specifika journalmallar underlättar hur som helst.

Det mest tillfredställande under året var att medverka till att bygga lokala förbättringsteam med stöd av statistikvisningar online inklusive enheternas resultatöversikt i SibeR.

KBT via nätet i primärvården i Region Uppsala

Amanda Simonsson,
projektledare



Projektet

Ett projekt är något som har en början och ett slut. 2017 inleddes projektet "Internetbaserad modell för behandling av psykisk ohälsa inom primärvården" med syftet att öka tillgänglighet till kvalitets-säkrad behandling i rätt tid utifrån patientens behov. Behandling för depression och sömnsvårigheter har erbjudits patienter inom primärvården i Region Uppsala sedan 2018. Ett centralt mål under projektet har varit att de patienter som får KBT via nätet i hög grad ska uppnå klinisk förbättring, därför har SibeR funnits med som en röd tråd och möjliggjort den uppföljning som krävts för att veta om målen uppfyllts. KBT via nätet införs i ordinarie vårdutbud sommaren 2021, och utifrån detta har 2020 varit ett förberedelsernas år.

Lärdomar för organisering av IKBT

En av de viktigaste slutsatserna från projekttiden har varit att arbetet med att utveckla, kvalitetssäkra och leda arbetet med KBT via nätet bör centraliseras. Inledningsvis har KBT via nätet bedrivits via ca: 4 olika vårdcentraler med psykologer och administratörer som arbetat liten del av sin arbetstid med detta. Erfarenheter från detta arbetssätt är att samordning blir tidskrävande och att stor andel av arbetstiden för klinikerna gått till utbildningar och möten. För att effektivisera arbetet, nå fler patienter, öka patientsäkerheten och ge bättre service till invånarna har därför inriktningen under året varit att börja centralisera verksamheten samt utöka kapaciteten att ta emot patienter. En process för detta inleddes med genom att fyra psykologer på heltid har anställts via Samariterhemets vårdcentral, en av de vårdcentraler som deltagit i projektet. Dessa psykologer har i större utsträckning kunnat involveras i utvecklingsarbetet för att införa fler behandlingsprogram men också för att starta en helt ny verksamhet. Psykologerna som arbetat deltid via olika vårdcentraler har under hösten 2020 fasats ut och ytterligare rekrytering påbörjades för utökning av verksamheten under 2021.

Utvecklingen påverkad av corona-pandemin

Förutom att förstärka personalstyrkan har den kommande enheten förberetts genom att verksamheten fått en lokal, belägen i Uppsala. Förutsättningarna under 2020 har dock präglats av den pågående corona-pandemin som lett till att personalen i hög grad har arbetat hemifrån. Bedömning inför behandlingen har nästan uteslutande skett med hjälp av videosamtal. Att skapa ett nytt sammanhållet team på distans är en utmaning men i utvärdering av arbetsmiljön har såväl psykologer som administratörer uttryckt sig vara nöjda. Tydlighet i uppdragen har skapats genom skriftliga rutiner, introduktion och handledning. Sammanhålningen har stärkts genom avstämningar via video och chattrådar för såväl frågor om arbetet som fikarumssnack.

Målet är ökad tillgänglighet och effektiv vård

Målet som är uppsatt för KBT via nätet är att behandlingen ska finnas tillgänglig för de invånare som har behov och möjlighet att ta del av den. För att detta ska uppnås finns ett stort behov av att utöka tillgängligheten även efter projektets slut. Ett verktyg för att kunna ta emot fler patienter är att införa nya program som kan nå andra målgrupper. Under 2020 har följande nya program för KBT via nätet införts:

- Stress och utmattning
- Social ångest
- Paniksyndrom

Summering av införandeprojektet är att fem program med tillhörande kliniska processer införts och patienterna har behandlats med goda resultat. Interna utvärderingar visar att behandlingarna sannolikt är kostnadseffektiva och att satsningar på KBT via nätet kan leda till samhällsekonomisk vinst.

Enheten Nära vård digitalt

Från och med sommaren 2021 bedrivs KBT via nätet genom den nystartade enheten Nära vård digitalt. Denna enhet kommer utöver detta uppdrag att samla fler digitaliseringsprojekt inom Nära vård och hälsa. Det ska bli spännande att se hur digitalisering på flera fronter kan knytas samman och hur mottagningen kommer att utvecklas och växa för att möta invånarnas behov. När det rör kvalitetsutvecklingen är det en självklarhet att samarbetet med SibeR fortsätter. Enheten kommer att ha en PLA, psykologiskt ledningsansvarig, och ambitionen är att fortsatt utveckla det datadrivna kvalitetsarbetet. Håll utkik efter Nära vård digitalt!

IKBT inom BUP Stockholm

Sarah Vigerland,
enhetschef BUP Internetbehandling



Barninternetprojektet (BIP)

Sedan 2010 har Barninternetprojektet (BIP), ett forskningssamarbete mellan Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Stockholm och Karolinska Institutet, utvecklat och utvärderat internetbehandling för barn och ungdomar med ångestsyndrom, tvångssyndrom, funktionella magsmärtor och en rad olika tillstånd. Projektet initierades av adjungerad professor Eva Serlachius och har sedan engagerat en rad olika forskargrupper (www.bup.se/bip).

Enheten BUP Internetbehandling

Målet med BIP har sedan starten varit att behandlingarna, om de är effektiva, ska kunna användas inom reguljär vård för att öka tillgängligheten till evidensbaserad behandling. Efter några års forskning och ett antal studier i klinisk miljö presenterades ett förslag på implementering till både Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och BUP:s ledning och på våren 2019 beslöt verksamhetschefen på BUP, Göran Rydén, att en särskild enhet för internetbehandling skulle startas. Sommaren och hösten ägnades åt intensiva förberedelser. Planen var att börja i liten skala och växa långsamt.

I början av 2020 var enheten redo att ta emot sina första patienter. Behandlingsutbudet, som från början enbart bestod av behandling för barn (8–12 år) med ångestsyndrom, har under 2020 vidgats till att även omfatta behandling för ungdomar med ångestsyndrom och barn med funktionella magsmärtor och Irritable bowel syndrome (IBS).

Enheten har under sitt första år tagit emot knappt 100 patienter och arbetat med att förfina vårdprocessen och de interna rutinerna, parallellt med implementering av nya behandlingar och förberedelser för spridning till andra regioner. Att enheten startade samtidigt som pandemin slog till påverkade på så sätt att behandlingen för ungdomarna implementerades snabbare än planerat, och att vi till en början i princip enbart tog emot remisser från BUP.

För att utvecklas krävs rutiner och uppföljning

På BUP Internetbehandling har vi nära och god kontakt med de forskare som utvecklat och utvärderat behandlingsprogrammen och fortsatt verksamhetsuppföljning har varit centralt i planeringen av enheten. Att ansluta sig till SibeR har varit självklart sedan planeringsstadiet. Vi jobbar fortfarande med att hitta bättre rutiner för datainmatning, och ser fram emot den direktöverföring från journal som snart kommer att vara möjlig i Region Stockholm. Anslutning till SibeR har också varit ett krav när vi diskuterat spridning till andra regioner.

I slutet av 2020 var det fyra psykologer (motsvarande knappt tre heltidstjänster) som arbetade på BUP Internetbehandling. Vi kommer att fortsätta att växa långsamt under 2021 och utöka vårt behandlingsutbud ytterligare, denna gång med behandling för tvångssyndrom. Den stora utmaningen de kommande åren kommer att vara att hitta vår plats i vårdflödet inom både första linjen och specialiserad barnpsykiatri, så att internetbehandling verkligen bidrar till att öka tillgängligheten till evidensbaserad behandling och gör skillnad för patienterna.

Årsrapportens uppbyggnad

Inledningsvis har vi gett en introduktion till internetbehandling och SibeR samt några korta artiklar som vi hoppas ska vara inspirerande. Sedan följer här en översikt av registrerade behandlingar i regioner och vårdgrenar och ett allmänt avsnitt med beskrivning av patienter, samt jämförelser av tillgänglighet till behandling, precision av diagnostik och vilka typer av stöd i internetbehandling som patienterna fått.

Jämförelser av behandlingseffekter beskrivs i separata avsnitt för de olika diagnosgrupperna, med redovisning av sammansättning av diagnoser, behandlingsprogram och samsjuklighet. För att ytterligare belysa effekterna jämförs klinisk effekt grundat på patientens skattade förändring av sjukdomsspecifika mått med behandlarnas skattning av förändring. Som stöd för analys och förbättringsarbete presenteras fullföljandegrad i form av andelar som fullföljt överenskommen behandlingstid och andelar fullföljda moduler (behandlingsavsnitt). Påverkan på funktion och hälsorelaterad livskvalitet kompletterar värdering av behandlingseffekt med fokus på symtomförändring. Varje diagnosavsnitt avslutas med en reflektion och analys där både framgångar och problem lyfts fram.

Ett mer detaljerat underlag finns i appendix som är strukturerat i ett allmänt och flera diagnosgruppspecifika avsnitt. Ett viktigt påpekande är att vi i årsrapporten har valt att redovisa alla saknade uppgifter, till skillnad mot redovisning online där vi av hänsyn till behoven i realtid valt att inte ta med missade variabler från behandlingsavslutet i fall att formuläret för detta inte hunnits registrerats. Vi motiverar skillnaden med att det vid uttag för årsrapporten bör ha funnits tid att registrera eftermätningar och att en fullständig redovisning i årsrapporten ger bättre återkoppling.

Före appendix finns ett avsnitt som kort redovisar de statistiska metoder som vi använt. Vid internetbehandling kan man lägga in SibeRs sjukdomsspecifika mått i programmen vilket ökar möjligheten att utvärdera behandlingsresultat med så kallade PROMs (patient reported outcome measures). När det gäller referenser och psykometriskt underlag för de sjukdomsspecifika måtten så hänvisar vi till två pdf-dokument som finns på SibeRs webbsida, siber.registercentrum.se/statistik.

Registrerade behandlingar 2020

Antalet startade och registrerade behandlingar under 2020 visas i tabell 1. Det var 3 454 behandlingar som startade under kvartal 4 2019 fram till och med kvartal 3 2020 och för vilka den vägleda internetbehandlingen borde ha avslutats under kalenderåret 2020.

Tabell 1. Antal startade behandlingar* i diagnosgrupper och totalt under 2020 i SibeR för anslutna regioner och vårdgrenar

Region	Vårdgren	Saknade eftermätningar**	Depression	Sömnstörning	Ångest och orosyndrom	Stressyndrom	Totalt
Dalarna	Primärvård	1	1	0	2	0	3
Stockholm	Psykiatri	0	170	210	681	0	1110
	BUP	1	0	0	49	0	49
Uppsala	Primärvård	1	192	168	44	82	486
	Psykiatri	3	21	8	10	0	39
Västernorrland	Psykiatri	4	3	2	10	0	15
Västra Götaland	Primärvård	290	261	172	855	241	1529
	Psykiatri	0	2	5	3	0	11
	BUP	0			5		5
Örebro	Psykiatri	0	181	0	60	0	241
Östergötland	Primärvård	1	0	0	13	2	15
Totalt	Totalt	301	831	567	1731	325	3454

*Behandlingar som startat under kvartal 4 2019 och kvartal 1, 2 och 3 år 2020

**Saknade eftermätningar betyder här att formuläret vid behandlingsavslut inte registrerats i SibeR för behandlingar där det finns registrering vid behandlingsstart

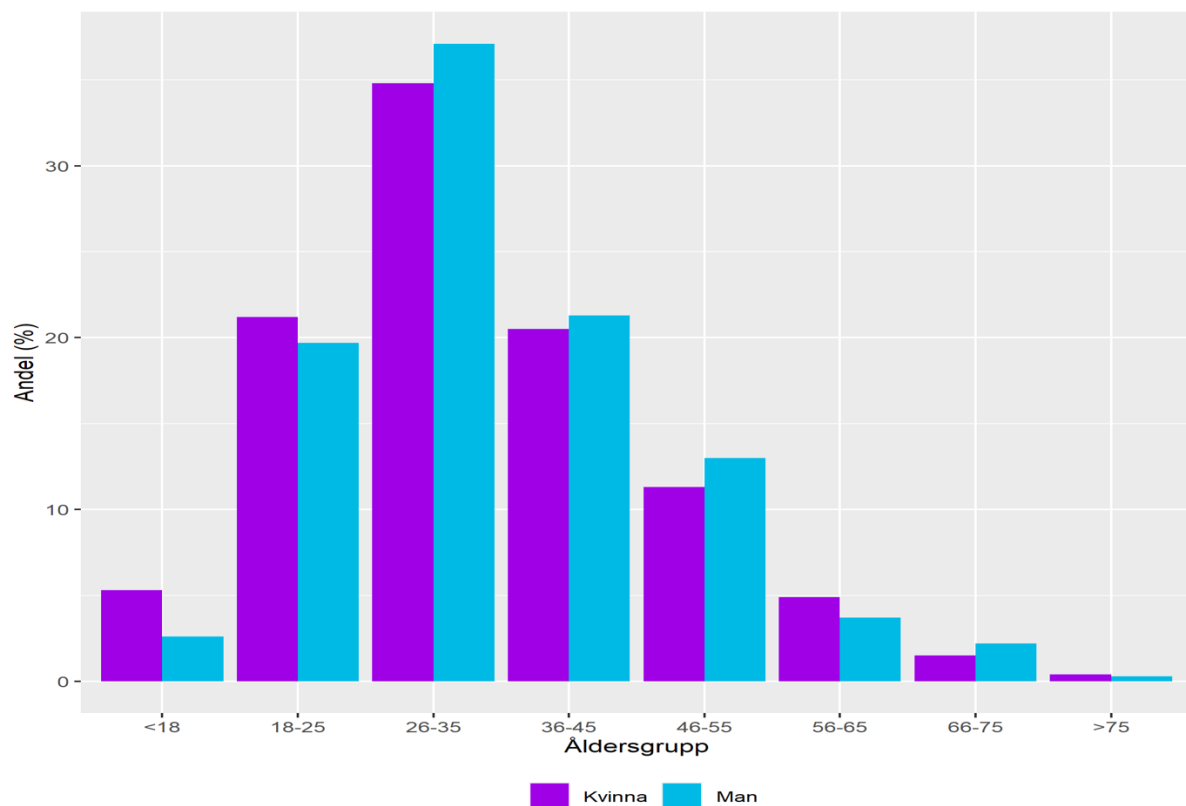
Patienterna i SibeR

Kön och ålder

I SibeR registreras behandlingar vilket innebär att en patient kan ha gått i flera behandlingar och att dessa registrerats under samma år. Behandlingarna är i allmänhet kring 8–12 veckor långa. Under 2020 var det mindre än 2 % av patienterna som hade gått i mer än en internetbehandling under året.

I figur 4 visas andelar startade behandlingar för respektive kön i ålderskategorier. Majoriteten av behandlingar hade startats av kvinnor (67 %) och för bägge könen var största andelen patienter inom åldersgruppen 26-35 år. Medelåldern var 34 år (SD 12,6) och medianåldern var 32 år. Den yngsta var 6 år och den äldsta var 81år. Tabell A2 i appendix visar köns- och åldersfördelning för regioner och vårdgrenar. Med ökad andel av internetbehandling inom BUP och första linjens vård för psykisk

ohälsa hos unga så har andelen yngre ökat något jämfört med föregående år. Ålder- och könsfördelning hos de som registrerats uppfattas vara representativa för prevalensen hos vuxna vårdsökande, men inte för unga.



Figur 4. Andel startade behandlingar per åldersgrupp inom respektive kön (n=3 454; kvinnor: n= 2304, män: n=1150)

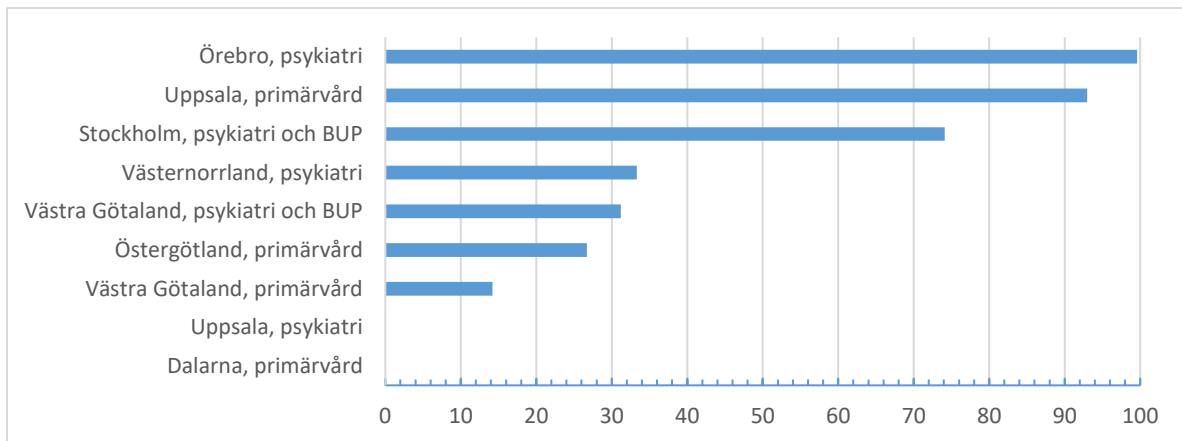
Alkoholbruk

Problematisks alkoholanvändning kan vara relativt vanlig bland patienter som söker internetförmiddad KBT och man har sett att det kan försämra behandlingseffekter (Gajecki et al, 2014). Det är därför viktigt att under bedömningen göra undersökning av alkohol- och droganvändning. Ett hjälpmedel för detta är Alcohol Use Disorders Identification test (AUDIT; Bergman & Källmén, 2002) som innefattar 10 frågor. AUDIT har nivåer för att definiera riskbruk (8–15 poäng), skadligt bruk (16–20 poäng) och beroende (mer än 20 poäng) av alkohol. Fördelning av risknivåer av alkoholkonsumtion är också en beskrivning av gruppen, en så kallad case-mix-variabel.

Användning och registrering av AUDIT rekommenderas alltså som:

- Hjälpmedel vid bedömning
- Beskrivning av gruppen, så kallad case-mix-variabel

Under 2020 var det stor variation mellan regioner och vårdgrenar i vilken omfattning man registrerat AUDIT, se figur 5. För regioner med hög täckningsgrad med AUDIT (Örebro och Uppsala primärvård) så var andelen utan riskbruk 80-85 procent och andelen med riskkonsumtion cirka 10 procent, se tabell A3 i appendix.



Figur 5. Andelar behandlingar med självrapporterad alkoholkonsumtion enligt AUDIT i regioner och vårdgrenar, 2020 (n=3444)

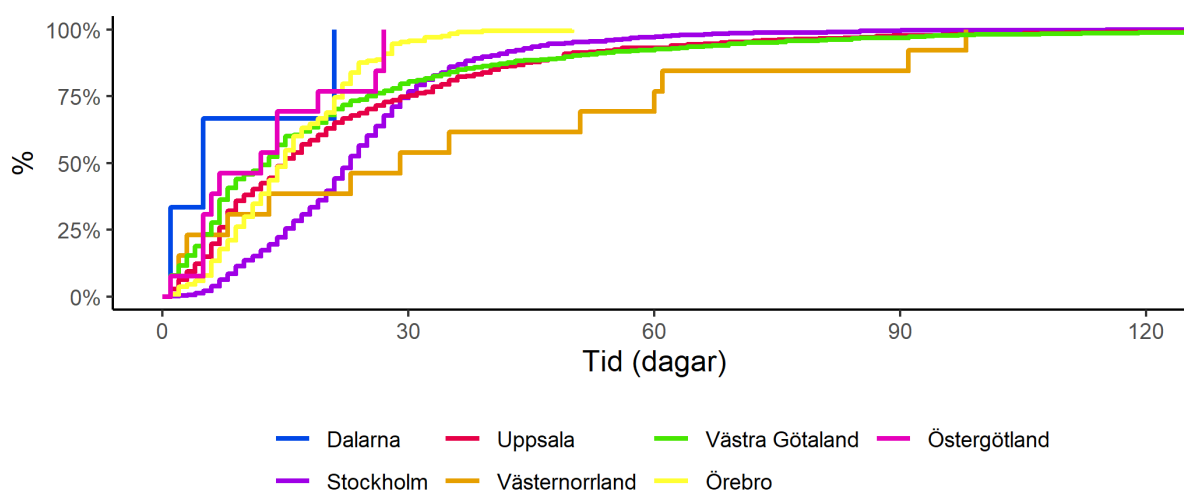
Tillgänglighet

En viktig aspekt med införande av internetbehandling är att det bör medföra ökad tillgänglighet till psykologisk behandling, både att fler patienter får evidensbaserad behandling och att den startar utan lång väntetid. En kvalitetsindikator i SibeR är andelen behandlingar som startat inom 30 dagar från vårdbegäran om psykologisk behandling. Den visas i statistikvisning online på SibeRs webbplats. I årsrapporten fördjupar vi redovisningen med så kallade Kaplan-Meier-diagram där man kan se förloppet av ledtider och i tabeller där vi redovisar medianen för antal dagar.

- **Vårdbegäran** avser här specifikt begäran om psykologisk behandling och inkluderar alla former av remisser, patientens egenanmälan, anmälan från företrädare av patienten, även inom samma vårdenhet.
- Med **psykologisk behandling** avses en systematisk intervention med psykologisk metod som har till syfte att åstadkomma förändring.
- Med **behandlingsstart** avsågs under 2020 det datum då patienten ges möjlighet att logga in och påbörja internetförmedlad behandling i en behandlingsplattform.
- Datum för **beslut om behandling** är den dag då bedömare och patienten gemensamt fattar beslutet att behandling ska ske.

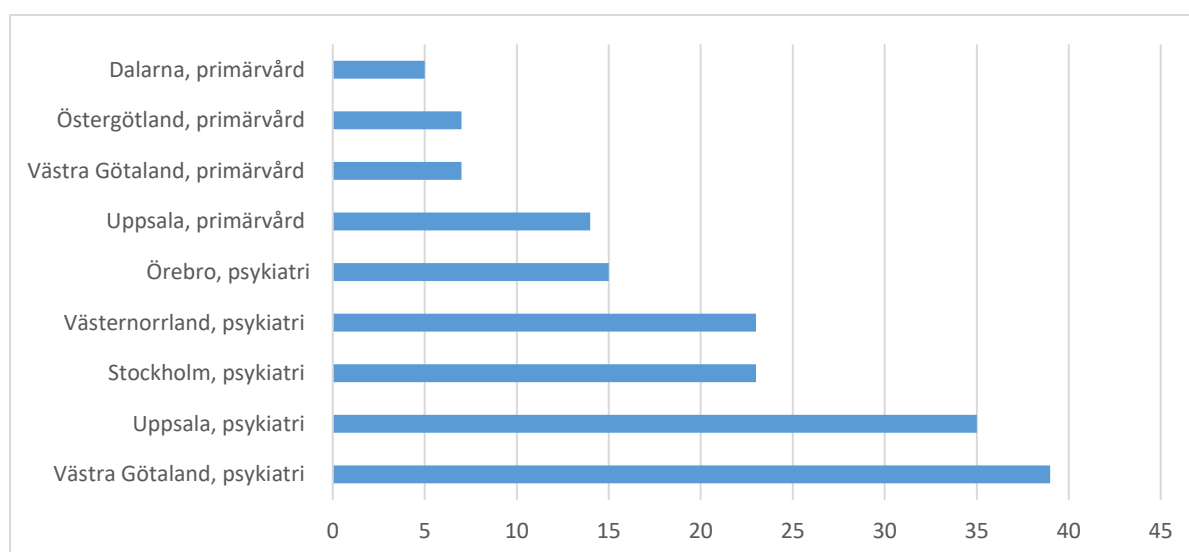
Ledtid vårdbegäran-behandlingsstart

Diagrammet i figur 6 visar processen för tiden mellan vårdbegäran och behandlingsstart i anslutna regioner 2020.



Figur 6. Sannolikheten att ha fått behandlingsstart inom x dagar (se x-axel) under 2020 baserat på faktiskt tid mellan tidpunkt för vårdbegäran till behandlingsstart i regionerna.

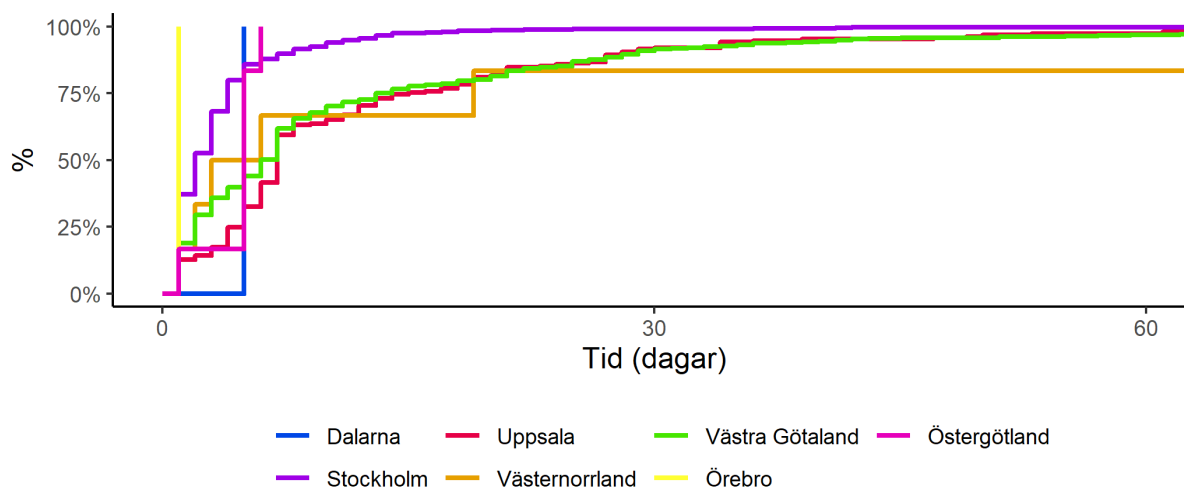
Figur 7 visar median antal dagar mellan vårdbegäran för psykologisk behandling och behandlingsstart vid internetbehandling, uppdelat på region och vårdgren. Vi ser att det generellt är kortare ledtider inom primärvården än i psykiatrin, med undantag för Örebro som bedriver sin internetbehandling på en enhet för hela regionen i en samverkansform mellan psykiatri och primärvård. Tabell A3 i appendix redovisar underlaget samt minimum och maximalt antal dagar.



Figur 7. Median antal dagar mellan vårdbegäran för psykologisk behandling och behandlingsstart vid internetbehandling i regioner och vårdgrenar, 2020

Ledtid beslut om behandling - behandlingsstart

Diagrammet i figur 8 visar processen för tiden mellan vårdbegäran och behandlingsstart i anslutna regioner 2020.



Figur 8. Sannolikheten att ha fått behandlingsstart inom x dagar (se x-axel) under 2020 baserat på faktisk tid mellan tidpunkt då beslut fattades om att patienter skulle få behandling (beslutsdatum) till behandlingsstart i regionerna, 2020

I Stockholm psykiatri och VGR psykiatri var det i median två dagar mellan beslutsdatum och behandlingsstart, i Östergötland primärvård 0,5 dagar och i övriga regioner noll dagar. Detta tolkas som att man i de flesta fall registrerat tidpunkt för behandlingsstart som det datum som när man tilldelade programmet till patienten och att detta skedde samma dag som beslutet fattades. Se tabell A5 i appendix (n=3352).

Reflektion

Överlag ser vi hög tillgänglighet, det vill säga att patienter får komma snabbt både till bedömning och till att starta sina internetbehandlingar. Det finns vissa skillnader mellan vårdgrenarna och ett antal patienter som får vänta mycket längre än flertalet. Det kan inte uteslutas att det ibland handlar om registreringsfel, men är nog också en verklighet. Begreppet "vårdbegäran för psykologisk behandling" kan vara svårt att tolka ibland, utom när det handlar om att patienten gör en tydlig egen vårdbegäran. Här vore det önskvärt med utveckling av gemensam nationell informatik och definition av begreppet.

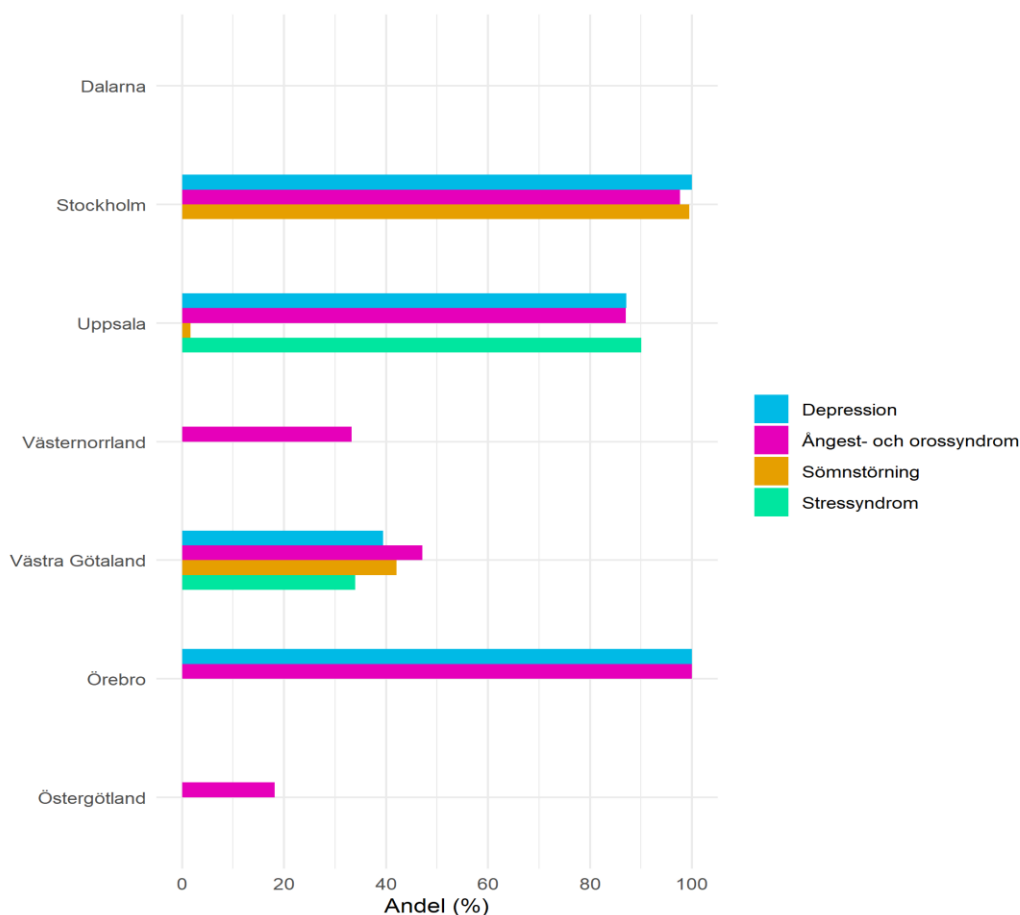
Inför direktöverföringar via journal till SibeR återupptogs arbete med informations-specifikation av Sibers variabler enligt nationellt fackspråk. Informatiker ifrågasatte definitionen av "tidpunkt för behandlingsstart" som var datumet när patienten tilldelas programmet. Det förekommer att patienter aldrig loggar in och eller gör något i den första modulen, eller att det dröjer innan patienten faktiskt startat även om man fått möjligheten. Maj 2021 gick SibeR över till en ny definition av datum för behandlingsstart där patienten ska ha loggat in och gjort något i första modulen för att behandlingsstart anses ha skett. Den nya informatiken är mer personcentrerad genom att den betonar patientens egen aktivitet. Tydliga definitioner underlättar rättvisa jämförelser.

Precision i diagnostik och urval

Behandlingsprogrammen grundas vanligen på specifika modeller för specifika tillstånd och diagnoser. Det medför att rätt diagnos är en förutsättning för att programmet ska kännas meningsfullt och vara verksamt för patienten. Andra program har bredare så kallad transdiagnostisk inriktning. Diagnostiken är viktig även när sådana program används eftersom effekterna behöver utvärderas.

Samsjuklighet inom områdena depression, ångest, oro och stress är vanligt och ställningstagandet till vilket program som är mest lämpligt i nuet är en kvalificerad bedömning. Träffsäkerheten i diagnostiken underlättas om man använder strukturerade intervjuguider, som exempelvis MINI och MINI-KID.

Vid bedömningen är andra faktorer än diagnos självklart också viktiga, som patientens förutsättningar att klara formatet, utrymme och motivation för det arbete som vägledd internetbehandling innebär. Man behöver också ta ställning till om patienten skulle dra bättre nytta av annan tillgänglig behandling.



Figur 9. Andelar behandlingar där intervjustöd använts för diagnostik i anslutning till beslut om internetbehandling i respektive diagnosgrupp och region, 2020

Figur 9 visar andelar behandlingar där intervjustöd använts för diagnostik i anslutning till beslut om internetbehandling i respektive diagnosgrupp och region. Vi ser att det finns stora variationer även inom primärvården. Majoriteten av behandlingarna i Uppsala och VGR kommer från primärvården. Uppsala har en särskild process för bedömning inför sömnbehandling som sker endast med ett screeningmoment vilket ökar flödeskapacitet men riskerar sämre precision i urval. När det gäller sömnstörningar kan det ha mindre betydelse utifrån devisen att förbättrad sömn gynnar alla patientgrupper. När det gäller depression är noggrann bedömning inklusive bedömning av samsjuklighet angelägen.

Stöd i behandlingen

Ren eller blandad internetbehandling

Under 2020 fick majoriteten av patienterna enbart stöd i internetbehandling som textbaserad kommunikation via plattform (utan synkront stöd), se tabell 2. Den totala andelen som också fått stöd via videosamtal hade ökat från 0,7 % år 2019 till 4,7 % år 2020 (se tabell 2 och årsrapport 2019). Under pandemiåret 2020 så ökade möjligheten till videosamtal brett inom vården. Vi ser också att andelar som får stöd via telefon och fysiska möten ökar.

Tabell 2. Andelar internetbehandlingar utan kompletterande stöd i realtid och med realtidsstöd (synkront) i form av telefonkontakt, fysiska besök och videobesök, 2020

Region	Vårdgren	Antal startade	Uppgift saknas	Utan synkront stöd	Stöd via telefon	Stöd via fysiskt besök	Stöd via videobesök
Dalarna	Primärvård	3	1	50.0% (n=1)	50.0% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Stockholm	Psykiatri inkl BUP	1110	1	64.9% (n=720)	34.7% (n=385)	1.3% (n=14)	1.3% (n=14)
Uppsala	Primärvård	486	1	63.5% (n=308)	29.3% (n=142)	14.8% (n=72)	14.8% (n=72)
	Psykiatri	39	3	33.3% (n=12)	66.7% (n=24)	2.8% (n=1)	2.8% (n=1)
Västernorrland	Psykiatri	15	4	81.8% (n=9)	18.2% (n=2)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Västra Götaland	Primärvård	1529	290	37.0% (n=458)	61.1% (n=757)	4.6% (n=57)	4.6% (n=57)
	Psykiatri inkl BUP	16	0	43.8% (n=7)	56.2% (n=9)	18.8% (n=3)	18.8% (n=3)
Örebro	Psykiatri	241	0	61.0% (n=147)	39.0% (n=94)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Östergötland	Primärvård	15	1	92.9% (n=13)	7.1% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Totalt	Totalt	3454	301	53.1% (n=1675)	44.9% (n=1415)	4.7% (n=147)	4.7% (n=147)

Behandlarens yrke

För att få bedriva behandling med IKBT brukar krävas grundläggande utbildning i KBT. Under 2020 var psykolog generellt det vanligaste yrket att bedriva internetbehandling. I VGR psykiatri var den vanligaste yrkesgruppen kurator och i Uppsala psykiatri behandlingsassistent vilket här var psykologstuderande i slutet av sina utbildningar.

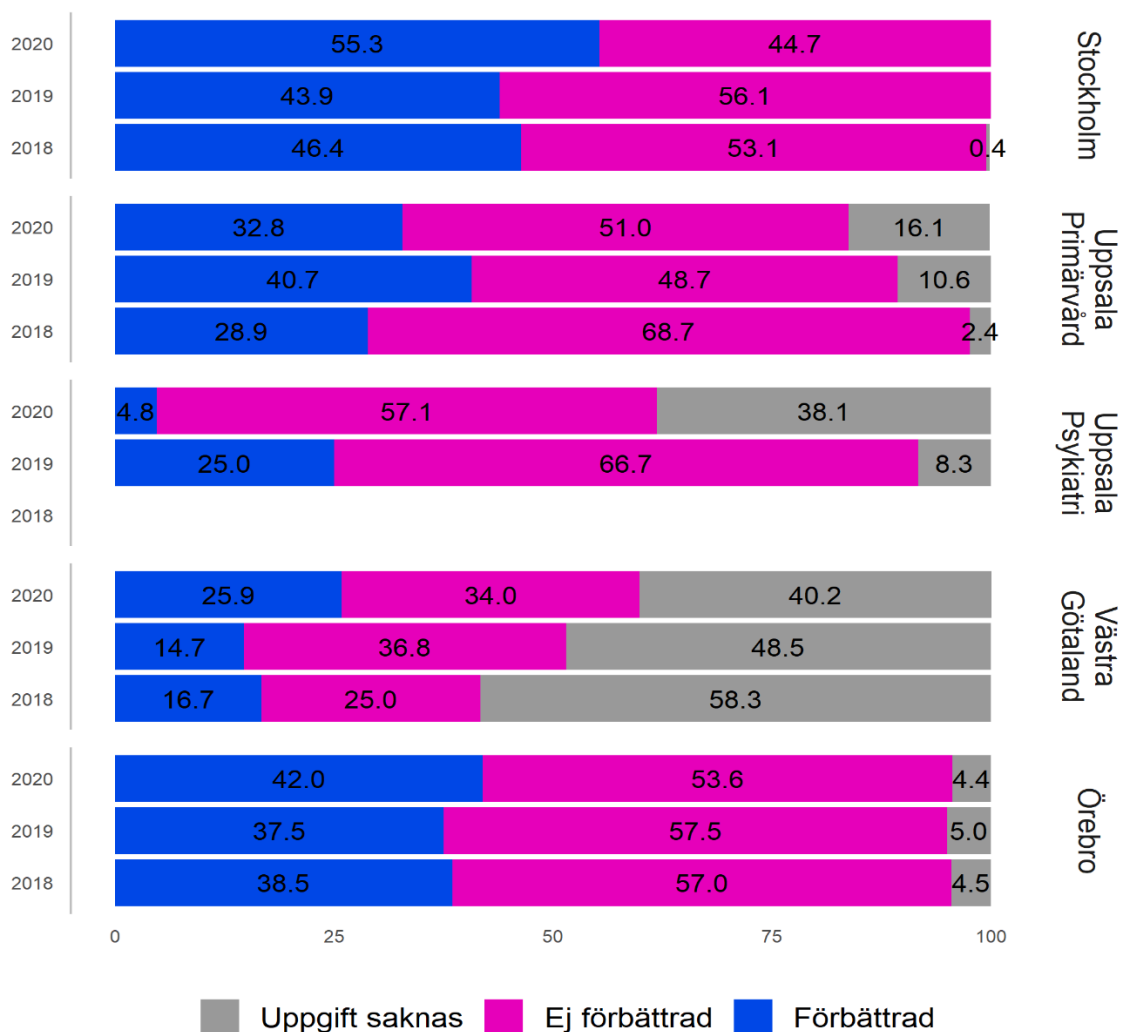
Tabell 3. Behandlarens yrke vid internetbehandling i regioner och vårdgrenar, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Psykolog	Kurator / Socionom	Sjuk-sköterska	Fysioterapeut	Behandlingsassistent	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	3	66.7% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	33.3% (n=1)
Stockholm	Psykiatri inkl BUP	1110	99.5% (n=1105)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.5% (n=5)
Uppsala	Primärvård	486	99.2% (n=482)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.8% (n=4)
	Psykiatri	39	35.9% (n=14)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	56.4% (n=22)	7.7% (n=3)
Väster-norrland	Psykiatri	15	46.7% (n=7)	26.7% (n=4)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	26.7% (n=4)
Västra Götaland	Primärvård	1529	49.2% (n=753)	12.4% (n=190)	3.8% (n=58)	0.6% (n=9)	0.3% (n=4)	33.7% (n=515)
	Psykiatri inkl BUP	16	43.8% (n=7)	50% (n=8)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	6.2% (n=1)
Örebro	Psykiatri	241	57.7% (n=139)	42.3% (n=102)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
Östergötland	Primärvård	15	53.3% (n=8)	40% (n=6)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	6.7% (n=1)
Totalt	Totalt	3454	72.9% (n=2517)	9% (n=310)	1.7% (n=58)	0.3% (n=9)	0.8% (n=26)	15.5% (n=534)

Diagnosgrupp Depression

Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för depression mäts med det sjukdomsspecifika måttet Montgomery Åsberg Depression Rating Scale-Self Assessment (MADRS-S, Svanborg & Åsberg, 1994) och kriteriet $\geq 40\%$ minskning, för mer detaljerat underlag se dokumentet "Vuxna och unga från 16 år - Definitioner av klinisk förbättring" på SibeRs statistik-sida, <https://siber.registercentrum.se>. Effektstorlekar och underlaget avseende MADRS-S-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för regioner och vårdgrenar 2020 finns i tabell A6 i appendix. Behandlingsresultaten för de tre senaste åren (2018–2020) visas för regioner och vårdgrenar i figur 8, om det finns minst 10 startade behandlingar.



Figur 10. Behandlingsresultat vid depressionsbehandling mätt med MADRS-S, 2018-2020

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2020 startade 829 behandlingar för depression (Dalarna, n=1; Stockholm, n=170; Uppsala primärvård, n=192, Uppsala psykiatri, n=21; Västernorrland, n=3; Västra Götaland primärvård, n=259; Västra Götaland, psykiatri, n=2, Örebro, n=181).

Program

Patienterna i Stockholm fick främst behandling med Internetpsykiatri depressionsprogram men en patient med depressionsdiagnos fick Internetpsykiatri sömnprogram.

I Uppsala fick man främst Region Uppsalas depressionsprogram men 18 patienter med depressionsdiagnos fick behandling med Gustavsbergs stress-program och en patient med ett program för social fobi.

I Örebro fick patienterna behandling med Region Örebros depressionsprogram. I Västernorrland fick patienterna behandling med Livandas program Internethjälpen vid nedstämdhet och depression. I Dalarna behandlades en patient med Psykologpartners program Depressionshjälp.

Patienterna i VGR fick främst behandling med Livandas program Internethjälpen vid nedstämdhet och depression. I VGR primärvård fick även sammanlagt 10 patienter med depressionsdiagnos behandling med något av Livandas program för ångest, stress, oro eller sömnproblem. Programmen finns beskrivna på SibeRs websida: Om SibeR/Behandlingsprogram.

Diagnoser

Inom psykiatrin (Stockholm, Västernorrland, Västra Götaland, Uppsala och Örebro) var andelen med recidiverande depression (F33) mellan 50–100 procent. Inom primärvården (Dalarna, Västra Götaland och Uppsala) var andelen lägre, kring 25–35 procent. Här var i stället andelen ospecifik depression och enstaka depressiv episod vanligare. Se tabell A7 i Appendix.

Samsjuklighet

Andelen med samsjuklig psykiatrisk diagnos var högst i Uppsala psykiatri (90 %), följt av Stockholm psykiatri (60 %) och Örebro psykiatri (50 %). För Uppsala primärvård saknades uppgifter för 25 % och för VGR primärvård för 50 % vilket gör det svårt att värdera grad av samsjuklighet här. I

Västernorrland rapporterades att ingen patient hade psykiatrisk samsjuklighet. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A8 i appendix.

De vanligaste specifika samsjukliga diagnoserna var generaliserat ångestsyndrom (GAD), social fobi, paniksyndrom, ospecifikt ångestsyndrom, agorafobi, sömnstörning och utmattningssyndrom i fallande ordning.

Jämförelse klinisk förbättring och behandlarens bedömning

Andelen behandlingar där patienten skattat klinisk förändrad depressionsgrad med MADRS-S var 44 % och andelen där behandlarna bedömt förbättring var 59 % av de 612 behandlingar där det fanns uppgifter från både patient och behandlare.

Överensstämmelsen mellan patientens skattning och behandlarens bedömning mätt med Cohens kappa (se avsnitt statistisk metod) var för depression 0.63, vilket indikerar bra överensstämmelse. Andelen där de hade olika bedömning var 18,6 procent. I tabell 4 ingår alla 829 startade behandlingar.

Tabell 4. Korstabell över klinisk förbättring mätt med patientskattad MADRS-S och behandlarens bedömning av behandlingseffekt för depression, 2020

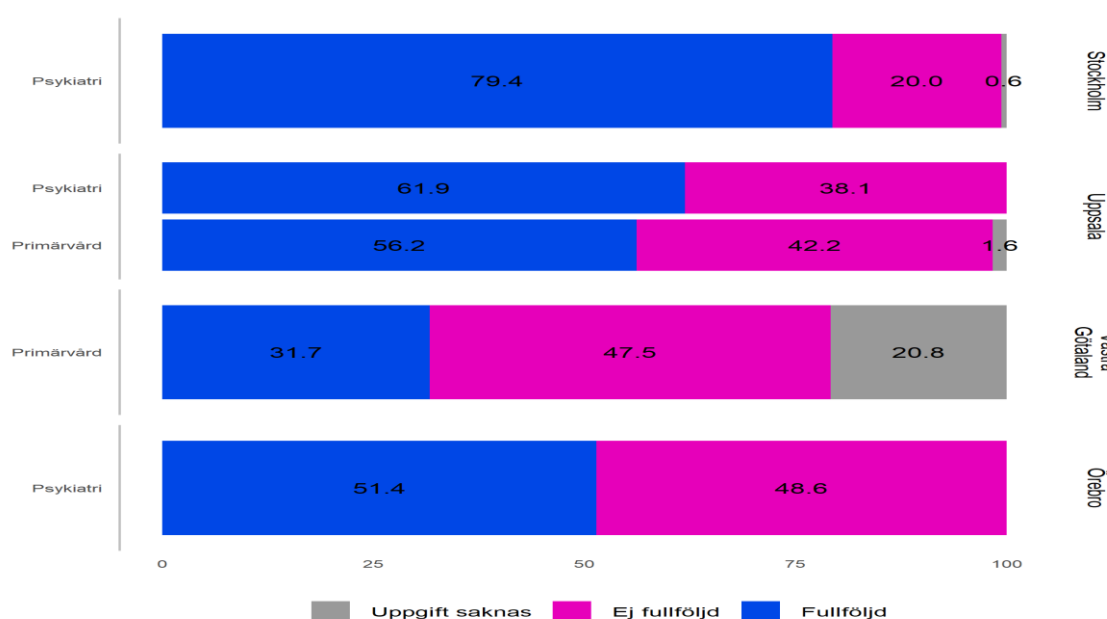
Klinisk förbättring	Behandlarens bedömning			Totalt
	Förbättrad	Ej förbättrad	Uppgift saknas	
Förbättrad	267	16	18	301
Ej förbättrad	98	231	46	375
Uppgift saknas	28	46	79	153
Totalt	393	293	143	829

Fullföljandegrad

Fullföljande av behandlingar redovisas i Statistikvisningen online på SibeRs websida som andelen behandlingar där patienten genomfört minst 50 procent av antalet moduler (behandlingsavsnitt) i programmet utifrån att det bedöms som minsta nivå för dos som kan ge specifik behandlingseffekt. I årsrapporten kompletteras det med andelar som fullgjort överenskommen behandlingstid och fördelning av kategorier med andel fullföljda moduler.

Överenskommen behandlingstid

Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara en överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses som ett avhopp, mer sällsynt att behandlingseffekten uppnåtts tidigare än förväntat. Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid visas i figur 11.



Figur 11. Andel depressionsbehandlingar där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid i regioner och vårdgrenar, 2020 (n=829)

Antal genomförda moduler

Andelen behandlingar där patienten genomfört mer än 75 procent av modulerna var 57 % i Uppsala primärvård, 52 % i Stockholm, VGR psykiatri 50 %, Örebro 48 %, VGR primärvård 43 % (men där saknades uppgift för 20 %), Uppsala psykiatri 38 % och Västernorrland 33 %. Uppgift saknades för Dalarna. Se tabell A9 i appendix för redovisning av andelar i kategorier 0-25, 26-50, 51-75 och 76-100 procent.

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Tabell 5 visar andelar behandlingar med förändrad funktion mätt med WHODAS vid depressionsbehandling i de regioner som använde formuläret 2020. I hög utsträckning saknas det dock mätvärden vilket gör det svårare att värdera utfallet. Örebro bytte från EQ-5D till WHODAS under 2020. Stockholm gick över till WHODAS först under 2021.

Medelvärden för WHODAS från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A10 i Appendix. Motsvarande för EQ-5D index-värde visas i tabell A11 i appendix.

Tabell 5. Förändring av funktion mätt med WHODAS-12 frågor vid depressionsbehandling, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	Försämrad	Oförändrad	Förbättrad
Dalarna	Primärvård	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	192	45.3% (n = 87)	4.7% (n = 9)	26.6% (n = 51)	23.4% (n = 45)
Uppsala	Psykiatri	21	76.2% (n = 16)	9.5% (n = 2)	9.5% (n = 2)	4.8% (n = 1)
Västernorrland	Psykiatri	3	66.7% (n = 2)	0% (n = 0)	33.3% (n = 1)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	259	62.2% (n = 161)	2.3% (n = 6)	22% (n = 57)	13.5% (n = 35)
Västra Götaland	Psykiatri	2	50% (n = 1)	0% (n = 0)	50% (n = 1)	0% (n = 0)
Örebro	Psykiatri	181	51.9% (n = 94)	2.2% (n = 4)	18.2% (n = 33)	27.6% (n = 50)
Totalt	Totalt	829	64.2% (n = 532)	2.5% (n = 21)	17.5% (n = 145)	15.8% (n = 131)

Reflektion

Depressionsbehandlingarna i Uppsala primärvård, VGR primärvård, Stockholm psykiatri och Örebro psykiatri hade höga effektstorlekar på gruppnivå. Behandlingsresultaten i figur 10 visar att Stockholm och Örebro hade fått ökad andel förbättrade i depressions-behandlingen.

Datakvaliteten var överlag bra utom för VGR och Uppsala psykiatri. VGR hade förbättrat sin datakvalitet men har fortfarande arbete att utföra för att få in eftermätningar så att de mer säkert kan analysera sina resultat. Både psykiatri och primärvården i Uppsala hade fått större bortfall av eftermätningar under 2020 jämfört med tidigare år och behöver ta nya tag när det gäller detta.

Örebro förtjänar att lyftas fram som ett gott exempel eftersom man där även lyckats få in uppföljande mätningar cirka 3 månader efter avslutad behandling för 67 procent (122 av 181 startade). Den goda effekten visade sig vara hållbar. Mätningar med WHODAS bekräftade att det

även skett förbättringar avseende funktion. Det vore önskvärt att fler regioner lär av Örebro och skapar goda rutiner för uppföljningar både av symtom- och funktionsnivå. Depression är en av folksjukdomarna som slår hårdast på funktionsförmågan. Om patienter får hållbara verktyg att förbättras och minska risken för återfall så har det stor betydelse.

Stressyndrom

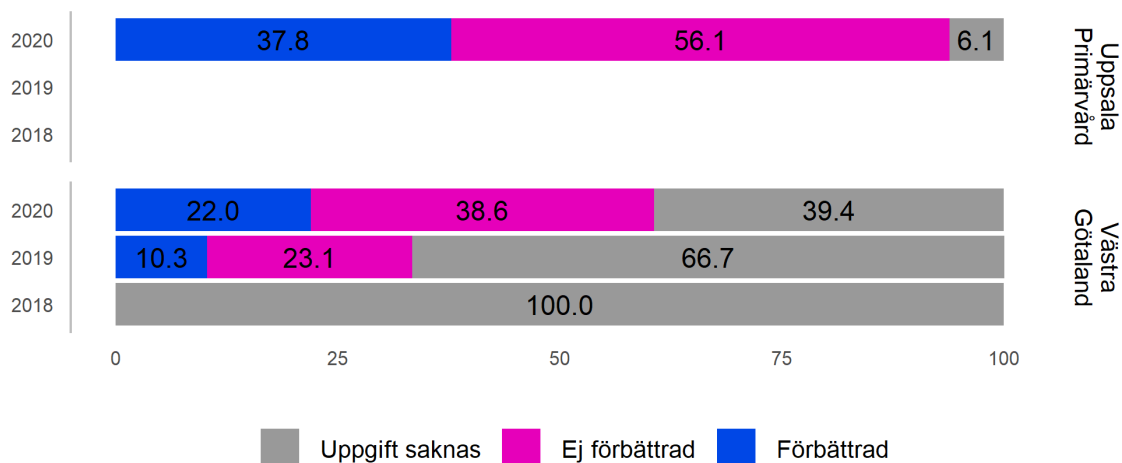
Behandlingsresultat

PSS-10

Andelen förbättrade vid behandling för stressyndrom mäts med det sjukdomsspecifika måttet Perceived Stress Scale-10 (PSS-10, Cohen et al, 1998) och kriteriet $\geq 30\%$ minskning, för mer detaljerat underlag se dokumentet "Vuxna och unga från 16 år. Definitioner av klinisk förbättring" på SibeRs statistik-sida, <https://siber.registercentrum.se>.

Effektstorlekar och underlaget avseende PSS-10-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2020 finns i tabell A12 i Appendix.

Behandlingsresultaten för de tre senaste åren (2019–2020) visas i figur 12.



Figur 12. Behandlingsresultat för stressyndrom, mätt med PSS-10, 2018–2020

KEDS

I gruppen stressyndrom ingår utmattningssyndrom som en av diagnoserna och Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS; Besér et al, 2014) som mäter grad av utmattningssyndrom kan registreras för uppföljning av detta. I Uppsala hade 66 % (54/82) patienter diagnostiserats med utmattningssyndrom, se tabell A14 i appendix. Man hade följt behandlingen med KEDS för 38 patienter vilket visade god effekt, se tabell A13 i appendix.

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2020 registrerades 325 behandlingar för stressyndrom (Uppsala primärvård, n=82, VGR primärvård, n=241, Östergötland, n=2).

Program

Patienterna i Uppsala fick främst behandling med Gustavsbergs program för stress- och utmattning, men en patient fick behandling med Uppsalas program för depression och en med Uppsalas program för social fobi.

Patienterna i VGR fick främst behandling med Livandas program Internethjälpen för stress men sammanlagt 12 patienter fick behandling med Livandas program för oro, ångest, insomni och depression.

Patienterna i Östergötland fick behandling med det egna programmet Livsbalansen för stress och återhämtning. Programmen finns beskrivna på SibeRs websida: Om SibeR/Behandlingsprogram.

Diagnoser

Den dominerande diagnosen i Uppsala var utmattningssyndrom, F43.8A (66 %) och i VGR ospecifik reaktion på svår stress, F43.9 (47 %) samt andra specifika reaktioner på svår stress, F43.8 (20%). För övrigt se tabell A14 i appendix.

Samsjuklighet

Bedömning av samsjuklighet begränsas av att uppgift om detta saknades för cirka 50 % av behandlingarna i VGR. I Uppsala saknades uppgift för 10 % och 60 % rapporterades inte ha någon samsjuklig psykiatrisk diagnos. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A15 i appendix.

De vanligaste samsjukliga diagnoserna var depression, ospecifikt ångestsyndrom, paniksyndrom och sömnstörningar.

Jämförelse klinisk förbättring och behandlarens bedömning

Andelen behandlingar där patienten skattat klinisk förändrade stressymtom med PSS-10 var 40 % och andelen där behandlarna bedömt förbättring var 65 % av de 193 behandlingar där det fanns uppgifter från både patient och behandlare. I tabell 6 ingår alla 325 startade behandlingar.

Överensstämmelsen mellan patientens skattning och behandlarens bedömning mätt med Cohens kappa (se avsnitt statistisk metod) var för stressyndrom 0.41, vilket indikerar måttligt bra överensstämmelse. Andelen där de hade olika bedömning var 31,1 procent.

Tabell 6. Korstabell över klinisk förbättring mätt med patientskattad PSS-10 och behandlarens bedömning av behandlingseffekt för stressyndrom, 2020

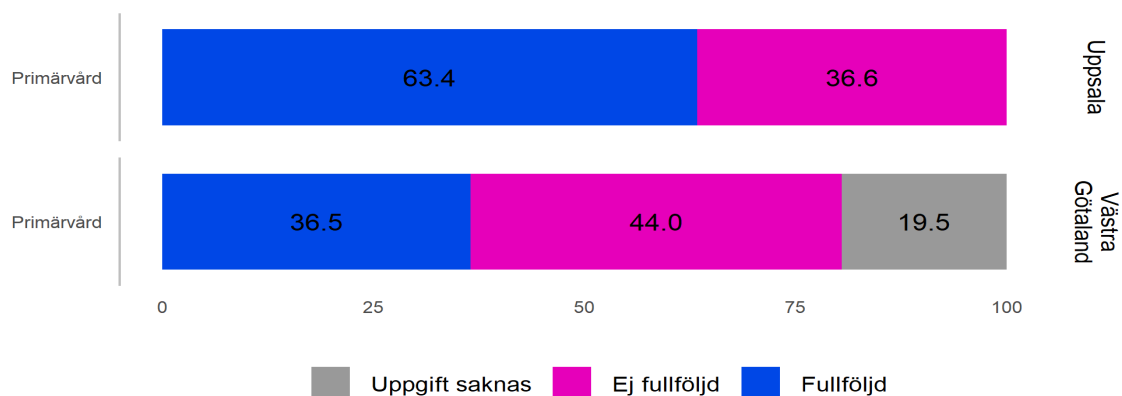
Klinisk förbättring	Behandlarens bedömning			Totalt
	Förbättrad	Ej förbättrad	Uppgift saknas	
Förbättrad	71	6	8	85
Ej förbättrad	54	62	23	139
Uppgift saknas	15	35	51	101
Totalt	140	103	82	325

Fullföljandegrad

Överenskommen behandlingstid

Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara en överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses som ett avhopp, mer sällan att behandlingseffekten är uppnådd tidigare än förväntat.

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid visas i figur 13.



Figur 13. Andel behandlingar av stressyndrom där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid 2020

Andel genomförda moduler

Andelen behandlingar där patienten genomfört mer än 75 procent av modulerna var 65 % i Uppsala primärvård, och i VGR primärvård cirka 40 %. Se tabell A16 i appendix för redovisning av andelar i kategorier 0–25, 26–50, 51–75 och 76–100 procent.

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Tabell 5 visar andelar behandlingar med förändrad funktion mätt med WHODAS vid stressbehandling i de regioner som använde formuläret 2020. I hög utsträckning saknas det dock mätvärden vilket gör det svårt att värdera utfallet. Medelvärden för WHODAS från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A17 i Appendix.

Tabell 7. Förändring av funktion mätt med WHODAS-12 frågor vid stressbehandling, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	Försämrad	Oförändrad	Förbättrad
Uppsala	Primärvård	82	48.8% (n = 40)	1.2% (n = 1)	20.7% (n = 17)	29.3% (n = 24)
Västra Götaland	Primärvård	241	63.1% (n = 152)	1.2% (n = 3)	20.3% (n = 49)	15.4% (n = 37)
Östergötland	Primärvård	2	50% (n = 1)	0% (n = 0)	50% (n = 1)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	325	59.4% (n = 193)	1.2% (n = 4)	20.6% (n = 67)	18.8% (n = 61)

Reflektion

Stress- och utmattningssyndrom är stora folkhälsoproblem där patienterna till största delen söker vård inom primärvården. Det är bra att det nu finns fler tillgängliga internetbaserade behandlingsprogram för dessa tillstånd. Vi ser fram emot när det blir fler registreringar med programmen från Gustavsbergs vårdcentral och från Östergötland som bägge har inriktning på utmattningssyndrom förutom på stresshantering.

VGR har förbättrat sin uppföljning men behöver ytterligare förbättra datakvaliteten där det ännu saknas eftermätning med PSS-10 för cirka 40 % av behandlingarna. Resultaten visar också att en lägre

andel patienter fullföljer överenskommen behandlingstid och antal moduler i programmen, vilket behöver analyseras lokalt inom VGR.

Förändring på gruppnivå mätt med PSS-10 visade hög effektstorlek för stressbehandling i Västra Götaland och medelstor effektstorlek i Uppsala. Grupperna hade olika sammansättning med övervikt av patienter med utmattningssyndrom i Uppsala. Uppföljning med KEDS i Uppsala visade hög effektstorlek. Man bör även ta hänsyn till att det saknades eftermätning för en stor andel av behandlingarna i VGR och att vi inte vet något om effekten för dessa behandlingar.

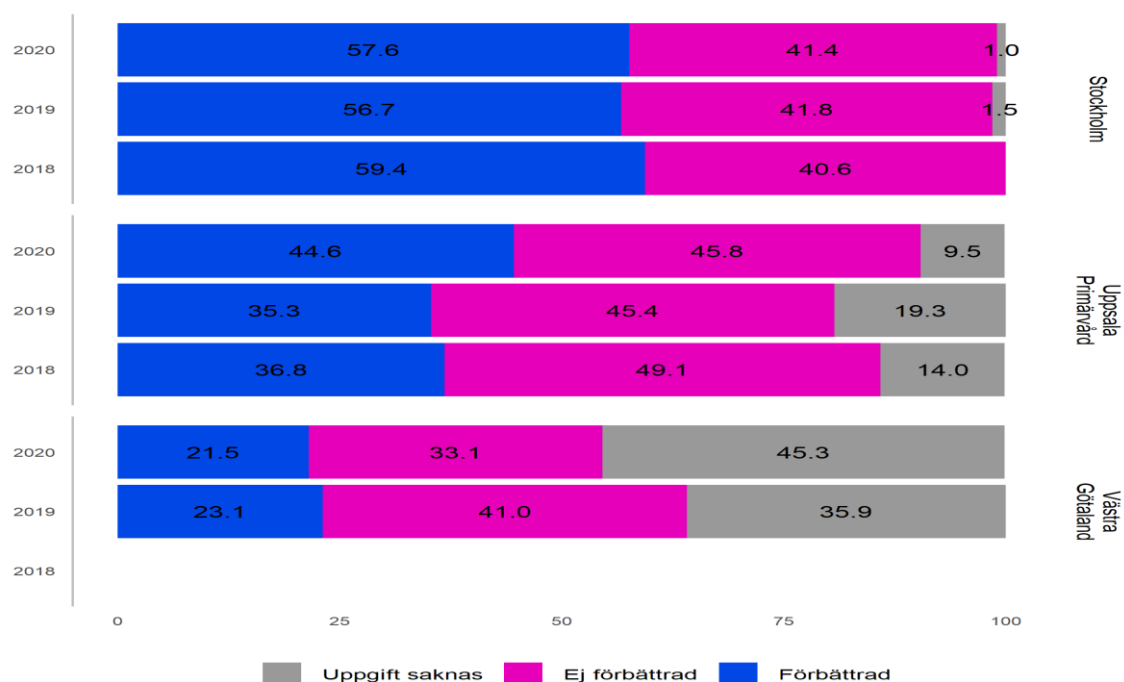
Behandlarna bedömde patienterna som förbättrade i högre grad än vad patienternas egna skattningar med Perceived Stress Scale-10 (PSS-10) angav. Det är möjligt att behandlarna uppfattar att patienterna förbättrats inom andra områden än upplevd stress. Tyvärr saknas allt för mycket uppgifter om förändring av funktion (WHODAS) för att det ska vara meningsfullt att analysera.

Diagnosgrupp Sömnstörningar

Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för sömnstörning av insomnityp mäts med det sjukdomsspecifika måttet Insomnia Severity Index (ISI, Bastien, 2001) och kriteriet $\geq 40\%$ minskning, för mer detaljerat underlag se dokumentet "Vuxna och unga från 16 - Definitioner av klinisk förbättring" på SibeRs statistik-sida, <https://siber.registercentrum.se>.

Effektstorlekar och underlaget avseende ISI-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för regioner och vårdgrenar 2019 finns i tabell A18 i appendix. Behandlingsresultaten för de tre senaste åren (2018–2020) visas för regioner och vårdgrenar i figur 14, om det finns minst 10 startade behandlingar.



Figur 14. Behandlingsresultat för sömnstörning mätt med ISI, 2018–2020

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2020 registrerades 567 behandlingar för sömnstörning (Stockholm psykiatri, n=210; Uppsala primärvård, n=168; Uppsala psykiatri, n=8, Västernorrland, n=2; VGR primärvård, n=172; VGR psykiatri, n=7).

Program

Patienterna i Stockholm fick behandling med Internetpsykiatri sömnprogram. I Uppsala primärvård och psykiatri fick man behandling med Region Uppsalas sömnprogram med 4 moduler. I Västernorrland fick man behandling med Livandas program för sömnstörningar.

Patienterna i VGR primärvård fick främst behandling med Livandas program för sömnstörning men sammanlagt 6 patienter fick behandling med Livandas program för oro, stress eller ångest. Inom VGR psykiatri Sahlgrenska började man registrera behandling med det av e-Psykiatrienheten producerade programmet för insomni. Programmen finns beskrivna på SibeRs websida: Om SibeR/Behandlingsprogram.

Diagnoser

Diagnoser som satts var F51.0 (75%), G47.0 (57 %) och G47.9 (36 %). Fördelning av diagnoserna mellan olika regioner och vårdgrenar finns i tabell A19 i appendix.

Samsjuklighet

Bedömning av samsjuklighet begränsas av att uppgift om detta saknades för cirka 50 % av behandlingarna i VGR. I Uppsala primärvård saknades uppgift för 36 %. Man har där ett förenklat bedömningsförfarande för sömnstörningar som gör att det svårare att bedöma samsjuklighet men registrerade att cirka 60 % inte hade någon samsjuklig psykiatrisk diagnos. I Stockholm hade 77 % ingen samsjuklig diagnos till skillnad från Uppsala psykiatri och VGR psykiatri där alla patienter hade samsjukliga psykiatriska diagnoser. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A20 i appendix.

De vanligaste samsjukliga diagnoserna var depression, GAD, ospecifikt ångestsyndrom, paniksyndrom och utmattningssyndrom.

Jämförelse klinisk förbättring och behandlarens bedömning

Andelen behandlingar där patienten skattat klinisk förbättrad sömn med ISI var 53 % och andelen där behandlarna bedömt förbättring var 64 % av de 406 behandlingar där det fanns uppgifter från både patient och behandlare. Överensstämmelsen mellan patientens skattning och behandlarens bedömning mätt med Cohens kapp (se avsnitt statistisk metod) var för sömnstörningar 0.61, vilket indikerar bra överensstämmelse. Andelen där de hade olika bedömning var 19,5 procent. I tabell 8 ingår alla 567 startade behandlingar för sömnstörning.

Tabell 8. Korstabell över klinisk förbättring mätt med patientskattad ISI och behandlarens bedömning av behandlingseffekt för Sömnstörning, 2020

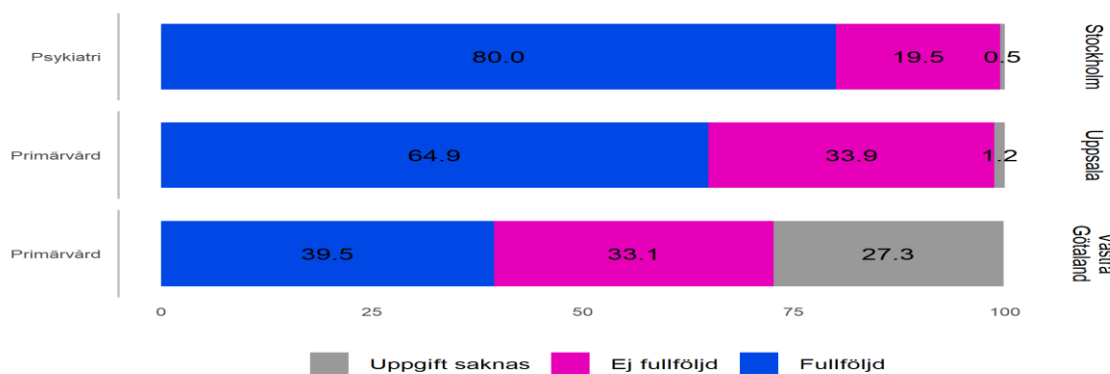
Klinisk förbättring	Behandlarens bedömning			Totalt
	Förbättrad	Ej förbättrad	Uppgift saknas	
Förbättrad	198	16	27	241
Ej förbättrad	63	129	32	224
Uppgift saknas	17	27	58	102
Totalt	278	172	117	567

Fullföljandegrad

Överenskommen behandlingstid

Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara en överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses som ett avhopp, mer sällan att behandlingseffekten är uppnådd tidigare än förväntat.

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för sömnstörning visas i figur 15.



Figur 15. Andel sömnbehandlingar där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid i regioner och vårdgrenar, 2020

Andel genomförda moduler

Andelen behandlingar där patienten genomfört mer än 75 procent av modulerna var högst i Västernorrland (100 %, n=2) och i VGR psykiatri (85 %, n=7). I VGR primärvård var det 45 % av behandlingarna där patienten genomfört mer än 75 procent av modulerna men där saknades uppgift från 24 %. För Uppsala primärvård var det 59 %, Stockholm 42 % och Uppsala psykiatri 38 %. Se tabell A21 i appendix för redovisning av andelar i kategorier 0-25, 26-50, 51-75 och 76-100 procent.

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Tabell 9 visar andelar behandlingar med förändrad funktion mätt med WHODAS vid sömnbehandling i de regioner som använde formuläret 2020. I hög utsträckning saknas det dock mätvärden vilket gör det svårt att värdera utfallet.

Medelvärden för WHODAS från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A22 i Appendix.

Tabell 9. Förändring av funktion mätt med WHODAS-12 frågor vid sömnbehandling, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	Försämrad	Oförändrad	Förbättrad
Uppsala	Primärvård	168	42.9% (n = 72)	2.4% (n = 4)	29.2% (n = 49)	25.6% (n = 43)
Uppsala	Psykiatri	8	62.5% (n = 5)	0% (n = 0)	37.5% (n = 3)	0% (n = 0)
Väster-norrland	Psykiatri	2	50% (n = 1)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	172	62.8% (n = 108)	1.7% (n = 3)	25.6% (n = 44)	9.9% (n = 17)
Västra Götaland	Psykiatri	7	28.6% (n = 2)	0% (n = 0)	42.9% (n = 3)	28.6% (n = 2)
Totalt	Totalt	567	70.2% (n = 398)	1.4% (n = 8)	17.5% (n = 99)	10.9% (n = 62)

Reflektion

I alla regionerna var behandlingseffekterna för sömn på gruppnivå stora, mätt med effektstorlek. Behandling av sömnproblem med IKBT som alternativ till läkemedels-behandling ter sig som en effektiv och angelägen intervention inom reguljär vård både för psykiatri och för primärvård.

Insomni-behandlingen vid Internetpsykiatri i Stockholm verkar ha stabilt god effekt. Verksamheten har varit i gång länge med rutiner som säkrar god datakvalitet. Goda resultat kan även ha samband med en relativt låg andel patienter med samsjukliga diagnoser och hög andel som fullföljer behandlingstiden.

Behandlingseffekten för sömnbehandling i Uppsala har ökat vilket kan ha att göra med att en hög andel patienter som fullföljer behandlingstid och moduler, vilket skulle kunna ha koppling till ökad förståelse för vilka patienter som kan dra nytta av programmet.

I VGR saknades eftermätning för nästan hälften av patienterna vilket försvårar bedömning och återkoppling.

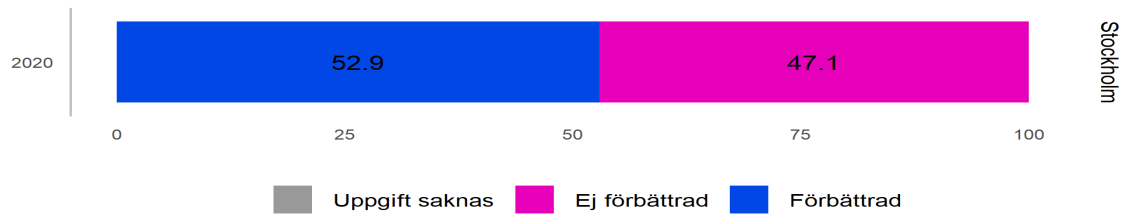
Diagnosgrupp Ängest- och orosyndrom

Dysmorfofobi (Upplevd fulhet)

Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för dysmorfofobi mäts med det sjukdomsspecifika måttet Appearance and Anxiety Inventory (AAI, Veale et al, 2014) och kriteriet $\geq 40\%$ minskning, för mer detaljerat underlag se dokumentet "Vuxna och unga från 16 år - Definitioner av klinisk förbättring" på SibeRs statistik-sida, <https://siber.registercentrum.se>.

Effektstorlekar och underlaget avseende AAI-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2020 finns i tabell A23 i Appendix. Behandlingsresultaten för 2020 visas i figur 16 för Stockholm, som var den enda anslutna regionen under året som behandlande dysmorfofobi.



Figur 16. Behandlingsresultat för dysmorfofobi mätt med AAI, Stockholm 2020 (n=70)

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2020 startade 70 behandlingar för dysmorfofobi (F45.2A) i Stockholm.

Program

Alla patienterna fick behandling med Psykiatri Sydvästs program för dysmorfofobi. Programmet finns beskrivet på SibeRs websida: Om SibeR/Behandlingsprogram.

Samsjuklighet

Trettiosju procent hade ingen samsjuklig psykiatrisk diagnos, 31 % hade en, och 24 % hade två samt 6 % hade tre eller flera samsjukliga diagnoser. De vanligaste samsjukliga diagnoserna var depression, social fobi, GAD, ätstörning, ADHD eller autismspektrum-störning.

Jämförelse klinisk förbättring och behandlarens bedömning

Andelen behandlingar där patienten skattat klinisk förbättrad dysmorfofobi med AAI var 53 % och andelen där behandlarna bedömt förbättring var 64 % av de 70 behandlingarna. Det fanns uppgifter från både patient och behandlare för alla 70, se tabell 10.

Överensstämmelsen mellan patientens skattning och behandlarens bedömning mätt med Cohens kappa (se avsnitt statistisk metod) var för dysmorfofobi 0.59, vilket indikerar måttligt bra överensstämmelse för de 70 behandlingarna. Andelen där de hade olika bedömning av 20 procent.

Tabell 10. Korstabell över klinisk förbättring mätt med patientskattad AAI och behandlarens bedömning av behandlingseffekt för dysmorfofobi, 2020

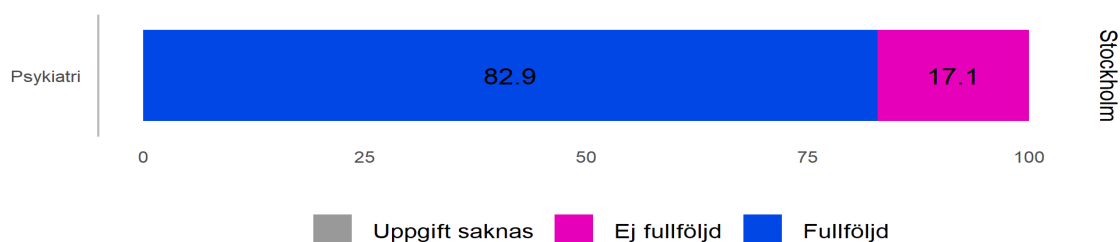
Klinisk förbättring	Behandlarens bedömning			Totalt
	Förbättrad	Ej förbättrad	Uppgift saknas	
Förbättrad	34	3	0	37
Ej förbättrad	11	22	0	33
Uppgift saknas	0	0	0	0
Totalt	45	25	0	70

Fullföljandegrad

Överenskommen behandlingstid

Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara en överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses som ett avhopp, mer sällan att behandlingseffekten är uppnådd tidigare än förväntat.

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för sömnstörning visas i figur 17.



Figur 17. Andel behandlingar för dysmorfofobi där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2020 (n=70)

Andel genomförda moduler

Andel behandlingar där patienterna hade genomfört mer än 75 % av modulerna var knappt sextio procent. Nio procent hade genomfört 51-75 % av modulerna, 18 procent 26-50 % och 14 procent 0-12 % av modulerna.

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Under 2020 använde Stockholm EQ-5D men inte WHODAS. Inget av måtten rapporteras här.

Reflektioner

År 2020 var första hela året där behandling för dysmorfofobi rapporterades i SibeR. Än så länge är det endast en enhet i landet som bedriver denna behandling i reguljär vård.

Behandlingen verkar accepteras väl av patienterna med en hög andel som fullföljer överenskommen behandlingstid och nästan 70 procent som genomfört mer än hälften av modulerna i programmet. Behandlingseffekten ter sig god med hög effektstorlek och mer än 50 procent förbättrade. Det vore önskvärt att få högre antal uppföljningar cirka 3 månader efter avslut så att det går att se om effekten är hållbar eller kanske till och med bättre en tid efter avslutad behandling.

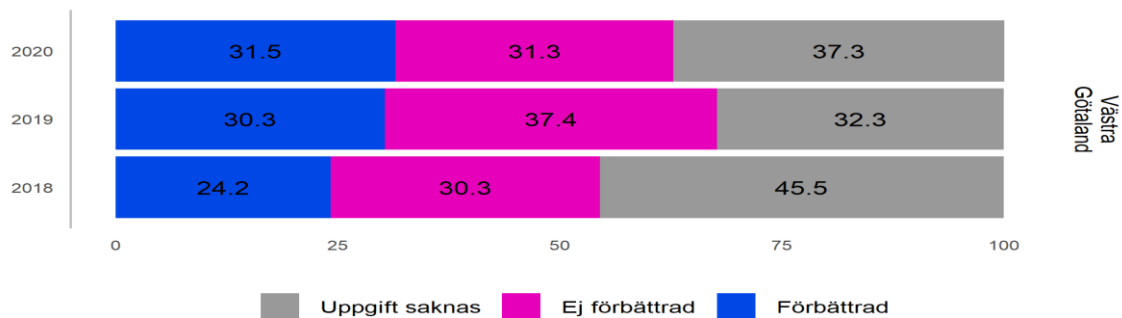
Dysmorfofobi är ofta förbiset i vården fastän undersökningar visat att cirka 1,5 procent av befolkningen lider av detta. Bland dessa patienter finns ökad risk för depression, självmord och upprepade kirurgiska ingrepp. IGBT ter sig som en möjlighet att fler kan få hjälp eftersom specialkompetensen för behandling inte finns på särskilt många ställen i landet.

Generaliserat och ospecifikt ångestsyndrom

Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för generaliserat (GAD) och ospecifikt ångestsyndrom mäts med det sjukdomsspecifika måttet Generalised Anxiety Disorder-7 (GAD-7; Spitzer et al, 2006) och kriteriet ≥ 40 % minskning, för mer detaljerat underlag se dokumentet "Vuxna och unga från 16 år - Definitioner av klinisk förbättring" på SibeRs statistik-sida, <https://siber.registercentrum.se>.

Effektstorlekar och underlaget avseende GAD-7-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2020 finns i tabell A26 i Appendix. Behandlingsresultaten för de tre senaste åren visas i figur 18, om det finns minst 10 startade behandlingar.



Figur 18. Behandlingsresultat för generaliserat och ospecifikt ångestsyndrom mätt med GAD-7 för VGR (2018, n=33; 2019, n=99, 2020, n=550)

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2020 registrerades 571 behandlingar för generaliserat eller ospecifikt ångestsyndrom (Dalarna, n=1; Uppsala primärvård, n=7; Västernorrland, n=5; VGR primärvård, n=550; VGR psykiatri, n=1; Östergötland, n=7).

Program

Patienten i Dalarna fick behandling med Psykologpartners program Ångesthjälp.

I Uppsala primärvård fick fyra patienter behandling med Gustavsbergs stressprogram, två med Uppsalas depressionsprogram och en med Uppsalas sömnprogram.

I Västernorrland fick tre patienter behandling med Livandas program för oro och två med programmet för ångest.

I Östergötland fick fem patienter behandling med Psykologpartners program Oroshjälp och två fick Ångesthjälp.

Patienterna i VGR primärvård fick främst behandling med Livandas program för oro (n=293) och för ångest (n=221). Dessutom fick 10 patienter Livandas program för social ångest, 10 patienter Livandas program för stress, två patienter depressionsprogrammet och en patient sömnprogrammet. Programmen finns beskrivna på SibeRs websida: Om SibeR/Behandlingsprogram.

Diagnoser

De diagnoser som satts i VGR primärvård var GAD (F41.0) för 47 % och Ospecifikt ångestsyndrom (F41.9) för 53 %. Fördelning av diagnoserna för övrigt mellan olika regioner och vårdgrenar visas i tabell A27 i appendix.

Samsjuklighet

Bedömning av samsjuklighet begränsas av att uppgift om detta saknades för cirka 58 % av behandlingarna i VGR och för 80 % i Västernorrland. I Uppsala primärvård rapporterade att 29 % saknade samsjuklig diagnos. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A28 i appendix.

De vanligaste samsjukliga diagnoserna var depression, anpassningsstörning, paniksyndrom, utmattningssyndrom, tvångssyndrom och sömnstörningar.

Jämförelse klinisk förbättring och behandlarens bedömning

Andelen behandlingar där patienten skattat klinisk förbättrad ångest med GAD-7 var 51 % och andelen där behandlarna bedömt förbättring var 64 % av de 329 behandlingar där det fanns uppgifter från både patient och behandlare.

Överensstämmelsen mellan patientens skattning och behandlarens bedömning mätt med Cohens kappas (se avsnitt statistisk metod) var för generaliserat och ospecifikt ångestsyndrom 0.50, vilket indikerar måttligt bra överensstämmelse för de 329 behandlingar där det fanns uppgifter från både patient och behandlare. Andelen där de hade olika bedömning var 24,9 procent. I tabell 11 ingår alla 571 startade behandlingar för generaliserat och ospecifikt ångestsyndrom.

Tabell 11. Korstabell över klinisk förbättring mätt med patientskattad GAD-7 och behandlarens bedömning av behandlingseffekt för generaliserat och ospecifikt ångestsyndrom, 2020

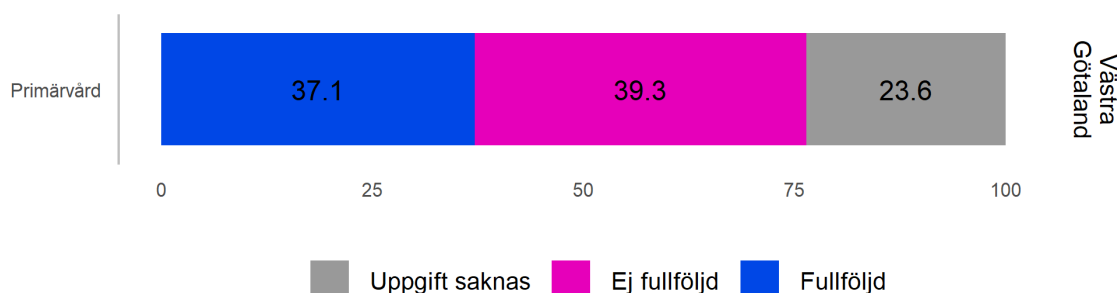
Klinisk förbättring	Behandlarens bedömning			Totalt
	Förbättrad	Ej förbättrad	Uppgift saknas	
Förbättrad	148	19	13	180
Ej förbättrad	63	99	16	178
Uppgift saknas	38	47	128	213
Totalt	249	165	157	571

Fullföljandegrad

Överenskommen behandlingstid

Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara en överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses som ett avhopp, mer sällan att behandlingseffekten är uppnådd tidigare än förväntat.

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för GAD och ospecifikt ångestsyndrom visas i figur 19, om minst tio behandlingar.



Figur 19. Andel behandlingar för GAD och ospecifikt ångestsyndrom där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2020

Antal genomförda moduler

Andelen behandlingar där patienten genomfört mer än 75 procent av modulerna var både i Uppsala primärvård och i Östergötland primärvård 86 %. För övriga, och uppdelning i kategorier om 0–25, 26–50, 51–75 och 76–100 procent fullföljande, se tabell A29 i appendix.

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Tabell 12 visar andelar behandlingar med förändrad funktion mätt med WHODAS vid behandling för generaliserat eller ospecifikt ångestsyndrom i de regioner som använde formuläret 2020. I hög utsträckning saknas det dock mätvärden vilket gör det svårt att värdera utfallet. Medelvärden för WHODAS från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A30 i Appendix.

Tabell 12. Förändring av funktion mätt med WHODAS-12 frågor vid behandling för generaliserat och ospecifikt ångestsyndrom, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	Försämrad	Oförändrad	Förbättrad
Dalarna	Primärvård	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	7	42.9% (n = 3)	0% (n = 0)	42.9% (n = 3)	14.3% (n = 1)
Väster-norrland	Psykiatri	5	40% (n = 2)	0% (n = 0)	20% (n = 1)	40% (n = 2)
Västra Götaland	Primärvård	550	61.6% (n = 339)	2.5% (n = 14)	20% (n = 110)	15.8% (n = 87)
Västra Götaland	Psykiatri	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Östergötland	Primärvård	7	100% (n = 7)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	571	61.8% (n = 353)	2.5% (n = 14)	20% (n = 114)	15.8% (n = 90)

Reflektion

Under 2020 skedde en stor ökning av registrerade behandlingar för generaliserat och ospecifikt ångestsyndrom i VGR primärvård. Det saknades tyvärr eftermätning för drygt var tredje patient vilket försvårar utvärderingen. För behandlingar med eftermätning var behandlingseffekten på gruppnivå mätt med effektstorlek hög.

Diagnosen ospecifikt ångestsyndrom ska endast sättas om någon specifik diagnos, exempelvis depression, anpassningsstörning, eller ett specifikt ångestsyndrom inte kan sättas. Den höga andelen ospecifikt ångestsyndrom talar för att det kan finnas behov av utbildning kring diagnostik.

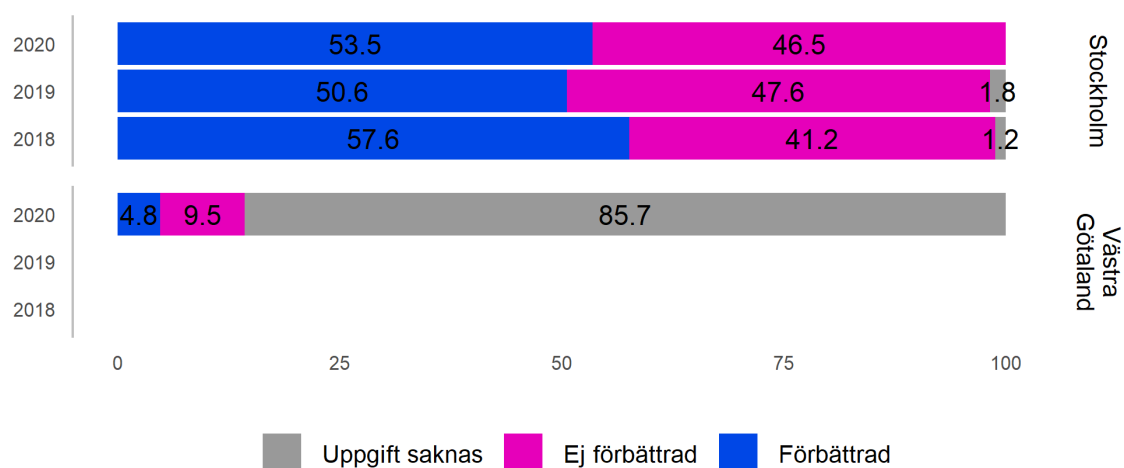
Övriga regioner och vårdgrenar har än så länge endast registrerat ett mindre antal behandlingar för GAD och ospecifikt ångestsyndrom.

Hälsångest

Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för hälsångest mäts med det sjukdomsspecifika måttet Short Health Anxiety Inventory (SHAI-14; Salkovskis et al, 2002) och kriteriet $\geq 30\%$ minskning, för mer detaljerat underlag se dokumentet "Vuxna och unga från 16 år - Definitioner av klinisk förbättring" på SibeRs statistik-sida, <https://siber.registercentrum.se>.

Effektstorlekar och underlaget avseende SHAI-värden samt antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2019 finns i tabell A31 i Appendix. Behandlingsresultaten för de tre senaste åren visas i figur 20, om det finns minst 10 registrerade behandlingar under dessa år.



Figur 20. Behandlingsresultat för hälsoångest mätt med SHAI-14, 2018–2020

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2020 registrerades 165 behandlingar för hälsoångest (Stockholm, n=144, VGR, n=21).

Program

Patienterna i Stockholm fick behandling med Internetpsykiatri program för hälsoångest. Patienterna i VGR primärvård fick behandling med Livandas program för oro (n=19) och för ångest (n=2). Programmen finns beskrivna på SibeRs websida: Om SibeR/Behandlingsprogram.

Diagnoser

Diagnosen som hade satts var F45.2 hypokondri (100 %).

Samsjuklighet

Bedömning av samsjuklighet begränsas av att uppgift om detta saknades för cirka 40 % av behandlingarna i VGR. I Stockholm rapporterade att 59 % saknade samsjuklig diagnos. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A32 i appendix.

De vanligaste samsjukliga diagnoserna var paniksyndrom, GAD, depression, sömnstörning och ADHD.

Jämförelse klinisk förbättring och behandlarens bedömning

Andelen behandlingar där patienten skattat klinisk förbättrad hälsoångest med SHAI-14 var 50 % och andelen där behandlarna bedömt förbättring var 53 % av de 145 behandlingar där det fanns uppgifter från både patient och behandlare. Överensstämmelsen mellan patientens skattning och behandlarens bedömning mätt med Cohens kapp (se avsnitt statistisk metod) var för hälsoångest var 0.66, vilket indikerar bra överensstämmelse. Andelen där de hade olika bedömning var 17,2 procent. I tabell 13 ingår alla 165 startade behandlingar för hälsoångest.

Tabell 13. Korstabell över klinisk förbättring mätt med patientskattad SHAI-14 och behandlarens bedömning av behandlingseffekt för hälsoångest, 2020

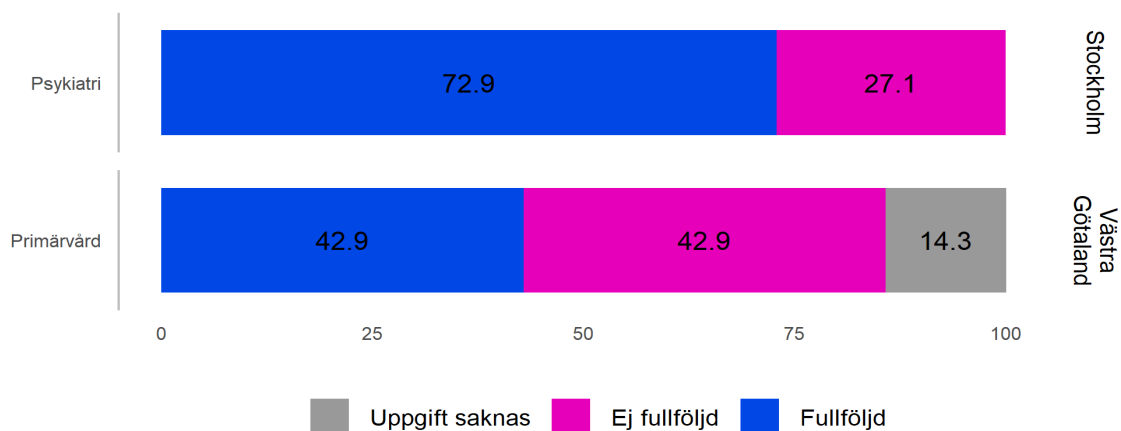
Klinisk förbättring	Behandlarens bedömning			Totalt
	Förbättrad	Ej förbättrad	Uppgift saknas	
Förbättrad	62	15	1	78
Ej förbättrad	10	58	1	69
Uppgift saknas	9	6	3	18
Totalt	81	79	5	165

Fullföljande

Överenskommen behandlingstid

Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara en överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses som ett avhopp, mer sällan att behandlingseffekten är uppnådd tidigare än förväntat.

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för hälsoångest visas i figur 15.



Figur 21. Andel behandlingar för hälsoångest där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2020

Antal genomförda moduler

Andelen behandlingar där patienten genomfört mer än 75 procent av modulerna var i VGR 43 % och i Stockholm 31 %. Det var en relativt hög andel patienter som fullföljt mindre än 50 procent av modulerna i Stockholm. För uppdelning i kategorier om 0–25, 26–50, 51–75 och 76–100 procent fullföljande, se tabell A33 i appendix.

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

WHODAS användes endast i VGR under 2020 och det var fyra av 21 behandlingar som hade både för- och eftermätning med WHODAS. Det bedöms inte meningsfullt att redovisa en förändringstabell.

Medelvärden för WHODAS från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A34 i Appendix.

Reflektioner

Behandlingen för hälsoångest vid Internetpsykiatri i Stockholm verkar ha stabilt god effekt med många som uppnår förbättring och hög effektstorlek. Verksamheten har varit i gång länge med rutiner som säkrar god datakvalitet. Goda resultat kan även ha samband med en relativt låg andel patienter med samsjukliga diagnoser och hög andel som fullföljer behandlingstiden. Att det var en relativt låg andel som fullföljde minst 75 procent av modulerna kan ha att göra med att behandlingsprogrammet innehåller många moduler (12 stycken). Möjligen bör man kondensera behandlingsprogrammet så att fler patienter tar del av innehållet, alternativt undersöka faktorer bakom lägre andel som genomför många moduler. Det vore önskvärt med en högre andel uppföljningar cirka 3 månader efter avslutad behandling för att kunna värdera hållbarhet av behandlingseffekter.

I VGR saknades det eftermätningar med SHAI-14 för 86 % av behandlingarna vilket gör det svårt att värdera och återkoppla.

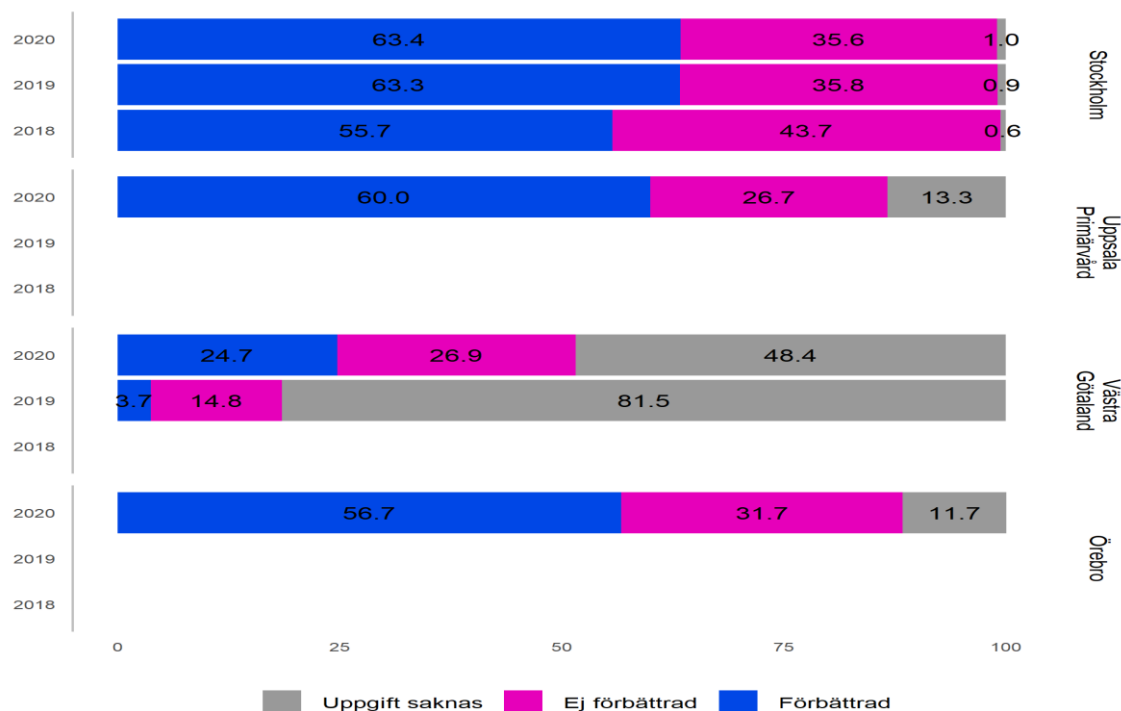
Paniksyndrom

Behandlingseffekt

Andelen förbättrade vid behandling för paniksyndrom mäts med det sjukdomsspecifika måttet Panic Disorder Severity Scale-Self Rated (PDSS-SR; Shear, 2001) och kriteriet $\geq 40\%$ minskning, för mer detaljerat underlag se dokumentet "Vuxna och unga från 16 år - Definitioner av klinisk förbättring" på SibeRs statistik-sida, <https://siber.registercentrum.se>.

Effektstorlekar och underlaget avseende PDSS-SR-värden samt antal mätta vid behandlingsstart, behandlings-avslut och uppföljning för 2019 finns i tabell A35 i Appendix.

Behandlingsresultaten för de tre senaste åren visas i figur 22, om det finns minst 10 behandlade patienter.



Figur 22. Behandlingsresultat för paniksyndrom mätt med PDSS-SR, 2018–2020

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2020 registrerades 266 behandlingar för paniksyndrom (Stockholm, n=101, Uppsala primärvård, n=15; VGR primärvård, n=93; Örebro psykiatri, n=60).

Program

Patienterna i Stockholm fick behandling med Internetpsykiatri program för paniksyndrom. Fjorton patienter i Uppsala fick behandling med Region Uppsalas program "Ingen panik" och en med Gustavsbergs program för stress och utmattning.

Patienterna i VGR primärvård fick främst behandling med Livandas program för ångest (n=84). Sammanlagt 6 patienter fick behandling med Livandas program för oro, stress eller depression. Programmen finns beskrivna på SibeRs websida: Om SibeR/Behandlingsprogram.

Diagnoser

Diagnosen som hade satts var F41.0 paniksyndrom (100 %).

Samsjuklighet

Bedömning av samsjuklighet begränsas av att uppgift om detta saknades för 47 % av behandlingarna i VGR. Andelar som saknade samsjuklig diagnos var i Stockholm 26 %, Uppsala 33% och i Örebro 18 %. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A36 i appendix.

De vanligaste samsjukliga diagnoserna var agorafobi (n=111), GAD, depression, social fobi, tvångssyndrom och sömnstörning.

Jämförelse klinisk förbättring och behandlarens bedömning

Andelen behandlingar där patienten skattat klinisk förbättrat paniksyndrom med PDSS-SR var 62 % och andelen där behandlarna bedömt förbättring var 67 % av de 208 behandlingar där det fanns uppgifter från både patient och behandlare.

Överensstämmelsen mellan patientens skattning och behandlarens bedömning mätt med Cohens kappa (se avsnitt statistisk metod) var för paniksyndrom var 0.57, vilket indikerar måttligt bra överensstämmelse för de 208 behandlingar där det fanns uppgifter från både patient och behandlare. Andelen där de hade olika bedömning var 19,7 procent. I tabell 15 ingår alla 269 startade behandlingar för paniksyndrom.

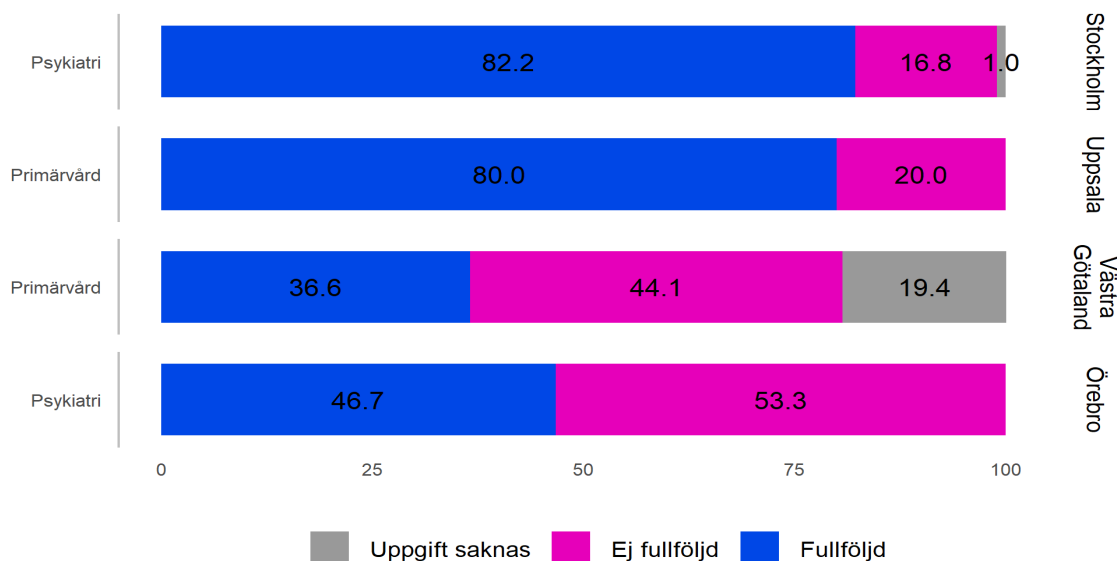
Tabell 15. Korstabell över klinisk förbättring mätt med patientskattad SHAI-14 och behandlarns bedömning av behandlingseffekt för paniksyndrom, 2020

Klinisk förbättring	Behandlarns bedömning			Totalt
	Förbättrad	Ej förbättrad	Uppgift saknas	
Förbättrad	114	16	0	130
Ej förbättrad	25	53	6	84
Uppgift saknas	18	20	17	55
Totalt	157	89	23	269

Fullföljande

Överenskommen behandlingstid

Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara en överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses som ett avhopp, mer sällan att behandlingseffekten är uppnådd tidigare än förväntat. Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för paniksyndrom visas i figur 23.



Figur 23. Andel behandlingar för paniksyndrom där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2020

Andel genomförda moduler

Andelen behandlingar där patienten genomfört mer än 75 procent av modulerna var 87 % Uppsala primärvård, 48 % i Stockholm, 45 % i VGR och i Örebro 35 %. För uppdelning i kategorier om 0-25, 26-50, 51-75 och 76-100 procent fullföljande, se tabell A37 i appendix.

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Tabell 16 visar andelar behandlingar med förändrad funktion mätt med WHODAS vid behandling för paniksyndrom i de regioner som använde formuläret 2020. I hög utsträckning saknas det dock mätvärden vilket gör det svårt att värdera utfallet. Medelvärden för WHODAS från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A38 i Appendix.

Tabell 16. Förändring av funktion mätt med WHODAS-12 frågor vid behandling för paniksyndrom, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	Försämrad	Oförändrad	Förbättrad
Uppsala	Primärvård	15	26.7% (n = 4)	6.7% (n = 1)	33.3% (n = 5)	33.3% (n = 5)
Västra Götaland	Primärvård	93	61.3% (n = 57)	1.1% (n = 1)	19.4% (n = 18)	18.3% (n = 17)
Örebro	Psykiatri	60	61.7% (n = 37)	1.7% (n = 1)	8.3% (n = 5)	28.3% (n = 17)

Reflektioner

Behandlingseffekten för paniksyndrom är stabilt god i Stockholm psykiatri. Det är glädjande att det nu kommer fler behandlingsprogram för paniksyndrom från Uppsala och Örebro som också uppvisar goda behandlingseffekter med kring 60 % förbättrade och med höga effektstorlekar. Än så länge är det få patienter som fått de nya behandlingsprogrammen och det kommer bli intressant att följa utveckling av effekter för dessa över tid.

I Örebro är behandlingseffekten hög även om det är lägre grad av fullföljda moduler och färre som fullföljt överenskommen behandlingstid, jämfört med i Uppsala och Stockholm. I Örebro har man byggt rutiner för uppföljning cirka 3 månader efter avslutad behandling och här verkar behandlingseffekterna vara hållbara.

Västra Götaland saknade uppföljning av resultat för nästan hälften av behandlingarna. För de behandlingar där man registrerat behandlingseffekt med PDSS-SR var behandlingseffekten även här hög på gruppnivå.

Social fobi

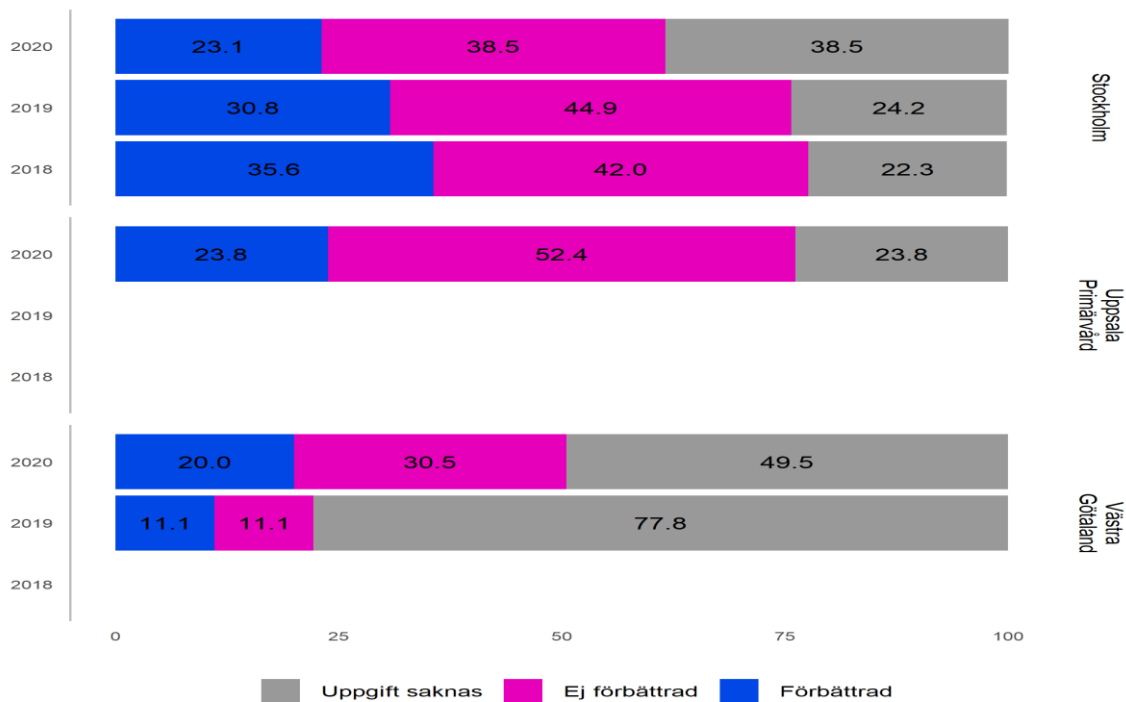
Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för social fobi mättes under 2019 med det sjukdomsspecifika måttet Liebowitch Social Anxiety Scale-Self Assessment (LSAS-SR Fresco, 2001) och kriteriet $\geq 30\%$ minskning. LSAS-SR innefattar totalt 48 frågor och ger en mycket bra bild av svårighetsgrad och omfattning av sociala situationer som väcker ångest och undvikande för den enskilda individen.

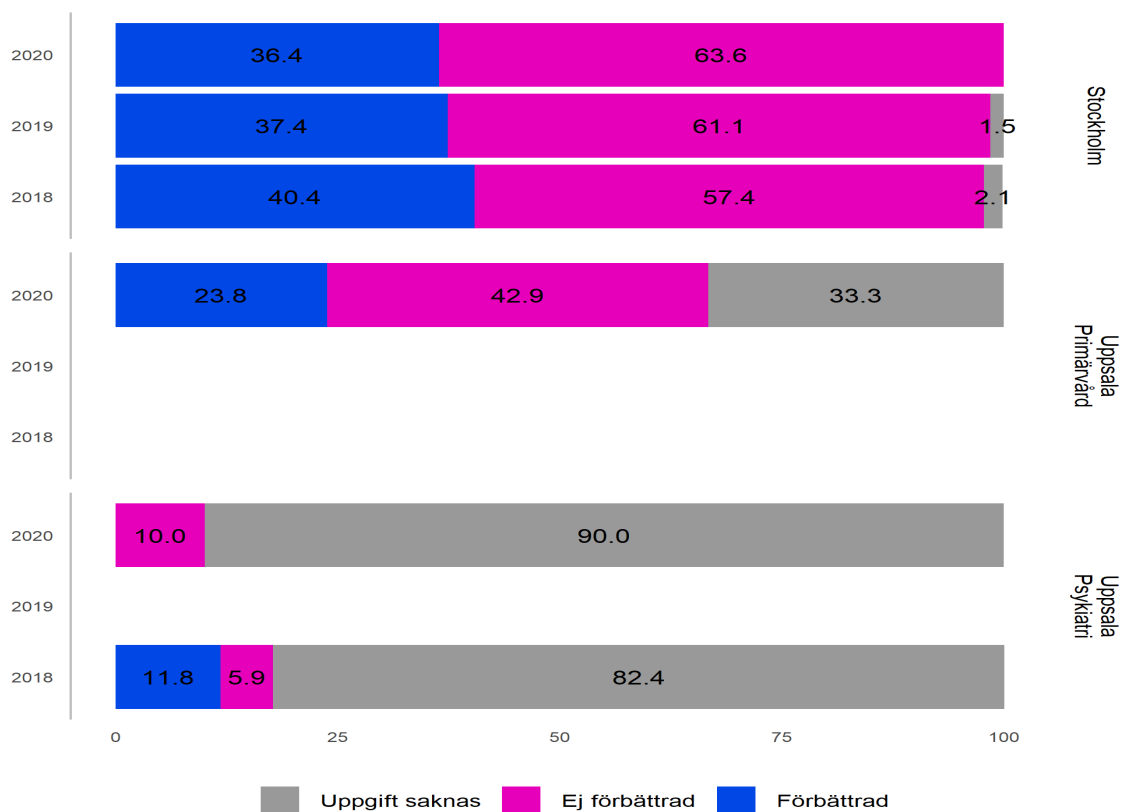
Från årsskiftet 2019/2020 valde SibeR att gå över till formuläret Social Phobia Inventory (SPIN; O'Connor et al, 2000) med 17 frågor eftersom LSAS-SR är väl omfattande för löpande mätningar. SPIN hade redan använts som ett alternativt mått och en preliminär analys hade lett fram till att sätta kriteriet för behandlingseffekt på $\geq 30\%$ minskning även för SPIN.

För mer detaljerat underlag avseende SPIN och LSAS-SR se dokumentet "Vuxna och unga från 16 år - Definitioner av klinisk förbättring" på SibeRs statistik-sida, <https://siber.registercentrum.se>.

Effektstorlekar och underlaget avseende SPIN-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlings-avslut och uppföljning för regioner och vårdgrenar 2020 finns i tabell A39 och motsvarande för LSAS-SR i tabell A40 i Appendix. Behandlingsresultaten för de tre senaste åren (2018–2020) visas för regioner och vårdgrenar i figur 24 för SPIN och figur 25 för LSAS-SR, om det finns minst 10 startade behandlingar. Observera att det inte är exakt samma individer för SPIN och för LSAS-SR.



Figur 24. Behandlingsresultat vid behandling av social fobi mätt med SPIN, 2018–2020



Figur 25. Behandlingsresultat vid behandling av social fobi mätt med LSAS-SR, 2018-2020.

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2020 registrerades 333 behandlingar för social fobi (Dalarna, n=1; Stockholm, n=195; Uppsala primärvård, n=21; Uppsala psykiatri, n=10; VGR primärvård, n=105; VGR psykiatri, n=1).

Program

Patienterna i Stockholm fick behandling med Internetpsykiatri program för social fobi.

Patienter i Uppsala fick behandling med Region Uppsalas program för social fobi.

Patienterna i VGR primärvård fick främst behandling med Livandas program för social fobi (n=93). Sju patienter fick behandling med Livandas program för ångest. Patienten i VGR psykiatri fick behandling med e-Psykiatrienhetens program för insomni.

Programmen finns beskrivna på SibeRs websida: Om SibeR/Behandlingsprogram.

Diagnoser

Diagnosen som hade satts var F40.1 social fobi (100 %).

Samsjuklighet

Bedömning av samsjuklighet begränsas av att uppgift om detta saknades för 42 % av behandlingarna i VGR. Andelar som saknade samsjuklig diagnos var i Stockholm 66 %, Uppsala primärvård 76 %, Uppsala psykiatri 0 % och VGR psykiatri 0 %. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A41 i appendix.

De vanligaste samsjukliga diagnoserna var depression, GAD, depression, sömnstörning, ADHD, och paniksyndrom.

Jämförelse klinisk förbättring och behandlarens bedömning

Andelen behandlingar där patienten skattat klinisk förbättrad social fobi med SPIN var 38 % och andelen där behandlarna bedömt förbättring var 59 % av de 187 behandlingar där det fanns uppgifter från både patient och behandlare.

Överensstämmelsen mellan patientens skattning av SPIN och behandlarens bedömning mätt med Cohens kappas (se avsnitt statistisk metod) var för social fobi var 0.52, vilket indikerar måttligt bra överensstämmelse. Andelen där de hade olika bedömning var 25,1 procent. I tabell 17 ingår alla 333 startade behandlingar för social fobi.

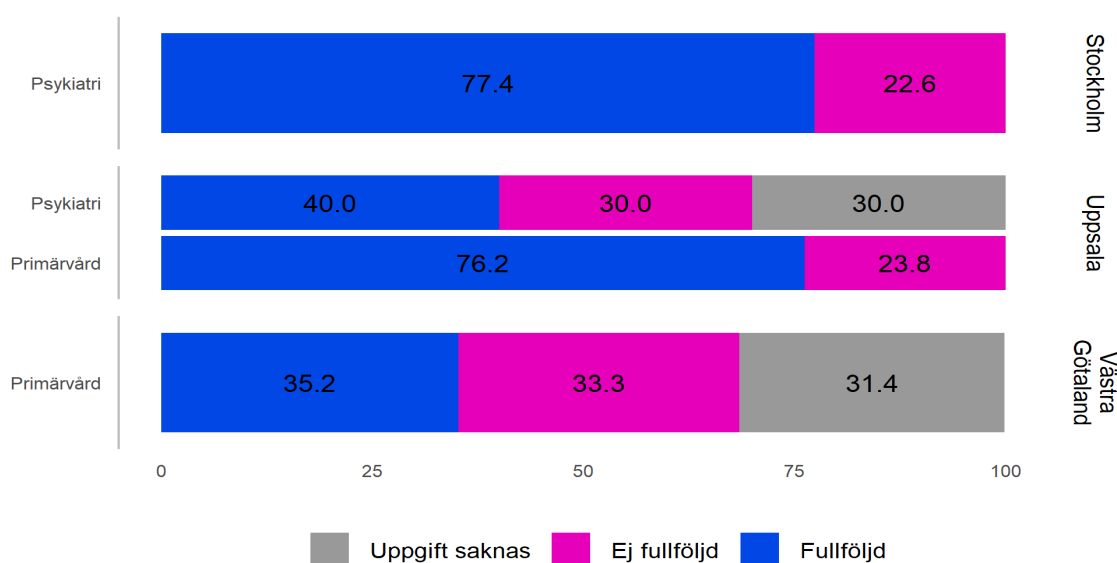
Tabell 17. Korstabell över klinisk förbättring mätt med patientskattad SPIN och behandlarens bedömning av behandlingseffekt för social fobi, 2020

Klinisk förbättring	Behandlarens bedömning			Totalt
	Förbättrad	Ej förbättrad	Uppgift saknas	
Förbättrad	67	4	0	71
Ej förbättrad	43	73	3	119
Uppgift saknas	28	73	42	143
Totalt	138	150	45	333

Fullföljande

Överenskommen behandlingstid

Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara en överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses som ett avhopp, mer sällan att behandlingseffekten är uppnådd tidigare än förväntat. Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för social fobi visas i figur 26.



Figur 26. Andel behandlingar för social fobi där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2020

Andel genomförda moduler

Andelen behandlingar där patienten genomfört mer än 75 procent av modulerna var 100 % i Dalarna (n=1), VGR psykiatri 100% (n=1), 81 % Uppsala primärvård, 38 % i Stockholm. I VGR angavs att 30 % gjort mer än 75 procent av modulerna men uppgift saknades för 46%. För uppdelning i kategorier om 0–25, 26-50, 51-75 och 76-100 procent fullföljande, se tabell A42 i appendix.

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Tabell 18 visar andelar behandlingar med förändrad funktion mätt med WHODAS vid behandling för paniksyndrom i de regioner som använde formuläret 2020. I hög utsträckning saknas det dock mätvärden vilket gör det svårt att värdera utfallet. Medelvärden för WHODAS från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A43 i Appendix.

Tabell 18. Förändring av funktion mätt med WHODAS-12 frågor vid behandling för social fobi, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	Försämrad	Oförändrad	Förbättrad
Dalarna	Primärvård	1	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	21	52.4% (n = 11)	9.5% (n = 2)	14.3% (n = 3)	23.8% (n = 5)
	Psykiatri	10	100% (n = 10)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	105	64.8% (n = 68)	0% (n = 0)	26.7% (n = 28)	8.6% (n = 9)
	Psykiatri	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)

Reflektioner

Utvärdering av social fobi är i en övergångsfas i årsrapporten 2020 på grund av bytet mellan skattningsformulären LSAS-SR och SPIN. När det gäller SPIN så ser vi i Västra Götaland en förbättrad datakvalitet dvs ökning av fullständiga mätningar med SPIN och en försämrad datakvalitet i Stockholm där man under året inte gått över till veckomätningar med SPIN.

Behandlingsresultaten är relativt låga vad gäller andel förbättrade, kring 25–40 %, med definitionerna ≥ 30 % minskning av SPIN och av LSAS-SR. Detta skiljer sig från behandlarnas uppfattning som bedömde att cirka 60 % var förbättrade. På gruppnivå, för patienter där det finns både för- och eftermätning, är behandlingsresultaten goda med hög effektstorlek i Stockholm och i Uppsala primärvård, samt med medelhög effektstorlek i VGR primärvård.

I forskningsstudier har man kunnat se att behandlingseffekter förbättrats över tid, vilket kan bero på att social fobi är ett mer kroniskt tillstånd än många andra diagnoser. Det innefattar vanemässiga tanke- och beteendemönster som kan ta lång tid att ändra. Det är därför angeläget att regionerna konsekvent använder samma mått framöver och att man lägger ned arbete på att skapa rutiner för uppföljning även tre månader efter att den vägleda behandlingen avslutats.

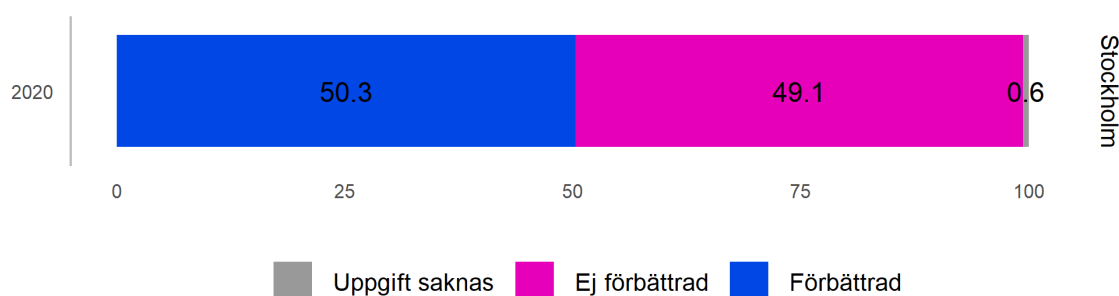
Tvångssyndrom

Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för tvångssyndrom mäts med det sjukdomsspecifika måttet Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R; Foa et al, 2002) och kriteriet $\geq 40\%$ minskning, för mer detaljerat underlag se dokumentet "Vuxna och unga från 16 år - Definitioner av klinisk förbättring" på SibeRs statistik-sida, <https://siber.registercentrum.se>.

Effektstorlekar och underlaget avseende OCI-R-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2019 finns i tabell A44 i Appendix.

Behandlingsresultaten för 2020 visas i figur 27 för Stockholm, som var den enda anslutna regionen under året som registrerade minst 10 patienter.



Figur 27. Behandlingsresultat vid tvångssyndrom mätt med OCI-R, 2020

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2020 registrerades 188 behandlingar för tvångssyndrom, (Stockholm, n=173; Uppsala primärvård, n=1; Västernorrland, n=5; VGR primärvård, n=9).

Program

Patienterna i Stockholm fick behandling med Internetpsykiatri program för tvångssyndrom utom en patient som fick behandling med Internetpsykiatri program för dysmorfofobi.

Patienten i Uppsala fick behandling med Region Uppsalas program för depression.

Patienterna i VGR primärvård fick främst behandling med Livandas program för ångest (n=4). En patient fick behandling med Livandas program för oro. Programmen finns beskrivna på SibeRs websida: Om SibeR/Behandlingsprogram.

Diagnoser

Diagnoser som hade satts var F42.2 Tvångstankar med tvångshandlingar (95 %) och F42.9 Tvångssyndrom (5 %).

Samsjuklighet

Bedömning av samsjuklighet begränsas av att uppgift om detta saknades för cirka 60 % av behandlingarna i VGR och Västernorrland. Andelar som saknade samsjuklig diagnos var i Stockholm 52 %, Uppsala primärvård 0 % (n=1). Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A45 i appendix.

De vanligaste samsjukliga diagnoserna var depression, GAD, social fobi, hälsoångest, ADHD och autismspektrumstörning.

Jämförelse klinisk förbättring och behandlarens bedömning

Andelen behandlingar där patienten skattat klinisk förbättrat tvångssyndrom med OCI-R var 50 % och andelen där behandlarna bedömt förbättring var 54 % av de 171 behandlingar där det fanns uppgifter från både patient och behandlare. Överensstämmelsen mellan patientens skattning av OCI-R och behandlarens bedömning mätt med Cohens kapp (se avsnitt statistisk metod) var för tvångssyndrom var 0.47, vilket indikerar måttligt bra överensstämmelse för de 171 behandlingar där det fanns uppgifter från både patient och behandlare. Andelen där de hade olika bedömning var 26,3 procent. I tabell 19 ingår alla 188 startade behandlingar för tvångssyndrom.

Tabell 19. Korstabell över klinisk förbättring mätt med patientskattad OCI-R och behandlarens bedömning av behandlingseffekt för tvångssyndrom, 2020

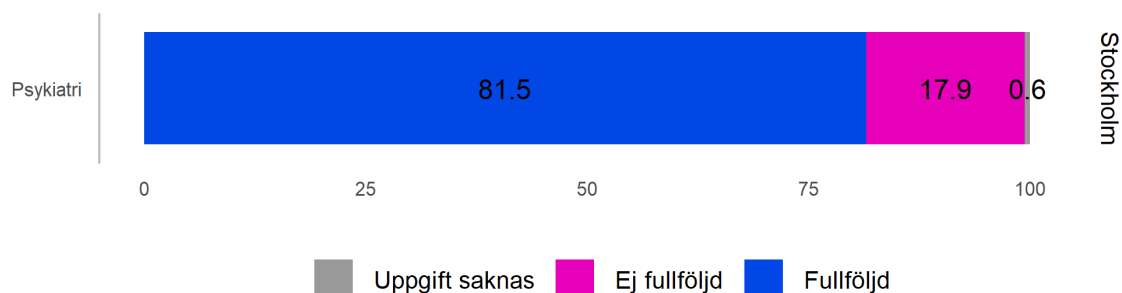
Klinisk förbättring	Behandlarens bedömning			Totalt
	Förbättrad	Ej förbättrad	Uppgift saknas	
Förbättrad	69	17	1	87
Ej förbättrad	28	57	0	85
Uppgift saknas	7	5	4	16
Totalt	104	79	5	188

Fullföljande

Överenskommen behandlingstid

Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara en överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses som ett avhopp, mer sällan att behandlingseffekten är uppnådd tidigare än förväntat.

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för tvångssyndrom visas i figur 28.



Figur 28. Andel behandlingar för tvångssyndrom där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2020

Andel genomförda moduler

Andelen behandlingar där patienten genomfört mer än 75 procent av modulerna var 54 % i Stockholm (n=173), Uppsala primärvård 100% (n=1), och 78 % i VGR primärvård (n=9). För

uppdelning i kategorier om 0–25, 26–50, 51–75 och 76–100 procent fullföljande, se tabell A46 i appendix.

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Tabell 20 visar andelar behandlingar med förändrad funktion mätt med WHODAS vid behandling för tvångssyndrom i de regioner som använde formuläret 2020. I hög utsträckning saknas det dock mätvärden vilket gör det svårt att värdera utfallet.

Medelvärden för WHODAS från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A47 i Appendix.

Tabell 20. Förändring av funktion mätt med WHODAS-12 frågor vid behandling för tvångssyndrom, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	Försämrad	Oförändrad	Förbättrad
Uppsala	Primärvård	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)
Västernorrland	Psykiatri	5	80% (n = 4)	20% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	9	22.2% (n = 2)	11.1% (n = 1)	44.4% (n = 4)	22.2% (n = 2)

Reflektioner

År 2020 var första hela året där behandling för tvångssyndrom hos vuxna rapporterades i SibeR. Behandlingen på OCD-programmet i Stockholm med Internetpsykiatri program för tvångssyndrom verkar accepteras väl av patienterna med en hög andel som fullföljer överenskommen behandlingstid och cirka 68 procent som genomfört mer än hälften av modulerna i programmet. Behandlingseffekten ter sig god med hög effektstorlek och med 50 procent förbättrade. Det vore önskvärt att få högre antal uppföljningar cirka 3 månader efter avslut så att det går att se om effekten är hållbar en tid efter avslutad behandling.

Den enstaka behandlingen i Uppsala kan vara en felregistrering eftersom patienten behandlades med ett program för depression och förbättrades mycket avseende funktionsnivå. Det var ett fåtal behandlingar för tvångssyndrom i VGR primärvård och Västernorrland psykiatri och därför svårt att utvärdera.

Ångestsyndrom hos unga

IKBT för barn och unga

Internetförmiddad psykologisk behandling för unga inkluderades i SibeR under 2018 eftersom ett program för ångestbehandling av unga (13–19 år) då började användas i flera regioner. Under 2019 började i viss omfattning Första linjen och BUP i VGR att registrera i SibeR. Våren 2020 startade enheten BUP Internetbehandling i Stockholm med att bedriva behandling med ett ångestprogram för barn i åldern 8–12 år, och senare med ett anpassat program för ungdomar.

Värdering av behandlingsresultat hos unga

I samverkan med nationell och internationell expertis fattade SibeR beslutet att som primärt utfallsmått för ångestsyndrom använda formuläret Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) i den version som den unge skattar själv (RCADS-C; Chorpita et al, 2000), OCI-CV för tvångssyndrom och KIDSCREEN-10 för funktion och hälsorelaterad livskvalitet (ICHOM, 2020; Krause

et al, 2021). Under 2020 infördes en föräldraskattad version av RCADS, RCADS-P, av särskild relevans vid behandling av barn.

Det fanns en osäkerhet över hur måtten skulle fungera, gällande både administrering och tillförlitlighet. Ett av behandlingsprogrammen hade inte inbyggda skattningar med RCADS. Unga har inte bank-ID och inte samma sätt att resonera som vuxna. De kan inte förväntas besvara långa frågeformulär varje vecka. Det fanns inget vedertaget gränsvärde för klinisk relevant förbättring med RCADS. SibeR valde i detta läge att starta med alternativen RCADS i fullskaleversion med 47 frågor och en kortare variant med 25 frågor samt ett hypotetiskt gränsvärde för klinisk förbättring:

- RCADS med 47 frågor har delskalor för ångestsyndrom i DSM-systemet (social ångest, paniksyndrom, generell ångest, tvångssyndrom, separationsångest) och egentlig depression. Totalpoäng och en delskala som summerar alla ångestskalorna ingår liksom delskalepoäng.
- RCADS med 25 frågor innefattar samma depressionsskala som i den längre versionen och har en generell ångestskala med 15 frågor. De två delskalorna och totalpoäng redovisas.
- Minst 30 procent minskning användes som definition av klinisk förbättring.

Behandlingseffekter

Andelen förbättrade vid behandling för ångestsyndrom hos unga mättes 2019 och 2020 med RCADS-47 och kriteriet $\geq 30\%$ minskning, för mer detaljerat underlag se dokumentet "Barn och unga - Definitioner av klinisk förbättring" på SibeRs statistik-sida.

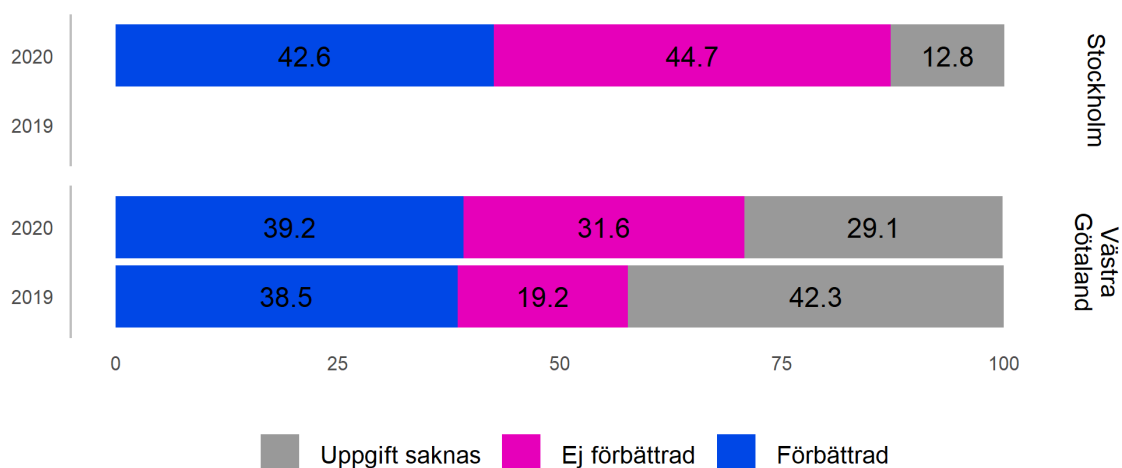
Tabell 21. Grad av ångest- och depressionssymtom mätt med RCADS-47 vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar för förändring inom individer på gruppnivå, 2020

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Antal startade	RCADS-47			RCADS-47, förändring inom individ			
				N	Medel	sd	Differens	sd	Cohen's dz	95% KI
Stockholm	BUP	Start	47	33	64.2	23.5	•	•	•	(-, -)
		Avslut		13	39.9	19.3	18.15	19.68	0.92	(0.38, 1.47)
		Uppföljning		1	36	•	22	•	•	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	79	58	63.8	17.3	•	•	•	(-, -)
		Avslut		28	48.9	18.5	15.54	19.63	0.79	(0.42, 1.16)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Västra Götaland	BUP	Start	5	5	67	20.8	•	•	•	(-, -)
		Avslut		3	46	27.6	25	14.18	1.76	(0.63, 2.89)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	6	6	58	23	•	•	•	(-, -)
		Avslut		5	46	36.6	11	14.16	0.78	(-0.1, 1.65)
		Uppföljning		4	39.5	38.7	13.25	11.32	1.17	(0.19, 2.15)

Effektstorlekar och underlaget avseende RCADS-47-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2020 redovisas i tabell 21. Effektstorlekar och underlaget avseende RCADS-25-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2020 redovisas i tabell A48 i Appendix.

I analyser av data från 2019 och 2020 såg vi att det var svårt att få in skattningar av både RCADS- 47 och RCADS-25 samt att överensstämmelsen mellan behandlarens bedömning och patientens skattningar var dålig. Vi bad därför forskare inom området att analysera forskningsdata för att undersöka olika gränsvärden för klinisk effekt. Dessa analyser visade att både totalpoängen för RCADS-47 och RCAD-25 hade låg känslighet för att upptäcka förbättrade patienter på individnivå. Data-seten var dock inte tillräckligt stora och breda så att det gick att analysera om delskalor från RCADS-47 för de olika ångestsyndromen fungerar bättre.

Med ledning av ovanstående resultat har SibeR under 2021 genomfört en förändring så att det är behandlarens bedömning av klinisk effekt som är det primära utfallsmåttet i statistikvisningar online. I nuläget uppfattar vi att behandlaren är den som är bäst skickad att sammanfoga informationen från barnet/den unge, förälder/vårdnadshavare och sina egna observationer. I figur 29 nedan har vi därför valt att redovisa *behandlarens bedömning* av andelar förbättrade i Stockholm och VGR, de anslutna regioner som under året registrerade minst 10 behandlingar.



Figur 29. Behandlingsresultat för ångestsyndrom unga mätt med behandlarens bedömning av om den unge var förbättrad eller inte, 2020

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2020 registrerades 137 behandlingar som behandlades med program för unga (Stockholm, n=47; VGR primärvård, n=79; VGR BUP, n=5; Östergötland, n=6).

Program

Patienterna i Stockholm fick behandling med Barninternetprojektets program för ångestsyndrom hos unga. Patienterna i VGR primärvård och BUP samt i Östergötland fick behandling med Psykologpartners program Ångesthjälpen Ung (n=90). Programmen finns beskrivna på SibeRs websida: Om SibeR/Behandlingsprogram.

Diagnoser

Diagnoser som hade satts var social fobi, paniksyndrom, GAD, ospecifikt ångestsyndrom, separationsångest och tvångssyndrom. Se tabell A49 i appendix för fördelning av diagnoser inom områdena.

Samsjuklighet

Bedömning av samsjuklighet begränsas av att uppgift om detta saknades till viss del i alla regioner. Andelar som saknade samsjuklig diagnos var i Stockholm BUP 21 %, VGR primärvård 49 %, VGR BUP noll %, Östergötland 67 %. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A50 i appendix.

De vanligaste samsjukliga diagnoserna var depression, GAD, specifik fobi, paniksyndrom, agorafobi, tvångssyndrom, social fobi.

Jämförelse klinisk förbättring och behandlarens bedömning

Andelen behandlingar där patienten skattat klinisk förbättrat ångestsyndrom med RCADS-47 var 44 % och andelen där behandlarna bedömt förbättring var 79 % av de 48 behandlingar där det fanns uppgifter från både patient och behandlare. Överensstämmelsen mellan patientens skattning av RCADS-C-47 och behandlarens bedömning mätt med Cohens kapp (se avsnitt statistisk metod) var för ångestsyndrom hos unga 0.34, vilket indikerar måttligt dålig överensstämmelse för de 48 behandlingar där det fanns uppgifter från både patient och behandlare. Andelen där de hade olika bedömning var 35,4 procent. I tabell 22 redovisas alla 137 behandlingar.

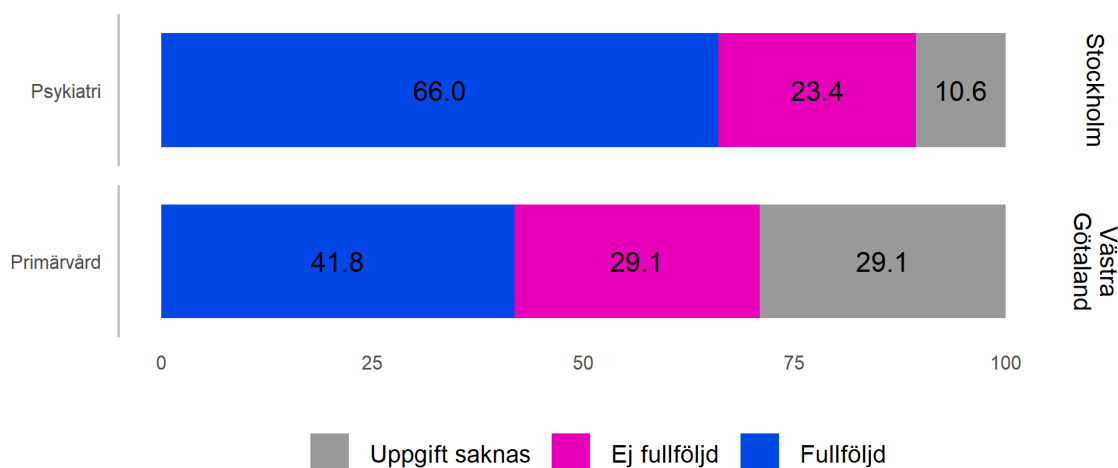
Tabell 22. Korstabell över klinisk förbättring mätt med patientskattad RCADS-C-47 totalpoäng och behandlarens bedömning av behandlingseffekt för ångestsyndrom hos unga, 2020

Klinisk förbättring	Behandlarens bedömning			Totalt
	Förbättrad	Ej förbättrad	Uppgift saknas	
Förbättrad	21	0	1	22
Ej förbättrad	17	10	0	27
Uppgift saknas	23	37	28	88
Totalt	61	47	29	137

Fullföljande

Överenskommen behandlingstid

Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara en överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses som ett avhopp, mer sällan att behandlingseffekten är uppnådd tidigare än förväntat. Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling ångestsyndrom hos unga visas i figur 30.



Figur 30. Andel behandlingar för ångestsyndrom hos unga där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2020

Andel genomförda moduler

Andelen behandlingar där patienten genomfört mer än 75 procent av modulerna var 36 % i Stockholm, VGR BUP 80 % och Östergötland 51 %. Uppgift saknades för 28 % i VGR primärvård vilket gör det svårare att bedöma. För uppdelning i kategorier om 0–25, 26–50, 51–75 och 76–100 procent fullföljande, se tabell A51 i appendix.

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

KIDSCREEN-10

KIDSCREEN är ett mått på självskattad hälsorelaterad livskvalitet hos barn och unga (8-18 år) som har utvecklats inom ramen för ett europeiskt samarbetsprojekt och finns tillgängligt i versioner med olika antal frågor (Ravens-Sieberer et al, 2013). Versionen med 10 frågor, KIDSCREEN-10, är ett allmänt hälsoindex som mäter i vilken omfattning den unge känner sig lycklig, bra och tillfreds med sin familj, kamrater och liv i skolan. KIDSCREEN-10 finns också i en föräldraskattad version som används främst vid behandling av barn i SibeR. SibeR har avtal för användning av KIDSCREEN-10 i svensk sjukvård.

Totalpoäng varierar mellan 10 och 50. Internationella normer anger att T-poäng 50 motsvarar cirka 40 rå-poäng med viss variation i åldersgrupperna 8-11 år, 12-18 år och kön. Ju högre poäng desto högre upplevd hälsorelaterad livskvalitet. Svenska normer för åldersgruppen 12-18 år anger att "normala" poäng ligger mellan ca 37- 43 (38 % ligger inom detta intervall). Cirka 44 poäng och högre indikerar högre livskvalitet och cirka 36 poäng och lägre sämre livskvalitet. För flickor är medelvärdet 39 poäng, 25 poäng och lägre är mycket ovanligt. För pojkar är medelvärdet 41 poäng, 26 poäng och lägre är mycket ovanligt.

Resultat KIDSCREEN-10

Under 2020 så användes KIDSCREEN-10 endast på enheten BUP Internetbehandling i Stockholm. För 41 av 47 startade behandlingar fanns mätning vid uppstart (medelvärde 33.2, standarddeviation 4.7) och för 22 av 47 (47 %) vid behandlingsavslut (medelvärde 35, standarddeviation 6.2), i versionen som den unge besvarat.

Reflektion

Behovet av att erbjuda bra hjälp för ångest och depression bland unga är stort. Om man inte får hjälp under barn- och ungdomstid finns risk för utveckling av kroniska tillstånd. Internetförmedlad

psykologisk behandling för barn och unga är ett nytt område inom svensk sjukvård som söker bidra till att avhjälpa bristen på behandling genom att både barn och föräldrar får stöd till självhjälp. En utmaning för förbättringsarbetet är en generellt större ovana och mindre utvecklad metodik för utvärdering av behandlingseffekter för barn jämfört med för vuxna. Evidensläget är också betydligt mindre vilket gör behovet av utvärdering i reguljär vård än större.

I årsrapporten för 2020 presenterar SibeR för första gången behandlingsresultat för mer än enstaka unga patienter i reguljär vård. Vi ser att IGBT för ångestsyndrom hos unga gav goda resultat på gruppnivå med höga effektstorlekar, för de behandlingar där det fanns både för- och eftermätning med RCADS-47 frågor. Underlaget innefattade dock endast 36 procent av behandlingarna. Användning av den kortare varianten, RCADS-25 frågor, visade sig inte avhjälpa svårigheten med att få in skattningar och var sannolikt ett mindre precist utfallsmått. Måendekollen Ung, det specifika skattningmomentet i SoB för unga som hade byggts av VGR och SibeR för att underlätta datainsamling, kom inte heller till allmän användning.

Utfallsmåttet RCADS är väl förankrat i internationella riktlinjer och hos svensk expertis, men i SibeR har vi hittills sett att överensstämmelsen mellan barnets och behandlarens skattning är måttligt dålig för den enskilda patienten. Analyser av forskningsmaterial styrker detta. En slutsats som vi dragit inför 2021 är att redovisa behandlares skattning av förbättrad effekt som primärt mått på Statistikvisningar online och även i denna årsrapport. Vi anser att det samtidigt är mycket angeläget att behandlarens bedömning kompletteras med barnets, och ofta också vårdnadshavarens, skattningar och upplevelser av behandlingen.

Alla regioner som bedriver internetbehandling för unga rekommenderas ansluta sig till SibeR och bidra till utvecklingsarbetet. Framsteg görs nu genom att utgivarna av behandlings-program lägger in SibeRs standardiserade mått i programmen så att insamling av skattningar underlättas. I takt med att SibeR får in mer skattningar så kommer detta kunna analyseras och bidra till bättre kunskap om hur exempelvis delskalorna i RCADS fungerar. Under 2021 avser vi sätta igång en arbetsgrupp för utveckling av metodik inom området.

Metod

I årsrapporten används huvudsakligen beskrivande statistik med jämförelser av medelvärden med spridningsmått. För definitioner av förbättring och fler referenser hänvisas till SibeRs hemsida, flik statistik, där det finns pdf-dokument för utfall hos vuxna och hos barn/unga.

Cohens kappa

För jämförelse mellan patientens självskattning med de sjukdomsspecifika måtten och behandlarens bedömning av förbättring används Cohens kappa. Det blir en form av korsvalidering med begränsningen av att det är olika, kompletterande perspektiv.

Cohens kappa mäter överensstämmelsen mellan två eller flera bedömare för utfall i kategorier med hänsyn till inverkan av slumpen. Här handlar det om två typer av bedömning av kliniskt utfall, patientens skattning av symtom och behandlarens bedömning av förbättring. Databortfall hanteras genom "list-wise deletion", dvs. att behandlingar med kompletta data analyserades (De Raadt A, Warrens MJ, Bosker RJ, Kiers HAL. Kappa Coefficients for Missing Data. Educational and Psychological Measurement 2019;79(3):558-576). Grad av överensstämmelse kan beskrivas enligt följande gränsvärden för Cohens kappa (Valideringshandbok för kvalitetsregister, 2016:

<http://kvalitetsregister.se/drivaregister/valideringshandbok/valideringsstudierexempel/cohenskappa.1936.html>):

- | | |
|-------------|----------------|
| • < 0.20 | Dålig |
| • 0.21-0.40 | Måttligt dålig |
| • 0.41-0.60 | Måttligt bra |
| • 0.61–0.80 | Bra |
| • 0.81-1.00 | Mycket bra |

Effektstorlek

För beräkning av effektstorlekar, det vill säga standardiserat medelvärde för inom-individ förändring för grupper, har vi använt Cohen's d_z enligt artikeln av Daniel Lakens: Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for t-test and ANOVAs. Frontiers in Psychology;4:863; November 2013.

$$\text{Cohen's } d_z = \frac{M_{\text{diff}}}{\sqrt{\frac{\sum (X_{\text{diff}} - M_{\text{diff}})^2}{N - 1}}} \quad (6)$$

Shift-tabeller för WHODAS

Som funktionsmått används World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0; Üstün et al, 2010) Man har beräknat att förändring med 9 procentenheter av WHODAS-12 frågor innebär en tillförlitlig och meningsfull förändring (Obbarius et al. Standardization of health outcomes assessment for depression and anxiety: recommendations from the ICHOM Depression and Anxiety Working Group. Quality of Life Research 2017;26(12), 3211-3225.). Detta innebär att det går att beräkna andelar behandlingar där patienten förbättrades, var oförändrad eller försämrades i sin funktionsnivå.

APPENDIX

Allmänt

Tabell A1. Skattad* täckningsgrad i anslutna regioner, 2020

Region	Vårdgren	Antal startade program	Registrerade i SibeR	Täckningsgrad
Dalarna**	Primärvård	1100	3	0,3 %
	Psykiatri	65	0	0 %
	BUP	5	0	0 %
	Totalt	1170	3	0,3 %
Stockholm	Primärvård	850	0	0 %
	Psykiatri***	1180	1061	90 %
	BUP	57	49	86 %
	Totalt	2087	1110	53 %
Uppsala	Primärvård	550	486	88 %
	Psykiatri	45	39	87 %
	BUP	1	0	0 %
	Totalt	596	525	88 %
Västernorrland	Primärvård	30	0	0 %
	Psykiatri	35	15	43 %
	Totalt	65	15	23 %
Västra Götaland	Primärvård	3200	1529	48 %
	Psykiatri	20	11	55 %
	BUP	30	5	17 %
	Totalt	3250	1534	47 %
Örebro	Psykiatri/primärvård	270	241	89 %
	BUP	23	0	0 %
	Totalt	293	241	82 %
Östergötland	Primärvård	1800	15	0,8 %
	Psykiatri	100	0	0
	BUP	60	0	0
	Totalt	1960	15	0,8 %
Alla **	Anslutna enheter	6534	3454	53 %
	Alla vårdgrenar	9421	3454	37 %

* Skattningen baseras främst på statistik från Inera av vilka behandlingsprogram i Stöd och behandlingsplattformen (SoB) som tilldelats i regionerna under 2020. Sydöstra regionen har egen tydligare statistik. Observera att statistiken kan ange hur många program som tilldelats, ej hur många behandlingar som startats av patienter. Ibland startar patienter aldrig behandling och ska då inte registreras i SibeR. Ibland sker tilldelning av program till behandlare som led i utbildning. I Stockholm internetpsykiatri och OCD-programmet har SibeR fått direkt uppgift om antal startade program eftersom man där i huvudsak använde annan teknisk plattform under 2019-2020.

** Skåne och Sörmland anslöt först under kvartal 4 2020 och inräknas inte. Dalarna började registrera under kvartal 3 2020 i liten omfattning och räknas ändå med.

*** Psykiatri Stockholm innefattar Internetpsykiatri och OCD-programmet, Psykiatri Sydväst (anslutna, 1 123 startade) och Capio psykiatri (icke-anslutet, cirka 60 startade).

Tabell A2. Kön och ålder hos patienter som startade internet behandling 2020

Region	Vårdgren	Antal	Andel kvinnor	Medel-ålder	SD	Median-ålder	Lägst ålder	Högst ålder
Dalarna	Primärvård	3	100.0	32.0	1.7	31	31	34
Stockholm	Psykiatri, BUP	1110	65.0	34.2	12.9	32	6	81
Uppsala	Primärvård	486	69.3	35.5	11.9	32	18	78
	Psykiatri	39	79.5	22.8	3.9	22	18	39
Västernorrland	Psykiatri	15	60.0	33.4	10.2	30	22	56
Västra Götaland	Primärvård	1529	67.6	34.3	12.5	32	12	78
	Psykiatri, BUP	16	75.0	29.0	13.3	26	15	55
Örebro	Psykiatri	241	60.6	35.9	12.5	33	18	71
Östergötland	Primärvård	15	73.3	19.5	4.1	19	14	27
Totalt	Primärvård	2033	68.1	34.5	12.4	32	12	78
	Psykiatri	1421	64.7	34.1	12.8	31	6	81
	Alla	3454	66.7	34.3	12.6	32	6	81

Tabell A4. Antal dagar mellan vårdbegäran och behandlingsstart (minsta, maximalt och median; n=3454)

Region	Vårdnivå	Antal behandlingsstartar	min	median	max
Dalarna	Primärvård	3	1	5	21
Stockholm	Psykiatri	1110	1	23	152
Uppsala	Primärvård	486	0	14	120
	Psykiatri	39	0	35	218
Västernorrland	Psykiatri	15	0	23	98
Västra Götaland	Primärvård	1529	0	7	316
	Psykiatri	16	2	39	204
Örebro	Psykiatri	241	1	15	50
Östergötland	Primärvård	15	0	7	27

Tabell A3. Andelar av startade internetbehandlingar 2020 där patienten hade ingen risk, riskkonsumtion, skadligt bruk eller beroende av alkohol enligt AUDIT i regioner och vårdgrenar (n=3444)

Region	Vårdgren	Uppgift saknas	Inte risk	Riskbruk	Skadligt bruk	Beroende
Dalarna	Primärvård	100% (n=3)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
Stockholm	Psykiatri	25.9% (n=287)	63.7% (n=707)	9.3% (n=103)	1.1% (n=12)	0.1% (n=1)
Uppsala	Primärvård	7% (n=34)	81.9% (n=398)	10.1% (n=49)	0.4% (n=2)	0.6% (n=3)
	Psykiatri	100% (n=39)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
Västernorrland	Psykiatri	66.7% (n=10)	33.3% (n=5)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
Västra Götaland	Primärvård	85.8% (n=1312)	12.7% (n=194)	1.2% (n=18)	0.2% (n=3)	0.1% (n=2)
	Psykiatri	68.8% (n=11)	25% (n=4)	6.2% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)
Örebro	Psykiatri	0.4% (n=1)	85.9% (n=207)	13.3% (n=32)	0.4% (n=1)	0% (n=0)
Östergötland	Primärvård	73.3% (n=11)	26.7% (n=4)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
Totalt	Totalt	49.4% (n=1708)	44% (n=1519)	5.9% (n=203)	0.5% (n=18)	0.2% (n=6)

Tabell A5. Antal dagar mellan beslut om behandling och behandlingsstart (minsta, maximalt och median; n=3352)

Region	Vårdnivå	Antal behandlingsstartar	Antal med båda datumen	min	median	max
Dalarna	Primärvård	3	3	0	0.0	5
Stockholm	Psykiatri	1110	1109	0	2.0	104
Uppsala	Primärvård	486	447	0	0.0	79
Uppsala	Psykiatri	39	39	0	0.0	30
Västernorrland	Psykiatri	15	15	0	0.0	98
Västra Götaland	Primärvård	1529	1470	0	0.0	119
Västra Götaland	Psykiatri	16	16	0	2.0	113
Örebro	Psykiatri	241	241	0	0.0	1
Östergötland	Primärvård	15	12	0	0.5	6

Depression

Tabell A6-A11

Tabell A6. Effektstorlekar och symtom mätt med Montgomery Åsberg Depression Rating Scale-Self Assessment vid behandling av depression i regioner och vårdgrenar, 2020

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Antal startade	MADRS-S			MADRS-S förändring inom individ			
				N	Medel	sd	Differens	sd	Cohen's dz	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	1	0	•		•		•	(-, -)
		Avslut	0		•		•	0	•	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	170	170	23.1	6.2	•		•	(-, -)
		Avslut	170	14.2	9.2	8.88	8.76	1.01		(0.86, 1.16)
		Uppföljning	48	9.2	8.2	12.19	9.16	1.33		(1.05, 1.61)
Uppsala	Primärvård	Start	192	170	25.5	6.9	•		•	(-, -)
		Avslut	161	17.9	9.3	8.03	8.5	0.95		(0.79, 1.1)
		Uppföljning	0		•		•	0	•	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	21	21	27.8	9.5	•		•	(-, -)
		Avslut	13	24.5	10.7	3.23	6.75	0.48		(-0.06, 1.02)
		Uppföljning	0		•		•	0	•	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	3	3	21.3	6.7	•		•	(-, -)
		Avslut	3	26.7	8.5	-5.33	13.8	-0.39		(-1.52, 0.75)
		Uppföljning	0		•		•	0	•	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	259	224	23.5	8.2	•		•	(-, -)
		Avslut	155	16.2	9.1	7.38	7.98	0.92		(0.77, 1.08)
		Uppföljning	0		•		•	0	•	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	2	1	20		•		•	(-, -)
		Avslut	1	19		1		•		(-, -)
		Uppföljning	0		•		•	0	•	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	181	181	24.8	6.4	•		•	(-, -)
		Avslut	173	16.4	9.2	8.31	8.31	1		(0.85, 1.15)
		Uppföljning	122	14.3	9.4	10.35	8.97	1.15		(0.98, 1.33)

Tabell A7. Fördelning av ICD-diagnoser inom diagnosgrupp depression för regioner och vårdgrenar, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	F32 Depressiv episod	F33 Recidiverande depression	F34.1 Ihållande depression, dystymi	F32.9 Ospecifik depression
Dalarna	Primärvård	1	100.0% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Stockholm	Psykiatri	170	35.9% (n=61)	57.6% (n=98)	5.3% (n=9)	1.2% (n=2)
Uppsala	Primärvård	192	38.0% (n=73)	37.5% (n=72)	2.1% (n=4)	22.4% (n=43)
	Psykiatri	21	33.3% (n=7)	57.1% (n=12)	9.5% (n=2)	0.0% (n=0)
Västernorrland	Psykiatri	3	0.0% (n=0)	100.0% (n=3)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Västra Götaland	Primärvård	259	68.0% (n=176)	22.0% (n=57)	1.5% (n=4)	8.5% (n=22)
Västra Götaland	Psykiatri	2	50.0% (n=1)	50.0% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Örebro	Psykiatri	181	33.7% (n=61)	66.3% (n=120)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Totalt	Totalt	829	45.8% (n=380)	43.8% (n=363)	2.3% (n=19)	8.1% (n=67)

Tabell A8. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för depression i regioner och vårdgrenar, 2020

Region	Vårdgren	Startade	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Stockholm	Psykiatri	170	58.8% (n = 100)	29.4% (n = 50)	7.1% (n = 12)	4.7% (n = 8)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	192	54.7% (n = 105)	16.1% (n = 31)	4.7% (n = 9)	1.6% (n = 3)	22.9% (n = 44)
Uppsala	Psykiatri	21	9.5% (n = 2)	23.8% (n = 5)	38.1% (n = 8)	28.6% (n = 6)	0% (n = 0)
Väster- norrland	Psykiatri	3	100% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	259	19.3% (n = 50)	24.3% (n = 63)	5.8% (n = 15)	0.8% (n = 2)	49.8% (n = 129)
Västra Götaland	Psykiatri	2	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	50% (n = 1)
Örebro	Psykiatri	181	54.7% (n = 99)	23.2% (n = 42)	13.3% (n = 24)	8.3% (n = 15)	0.6% (n = 1)
Totalt	Totalt	829	43.5% (n = 361)	23% (n = 191)	8.2% (n = 68)	4.1% (n = 34)	21.1% (n = 175)

Tabell A9. Andelar av genomförda moduler i fyra kategorier från 0-25 % till 76-100% vid depressionsbehandling, 2020.

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Uppgift saknas	Andelar (%)			
				0 – 25%	26 – 50%	51 – 75%	76 – 100%
Dalarna	Primärvård	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Stockholm	Psykiatri	170	0.6% (n = 1)	12.4% (n = 21)	22.4% (n = 38)	12.9% (n = 22)	51.8% (n = 88)
Uppsala	Primärvård	192	4.7% (n = 9)	10.9% (n = 21)	19.3% (n = 37)	8.3% (n = 16)	56.8% (n = 109)
	Psykiatri	21	0% (n = 0)	14.3% (n = 3)	23.8% (n = 5)	23.8% (n = 5)	38.1% (n = 8)
Väster- norrland	Psykiatri	3	0% (n = 0)	0% (n = 0)	33.3% (n = 1)	33.3% (n = 1)	33.3% (n = 1)
Västra Götaland	Primärvård	259	19.3% (n = 50)	13.5% (n = 35)	18.5% (n = 48)	5.4% (n = 14)	43.2% (n = 112)
	Psykiatri	2	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	50% (n = 1)	50% (n = 1)
Örebro	Psykiatri	181	0% (n = 0)	18.2% (n = 33)	23.2% (n = 42)	11% (n = 20)	47.5% (n = 86)
Totalt	Totalt	829	7.4% (n = 61)	13.6% (n = 113)	20.6% (n = 171)	9.5% (n = 79)	48.9% (n = 405)

Tabell A10. Funktionsnedsättning (%) mätt med WHODAS 2.0- 12 frågor vid depressionsbehandling i regioner och vårdgrenar, 2020

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Dalarna	Primärvård	1	0	•	•	0	•	•	0	•	•
Uppsala	Primärvård	192	161	40.1	14.9	105	32.3	15.7	0	•	•
	Psykiatri	21	14	52.7	15.3	5	48.6	24.7	0	•	•
Väster- norrland	Psykiatri	3	2	33.5	7.8	1	43	•	0	•	•
Västra Götaland	Primärvård	259	217	36.1	15.6	98	27.1	16.9	0	•	•
	Psykiatri	2	1	48	•	1	41	•	0	•	•
Örebro	Psykiatri	181	172	39.2	14.5	87	26.8	15.6	114	24.2	18.6

Tabell A11. Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D index vid depressionsbehandling, 2020

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Stockholm	Psykiatri	170	170	0.6	0.2	125	0.8	0.2	46	0.8	0.2
Örebro	Psykiatri	181	9	0.7	0.2	4	0.8	0.2	7	0.9	0.1

Stressyndrom

Tabell A12-A17

Tabell A12. Effektstorlekar och symtom mätt med Perceived Stress Scale-10 vid behandling av stressyndrom i regioner och vårdgrenar, 2020

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Antal startade	PSS-10			PSS-10, förändring inom individ			
				N	Medel	sd	Differens	sd	Cohen's dz	95% KI
Uppsala	Primärvård	Start	82	80	21.3	6.5	•	•	•	(-, -)
		Avslut		77	16.4	8.2	4.86	7.51	0.65	(0.42, 0.87)
		Uppföljning		0	•	•	0	•	(-, -)	
Västra Götaland	Primärvård	Start	241	202	24.9	5.1	•	•	•	(-, -)
		Avslut		146	19	6.5	5.66	6.48	0.87	(0.71, 1.04)
		Uppföljning		1	11		18	•	•	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	2	2	20	2.8	•	•	•	(-, -)
		Avslut		1	15		7	•	•	(-, -)
		Uppföljning		0	•	•	0	•	(-, -)	

Tabell A13. Effektstorlekar och grad av symtom mätt med Karolinska Exhaustion Disorder Scale vid behandling av utmattningssyndrom i regioner och vårdgrenar, 2020

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Antal startade	N	KEDS		KEDS, förändring inom individ			
					Medel	sd	Differens	sd	Cohen's dz	95% KI
Uppsala	Primärvård	Start	82	64	29.6	7.6	•	•	•	(-, -)
		Avslut		38	20.2	7.7	8.42	7.77	1.08	(0.77, 1.4)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	241	26	30.2	6	•	•	•	(-, -)
		Avslut		4	22.5	7	6.25	9.32	0.67	(-0.31, 1.65)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	2	2	18.5	3.5	•	•	•	(-, -)
		Avslut		0	•	•	•	0	•	(-, -)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)

Tabell A14. Fördelning av diagnoser inom stressyndrom, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	F43.2	F43.8	F43.8W	F43.9	F43.8A
Uppsala	Primärvård	82	22.0% (n=18)	9.8% (n=8)	0.0% (n=0)	2.4% (n=2)	65.9% (n=54)
Västra Götaland	Primärvård	241	15.4% (n=37)	26.1% (n=63)	6.6% (n=16)	46.9% (n=113)	5.0% (n=12)
Östergötland	Primärvård	2	50.0% (n=1)	50.0% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Totalt	Totalt	325	17.2% (n=56)	22.2% (n=72)	4.9% (n=16)	35.4% (n=115)	20.3% (n=66)

F43.2= Anpassningsstörning, F43.8= Andra specificerade reaktioner på svår stress, F43.8W= Andra specificerade reaktioner på svår stress än utmattningssyndrom, F43.9= Reaktion på svår stress, ospecificerad, F43.8A= Utmattnings-syndrom

Tabell A15. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för stressyndrom i regioner och vårdgrenar, 2020

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Uppsala	Primärvård	82	61% (n = 50)	23.2% (n = 19)	2.4% (n = 2)	1.2% (n = 1)	12.2% (n = 10)
Västra Götaland	Primärvård	241	14.1% (n = 34)	27.8% (n = 67)	6.6% (n = 16)	1.2% (n = 3)	50.2% (n = 121)
Östergötland	Primärvård	2	0% (n = 0)	100% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	325	25.8% (n = 84)	27.1% (n = 88)	5.5% (n = 18)	1.2% (n = 4)	40.3% (n = 131)

Tabell A16. Andelar av genomförda moduler i fyra kategorier från 0-25 % till 76-100% vid behandling av stressyndrom, 2020

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Uppgift saknas	0 - 25%	26 - 50%	51 - 75%	76 - 100%
Uppsala	Primärvård	82	0% (n = 0)	6.1% (n = 5)	17.1% (n = 14)	12.2% (n = 10)	64.6% (n = 53)
Västra Götaland	Primärvård	241	18.3% (n = 44)	17.8% (n = 43)	13.7% (n = 33)	10.8% (n = 26)	39.4% (n = 95)
Östergötland	Primärvård	2	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	50% (n = 1)
Totalt	Totalt	325	13.8% (n = 45)	14.8% (n = 48)	14.5% (n = 47)	11.1% (n = 36)	45.8% (n = 149)

Tabell A17. Funktionsnedsättning (%) mätt med WHODAS 2.0- 12 frågor vid behandling av stressyndrom i regioner och vårdgrenar, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Uppsala	Primärvård	82	72	37.3	18.8	42	22.5	17.9	0	•	•
Västra Götaland	Primärvård	241	203	34.6	15.1	89	25.9	14.5	0	•	•
Östergötland	Primärvård	2	2	25.0	5.7	1	21.0	•	0	•	•

Sömnstörningar

Tabell A18-A22

Tabell A18. Effektstorlekar och symtom mätt med Insomnia Severity Index vid behandling av sömnstörning i regioner och vårdgrenar, 2020

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Antal startade	N	ISI		ISI förändring inom individ			
					Medel	sd	Differens	sd	Cohen's dz	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	210	210	18.1	3.8	•	•	•	(-, -)
		Avslut		208	10.5	5.3	7.6	5.33	1.43	(1.29, 1.56)
		Uppföljning		61	9.1	5.3	9.13	6.91	1.32	(1.07, 1.57)
Uppsala	Primärvård	Start	168	162	16.9	4.8	•	•	•	(-, -)
		Avslut		152	10.8	6.3	6.2	5.15	1.2	(1.05, 1.36)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	8	8	19.2	2.4	•	•	•	(-, -)
		Avslut		3	7.7	1.5	10	1	10	(8.87, 11.13)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	2	2	16.5	4.9	•	•	•	(-, -)
		Avslut		2	12	2.8	4.5	7.78	0.58	(-0.81, 1.96)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	172	155	19.3	4.4	•	•	•	(-, -)
		Avslut		94	13.4	6.2	5.97	5.58	1.07	(0.87, 1.27)
		Uppföljning		1	6	•	17	•	•	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	7	7	18.7	4.3	•	•	•	(-, -)
		Avslut		6	9.7	6.4	8.83	5.04	1.75	(0.95, 2.55)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)

Tabell A19. Fördelning av diagnoser inom sömnstörningar, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	F51.0 Icke organisk sömlöshet	G47.0 Insomni	G47.9 Sömnstörning ospecificerad
Stockholm	Psykiatri	210	0.0% (n=0)	100.0% (n=210)	0.0% (n=0)
Uppsala	Primärvård	168	0.6% (n=1)	33.3% (n=56)	66.1% (n=111)
	Psykiatri	8	0.0% (n=0)	100.0% (n=8)	0.0% (n=0)
Västernorrland	Psykiatri	2	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	100.0% (n=2)
Västra Götaland	Primärvård	172	22.7% (n=39)	25.6% (n=44)	51.7% (n=89)
	Psykiatri	7	14.3% (n=1)	42.9% (n=3)	42.9% (n=3)
Totalt	Totalt	567	7.2% (n=41)	56.6% (n=321)	36.2% (n=205)

Tabell A20. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för sömnstörning i regioner och vårdgrenar, 2020

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Stockholm	Psykiatri	210	76.7% (n = 161)	19% (n = 40)	3.3% (n = 7)	1% (n = 2)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	168	61.9% (n = 104)	1.2% (n = 2)	0.6% (n = 1)	0% (n = 0)	36.3% (n = 61)
Uppsala	Psykiatri	8	0% (n = 0)	25% (n = 2)	25% (n = 2)	50% (n = 4)	0% (n = 0)
Väster- norrland	Psykiatri	2	0% (n = 0)	100% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	172	18% (n = 31)	22.1% (n = 38)	4.7% (n = 8)	2.3% (n = 4)	52.9% (n = 91)
Västra Götaland	Psykiatri	7	0% (n = 0)	57.1% (n = 4)	28.6% (n = 2)	0% (n = 0)	14.3% (n = 1)
Totalt	Totalt	567	52.2% (n = 296)	15.5% (n = 88)	3.5% (n = 20)	1.8% (n = 10)	27% (n = 153)

Tabell A21. Andelar av genomförda moduler i fyra kategorier från 0-25 % till 76-100% vid behandling av sömnstörning, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	0 - 25%	26 - 50%	51 - 75%	76 - 100%
Stockholm	Psykiatri	210	1.4% (n = 3)	21.9% (n = 46)	15.7% (n = 33)	18.6% (n = 39)	42.4% (n = 89)
Uppsala	Primärvård	168	6% (n = 10)	10.7% (n = 18)	9.5% (n = 16)	14.9% (n = 25)	58.9% (n = 99)
Uppsala	Psykiatri	8	0% (n = 0)	12.5% (n = 1)	50% (n = 4)	0% (n = 0)	37.5% (n = 3)
Väster-norrland	Psykiatri	2	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 2)
Västra Götaland	Primärvård	172	23.8% (n = 41)	16.9% (n = 29)	11.6% (n = 20)	2.9% (n = 5)	44.8% (n = 77)
Västra Götaland	Psykiatri	7	0% (n = 0)	0% (n = 0)	14.3% (n = 1)	0% (n = 0)	85.7% (n = 6)
Totalt	Totalt	567	9.5% (n = 54)	16.6% (n = 94)	13.1% (n = 74)	12.2% (n = 69)	48.7% (n = 276)

Tabell A22. Funktionsnedsättning (%) mätt med WHODAS 2.0- 12 frågor vid behandling av sömnstörning i regioner och vårdgrenar, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Start			Avslut			Uppföljning	
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel
Uppsala	Primärvård	168	135	32.2	17.1	96	21.5	17.5	0	•
Uppsala	Psykiatri	8	7	35.7	16.9	3	17.3	6.7	0	•
Västernorrland	Psykiatri	2	1	15		1	31		0	•
Västra Götaland	Primärvård	172	147	28.6	17.1	64	23.1	16.8	1	13
Västra Götaland	Psykiatri	7	6	34.5	23.3	5	16.6	7.1	0	•

Dysmorfofobi

Tabell A23. Effektstorlekar och symtom mätt med Appearance Anxiety Inventory vid behandling av dysmorfofobi i regioner och vårdgrenar, 2020

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Antal startade	N	AAI		AAI, förändring inom individ			
					Medel	sd	Differens	sd	Cohen's dz	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	70	70	26.2	5.6	•	•	•	(-, -)
		Avslut		70	16.8	9.6	9.39	8.46	1.11	(0.88, 1.34)
		Uppföljning		3	8.7	3.1	15	6.56	2.29	(1.16, 3.42)

Tabell A24. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för dysmorfofobi, 2020

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Stockholm	Psykiatri	70	37.1% (n = 26)	31.4% (n = 22)	24.3% (n = 17)	5.7% (n = 4)	1.4% (n = 1)

Tabell A25. Andelar av genomförda moduler i fyra kategorier från 0-25 % till 76-100% vid behandling av dysmorfofobi, 2020

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Uppgift saknas	0 - 25%	26 - 50%	51 - 75%	76 - 100%
Stockholm	Psykiatri	70	0% (n = 0)	14.3% (n = 10)	18.6% (n = 13)	8.6% (n = 6)	58.6% (n = 41)

Generaliserat och ospecifik ångestsyndrom

Tabell A26-A30

Tabell A26. Effektstorlekar och symtom mätt med Generalised Anxiety Disorder scale-7 vid behandling av generell och ospecifik ångest i regioner och vårdgrenar, 2020

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Antal startade	N	GAD-7		GAD-7, förändring inom individ			
					Medel	sd	Differens	sd	Cohen's dz	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	1	1	9	•	•	•	•	(-, -)
		Avslut		1	13	•	-4	•	•	(-, -)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	7	3	15	3	•	•	•	(-, -)
		Avslut		2	14	4.2	2.5	2.12	1.18	(-0.21, 2.56)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Väster-norrland	Psykiatri	Start	5	5	13.6	7.2	•	•	•	(-, -)
		Avslut		3	10.7	8.1	5.67	5.03	1.13	(-0.01, 2.26)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	550	496	11.8	4.9	•	•	•	(-, -)
		Avslut		346	7.7	5.4	3.91	4.69	0.83	(0.73, 0.94)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	1	0	•	•	•	•	•	(-, -)
		Avslut		0	•	•	•	0	•	(-, -)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	7	7	11.9	4.9	•	•	•	(-, -)
		Avslut		7	6.1	6.4	5.71	5.06	1.13	(0.39, 1.87)
		Uppföljning		4	7.8	7.1	5	6.38	0.78	(-0.2, 1.76)

Tabell A27. Fördelning av diagnoser inom generell ångest, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	F41.1 Generaliserat ångestsyndrom	F41.9 Ospecifikt ångestsyndrom
Dalarna	Primärvård	1	0.0% (n=0)	100.0% (n=1)
Uppsala	Primärvård	7	85.7% (n=6)	14.3% (n=1)
Västernorrland	Psykiatri	5	80.0% (n=4)	20.0% (n=1)
Västra Götaland	Primärvård	550	47.1% (n=259)	52.9% (n=291)
	Psykiatri	1	100.0% (n=1)	0.0% (n=0)
Östergötland	Primärvård	7	42.9% (n=3)	57.1% (n=4)
Totalt	Totalt	571	47.8% (n=273)	52.2% (n=298)

Tabell A28. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för generellt och ospecifikt ångestsyndrom, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)
Uppsala	Primärvård	7	28.6% (n = 2)	28.6% (n = 2)	28.6% (n = 2)	0% (n = 0)	14.3% (n = 1)
Västernorrland	Psykiatri	5	20% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	80% (n = 4)
Västra Götaland	Primärvård	550	13.1% (n = 72)	23.5% (n = 129)	4.5% (n = 25)	1.3% (n = 7)	57.6% (n = 317)
Västra Götaland	Psykiatri	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Östergötland	Primärvård	7	42.9% (n = 3)	28.6% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	28.6% (n = 2)
Totalt	Totalt	571	13.7% (n = 78)	23.3% (n = 133)	4.9% (n = 28)	1.2% (n = 7)	56.9% (n = 325)

Tabell A29. Andelar av genomförda moduler i fyra kategorier från 0-25 % till 76-100% vid behandling av generell ångest, 2020

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Uppgift saknas	0 - 25%	26 - 50%	51 - 75%	76 - 100%
Dalarna	Primärvård	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	7	0% (n = 0)	14.3% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	85.7% (n = 6)
Väster- norrland	Psykiatri	5	40% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	20% (n = 1)	40% (n = 2)
Västra Götaland	Primärvård	550	22.2% (n = 122)	13.6% (n = 75)	13.3% (n = 73)	7.5% (n = 41)	43.5% (n = 239)
Västra Götaland	Psykiatri	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)
Öster- götland	Primärvård	7	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	14.3% (n = 1)	85.7% (n = 6)
Totalt	Totalt	571	21.7% (n = 124)	13.3% (n = 76)	13% (n = 74)	7.5% (n = 43)	44.5% (n = 254)

Tabell A30. Funktionsnedsättning (%) mätt med WHODAS 2.0- 12 frågor vid behandling av generell ångest i regioner och vårdgrenar, 2020

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Dalarna	Primärvård	1	1	54	•	0	•	•	0	•	•
Uppsala	Primärvård	7	6	28.3	7.8	4	26.5	7.7	0	•	•
Västernorrland	Psykiatri	5	4	36.5	12.4	3	25.7	20	0	•	•
Västra Götaland	Primärvård	550	427	28	15.9	211	20.3	15.7	0	•	•
Västra Götaland	Psykiatri	1	0	•	•	0	•	•	0	•	•
Östergötland	Primärvård	7	0	•	•	0	•	•	0	•	•

Hälsångest

Tabell A31-A34

Tabell A31. Effektstorlekar och symtom mätt med Short Health Anxiety Inventory-14 vid behandling av hälsångest i regioner och vårdgrenar, 2020

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Antal startade	N	SHAI-14		SHAI-14, förändring inom individ			
					Medel	sd	Differens	sd	Cohen's dz	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	144	144	28.8	6.1	•	•	•	(-, -)
		Avslut		144	20.1	7.6	8.64	6.78	1.27	(1.11, 1.44)
		Uppföljning		33	15.8	7.3	12.76	7.63	1.67	(1.33, 2.01)
Västra Götaland	Primärvård	Start	21	4	29.2	4.3	•	•	•	(-, -)
		Avslut		3	22.3	4	5.67	6.66	0.85	(-0.28, 1.98)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)

Tabell A32. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för hälsångest, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Stockholm	Psykiatri	144	59% (n = 85)	29.2% (n = 42)	6.2% (n = 9)	5.6% (n = 8)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	21	19% (n = 4)	33.3% (n = 7)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	47.6% (n = 10)
Totalt	Totalt	165	53.9% (n = 89)	29.7% (n = 49)	5.5% (n = 9)	4.8% (n = 8)	6.1% (n = 10)

Tabell A33. Andelar av genomförda moduler i fyra kategorier från 0-25 % till 76-100% vid behandling av hälsångest, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	0 - 25%	26 - 50%	51 - 75%	76 - 100%
Stockholm	Psykiatri	144	0% (n = 0)	25% (n = 36)	21.5% (n = 31)	22.2% (n = 32)	31.2% (n = 45)
Västra Götaland	Primärvård	21	14.3% (n = 3)	14.3% (n = 3)	14.3% (n = 3)	14.3% (n = 3)	42.9% (n = 9)
Totalt	Totalt	165	1.8% (n = 3)	23.6% (n = 39)	20.6% (n = 34)	21.2% (n = 35)	32.7% (n = 54)

Tabell A34. Funktionsnedsättning (%) mätt med WHODAS 2.0- 12 frågor vid behandling av hälsoångest, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Västra Götaland	Primärvård	21	13	29.1	16.4	4	17.8	20.6	0		•

Paniksyndrom

Tabell A35-A38

Tabell A35. Effektstorlekar och symtom mätt med Panic Disorder Severity Scale-Self Assessment vid behandling av paniksyndrom i regioner och vårdgrenar, 2020

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Antal startade	PDSS-SR			PDSS-SR, förändring inom individ			
				N	Medel	sd	Differens	sd	Cohen's dz	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	101	101	12.7	5.2	•	•	•	(-, -)
		Avslut		101	6.7	5.4	5.97	4.97	1.2	(1.01, 1.4)
		Uppföljning		33	4.9	4.6	6.97	5.71	1.22	(0.88, 1.56)
Uppsala	Primärvård	Start	15	14	12.8	5.8	•	•	•	(-, -)
		Avslut		13	6.1	5.3	6.77	5.88	1.15	(0.61, 1.7)
		Uppföljning		0	•		•	0	•	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	93	68	12.4	5.6	•	•	•	(-, -)
		Avslut		48	7.7	6.6	4.46	5.57	0.8	(0.52, 1.08)
		Uppföljning		0	•		•	0	•	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	60	59	12.2	5.4	•	•	•	(-, -)
		Avslut		53	6.3	5.7	5.94	6.22	0.96	(0.69, 1.23)
		Uppföljning		31	5.2	4.6	7.68	6.52	1.18	(0.82, 1.53)

Tabell A36. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för paniksyndrom, 2020

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Stockholm	Psykiatri	101	25.7% (n = 26)	43.6% (n = 44)	23.8% (n = 24)	6.9% (n = 7)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	15	33.3% (n = 5)	40% (n = 6)	6.7% (n = 1)	0% (n = 0)	20% (n = 3)
Västra Götaland	Primärvård	93	8.6% (n = 8)	29% (n = 27)	12.9% (n = 12)	2.2% (n = 2)	47.3% (n = 44)
Örebro	Psykiatri	60	18.3% (n = 11)	43.3% (n = 26)	30% (n = 18)	8.3% (n = 5)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	269	18.6% (n = 50)	38.3% (n = 103)	20.4% (n = 55)	5.2% (n = 14)	17.5% (n = 47)

Tabell A37. Andelar av genomförda moduler i fyra kategorier från 0-25 % till 76-100% vid behandling av paniksyndrom, 2020

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Uppgift saknas	0 - 25%	26 - 50%	51 - 75%	76 - 100%
Stockholm	Psykiatri	101	0% (n = 0)	9.9% (n = 10)	25.7% (n = 26)	16.8% (n = 17)	47.5% (n = 48)
Uppsala	Primärvård	15	0% (n = 0)	6.7% (n = 1)	0% (n = 0)	6.7% (n = 1)	86.7% (n = 13)
Västra Götaland	Primärvård	93	17.2% (n = 16)	17.2% (n = 16)	9.7% (n = 9)	10.8% (n = 10)	45.2% (n = 42)
Örebro	Psykiatri	60	0% (n = 0)	18.3% (n = 11)	31.7% (n = 19)	15% (n = 9)	35% (n = 21)
Totalt	Totalt	269	5.9% (n = 16)	14.1% (n = 38)	20.1% (n = 54)	13.8% (n = 37)	46.1% (n = 124)

Tabell A38. Funktionsnedsättning (%) mätt med WHODAS 2.0- 12 frågor vid behandling av paniksyndrom, 2020

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Uppsala	Primärvård	15	14	27.6	15.9	11	27.2	25.4	0	•	•
Västra Götaland	Primärvård	93	68	32.8	18.9	36	21.1	19	0	•	•
Örebro	Psykiatri	60	60	29	18.4	23	13.4	12.6	31	13.5	12.8

Social fobi

Tabell A39-A43

Tabell A39. Effektstorlekar och symtom mätt med Social Phobia Inventory vid behandling av social fobi i regioner och vårdgrenar, 2020

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Antal startade	N	SPIN		SPIN, förändring inom individ			95% KI
					Medel	sd	Differens	sd	Cohen's dz	
Dalarna	Primärvård	Start	1	0	•	•	•	•	•	(-, -)
		Avslut		0	•	•	•	0	•	(-, -)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	195	195	40.7	11.4	•	•	•	(-, -)
		Avslut		120	30.6	13.7	10.95	11.94	0.92	(0.74, 1.1)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	21	16	38.6	9.6	•	•	•	(-, -)
		Avslut		16	29.4	9.8	9.19	9.49	0.97	(0.48, 1.46)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	10	1	45	•	•	•	•	(-, -)
		Avslut		0	•	•	•	0	•	(-, -)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	105	84	40.1	12.5	•	•	•	(-, -)
		Avslut		53	32.2	15.1	7.79	14.19	0.55	(0.28, 0.82)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	1	1	25	•	•	•	•	(-, -)
		Avslut		1	23	•	2	•	•	(-, -)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)

Tabell A40. Effektstorlekar och symtom mätt med Liebowitch Social Anxiety Scale-Self Assessment vid behandling av social fobi i regioner och vårdgrenar, 2020

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Antal startade	LSAS-SR			LSAS-SR, förändring inom individ			
				N	Medel	sd	Differens	sd	Cohen's dz	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	1	0	•	•	•	•	•	(-, -)
		Avslut		0	•	•	•	0	•	(-, -)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	195	195	76.5	22.1	•	•	•	(-, -)
		Avslut		195	59.8	27.7	16.69	20.07	0.83	(0.69, 0.97)
		Uppföljning		51	45.2	26.1	28.55	24.28	1.18	(0.9, 1.45)
Uppsala	Primärvård	Start	21	20	75.5	19.2	•	•	•	(-, -)
		Avslut		14	62.9	24.6	16.29	25.35	0.64	(0.12, 1.17)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	10	10	96.6	19.5	•	•	•	(-, -)
		Avslut		1	109	•	0	•	•	(-, -)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	105	8	68.5	21.2	•	•	•	(-, -)
		Avslut		0	•	•	•	0	•	(-, -)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	1	0	•	•	•	•	•	(-, -)
		Avslut		0	•	•	•	0	•	(-, -)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)

Tabell A41. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för social fobi, 2020

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Stockholm	Psykiatri	195	65.6% (n = 128)	24.1% (n = 47)	7.7% (n = 15)	2.6% (n = 5)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	21	76.2% (n = 16)	14.3% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	9.5% (n = 2)
	Psykiatri	10	0% (n = 0)	80% (n = 8)	20% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	105	8.6% (n = 9)	40% (n = 42)	5.7% (n = 6)	3.8% (n = 4)	41.9% (n = 44)
	Psykiatri	1	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	333	46.2% (n = 154)	30.3% (n = 101)	6.9% (n = 23)	2.7% (n = 9)	13.8% (n = 46)

Tabell A42. Andelar av genomförda moduler i fyra kategorier från 0-25 % till 76-100% vid behandling av social fobi, 2020

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Uppgift saknas	0 - 25%	26 - 50%	51 - 75%	76 - 100%
Dalarna	Primärvård	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)
Stockholm	Psykiatri	195	1% (n = 2)	16.9% (n = 33)	26.7% (n = 52)	16.9% (n = 33)	38.5% (n = 75)
Uppsala	Primärvård	21	0% (n = 0)	4.8% (n = 1)	9.5% (n = 2)	4.8% (n = 1)	81% (n = 17)
	Psykiatri	10	30% (n = 3)	10% (n = 1)	40% (n = 4)	10% (n = 1)	10% (n = 1)
Västra Götaland	Primärvård	105	30.5% (n = 32)	6.7% (n = 7)	8.6% (n = 9)	8.6% (n = 9)	45.7% (n = 48)
	Psykiatri	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)
Totalt	Totalt	333	11.1% (n = 37)	12.6% (n = 42)	20.1% (n = 67)	13.2% (n = 44)	42.9% (n = 143)

Tabell A43. Funktionsnedsättning (%) mätt med WHODAS 2.0- 12 frågor vid behandling av social fobi, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Dalarna	Primärvård	1	1	8	•	1	18	•	0	•	•
Uppsala	Primärvård	21	16	28.6	11	10	25.9	22.2	0	•	•
	Psykiatri	10	1	63	•	0	•	•	0	•	•
Västra Götaland	Primärvård	105	81	36.8	15.8	37	31.4	16.3	0	•	•
	Psykiatri	1	1	10	•	1	8	•	0	•	•

Tvångssyndrom

Tabell A44-A47

Tabell A44. Effektstorlekar och symtom mätt med Obsessive Compulsive Inventory-Revised vid behandling av tvångssyndrom i regioner och vårdgrenar, 2020

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Antal startade	N	OCI-R		OCI-R, förändring inom individ			
					Medel	sd	Differens	sd	Cohen's dz	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	173	172	22.7	12.1	•	•	•	(-, -)
		Avslut		172	14.5	11.4	8.2	9.31	0.88	(0.73, 1.03)
		Uppföljning		15	19.5	13.4	3.67	7.27	0.5	(0, 1.01)
Uppsala	Primärvård	Start	1	0	•	•	•	•	•	(-, -)
		Avslut		0	•	•	•	0	•	(-, -)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	5	0	•	•	•	•	•	(-, -)
		Avslut		0	•	•	•	0	•	(-, -)
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	9	0	•	•	•	•	•	(-, -)
		Avslut		0	•	•	•	0	•	(-, -)

Tabell A44. Effektstorlekar och symtom mätt med Obsessive Compulsive Inventory-Revised vid behandling av tvångssyndrom i regioner och vårdgrenar, 2020

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Antal startade	OCI-R			OCI-R, förändring inom individ			
				N	Medel	sd	Differens	sd	Cohen's dz	95% KI
		Uppföljning		0	•	•	•	0	•	(-, -)

Tabell A45. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling av tvångssyndrom, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Stockholm	Psykiatri	173	52% (n = 90)	35.8% (n = 62)	8.1% (n = 14)	4% (n = 7)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	1	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Väster-norrland	Psykiatri	5	20% (n = 1)	20% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	60% (n = 3)
Västra Götaland	Primärvård	9	22.2% (n = 2)	11.1% (n = 1)	0% (n = 0)	11.1% (n = 1)	55.6% (n = 5)
Totalt	Totalt	188	49.5% (n = 93)	34.6% (n = 65)	7.4% (n = 14)	4.3% (n = 8)	4.3% (n = 8)

Tabell A46. Andelar av genomförda moduler i fyra kategorier från 0-25 % till 76-100% vid behandling av tvångssyndrom, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	0 - 25%	26 - 50%	51 - 75%	76 - 100%
Stockholm	Psykiatri	173	0% (n = 0)	8.1% (n = 14)	24.3% (n = 42)	13.3% (n = 23)	54.3% (n = 94)
Uppsala	Primärvård	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)
Väster-norrland	Psykiatri	5	40% (n = 2)	20% (n = 1)	0% (n = 0)	20% (n = 1)	20% (n = 1)
Västra Götaland	Primärvård	9	11.1% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	11.1% (n = 1)	77.8% (n = 7)
Totalt	Totalt	188	1.6% (n = 3)	8% (n = 15)	22.3% (n = 42)	13.3% (n = 25)	54.8% (n = 103)

Tabell A47. Funktionsnedsättning (%) mätt med WHODAS 2.0- 12 frågor vid behandling av tvångssyndrom, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Antal	Start			Avslut			Uppföljning		
				Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	
Uppsala	Primärvård	1	1	35		1	15		0			
Västernorrland	Psykiatri	5	5	32.4	12.9	1	47		0			
Västra Götaland	Primärvård	9	8	20.6	9	7	19	16.5	0			

Ångestsyndrom unga

Tabell A48-A51

Tabell A48. Grad av ångest- och depressionssymtom mätt med RCADS-25 och effektstorlekar för förändring inom individer på gruppnivå, 2020

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Antal startade	RCADS-25			RCADS-25, förändring inom individ			
				N	Medel	sd	Differens	sd	Cohen's dz	95% KI
Stockholm	BUP	Start	47	43	29	11.1				(-, -)
		Avslut		26	23.8	10.6	4.35	9	0.48	(0.1, 0.87)
		Uppföljning		0				0		(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	79	9	32.2	16.6				(-, -)
		Avslut		6	26.2	19.9	8	6.72	1.19	(0.39, 1.99)
		Uppföljning		0				0		(-, -)
Västra Götaland	BUP	Start	5	0						(-, -)
		Avslut		0				0		(-, -)
		Uppföljning		0				0		(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	6	0						(-, -)
		Avslut		0				0		(-, -)
		Uppföljning		0				0		(-, -)

Tabell A27. Fördelning av diagnoser inom ångestsyndrom unga, 2020

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	F40.1 Social fobi	F41.0 Panik- syndrom	F41.1 Generaliserat ångest- syndrom	F41.9 Ospecifikt ångest- syndrom	F42.9 Tvångs- syndrom	F93.0 Separations- ångest
Stockholm	Psykiatri	47	29.8% (n=14)	19.1% (n=9)	23.4% (n=11)	14.9% (n=7)	0.0% (n=0)	10.6% (n=5)
Västra Götaland	Primärvård	79	17.7% (n=14)	5.1% (n=4)	5.1% (n=4)	67.1% (n=53)	1.3% (n=1)	0.0% (n=0)
Västra Götaland	BUP	5	20.0% (n=1)	20.0% (n=1)	40.0% (n=2)	20.0% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Öster- götland	Primärvård	6	16.7% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	83.3% (n=5)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Totalt	Totalt	137	21.9% (n=30)	10.2% (n=14)	12.4% (n=17)	48.2% (n=66)	0.7% (n=1)	3.6% (n=5)

Tabell A50. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för ångestsyndrom hos unga, 2020

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Stockholm	Psykiatri	47	21.3% (n = 10)	46.8% (n = 22)	21.3% (n = 10)	2.1% (n = 1)	8.5% (n = 4)
Västra Götaland	Primärvård	79	49.4% (n = 39)	20.3% (n = 16)	3.8% (n = 3)	2.5% (n = 2)	24.1% (n = 19)
Västra Götaland	BUP	5	0% (n = 0)	60% (n = 3)	0% (n = 0)	40% (n = 2)	0% (n = 0)
Öster- götland	Primärvård	6	66.7% (n = 4)	16.7% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	16.7% (n = 1)
Totalt	Totalt	137	38.7% (n = 53)	30.7% (n = 42)	9.5% (n = 13)	3.6% (n = 5)	17.5% (n = 24)

Tabell A51. Andelar av genomförda moduler i fyra kategorier från 0-25 % till 76-100% vid behandling av ångestsyndrom hos unga, 2020

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	0 - 25%	26 - 50%	51 - 75%	76 - 100%
Stockholm	Psykiatri	47	10.6% (n = 5)	14.9% (n = 7)	23.4% (n = 11)	14.9% (n = 7)	36.2% (n = 17)
Västra Götaland	Primärvård	79	27.8% (n = 22)	6.3% (n = 5)	5.1% (n = 4)	5.1% (n = 4)	55.7% (n = 44)
Västra Götaland	BUP	5	0% (n = 0)	20% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	80% (n = 4)
Östergötland	Primärvård	6	0% (n = 0)	0% (n = 0)	16.7% (n = 1)	0% (n = 0)	83.3% (n = 5)
Totalt	Totalt	137	19.7% (n = 27)	9.5% (n = 13)	11.7% (n = 16)	8% (n = 11)	51.1% (n = 70)