



2017

SibeR

Årsrapport

Nationellt register för internetförmiddad
psykologisk behandling i hälso- och
sjukvården

Svenska Internetbehandlingsregistret SibeR,
Psykiatri Sydväst, Röntgenvägen 3, 13 tr, 141
52 Huddinge

Årsrapport 2017

Kvalitetsregister SibeR

Registerhållare

Cecilia Svanborg

Bitr registerhållare

Pontus Bjurner

Koordinator

Samir El Alaoui

Författare till årsrapport

Cecilia Svanborg

Statistisk bearbetning

Samir El Alaoui och Cecilia Svanborg

Utgivare

Cecilia Svanborg

Huvudman

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)
Box 17914
118 95 Stockholm

Styrgrupp 2017

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

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

Olof Johansson, Doktorand, psykolog,
Allmänpsykiatriska kliniken Malmö, Region
Skåne

Viktor Kaldo, Professor psykologi,
Linnéuniversitetet, Växjö, docent Karolinska
institutet Stockholm

Nils Lindefors, Professor, psykiater, Psykiatri
Sydväst, Stockholm

Kristina Lindwall-Sundel, Psykiater, Medicinsk
rådgivare Registercentrum Västra Götaland

Amanda Simonsson, Psykolog, Projektledare,
Enheten för E-hälsa, Landstinget i Uppsala
län

Cecilia Svanborg, Med dr, psykiater,
Internetpsykiatrienheten, Psykiatri Sydväst,
Stockholm

Hugo Wallén, Psykolog, strateg med
inriktning psykiatrirådgivning och digitalisering vid
Sahlgrenska universitetssjukhuset

Innehåll

Årsrapport 2017 Kvalitetsregister SibeR	i
Registerhållare	i
Bitr registerhållare	i
Koordinator.....	i
Författare till årsrapport	i
Statistisk bearbetning	i
Utgivare	i
Huvudman	i
Styrgrupp 2017	i
Sammanfattning.....	1
Psykologisk behandling via internet.....	3
Ökad tillgänglighet.....	3
God effekt i studier	3
Spridning i vården.....	4
Stockholm.....	4
Uppsala.....	4
Örebro	4
Andra landsting/regioner	4
Ordnat införande	5
Syfte, indikationer & indikatorer	6
Indikatorer i SibeR.....	7
Tolka och använda resultat	8
Anslutnings- och täckningsgrad	9
Antal patienter som fått internetbehandling i Sverige.....	9
SibeR täckningsgrad under 2017	9
Ökad täckningsgrad och datakvalitet.....	10
Indikationer på enheterna 2017	11

Behandlingsprogram	11
Patienterna i SibeR	12
Åldersfördelning.....	12
Könsfördelning	13
Processmått	14
Tillgänglighet till behandling	14
Patienter bör få effektiv behandling i rimlig tid.....	14
Tillgänglighet i SibeR 2017	14
Fullföljandegrad.....	15
Fullföljandegrad underlättar värdering och är en kvalitetsindikator	15
Fullföljandegrad 2017	16
Effektmått.....	17
Behandlingseffekter avseende symtom	17
Depression	17
Paniksyndrom.....	19
Social fobi.....	20
Insomni.....	21
Klinisk förbättring	22
Klinisk förbättring depression	22
Klinisk förbättring social fobi	23
Klinisk förbättring paniksyndrom och insomni	23
Hälsorelaterad livskvalitet och funktion	24
EQ-5D	24
WHODAS 2.0.....	24
Vägval	25
Case-mix	26
Ingen redovisning av alkoholbruk 2017.....	26
Samsjuklighet.....	26
Samsjuklighet på enhetsnivå	27

Samsjuklighet vid depression.....	27
Samsjuklighet vid social fobi.....	28
Samsjuklighet vid insomni	28
Samsjuklighet vid paniksyndrom.....	28
Analys av samsjuklighet	28
Har IKBT effekt på samsjuklig diagnos?	29
Projekt Öka anslutningen till SibeR.....	30
Uppsala i SibeR- en reflektion.....	32
SibeR 2018.....	34
Referenser.....	35
Kontaktinformation	37

Sammanfattning

Psykologisk behandling förmedlad via internet införs nu på bred front i Sverige. Det betyder att många fler människor än tidigare snabbt kommer få hjälp mot psykisk ohälsa som depression, ångest och sömnproblem. Det finns vetenskapligt stöd för att KBT via nätet har effekt, men vi vet lite om hur behandlingsprogram fungerar när de införs brett inom sjukvården.

Införandet av internetbehandling underlättas genom att en nationell behandlingsplattform (Stöd och Behandling; SoB) lanserades 2015. Nästan alla landsting har startat piloter eller implementering under 2015-17. Svenska Internetbehandlingsregistret (SibeR) syftar till att stöda införande och systematisk utvärdering av denna nya metod med digitaliserad behandling. På så sätt sker ett bidrag till mer jämlik och lättillgänglig evidensbaserad vård.

Årsrapporten för 2017 redovisar resultaten för de tre anslutna enheterna under detta år; Internetpsykiatri på Psykiatri Sydväst (PSV) i Stockholm, psykiatri/primärvård Örebro och

psykiatri i Uppsala. Genom att enheten i Uppsala nu kunde registrera både för 2016 och 2017 så kunde registret börja göra jämförelser över tid och mellan enheter.

I rapporten för 2017 redovisas behandlingsresultat för två nya avkortade program för depression från både Örebro och från Stockholm, samt ett annat nytt depressionsprogram från Uppsala. Internetpsykiatri använde egen plattform medan både Örebro och Uppsala har gått över till SoB-plattformen. Behandlingar för social fobi utfördes både i Stockholm och i Uppsala, där också behandling för insomni infördes under slutet av året. Behandling för paniksyndrom genomfördes endast i Stockholm.

Under året ökade täckningsgraden till 88 procent och datakvaliteten förbättrades påtagligt på de enheter som registrerat tidigare år. Resultaten uppfattas bero på bättre rutiner, att ändring till opt-out slog igenom samt satsningen på ett nytt och förenklat register med bättre funktioner i ny plattform för både in- och utdata.

Under 2017 inkluderades 767 patienter i åldern 16 till 82 år i SibeR. Det var en ökad tendens till övervikt för kvinnor i internet-behandling jämfört med 2015 och 2016 (66 % kvinnor 2017).

Tillgängligheten var hög med 81 procent som kunde starta behandling inom 30 dagar från vårdbegäran. Medianen (typvärdet) för antalet dagar till behandlingsstart var 19.

Behandlingseffekterna var höga för depression, paniksyndrom och insomni samt måttligt höga för social fobi.

Uppföljningar vid cirka 3 månader efter avslut från Örebro och Stockholm visade på behållen eller förbättrad effekt.

Skillnader i processmått som tid till behandlingsstart och fullföljandegrad av behandlingsprogram för depression på en enhet förväntas kunna leda till vidare analys och förbättringsarbete.

Behandlingseffekter är svårvärderade när det är ett litet antal patienter och stort bortfall vilket det var för enheten i Uppsala.

I rapporten för 2017 har vi valt att fokusera på att undersöka förekomst och typ av samsjuklighet med annan psykiatrisk diagnos. Samsjuklighet kan

innebära att tillståndet i fokus är mer svårbehandlat. Andelen patienter med samsjuklighet var högst i Uppsala (79 %), till hos cirka hälften av patienterna i Örebro (55 %) och lägst i Stockholm (43 %). Mönster av samsjuklighet var dock rätt lika.

Under 2017 initierades ett projekt "Öka anslutning till SibeR" som ledde till lansering av ny hemsida och förenklat register med bättre in- och utdatafunktioner. En biträdande registerhållare kunde rekryteras som arbetat aktivt uppsökande till kontaktpersonerna för SoB i alla landstingen. Flera landsting deklarerade avsikt till anslutning och process för anslutning av Västra Götalandsregionen och primärvården i Uppsala initierades. Processerna medförde uppdrag att utreda kring utfallsmått och processer till första linjens vård för unga och vuxna med ett bredare spektrum av psykisk ohälsa. År 2018 kommer tydligt medföra en breddning av SibeR till fler indikationer och tillämpning i alla åldrar, samt konkret förbättringsarbete av vårdprocesser och utvärdering för de enheter och regioner som ansluter sig.

Psykologisk behandling via internet

I Sverige utgör psykisk ohälsa cirka 38 procent av all ohälsa, varav ångestsjukdomar, depression och sömnstörningar är de vanligaste tillstånden. Andelen med psykisk ohälsa är högst i åldersgruppen 15-29 år och psykisk ohälsa är den dominerade orsaken till sjukskrivning mer än 14 dagar. Kognitiv-beteendeterapi (KBT) rekommenderas som effektiv behandling för dessa tillstånd (Socialstyrelsen, 2010; 2017), men tillgången till evidensbaserad psykologisk behandling är begränsad.

Ökad tillgänglighet

Sedan millennieskiftet har internet-förmedlade behandlingar utvecklats i Sverige med syfte att öka tillgängligheten till evidensbaserad behandling. Med internetbehandling kan hinder för tillgängligheten med långa avstånd överbyggas och patienter och

terapeuter kan arbeta med behandlingen mer flexibelt, på tider när det passar dem bäst. Detta ger ökad tidseffektivitet och bekvämlighet, och patienter slipper ta ledigt från arbete för behandlingen. Behandling via internet kan ses som ett system för lärande och ökad egenmakt hos patienter. Det kan även öka flödeseffektivitet och ge hälsoekonomiska vinster i vården.

God effekt i studier

En SBU-översikt från 2013 sammanfattade att det fanns stöd för att Internet-förmedlad KBT (IKBT) har effekt för social fobi, lindrig-måttlig depression, paniksyndrom och generaliserat ångestsyndrom (SBU, 2013). Man förmedlade att det behövs fler studier, särskilt hos unga, och att man bör studera hur IKBT fungerar när det tillämpas i vården, med effekter och eventuella risker. Evidensen från kontrollerade kliniska prövningar för att IKBT är lika effektivt som traditionellt förmedlad KBT ökar kontinuerligt (Carlbring et al, 2018). Uppföljningar på mellan 2-5 år (i snitt 3 år) har visat att effekter håller och ibland förbättras under uppföljningstiden (Andersson et al, 2018). När det gäller unga är det

vetenskapliga stödet betydligt mindre, men det finns visst stöd för behandling av ångestsyndrom (Vigerland et al, 2016).

Spridning i vården

En förutsättning för internetbehandling är tillgång till en teknisk plattform för säker kommunikation och där program kan läggas upp. April 2015 lanserades den nationella behandlings-plattformen Stöd och Behandling (SoB) som hade utvecklats av 1177 vårdguiden som en e-tjänst på 1177.se. Alla 21 landsting har anslutit sig och påbörjat process för införande.

Stockholm

Redan 2007 etablerades en enhet för internetförmedlad kognitiv-beteendeterapi (IKBT), www.internetpsykiatri.se, inom Psykiatri Sydväst (PSV), Huddinge sjukhus i Stockholm. Internetpsykiatri-PSV har en egen teknisk plattform och har utvecklat, vetenskapligt prövat och implementerat egna behandlingsprogram, samt har ett kvalitetssystem för vårdprocessen.

Uppsala

Psykiatrin i Uppsala har också utvecklat egna behandlingsprogram och haft tillgång till en lokal behandlingsplattform. Uppsala anslöt sig till SibeR under 2015 men man avvaktade med registrering i samband med att man gick över till den nationella plattformen SoB. Under 2016 startade internetbehandling för depression och social fobi i SoB och i slutet av 2017 även för insomni.

Örebro

Internetbehandling i Örebro har skett i samverkan mellan psykiatrin och primärvården. Diagnostiken utförs på Utvecklingsenheten för psykoterapi och psykologisk behandling (UPP) inom psykiatrin och själva behandlingen har utförts i både psykiatri och primärvård. Under 2016 använde man depressionsprogram och plattform från Internetpsykiatri-PSV. Inför 2017 hade man genomfört byte till SoB-plattformen och eget depressionsprogram.

Andra landsting/regioner

Under 2016-17 har det skett ett införande av internetbehandling inom Sveriges landsting, framför allt i primärvården.

Ordnat införande

Då internetbehandling är en ny metod för att ge psykologisk behandling behöver den kontinuerligt utvärderas. Förutom plattform och behandlingsprogram behövs vårdprocesser som innefattar lämpliga bedömningsrutiner, strukturer för stöd från behandlare, rutiner för patientsäkerhet och systematisk uppföljning.

SibeR verkar inom området som syftar till att e-hälsa, här psykologisk behandling via internet, ska bidra till mer jämlik och lättillgänglig evidensbaserad vård. Implementering av evidens kräver genomtänkta anpassningar till det kliniska sammanhanget och där är återkoppling centralt (Hasson & von Thiele Schwarz, 2017).

Syfte, indikationer & indikatorer

SibeR är ett interventionsregister som initialt fokuserar på internetförmedlad psykologisk behandling av psykiatriska diagnoser inom området depressions- och ångestsjukdomar. Under 2016 fanns indikationerna depression, social fobi, paniksyndrom och generaliserat ångestsyndrom, vilket utökades med insomni under 2017. Indikationerna utökas allt eftersom fler behandlingsprogram införs i reguljär vård.

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

Genom att ansluta sig till SibeR stöds enheter att beskriva sina behandlingsprogram och sina vårdprocesser, samt att använda standardiserade uppföljningsmått. På så sätt genomförs förbättringsprojekt av vårdprocesser redan i skedet av anslutning. Avsikten är

att etablera samverkan mellan anslutna enheter med så kallade SibeR-dagar för ömsesidigt lärande och inspiration till förbättringar.

Registerdata ska främst ge återkoppling till den lokala enheten och till regionen som bedriver internetbehandling, och på så sätt ge underlag till förbättringsarbete i daglig drift. Registret vill säkra ett ordnat införande av internetbehandling och stödja implementering av nationella riktlinjer. SibeR ska kunna användas som stöd vid internetbehandling för alla åldersgrupper inom primärvård och psykiatri.

Under 2017 genomfördes stora förändringar av SibeR i samarbete med Registercentrum Västra Götaland. Den 4 oktober lanserades ett nytt register på plattformen Stratum med förenklade variabler och inmatning via den nya hemsidan www.siber.registercentrum.se. I nuläget levereras utdata till enheter i form av årsrapport och enskilda rapporter, men avsikten är att hemsidan ska kunna redovisa utdata kvartalsvis.

Indikatorer i SibeR

SibeR har fyra huvudsakliga kvalitetsindikatorer:

1. Processindikatorn ledtid mellan vårdbegäran till behandlingsstart mäter tillgänglighet. Den mäts som andelen patienter som får börja sin behandling inom 30 dagar efter vårdbegäran. I Sverige vill man att patienter ska få komma till första besök för bedömning av psykisk ohälsa inom 30 dagar (Socialstyrelsen, 2017). SibeR vill sätta det högre målet att patienter ska få starta psykologisk behandling inom 30 dagar från vårdbegäran eftersom man exempelvis i England kunnat visa att väntan till psykologisk behandling minskar effekten (Clark, et al, 2017).

2. Processindikatorn fullföljande av behandlingsprogram mäter hur stor andel av patienter som gör minst hälften av behandlingsprogrammet. Det är hjälpsamt vid bedömning av behandlingseffekter och kan vid låga nivåer indikera att det behövs ändringar i program eller vårdprocesser.

3. Strukturindikatorn strukturerad bedömning mäter förekomst av psykiatrisk diagnostik med stöd av

intervjuguiden. Strukturerad diagnostik ger en högre precision vilket är viktigt för passform och ökad möjlighet att jämföra effekten av behandlingsprogram mellan enheter. Indikatorn används även av Socialstyrelsen för uppföljning av nationella riktlinjer för depression och ångest (Socialstyrelsen, 2017). Även indikatorn andel patienter som får KBT för dessa indikationer är viktig i uppföljningen av nationella riktlinjer.

4. Effektindikatorn andel förbättrade per indikation. I SBU:s översikt av internetförmedlad behandling vid ångest- och förstämningssyndrom (SBU, 2013) redovisades att mellan 25 – 75 procent av patienter, vanligen cirka 50 procent, hade kliniskt relevant förbättring (respons) i kontrollerade studier med Internetförmedlad KBT (IKBT). Eftersom vi vet lite om hur program fungerar i klinisk vardag och i olika vårdsammanhang är det angeläget att följa upp effekterna. För att kunna värdera effekter bör data ha god kvalitet, dvs. vara säkra och inte ha stort bortfall. För den enskilda enheten, och för patienten, är uppföljning av behandlingseffekter centralt. Det är inte

så vanligt att man gör detta rutinmässigt vid vård av psykisk ohälsa, varken inom psykiatri eller inom primärvård.

Tolka och använda resultat

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

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

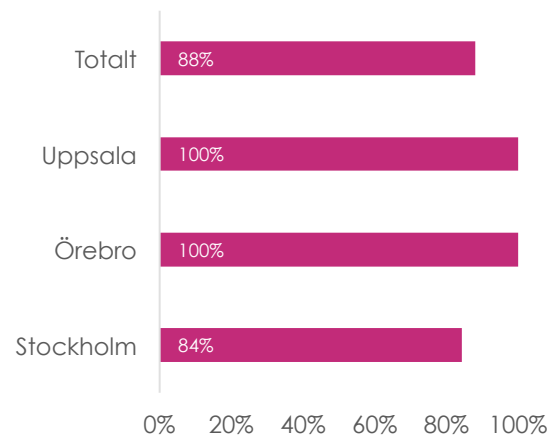
Nationell statistik visar på skillnader i tillgänglighet och behandlingseffekter samt i viss mån faktorer som kan påverka dessa som samsjuklighet, grad av alkoholbruk, grad av fullföljande av programmen. Detta kan i sin tur bidra till att förbättra behandlingsstrategierna och göra tillgång till och effekter av internetbehandling mer jämlik.

Anslutnings- och täckningsgrad

Antal patienter som fått internetbehandling i Sverige

Redovisning av hur många patienter som fick internetbehandling för de indikationer som registret innefattar under 2017 baseras på en inventering av implementeringen i landstingen som SibeR gjorde i slutet av 2017. Enligt uppgifter från Inera som förvaltar den nationella plattformen för Stöd och Behandling (SoB) skedde en kraftig ökning från 2016 till 2017 med cirka 7 500 startade moment i SoB (Inera, personlig kommunikation). Många av dessa var dock olika typer av stödprogram. Vi uppskattar att cirka 3 500 patienter startade internetbehandling under 2017. Anslutningsgraden till SibeR är alltså ännu låg (cirka 25 %) men kan förstås utifrån att regioner och enheter fokuserat på implementering av vårdprocesser. Mer att läsa om detta

finns i avsnittet om projektet "Öka anslutningen till SibeR".



Figur 1. Täckningsgrad Kvalitetsregister SibeR. 567 av 674 i Stockholm, 164 av 164 i Örebro och 35 av 35 i Uppsala samtyckte till deltagande i kvalitetsregister SibeR under 2017 (88 % totalt).

SibeR täckningsgrad under 2017

Utifrån att behandlingsformen är ny beräknas täckningsgrad i SibeR som andelen patienter som accepterat registrering till SibeR av dem som började internetbehandling för respektive indikation och enhet. Under 2016 skedde beslut om ett byte till "opt-out" för att öka täckningsgraden och

därmed få bättre återkoppling. Rutinen för detta omsattes fullt ut först under 2017.

Täckningsgrad har beräknats utifrån antalet patienter som påbörjade internetbehandling under 2017 och som avslutade sin behandling senast under kvartal 1 2018.

Under 2017 inkluderades på Internetpsykiatri totalt 674 patienter (depression 261, paniksyndrom 167, social fobi 197 och insomni 49). Av dessa inkluderades totalt 567 i SibeR (219 depression, 139 paniksyndrom, 161 social fobi och 49 insomni). Täckningsgraden ökade från 75 % till 95 % under andra halvåret och var totalt för året 84 %.

Alla 164 patienter som startade depressionsbehandling i Örebro gav samtycke till att registreras i SibeR, dvs. man hade 100 % täckningsgrad.

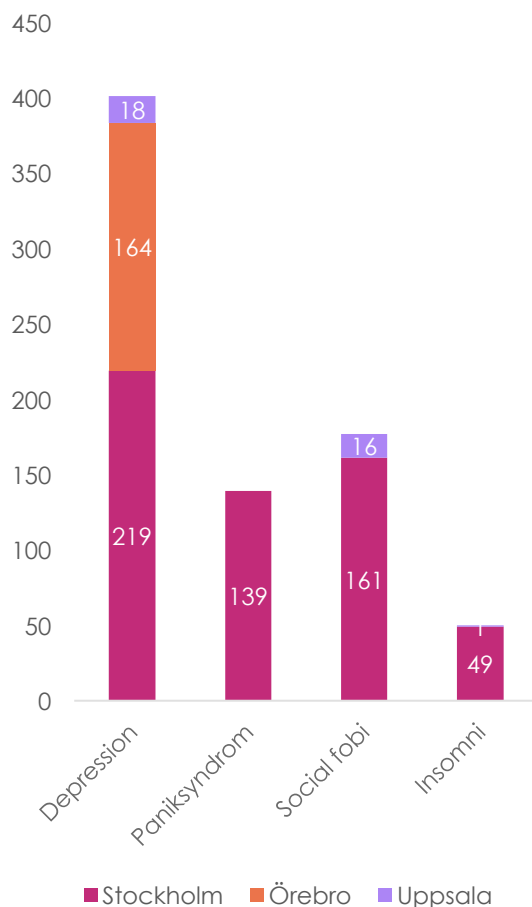
I Uppsala psykiatri inkluderades under 2017 totalt 35 patienter (depression 18, social fobi 16 och insomni 1). Alla gav samtycke till registrering dvs. 100 % täckningsgrad. Man kunde också i efterskott registrera de 28 patienter som hade börjat internetbehandling under 2016.

Ökad täckningsgrad och datakvalitet

Totalt för SibeR var täckningsgraden 88 % under 2017 vilket var en ökning med 13 procentenheter jämfört med 2016 och med 23 procentenheter jämfört med 2015.

Datakvaliteten ökade också för enheterna i Stockholm och Örebro med bortfall på endast 0- 9 procent för data från mätningar vid behandlingsavslut. Vi bedömer att förbättringarna beror på tydligare rutiner för registreringar och information, enklare registrering med ny registerplattform och en rutin att använda sista veckomätningen om så kallad eftermätning saknades. Enheten i Uppsala, som registrerade för första gången 2017, hade däremot stora bortfall av data från mätningar vid behandlingsavslut.

Indikationer på enheterna 2017



Figur 2. Fördelning av indikationer, 2017.

Den vanligaste indikationen för internetbehandling var egentlig depression; depressiv episod (F32), recidiverande depression (F33) och

ihållande depression (F34.1). Av dem som behandlats för depression hade 219 behandlats i Stockholm, 164 i Örebro och 18 i Uppsala. Av dem som behandlats för social fobi hade 161 behandlats i Stockholm och 16 i Uppsala. Av dem som behandlats för insomni hade 49 behandlats i Stockholm och 1 i Uppsala. Behandlingarna för paniksyndrom skedde alla i Stockholm.

Behandlingsprogram

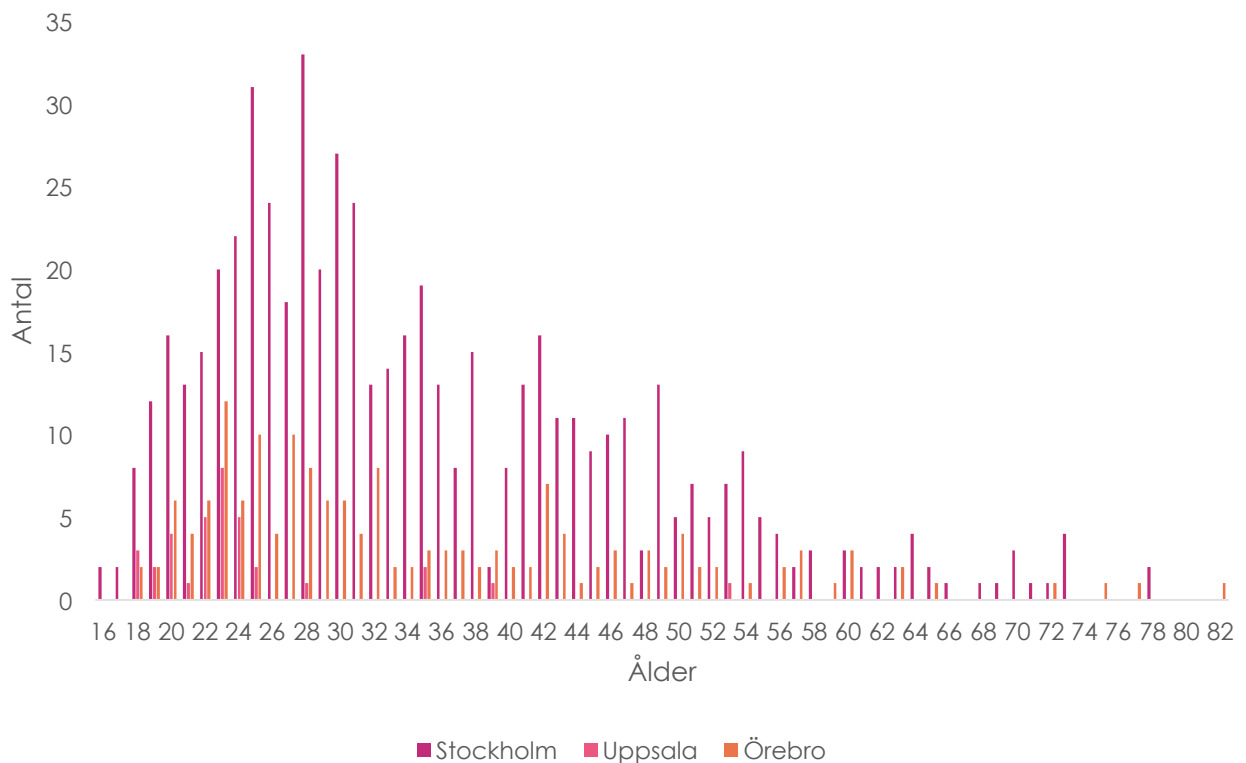
Till skillnad från 2016 använde enheterna under 2017 alla egna behandlingsprogram för depression. Internetpsykiatrin använde en avkortad och modifierad version (2.0) av sitt tidigare program (1.0), och även Örebro och Uppsala hade egna utvecklade program. Det går att läsa mer om alla programmen och vårdprocesserna på www.siber.registercentrum.se/om-siber/registerandeenheter, eller på SKL:s hemsida där Nationella kompetensgruppen för värdering av internetbaserade program lagt upp sina utvärderingar, <https://skl.se/halsasjukvard/ehalsa/internetbaseratstodochbehandling/utlatande> ninternetbaseradebehandlingsprogram.

Patienterna i SibeR

Åldersfördelning

För patienter som fick internetbehandling i Örebro var medelåldern 35,0 år (min 18, max 82) och i Stockholm 35,0 år (min 16, max 78), men i Uppsala 24,2 år (min 18, max

53) år, se figur 3. Åldern för dem i internetbehandling i Uppsala var signifikant lägre. Internetbehandling verkar alltså kunna vara tillämplig i breda åldersgrupper, men man ser att majoriteten av sökande var mellan 20-40 år under 2017, liksom under föregående år.



Figur 3. Åldersfördelning, antal unika patienter i Stockholm, Uppsala och Örebro, 2017.

Könsfördelning

Totalt var det en något högre andel kvinnor än män som fick internetbehandling under 2017 (66 %). Andelen kvinnor har ökat något sedan de tidigare åren 2015 (58 %) och 2016 (62 %). Könsfördelningen över åren för enheterna i Stockholm, i Örebro och Uppsala redovisas i figur 4.

Möjligen kan tröskeln för att söka psykologisk behandling minska för män om den kan förmedlas via internet, men trenden för 2015-17 går åt motsatt håll. För att dra slutsatser om könsdelningen är mer jämlig jämfört med andra administrationsformer för psykologisk behandling bör detta fortsättningsvis följas upp under kommande år samt med uppgifter från motsvarande enheter för psykologisk behandling "face-to-face".



Figur 4. Andel kvinnor som startat internetbehandling på enheterna år 2015-17

Processmått

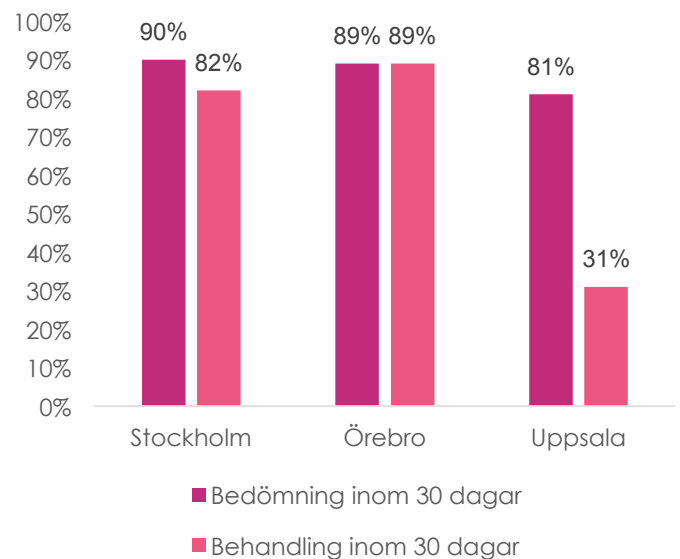
Tillgänglighet till behandling

Patienter bör få effektiv behandling i rimlig tid

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

Vid internetbehandling kan behandlingen ofta starta nästan omedelbart efter att beslut om behandling har fattats, då man bland annat inte begränsas av tillgång till fysiska rum på samma sätt som i vanliga kontakter och eftersom behandlarna kan ta ett större antal patienter. Ibland skjuter patienten på datum för bedömning genom att inte välja närmast tillgängliga tid. Ibland skjuts behandlingsstarten upp exempelvis beroende på att bedömaren vill ta hänsyn till andra pågående

behandlingsstarten kan också skjutas upp av patienten till en tidpunkt där behandlingsarbetet är mer lämpligt.



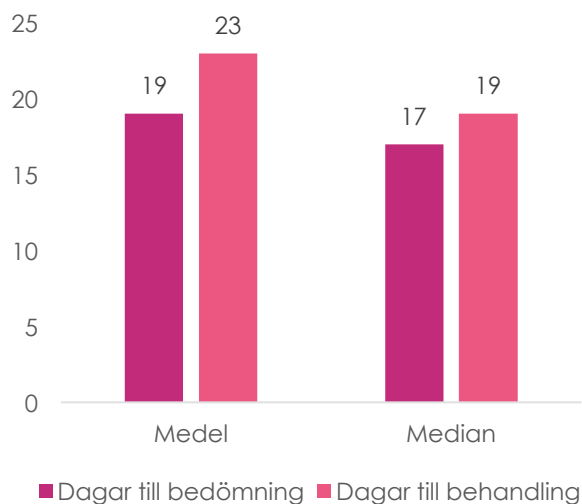
Figur 5. Tillgänglighet till internetbehandling. Andel patienter som får bedömning respektive behandlingsstart inom 30 dagar från vårdbegäran. 2017.

Tillgänglighet i SibeR 2017

Ungefär 81 procent kunde starta behandling inom 30 dagar från vårdbegäran, för respektive enhet se figur 5.

I Uppsala kunde en lägre andel patienter påbörja sin behandling inom 30 dagar. Jämfört med vanliga väntetider till att få göra bedömning inför och få starta psykologisk behandling ansikte-mot-ansikte så är väntetiderna troligen ändå låga.

För alla patienter i SibeR tog det i snitt 23 dagar från vårdbegäran till behandlingsstart men medianen (typvärdet) för antalet dagar var 19 dagar, se figur 6



Figur 6. Genomsnittlig ledtid från vårdbegäran till bedömning resp. behandlingsstart från vårdbegäran (dagar). 2017. N=767

Fullföljandegrad

Fullföljandegrad underlättar värdering och är en kvalitetsindikator

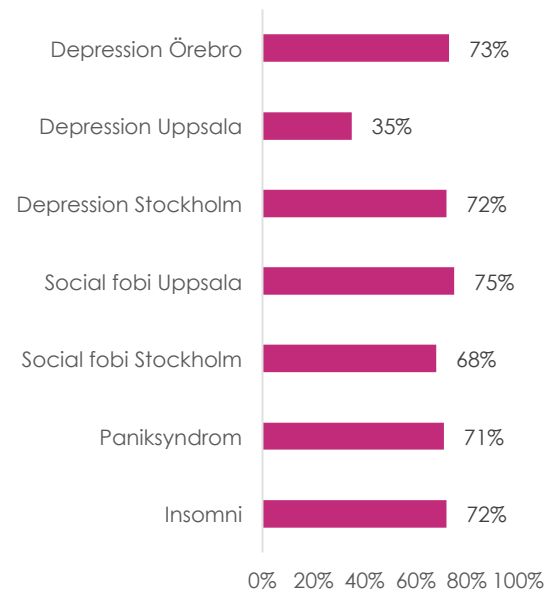
Behandlingsprogram för internetbehandling innefattar vanligen ett fast antal förbestämda behandlingsavsnitt (moduler), men det kan även finnas valbara moduler som behandlaren tilldelar patienten efter behov. Det maximala antalet moduler brukar vara definierat för varje program, och är vanligen 6-11 stycken.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

Det finns en koppling mellan behandlingseffekt och hur många moduler patienten fullföljer. Vissa tillstånd kan vara lättare att komma tillrätta med på kortare tid än andra, och människor behöver olika mycket tid i en lärandeprocess. Grad av fullföljande kan också säga något om själva programmet. En beskrivning av antalet fullföljda moduler underlättar värdering av skillnader i behandlingseffekter

mellan olika enheter, särskilt om samma behandlings-program används. Andelen patienter som påbörjat mer än 50 procent av maximalt antal moduler i programmet är en kvalitets-indikator i SibeR.

Fullföljandegrad 2017

Andelen patienter som påbörjat mer än 50 procent av maximalt antal moduler var för depression i Stockholm väsentligen oförändrat mellan 2016 och 2017 (75 till 72 procent), ökade i Örebro (60 till 73 procent), var oförändrat för paniksyndrom (70 till 71 procent) och hade ökat något för social fobi i Stockholm (63 till 68 procent). För beskrivning av fullföljandegrad under 2017, se **figur 7**.



Figur 7. Fullföljandegrad vid internetbehandling. Andel patienter som påbörjat mer än 50 % av maximalt antal moduler, 2017

Effektmått

Behandlingseffekter avseende symtom

Målet med behandling är att patienten ska bli fri från sina symtom och återvinna funktionsförmågan. För att mäta förändring av symtom får patienten skatta sin symtom-nivå i samband med behandlingsstart och vid behandlingsavslut samt 6 månader efter behandlingsstart. För de olika indikationerna har sjukdomsspecifika mått valts som är väl validerade, fritt tillgängliga och känsliga för förändring. För beräkning av behandlings-effekter i 2017 års rapport inkluderades patienter som startade behandling under 2017 och avslutade inom kvartal 1 2018.

Depression

För depression används Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S; Svanborg & Åsberg, 1994) som är den mest använda symtomskattningsskalan för depression i Sverige. Vägledning för tolkning av tröskelvärden för MADRS-S är 0-12 ingen

depression, 13-19 lindrig depression, 20-34 medelsvår depression och ≥ 35 poäng svår depression. En alternativ skattningsskala som rekommenderas för att mäta förändring av depression är PHQ-9 (Kroenke et al, 2010).

Stockholm: Av 219 patienter som började internetbehandling för depression i Stockholm fanns registrerat patientens egenskattning av MADRS-S även vid behandlingens avslut (eftermätning) för 203 av dessa patienter (7 % bortfall) samt 93 vid 6-månadersuppföljning (58 % bortfall).

Örebro: Av 164 patienter som började internet-behandling för depression i Örebro fanns registrerat MADRS-S vid förmätning för 155 och för 149 vid eftermätning (9 % bortfall) samt för 40 vid 6-månadersuppföljning (76 % bortfall).

Uppsala: Av de 18 patienter som började internetbehandling för depression i Uppsala fanns registrerat MADRS-S för 3 patienter vid behandlingens avslut (83 % bortfall) och ingen 6-månadersuppföljning gjordes.

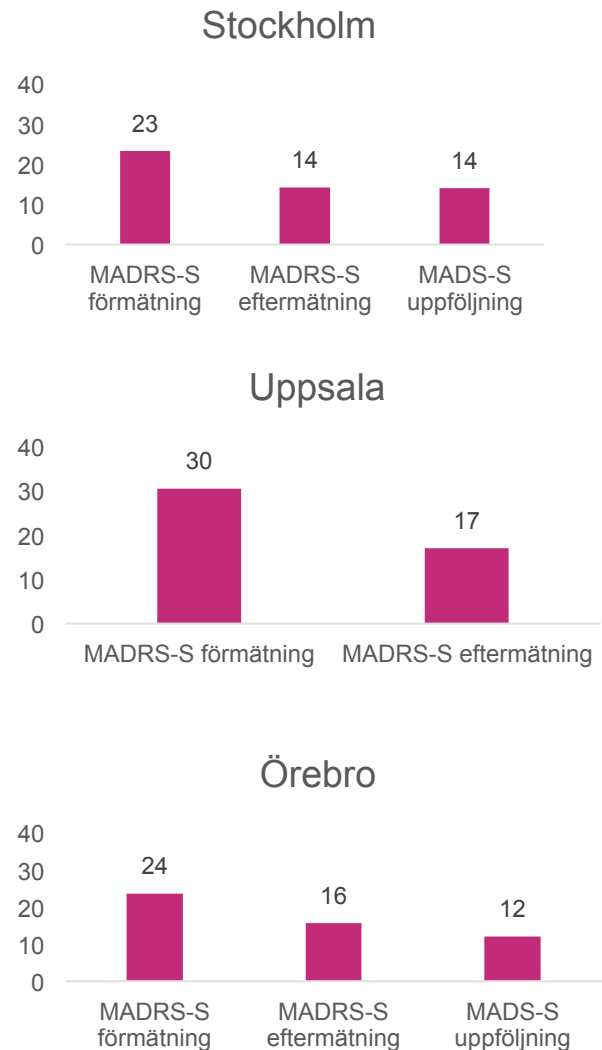
Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdeskillnad var

stor för både dem som fått behandling mot depression i Stockholm (n=203) och i Örebro (n=149) (Cohen's d : 1,18 (0,99 - 1,37) respektive 0,94 (0,73 - 1,14) och signifikant ($p < 0,01$)).

Behandlingseffekten för dem som fått behandling mot depression i Uppsala kunde bara beräknas på 3 individer (17 % av alla). För dessa tre var den stor (Cohen's d : 0,94 (-2,44 - 4,32) men inte signifikant ($p = 0,287$)).

Medelvärden för MADRS-S vid förmätning, eftermätning och vid 6-månadersuppföljning illustreras i figur 8.

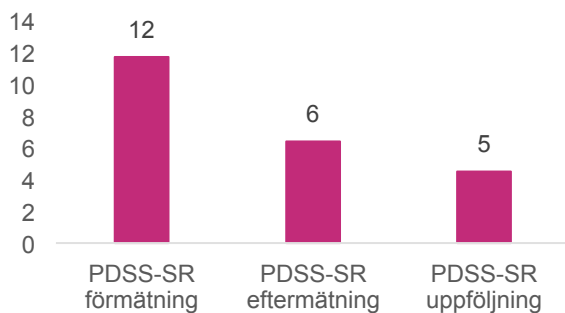
För enheterna i Stockholm och Örebro ser man att behandlingseffekten kvarstod cirka 3 månader efter behandlingsavslut, men bortfallen var stora och detta resultat är därför osäkert.



Figur 8. Självsfattning med MADRS-S före, efter och vid 6-månadersuppföljning vid internetbehandling för depression. 2017.

Paniksyndrom

Som sjukdomsspecifikt mått för paniksyndrom används Panic Disorder Severity Scale- Self Assessment (PDSS-SR; Shear, 2001), som finns fritt tillgänglig i en svensk auktoriserad översättning (Öst & Bergström). PDSS-SR kan ge maximalt 28 poäng. Vägledning för tolkning av PDSS-SR är att remission kan definieras som ≤ 5 poäng och mellan 10- 15 poäng som måttligt svårt paniksyndrom (Furukawa et al, 2009).



Figur 9. Självsfattning med PDSS-SR före, efter och vid 6-månadersuppföljning vid internetbehandling för paniksyndrom. 2017.

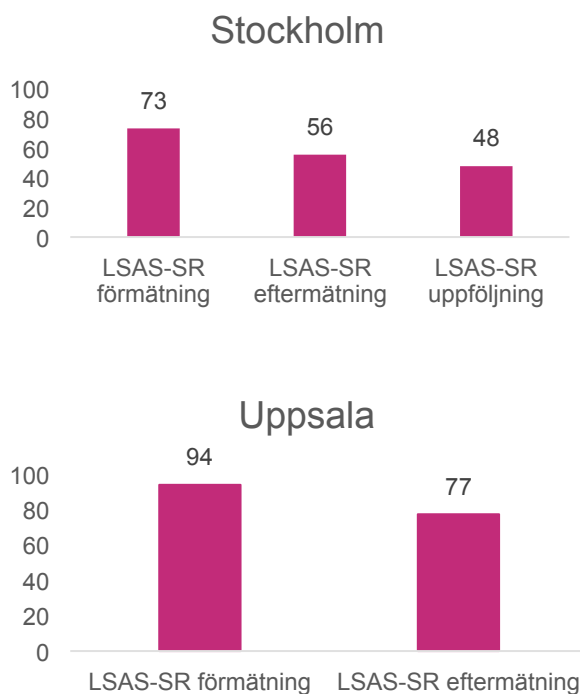
Av de 139 patienter som påbörjade internetbehandling för paniksyndrom fanns registrerat patientens egen skattning av PDSS-SR även vid behandlingsavslut för 132 patienter (7 % bortfall) samt 59 patienter (42 % bortfall) vid 6-månadersuppföljning. Behandlingseffekten beräknad som

standardiserad medelvärdeskillnad var stor (Cohen's d : 1,09 (0,86 - 1,32) och signifikant ($p < 0.01$)), se figur 9.

Behandlingseffekten kvarstod cirka 3 månader efter behandlingsavslut, men bortfallet var stort och uppgiften därför osäker.

Social fobi

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



Figur 10. Självsfattning med LSAS-SR före, efter och 6-månadersuppföljning vid internetbehandling för social fobi. 2017.

Stockholm: Av de 161 patienter som påbörjade internetbehandling för social fobi i Stockholm fanns registrerat patientens egen skattning av LSAS-SR även vid behandlingsavslut för 157 patienter (5 % bortfall) samt för 59 patienter (36 % bortfall) vid 6-månadersuppföljning. Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdes-skillnad var måttligt stor (Cohen's d : 0,75 (0,60- 0,90) och signifikant ($p < 0.01$).

Behandlingseffekten tenderade att förbättras ytterligare cirka 3 månader efter behandlingsavslut, vilket överensstämmer med resultaten av långtidsuppföljningar för internetbehandling av social fobi (Hedman et al, 2014).

Uppsala: Av de 16 patienter som påbörjade internetbehandling för social fobi i Uppsala fanns registrerat LSAS-SR även vid behandlingsavslut för 7 patienter (44 % bortfall). Behandlingseffekten för dessa 7 patienter beräknad som standardiserad medelvärdes-skillnad var stor (Cohen's d : 1,57 (- 0,37 – 3,52) och signifikant ($p = 0,03$), men är osäkert på grund av stort bortfall och litet antal.

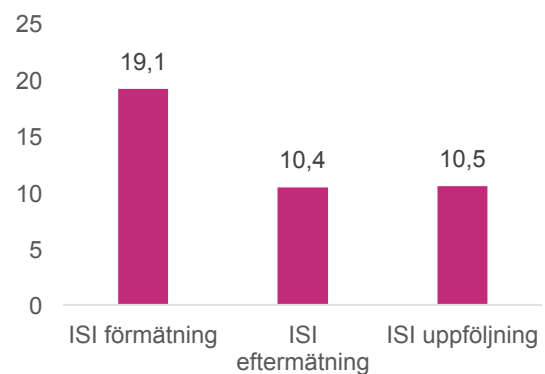
Insomni

Internetbehandling för insomni (sömnstörning minst 3 nätter per vecka under minst 3 månader) startade i reguljär vård både i Stockholm och i Uppsala i slutet av 2017. För analys av behandlingseffekten under 2017 har vi slagit ihop patienterna från Stockholm och från Uppsala till en grupp eftersom det endast var en patient i Uppsala.

Som sjukdomsspecifikt mått för insomni användes Insomnia Severity Index (ISI; Bastien, 2001). SibeR använder en svensk auktoriserad version (Jernelöv, 2017) som förankrats med svenska forskare inom insomni-området. ISI mäter subjektiv upplevelse av sömnbesvär med 7 frågor och maximalt antal poäng är 28. Gränsvärdet för insomni är 10 poäng, 11-14 poäng räknas som mild insomni, 15-21 poäng som medelsvår och 22-28 poäng som svår insomni.

Stockholm och Uppsala: Det var 49 patienter som startade behandling i Stockholm. Alla 50 patienter som startade behandling skattade också ISI vid behandlingsavslut (0 % bortfall). Tolv av dessa skattade också vid så kallad 6-månadersuppföljning (24 % bortfall).

Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdeskillnad var stor (Cohen's d : 1,65 (1,12 – 2,17) och signifikant ($p < 0,001$).



Figur 11. Självsfattning med ISI före, efter och 6-månadersuppföljning vid internetbehandling för insomni, 2017.

Klinisk förbättring

En kvalitetsindikator i SibeR är att undersöka hur stor andel av patienterna som bedöms ha genomgått en kliniskt relevant förbättring. I SibeR har kriterierna för klinisk förbättring definierats utifrån litteraturgenomgång för de valda skattningsskalorna.

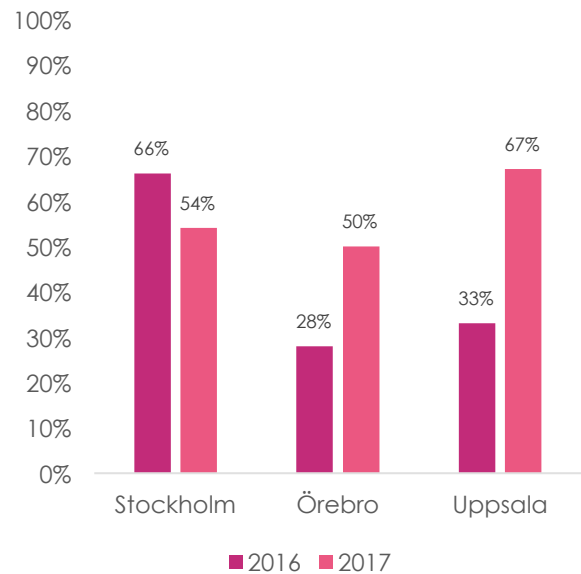
Minskning av MADRS-S ≥ 40 % (Bandelow et al, 2009), minskning av PDSS-SR ≥ 40 % (Furukawa et al, 2009) och minskning av LSAS-SR ≥ 30 % (Bandelow, 2009) bedöms vara etablerade kriterier för klinisk förbättring (respons).

När det gäller kliniskt relevant effekt vid behandling av insomni så är föreslaget kriterium för respons att ISI ska ha minskat med 8 poäng (Morin et al, 2011). Efter test i ett större material har vi kunnat översätta detta till en minskning av ISI med 40 %. Anledningen är att vi vill ha motsvarande kriteriegrund som för övriga formulär (procentuell förändring).

Klinisk förbättring depression

Under 2017 var andelen förbättrade i depressionsbehandling i Stockholm 54 procent (110 av 203), i Örebro 50 procent (74 av 148), och i Uppsala 67 procent (2 av 3). I figur 12 framgår att

skillnaden från föregående år var ganska stor vid alla enheterna.



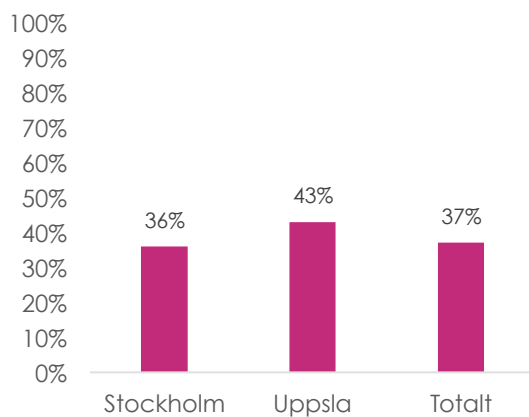
Figur 12. Klinisk förbättring depression.

Andel patienter som förbättrats vid internetbehandling för depression i Stockholm, Örebro och Uppsala.

Vi ser att behandlingseffekterna ter sig jämnstora för enheterna i Stockholm och Örebro under 2017. Bägge enheter har under året använt avkortade och modifierade behandlingsprogram för ganska stora grupper av patienter. Man har också använt samma rutin för mätning av depressionsgrad vid behandlingsavslut.

Klinisk förbättring social fobi

Under 2017 var andelen förbättrade i behandling av social fobi i Stockholm 36 procent (57 av 157), och i Uppsala 43 procent (3 av 7).



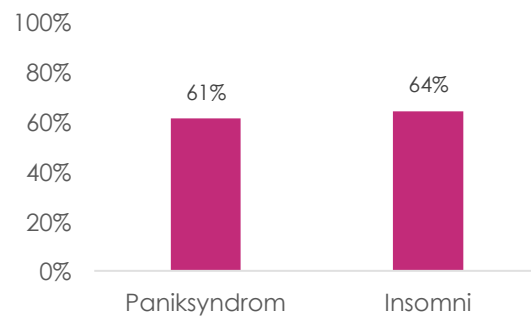
Figur 13. Klinisk förbättring social fobi.

Andel patienter som förbättrats vid internetbehandling för social fobi i Stockholm och Uppsala. 2017.

Klinisk förbättring paniksyndrom och insomni

Under 2017 förbättrades 61 procent (80 av 132) av patienterna i behandling för paniksyndrom, vilket överensstämde rätt väl med föregående år (66 procent).

Andelen som förbättrats i behandling för insomni var 64 procent (32 av 49).



Figur 14. Klinisk förbättring paniksyndrom och insomni. Andel patienter som förbättrats vid internetbehandling för paniksyndrom och insomni. 2017.

Hälsorelaterad livskvalitet och funktion

Vid behandling är det väl så angeläget att förbättra funktionsförmåga och hälso-relaterad livskvalitet som att minska symtom. Med funktion brukar man avse förmågan till att leva ett självständigt liv, arbetskapacitet, förmåga till återhämtning, och förmåga att vidmakthålla adekvata sociala relationer. Livskvalitet avspeglar personens egen värdering av hur personligt viktiga områden i livet är tillfredsställda.

I SibeR finns det två mått som mäter hälsorelaterad livskvalitet och funktion; EuroQol- 5-dimensions (EQ-5D; Euroqol, 1990) och World Health Organisation Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0; Üstün et al, 2010). Bägge används vid både kroppslig och psykisk ohälsa som generella mått oavsett diagnos.

EQ-5D

För EQ-5D skattar patienten fem frågor med tre svarsalternativ för domänerna förmåga till rörlighet, hygien/ADL och aktivitet, samt upplevelser av smärtor/besvär och oro/nedstämdhet.

Även aktuell upplevd hälsa skattas på en VAS-skala mellan 0-100. EQ-5D används av flera kvalitetsregister som mått på hälsorelaterad livskvalitet och bland annat som grund för hälso-ekonomiska beräkningar.

I samband med byte till annan registerplattform hösten 2017 så valde SibeR att gå över från att registrera enskilda värden på de fem domänerna till att istället registrera ett viktat indexvärde. Skälet till detta var att underlätta manuell inmatning. Förändringen har inneburit att vi inte på ett meningsfullt sätt kan redovisa resultat av EQ-5D under 2017, men planerar att göra det för kommande år.

WHODAS 2.0

WHODAS är en metod för mätning av funktionshinder över kulturgränser och är uppbyggt på ramverket i International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) i samverkan med Världshälsoorganisationen (WHO) (Üstün et al, 2010). I den längre versionen, som har 36 frågor med 5 svarsalternativ, omfattas 6 domäner (kognition, förflyttning, personlig vård, relationer, dagliga aktiviteter och delaktighet i samhället). Det finns en kortare version

med 12 frågor, WHODAS 2.0- 12 frågor, som förklarar en stor andel av de skillnader som mäts mellan individer med den längre versionen (81 % av variansen). Formuläret har goda mätegenskaper och är känsligt för förändring (Andrews et al, 2009;Garin et al, 2010).

Det finns flera skäl till att SibeR infört ett ytterligare mått på funktionsnedsättning. EQ-5D är licensskyddat och de flesta landstingen har inte avtal. WHODAS 2.0 är fritt att använda och tillgängligt i svensk auktoriserad översättning, för information se Socialstyrelsens hemsida: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-5-1>. Data för svensk validering och normering av WHODAS självskattningsversion är insamlade och håller på att sammanställas för publicering.

WHODAS rekommenderas internationellt. I det psykiatriska klassifikationssystemet DSM ersattes det tidigare måttet för bedömning av funktionsnedsättning Global Assessment of Functioning (GAF) med WHODAS när man gick över till sin femte version (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013). WHODAS-12 frågeversion

rekommenderas även av International Consortium for Health Care Measurement (ICHOM) för mätning av funktion vid utvärdering av behandling för depression och ångest (<http://www.ichom.org>).

SibeR använder 12-frågeversionen med en enkel poängberäkning som översätts till funktionsnedsättning 0-100 procent. Den har visats fungera tillförlitligt vid administrering via internet (Axelsson et al, 2017).

För mer information se <https://siber.registercentrum.se/stod-for-vardpersonal/skattningsinstrument>.

Vägval

Det finns stora skillnader avseende vilka mått man använder för mätning av symtom, funktion och livskvalitet mellan landsting och enheter. SibeR bidrar till en samordning eftersom det är förutsättningen för regional och nationell utvärdering och återkoppling. Helst borde måtten vara oberoende av förmedlingsätt av psykologisk behandling, det vill säga att samma mått används oavsett om behandlingen ges via internet eller ansikte-mot-ansikte.

Case-mix

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

Ingen redovisning av alkoholbruk 2017

Vi har tidigare redovisat rapporterat alkoholbruk mätt med en kortversion av Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Bergman & Källmén, 2002). AUDIT är ett väl etablerat mått för mätning och screening av alkoholkonsumtion som innefattar 10 frågor. I samband med byte av registerplattform 2017 så passade vi på att byta från kortversionen AUDIT-C (3 frågor) till fullskaleversionen eftersom den har nivåer för att definiera riskbruk, skadligt bruk och beroende. Data och

analys avseende alkoholmönster kommer att presenteras nästa år.

För 2017 har vi valt att fokusera på förekomst och profil av samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser.

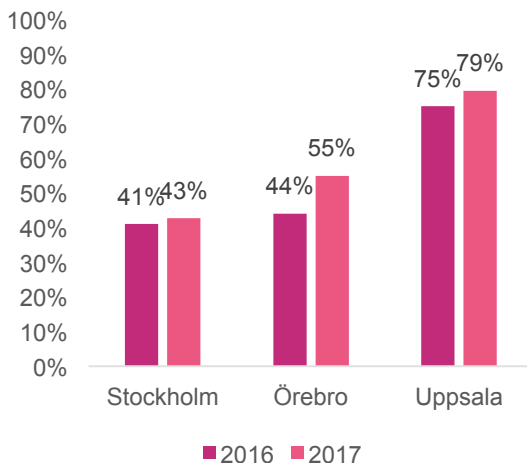
Samsjuklighet

De tre enheter som registrerade i SibeR under 2017 erbjöd alla så kallade diagnos-specifika behandlingsprogram. Programmen kan sägas vara manualer så att patienten kan bedriva behandlingen mer självständigt och lättillgängligt, samtidigt med att man får professionellt stöd och återkoppling. Programmen bygger på psykologisk teori och modeller som forskats fram för ett specifikt tillstånd, som depression eller social fobi. Detta är en anledning till att specifik diagnos är viktig - rätt diagnos innebär att programmet bör passa bättre.

Samsjuklighet, d.v.s. förekomst av flera ångestsyndrom och/eller depression hos samma individ, är dock mycket vanligt. Likaså ingår sömnbesvär regelmässigt vid många tillstånd. Ungefär 30-40 % av personer med ångestsyndrom har en depression, och vice versa. I vissa fall kan depression ses som ett resultat av de

begränsningar som ett ångestsyndrom medför. I andra fall är det fristående fenomen.

Samsjuklighet kan medföra att tillståndet i fokus är mer svårbehandlat, exempelvis att en depression hos en person med social fobi minskar orken att genomföra exponering. För att karaktärisera grupperna är det därför relevant att undersöka om det föreligger samsjuklighet.



Figur 15. Förekomst av samsjuklighet fördelat per enhet under åren 2016 och 2017.

Samsjuklighet på enhetsnivå

Förekomsten av patienter med registrerade samsjukliga psykiatriska diagnoser varierade mellan enheterna med högst andel i Uppsala (79 %), till hos cirka hälften av patienterna i Örebro (55 %) och lägst i Stockholm (43 %).

Grad av samsjuklighet hos patienterna har ökat något vid alla enheter sedan 2016.

Samsjuklighet vid depression

Uppsala: För patienter i depressionsbehandling i Uppsala fanns registrerad samsjuklighet hos 71 %, där de tre vanligaste diagnoserna var social fobi, autismspektrumstörning och generaliserat ångestsyndrom (GAD). Noterades att två patienter som behandlades för depression i Uppsala hade bipolär sjukdom som bidiagnos.

Örebro: För patienterna i depressionsbehandling i Örebro fanns registrerad samsjuklighet hos 55 %, där de tre vanligaste diagnoserna var social fobi, GAD och paniksyndrom.

Stockholm: För patienterna i depressionsbehandling i Stockholm fanns registrerad samsjuklighet hos 29 %,

där de tre vanligaste diagnoserna var social fobi, GAD och paniksyndrom.

Samsjuklighet vid social fobi

Uppsala: För patienter i socialfobibehandling i Uppsala fanns registrerad samsjuklighet hos 87 %, där de tre vanligaste diagnoserna var depression, agorafobi och GAD.

Stockholm: För patienterna i socialfobibehandling i Stockholm fanns registrerad samsjuklighet hos 41 %, där de tre vanligaste diagnoserna var depression, GAD och paniksyndrom.

Samsjuklighet vid insomni

För patienterna i insomnibehandling i Stockholm (n=49) och Uppsala (n=1) fanns registrerad samsjuklighet hos 42 %, där de tre vanligaste diagnoserna var depression, GAD och socialfobi.

Samsjuklighet vid paniksyndrom

För patienterna i paniksyndrom-behandling i Stockholm fanns registrerad samsjuklighet hos 66 %, där de tre vanligaste diagnoserna var agorafobi, depression och socialfobi. Rutinen är att registrera agorafobi som bidiagnos när

det handlar om paniksyndrom med agorafobi.

Analys av samsjuklighet

Skillnaderna avseende frekvens av registrerad samsjuklighet mellan enheterna kan betingas av att de verkar i tre skilda sammanhang.

Internet-behandling i Uppsala bedrivs på en enhet för unga vuxna inom specialist-psykiatri. Örebro har en modell där patienter gör egenanmälan till en enhet inom psykiatri där psykologer genomför bedömningar och att behandlingen sedan genomförs av psykologer och kuratorer inom primärvården. I

Stockholm finns en specialiserad enhet för internetbehandling som visserligen är lokaliserad inom psykiatri men där hela länets befolkning gör egenanmälan på en hemsida, på rekommendation från 1177/vårdguiden eller vårdgivare inom primärvård eller psykiatri. Ett visst inslag av patienter som sökt från hela landet ingår.

Skillnader i frekvens av registrerad samsjuklighet kan också betingas av olika diagnostiska rutiner och urvalskriterier. Alla registrerande enheter har dock här till nästan 100 % använt sig

av intervjustöd (strukturerad diagnostik) för att ställa diagnos. Enheter kan också skilja sig åt i vilken omfattning man inkluderar personer med mer allvarlig psykisk ohälsa och funktionshinder.

Har IKBT effekt på samsjuklig diagnos?

Även om frekvens av samsjuklighet skiljer mellan enheterna är mönster av samsjuklighet ganska lika. Patienter som behandlas för depression har ofta också socialfobi, GAD och paniksyndrom. Patienter som behandlas för social fobi har ofta också depression och GAD. Dessa diagnoser är också vanliga vid insomni.

Frågan är om de diagnosspecifika internetbehandlingsprogrammen kan vara hjälpsamma även för samsjukliga tillstånd? Eller skulle det behövas program som täckte ett bredare spektrum av tillstånd? En fingervisning om att de diagnosspecifika programmen kan ha effekt på samsjukliga tillstånd ger analys av den andel av patienter i behandling för social fobi (n=35) och paniksyndrom (n=38) i Stockholm som också följdes med depressions-måttet MADRS-S.

Depressionsgrad minskade signifikant med 4-5 poäng med medelhög effekt (Cohen's d : 0,72 och 0,55).

En slutsats är att det vore värdefullt om både depressions- och ångestmått kunde följas och registreras för behandlingar fortlöpande.

Projekt Öka anslutningen till SibeR

Under 2017 initierade SibeR projektet "Öka anslutningen till SibeR", med syfte att öka antalet anslutna enheter i SibeR, att förenkla inmatning till registret och att förbättra förutsättningar för data-uttag. Allt för att bättre kunna bistå i återkoppling och förbättringsarbete i samband med implementering av internetbehandling i reguljär vård. Satsningen har möjliggjorts av ett fint samarbete med Registercentrum Västra Götaland, samordnat av utvecklingsledare Camilla Lansvén, och med stöd från SKL, Avdelningen för Hälsa och Omsorg.

Under våren 2017 togs kontakt med alla kontaktpersoner för SoB i landstingen och under våren och sommaren 2017 förbereddes utvecklingen av det "Nya SibeR" med förenklad variabeluppsättning, ny registerplattform på Stratum, och ny hemsida på www.siber.registercentrum.se. Det nya registret lanserades den 4 oktober.

Jag rekryterades som biträdande registerhållare och började min anställning hösten 2017 med särskild uppgift att arbeta med projektet. Jag har skrivit till alla kontaktpersoner för SoB i landstingen, och efter en del efterforskningar kunnat ha telefonintervju med ansvariga personer från alla landstingen i syfte att undersöka villkor och att motivera för anslutning.

Sammantaget ser förutsättningarna olika ut i landstingen. De allra flesta visar ett starkt intresse för anslutning till SibeR och möjligheten till utvärdering, kvalitetsarbete och nationella jämförelser.

Några har visat sig vara beredda att ansluta direkt med hjälp av manuell inmatning och en bra modell har varit att jobba med pilotenheter som bygger upp rutiner för registrering i SibeR utifrån sin vårdprocess, journalföring m.m. Vi har då kunnat samarbeta kring journalmallar och informatik som när det är uppbyggt möjliggör automatiska överföringar. Pilotenheterna visar sedan vägen för kommande enheter i regionen eller landstinget.

Andra landsting uttrycker farhågor att manuell inmatning kommer bli för betungande för personal och verksamhet. Sedan finns det ytterligare en grupp som av olika skäl har fastnat i problem kring implementering och förvaltning av internetbehandling, ofta efter genomförda pilotprojekt, och därför måste avvakta med anslutning till kvalitetsregister.

I kontakterna med de enheter som är eller vill bli anslutna så efterfrågas erfarenheter och råd för implementering. Det har framkommit starka önskemål om att SibeR ska bidra till att samordna utfallsmått vid internetbehandling, exempelvis för barn och unga, smärtproblematik, och beroende tillstånd. SibeR har i dessa fall bistått med utredning och underlag till förslag på lämpliga utfallsmått. Exempel på stöd vid implementering är två samarbetsuppdrag för Västra Götaland Regionen (VGR) och Primärvården i Region Uppsala. Där har SibeR bistått med återkoppling på regionernas implementeringsprojekt samtidigt som vi jobbar med att ansluta så kallade pilotenheter till SibeR.

För mig som psykolog med intresse för både klinisk psykologi och organisationspsykologi har det varit väldigt givande att se hur de här två områdena går ihop när jag har haft kontakt med enheter runt om i landet. Det blir tydligt hur de organisatoriska förutsättningarna lägger grunden för ett kliniskt arbete av hög kvalitet.

Det känns väldigt meningsfullt att kunna bidra på ett litet hörn till att psykologisk behandling inom reguljär vård kan utvecklas. Jag tror att utvärdering via kvalitetsregister synliggör på ett bra sätt vad som händer i vårdprocessen och vilka resultat det ger. Det är i sin tur värdefullt för behandlare, patienter och de som ska leda hälso- och sjukvården.

Pontus Bjurner

Leg psykolog, biträdande registerhållare för SibeR



Uppsala i SibeR- en reflektion

Uppdraget för specialistpsykiatri i Uppsala är att utreda och behandla personer med svårare ångest- och förstämningssyndrom och/eller som inte har svarat tillfredsställande på tre evidensbaserade behandlingsförsök eller där det finns självmordsrisk, behov av fördjupad diagnostik eller vid komplex samsjuklighet. Öppenvården är organiserad i Psykiatrimottagningen för unga vuxna (18-25 år) och Affektiva mottagningen för vuxna (över 25 år).

I Uppsala erbjuds iKBT för depression, social ångest och insomni som behandlingsalternativ för hela specialistpsykiatri, men behandlingen sker via Psykiatrimottagningen för unga vuxna och det är också där som internetpsykologerna hittills har verkat.

Att behandlingen utifrån detta främst innefattat unga vuxna patienter förklarar att medelåldern för

internetbehandling var lägre jämfört med i Örebro och Stockholm.

I SibeRs årsrapport framkommer lång väntetid och ett mål är att få ned denna. Väntetiden kan bero på flera saker; dels kan patienterna själva välja när de vill starta och dels ska behandlingsstart många gånger också synkas med optimal läkemedelsbehandling i de fall där detta är aktuellt. Flera patienter är således bedömda men startar behandlingen senare. Utifrån bristande resurser har mottagningen även sommaruppehåll i internetbehandlingen, där redan bedömda patienter får vänta på behandlingsstart till efter sommaren.

Uppgifterna för 2016 och 2017 registrerades i efterhand vilket gör att det kan finnas felkällor. En slutsats är att rutiner behöver utvecklas för mer kontinuerlig och tillförlitlig registrering.

I årsrapporten framkommer även ett stort bortfall av eftermätningar vilket är ett tydligt förbättringsområde. Vi ser att vi behöver utarbeta tydligare riktlinjer för uppföljning av deltagare som hoppat av behandlingar.

En tänkbar orsak till högt bortfall är att det i gruppen unga vuxna generellt finns mindre struktur och naturliga sociala sammanhang, samt troligen större sannolikhet att förutsättningar förändras under de månader som behandlingen pågår.

En annan tänkbar förklaring skulle kunna vara att exklusionskriterierna för internetbehandling i Uppsala har varit väldigt få, eftersom forskningen kring patienter inom specialistpsykiatri är knapphändig och önskan har varit att testa brett. Hög samsjuklighet och hög initial svårighetsgrad på förmätningarna tyder på att patienterna har haft svårare problematik än i Örebro och Stockholm, och där är det möjligen rimligt att förvänta sig ett till viss del större bortfall.

Andra faktorer kan vara att man ibland använt iKBT istället för annan behandling på grund av väntetider till andra behandlingar eller utredningar, oklarhet över patientens generella motivation och förmåga till psykologisk behandling.

Det vore intressant att undersöka vilka faktorer som kan predicera avhopp från iKBT, som sociodemografiska variabler

(ålder, kön), och/eller kliniska karaktäristika (svårighetsgrad, samsjuklighet) och/eller behandlingsrelaterade faktorer (pågående läkemedelsbehandling och tidigare samtalsbehandling). Sådan kunskap skulle kunna fungera som ett underlag för vilka patienter som framöver är mest behjälpta av och ska erbjudas detta behandlingsalternativ inom specialistpsykiatri.

Underlaget från SibeR ger också indikationer om att anpassningar av internetbehandling för unga patienter med hög svårighetsgrad och samsjuklighet kan prövas för att se om detta kan öka grad av följsamhet och behandlingseffekt. Man skulle t.ex. kunna utvärdera om stöd i form av telefonuppföljningar och extra sessioner för planering av uppgifter och hantering av prokrastinering (uppskjutande), fördjupad psykosocial kartläggning och insatser före iKBT i denna patientgrupp är hjälpsamt.

Lina Ciardella

leg psykolog, leg psykoterapeut
Psykiatrimottagningen för Unga Vuxna
Kontaktperson för SibeR i Uppsala

SibeR 2018

Svenska Internetbehandlingsregistret startade som kvalitetsregister 2015 i sluttampen av den statliga satsningen på nationella kvalitetsregister.

År 2017 innebar stora förändringar både vad gäller yttre förutsättningar och av själva registret. Förutom verksamheter i de landsting som beskrivs i denna rapport, har flera landsting som Östergötland, Värmland, Kalmar, Jönköping, Dalarna och Gävleborg kommit igång med internetbehandling i större skala särskilt inom primärvården. Andra landsting har haft svårt att finna former för reguljär drift efter genomförda piloter med behandling via den nationella plattformen SoB. Central finansiering för kvalitetsregister har minskat och landstingen bygger nu en ny organisation för kunskapsstyrning där kvalitetsregistren avses ingå.

Projektet med att öka anslutningen till SibeR fortsätter. Under 2017 uppnåddes enklare funktioner för in- och utdata, ny mer informativ hemsida och kontakt med verksamheter där internet-

behandling bedrivs. Processen med att ansluta fler enheter är påbörjad. Exempelvis har tre enheter inom Uppsalas primärvård börjat registrera under våren 2018, primärvårdsenheter inom VGR har börjat registrera under hösten 2018 och i Region Skåne har en vuxen-psykiatrisk enhet gjort allt förarbete för att kunna börja registrera. Ytterligare landsting väntar på att starta anslutnings-processen till SibeR.

Västra Götaland har fattat beslut att all reguljär internetbehandling inom regionen ska registreras i SibeR och begärt stöd när det gäller implementering och utvärdering av internetbehandling för unga i åldern 13-18 år. Detta har lett fram till att internetbehandling för unga nu är inkluderat i registret med nationellt välförankrade utfallsmått i ett "SibeR-moment" för unga och att en person från barn- och ungdomspsykiatri är rekryterad till styrgruppen för SibeR.

Arbetet med anslutning och förbättrade utdatafunktioner fortgår under 2018. Vi ser att anslutning leder till kliniskt förbättringsarbete redan under anslutningsprocessen och till idéer för forskningsprojekt.

Referenser

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author, 2013.
- Andersson G, Rozenthal A, Shafran R, Carlbring P. Long-term effects of internet-supported cognitive behaviour therapy. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2018;18:1:21-28.
- Andrews G, Kemp A, Sunderland M, von KOrff M, Ustun TB. Normative Data for the 12 item WHO Disability Assessment Schedule 2.0. *PLoS ONE* 2009;(4)12:e8343.
- Axelsson E, Lindsäter E, Ljótsson B, Andersson E, Hedman-Lagerlöf E. The 12-item Self-Report World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 Administered Via the Internet to Individuals With Anxiety and Stress Disorders: A Psychometric Investigation Based on Data From Two Clinical Trials. *JMIR Mental Health* 2017;8;4(4):e58
- Bandelow B, Baldwin DS, Dolby OT, Friis Andersen H, Stein DJ. What is the threshold for symptomatic response and remission for major depressive disorder, panic disorder, social anxiety disorder, and generalized anxiety disorder? *Journal of Psychiatry* 2006;67:1428-34.
- Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine* 2001;2:297-307.
- Bergman H, Källmén H. Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol* 2002;37:3:245-51.
- Carlbring P, Andersson G, Cuijpers P, Riper H, Hedman-Lagerlöf E. Internet-based vs face-to-face cognitive behaviour therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy* 2018;47:1:1-18.
- Clark DM, Canvin L, Green J, Layard R, Pilling S, Janecka M. Transparency about the outcome of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *The Lancet*, published Online December 7, 2017. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32133-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32133-5).
- EuroQol-Group. EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life. *The EuroQol Group. Health policy* 1990;16(3):199-208.
- Fresco DM, Coles ME, Heimberg RG, Liebowitz MR, Hami S, Stein MB, Goetz D. The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the properties of self-report and clinician administered formats. *Psychological Medicine* 2001;31:1025-35.
- Garin O, Ayuso-Mateos JL, Almansa J, Nieto M, Chatterij S, Vilagut G, Alonso J, Cieza A, Svetskova O, Burger H, Racca V, Francescutti C, Vieta E, Kostanjsek N, Raggi A, Leonardi M, Ferrer M, for the MHADIE consortium. Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010;8:51.

Hedman E, El Alaoui S, Lindefors N, Andersson E, Rück C, Ghaderi A, Kaldo V, Lekander M, Andersson G, Ljotsson B. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of Internet- vs. group-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: 4-Year follow-up of a randomized trial. *Behavior Research and Therapy* 2014;59:20-29.

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

Hasson H, von Thiele Schwarz U. Användbar evidens. Om följsamhet och anpassningar. *Natur och Kultur*, 2017

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

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

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

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

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer. Vård vid depression och ångestsyndrom: Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2017. ISBN 978-91-7555-436-5.

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

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

Ûstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, Saxena S, von Korff M & Pull C in collaboration with WHO/NIH Joint Project. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of World Health Organization* 2010;88:815-823.

Vigerland S, Lenhard F, Bonnert M, Lalouni M, Hedman E, Åhlen J, Olén O, Serlachius E, Ljótsson B. Internet-delivered cognitive behaviour therapy for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology review* 2016;50:1-10.

Kontaktinformation



Cecilia Svanborg
Registerhållare
Mail
cecilia.svanborg@sll.se



Samir El Alaoui
Koordinator 2017



Pontus Bjurner
Biträdande
registerhållare,
Kooordinator 2018
Mail
pontus.bjurner@sll.se



Camilla Lansvén
Utvecklingsledare
Mail
camilla.lansven@registercentrum.se