



2018

SibeR

Årsrapport

Nationellt register för internetförmedlad
psykologisk behandling i hälso- och sjukvården

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

ÅRSRAPPORT 2018

KVALITETSREGISTER SIBER

REGISTERHÅLLARE

Cecilia Svanborg

BITRÄDANDE REGISTERHÅLLARE/ KOORDINATOR

Pontus Bjurner

FÖRFATTARE TILL ÅRSRAPPORT

Cecilia Svanborg, Amanda Simonsson, Elna Persson, Evelina Stranne

STATISTIK OCH GRAFER

Cecilia Svanborg

UTGIVARE

Cecilia Svanborg

HUVUDMAN

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)
Box 17914
118 95 Stockholm

REGISTERCENTRUM

Registercentrum Västra Götaland

HEMSIDA

<https://siber.registercentrum.se>

STYRGRUPP 2018

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
insitutetet 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, leg psykoterapeut,
psykiater, Internetpsykiatrienheten, Psykiatri
Sydväst, Stockholm

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

ÅRSRAPPORT 2018	I
KVALITETSREGISTER SIBER	I
REGISTERHÅLLARE	I
BITRÄDANDE REGISTERHÅLLARE/ KOORDINATOR.....	I
FÖRFATTARE TILL ÅRSRAPPORT.....	I
STATISTIK OCH GRAFER	I
UTGIVARE	I
HUVUDMAN.....	I
REGISTERCENTRUM	I
HEMSIDA	I
STYRGRUPP 2018	I
SAMMANFATTNING 2018	1
ÖKA TILLGÄNGLIGHET TILL PSYKOLOGISK BEHANDLING	4
SJKDOMSPANORAMAT	4
BEHANDLINGSPROGRAMMEN	4
VÅRDPROCESSERNA	4
ANSLUTNA VÅRDOMRÅDEN	5
SYFTE & INDIKATORER	6
<i>Indikatorer i SibeR</i>	6
ANSLUTNINGS- OCH TÄCKNINGSGRAD	7
UTVECKLING AV INTERNETBEHANDLING OCH AV ANSLUTNING	7
TÄCKNINGSGRAD	9
DATAKVALITET, VALIDERING OCH ÅTERKOPPLING	10
DATAKVALITET	10
VALIDERING	10
FÖRBÄTTRINGSARBETE	10
INDIKATIONER PÅ ENHETERNA 2018	11
PATIENTERNA I SIBER	13
ÅLDERSFÖRDELNING	13
KÖNSFÖRDELNING	14
STRUKTURMÅTT	15
VIKTEN AV NOGGRANN BEDÖMNING	15
<i>Andelen patienter som genomgått strukturerad bedömning</i>	15
PROCESSMÅTT	16

TILLGÄNGLIGHET TILL BEHANDLING.....	16
Andelen som startat behandling inom 30 dagar från vårdbegäran	16
Antal dagar till beslut och till behandling från vårdbegäran	17
FULLFÖLJANDEGRAD.....	18
Fullföljandegrad underlättar värdering och är en kvalitetsindikator	18
Fullföljandegrad depression och insomni	18
Fullföljandegrad ångest- och stressyndrom	19
EFFEKTMÅTT	20
BEHANDLINGSEFFEKTER AVSEENDE SYMPTOM	20
Klinisk förbättring.....	20
Depression	21
Paniksyndrom	25
Social fobi	28
Sömnstörning.....	31
Ångestsyndrom inklusive GAD	35
Hälsoångest	37
Stressyndrom.....	39
Tvångssyndrom.....	42
Ångestsyndrom hos unga	43
HÄLSORELATERAD LIVSKVALITET OCH FUNKTION.....	45
Förändring mätt med WHODAS	46
Förändring mätt med EQ-5D	47
BEHANDLINGSMÅL	49
Överensstämmelse mellan uppnådda behandlingsmål & symtomförbättring	49
Uppnådda behandlingsmål VS behandlingstid	50
CASE-MIX	51
ALKOHOLBRUK 2018.....	51
SYNKRONT STÖD.....	53
Telefon.....	53
Fysiska besök.....	54
SAMSJUKLIGHET	55
Samsjuklighet vid depression	55
samsjuklighet vid sömnstörning	57
Samsjuklighet vid social fobi	58
Samsjuklighet vid paniksyndrom	59
Samsjuklighet vid hälsoångest.....	60
Samsjuklighet vid stress- och ångestsyndrom	60
UPPSALA PRIMÄRVÅRD I SIBER- EN REFLEKTION	61
INFÖRANDE AV IKBT- EN DEL AV OMSTÄLLNINGEN AV VÅRDEN I VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN	63
SIBER 2019	66
REFERENSER	67
KONTAKTINFORMATION	70

SAMMANFATTNING 2018

Psykologisk behandling via nätet 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.

SYFTE

Svenska Internetbehandlingsregistret (SibeR) syftar till att stödja införande och systematisk utvärdering av denna nya metod med digitaliserad psykologisk behandling. På så sätt sker ett bidrag till mer jämlik och lättillgänglig evidensbaserad vård.

INDIKATIONER

Från att tidigare haft indikationer depression, paniksyndrom, social fobi, insomni och generaliserat ångestsyndrom så breddades indikationerna under 2018 genom att primärvården anslöt sig och att behandling för unga introducerades.

Nya indikationsområden var stressyndrom (anpassningsstörningar och stressreaktioner), hälsoångest, tvångssyndrom och separationsångest. Det infördes även breddning till mer ospecifika diagnoser som används inom primärvården, ospecifik depression och ospecifikt ångestsyndrom, samt en anpassning till praxis med fler diagnoskoder för sömnstörningar.

ANSLUTNA

Det var 1528 behandlingar som registrerades i SibeR under 2018, vilket innebar en täckningsgrad på 76 procent av antalet startade behandlingar under året i anslutna vårdområden: Stockholm-Internetpsykiatri, Uppsala-primärvård, Uppsala-unga vuxna mottagning, Västra Götaland (VGR)-primärvård och Örebro utvecklingsenhet för psykologisk behandling och psykoterapi. Baserat på statistik från Inera uppskattas att 20 % av de nationellt startade behandlingarna registrerades i SibeR under 2018.

PATIENTER

Det var 1528 patienter med medelålder 36 år, de flesta var mellan 20-40 år. Den yngsta var 14 år och den äldsta 88 år. Andelen kvinnor var 66 procent.

PRECISION I DIAGNOSTIK

Andelen patienter som genomgått strukturerad bedömning inom 2 månader innan beslut om behandling var totalt 83 procent under 2018. Andelen varierade mycket mellan anslutna vårdområden.

TILLGÄNGLIGHET

Tillgängligheten var hög med 76 % av patienterna som hade startat behandling inom 30 dagar från vårdbegäran för internetbehandling, med variation mellan 62-97 % för anslutna vårdområden. Det tog i snitt 23 dagar från vårdbegäran till behandlingsstart och 4 dagar från beslutet om behandling till att behandlingen startade, med ganska stora variationer.

FULLFÖLJANDEGRAD

Andelen patienter som påbörjat mer än 50 procent av maximalt antal av moduler i

programmen var för depression 40-60 %, sömnstörning 60-70 %, stress- och ångestsyndromen 40-55 %.

EFFEKTER PÅ SYMPTOM

Behandlingseffekter i diagnosgrupperna var stora eller medelhöga. Andelen förbättrade i behandling för **depression** varierade mellan 19 till 44 % och för **sömnstörning** mellan 19 till 59 %. Andelen förbättrade i behandling för **paniksyndrom** varierade mellan 23 till 57 % och var för **hälsoångest** 53 %. Andelen förbättrade i behandling för **social fobi** var 38 % i Stockholm. För Uppsala psykiatri unga vuxna och VGR primärvård var det allt för få patienter med mätvärden för att kunna beskriva effekter. Andelen förbättrade i behandling för **ospecifikt och generaliserat ångestsyndrom** var 34 % i VGR.

Läsare av rapporten bör vara uppmärksamma på att det ibland är få individer i uträkningarna och att resultaten därmed påverkas av slumpen, dvs då är osäkra. Detta år har vi dock velat visa resultat för nästan alla nya indikationer för att visa på bredd och framtida möjliga jämförelser.

För diagnosgrupperna **stressyndrom** och **ångestsyndrom hos unga** ser resultaten lovande ut, men ett större antal behandlingar behöver registreras så att återkoppling leder till att området kan vidareutvecklas.

Uppföljningar cirka 3 månader efter avslutad vägledd behandling i Örebro och Stockholm visade på behållen eller förbättrad effekt. För Stockholm-Internetpsykiatri kunde medelhög till hög effekt på depressiva symtom visas vid alla

behandlingarna för insomni och specifika ångestsyndrom.

FUNKTION OCH HÄLSA

I Uppsala primärvård och VGR primärvård skattade patienterna funktion före och efter behandling med WHODAS 2.0. Vid depression var behandlingseffekten stor i VGR och liten i Uppsala avseende förbättrad funktion.

Vid internetbehandlingsenheterna i Örebro och Stockholm skattade patienterna upplevd hälsa före och efter behandling med EQ-5D. Vid depression var behandlingseffekten avseende EQ-5D VAS medelhög vid bägge enheterna.

BEHANDLINGSMÅL

Av patienter som skattat symtomförändring med SibeRs definierade mått hade behandlarna bedömt att 50-60 % av patienterna hade uppnått behandlingsmålen i diagnosgrupperna. Överensstämmelsen var rätt god mellan uppnådda mål och kriterierna för symtomförbättring. Av de som uppnått behandlingsmålen hade 91 % fullföljt planerad behandlingstid.

CASE-MIX

Det var ingen skillnad mellan vårdområdena avseende riskbruk, skadligt bruk eller alkoholberoende enligt AUDIT före behandling. Cirka 15 % hade riskbruk, och 2 % skadligt bruk.

Andelen med tillägg av synkront stöd (i realtid) till internetbehandlingen i form av telefonsamtal var kring 25 % i Stockholm, Uppsala primärvård och i Örebro. I Uppsala psykiatri Unga vuxna och VGR primärvård var det 50-60 %. Stöd i form av fysiskt besök var mycket sällsynt i alla

vårdområden utom för Uppsala psykiatri
Unga vuxna där 60 % fått fysiskt besök.

Samsjuklighet med annan psykiatrisk diagnos varierade kring 50 % för depression, 30 % för sömnstörning, social fobi 40 %, paniksyndrom 70 %, och kring 45% för hälsoångest, stress- och ångestsyndrom inklusive GAD i alla områden utom Uppsala Unga vuxna mottagning där det var 75-100 % samsjuklighet för alla indikationer.

UTVECKLING 2018-19

Under 2018 fortsatte projektet ”Öka anslutningen till SibeR” och kunde dra nytta av plattformbytet och kontakter som etablerats i regionerna under 2017. Av de landsting som deklarerat intresse för anslutning startade samverkansprojekt och anslutning av primärvården i region Uppsala och Västra Götaland. Projekten har varit lärrika för alla och beskrivs av samarbetspartners i slutet av årsrapporten. En påbörjad anslutning av region Skåne avbröts pga förlust av nyckelpersoner.

Breddning till primärvård och ungas psykiska hälsa medförde arbete kring att standardisera och göra lämpliga mått tillgängliga.

Under 2018 inleddes arbete med att skapa presentationer på SibeRs hemsida med utdata online. Online statistik av kvalitetsindikatorerna, uppdaterade varje natt med indata, lanserades maj 2019.

För indata skapades strukturerade journalmallar och skattningsmoment i samarbete med regioner för att underlätta manuell inmatning och bereda väg för direktöverföringslösningar från journal till registret. Mer om utveckling under 2019,

bland annat projekt kring direktöverföring, beskrivs i slutet av rapporten.

REFLEKTION

Patienter som inkluderas i reguljär internetbehandling har avsevärda symtom och funktionsnedsättningar. Kring 50 procent förbättras avseende symtom, funktion och behandlingsmål, vilket stämmer bra med andel förbättrade i forskningsstudier (SBU, 2013).

Det finns dock stora skillnader mellan vårdområden och regioner vad gäller datakvaliteten med hänsyn till att det saknas registrerade eftermätningar (missing values). Det finns även skillnader avseende behandlingseffekter som behöver analyseras.

Regionerna bör lägga ned arbete på att förbättra datakvaliteten för att kunna förstå bakgrunden till skillnader i behandlingseffekter och hur dessa kan förbättras. Metoder för att öka andelen patienter som fullföljer överenskommen behandlingstid och arbete med modulerna behöver utvecklas.

ÖKA TILLGÄNGLIGHET TILL PSYKOLOGISK BEHANDLING

SJUKDOMSPANORAMAT

Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar. Risken att insjukna i en depression någon gång i livet är 36 procent för kvinnor och 23 procent för män (Socialstyrelsen, 2017). En fjärdedel av befolkningen drabbas någon gång av ett ångestsyndrom, och bland vuxna är det två till tre gånger så vanligt hos kvinnor jämfört med män.

Många är i arbetsför ålder. Diagnoser inom depressions- och ångestområdet (inklusive stressyndromen) ligger bakom cirka 90 procent av alla sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa i Sverige. Psykiatriska diagnoser är sedan 2014 den vanligaste sjukskrivningsorsaken där stressyndromen (anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress) ökat mest (Försäkringskassan, 2016).

Psykisk ohälsa ökar bland unga och tenderar att bli långvarig. Kognitiv beteendeterapi (KBT) rekommenderas som effektiv behandling vid dessa tillstånd men tillgången till evidensbaserad psykologisk behandling är begränsad och ojämnt tillgänglig (Socialstyrelsen, 2017; 2019).

BEHANDLINGSPROGRAMMEN

Internetföremad behandling gör KBT mer tillgängligt genom att patienten kan göra den på tid och plats som passar bäst och behandlaren kan behandla fler patienter. Programmen är vanligtvis manualer som

består av 6-15 delprogram (moduler) som ges under flera veckors tid, oftast med regelbundet stöd av en behandlare via ett meddelandesystem i en behandlingsplattform. Programmen innefattar vanligen samma modeller, diagnosspecifika eller transdiagnostiska, som KBT förmedlat ansikte-mot-ansikte. En tredje variant är individanpassade program där man väljer moduler utifrån patientens sammansatta problembild. Arbetsblad med övningar med återkoppling från behandlare är centrala inslag, förutom att ta del av text och ibland multimedia-inslag.

Internetföremad KBT (IKBT) för barn och unga är på många sätt lik den för vuxna men innefattar anpassningar i språk och tid, tydligare förstärkare samt oftast engagemang av föräldrar.

Evidensen från kontrollerade studier för att IKBT är lika effektivt som traditionellt förmedlad KBT ökar kontinuerligt (Carlbring et al, 2018). Uppföljningar på upp till 5 år har visat att effekter håller och kan förbättras (Andersson et al, 2018). Evidensen för IKBT för unga är betydligt mindre, men det finns visst stöd för behandling av ångestsyndrom (Vigerland et al, 2016). Beskrivning av enskilda program finns dels på SKL:s hemsida: <https://skl.se/halsasjukvard/ehalsa/internetbaseratstodochbehandling/utlatandeninternetbaseradebehandlingsprogram.13501.html> och dels på SibeRs hemsida.

VÅRDPROCESSERNA

Vid internetbehandling är förutsättningar för en standardiserad vårdprocess goda. Processen innefattar tydliga stadier med screening inklusive möjlighet till triagering, bedömning, behandling med olika typer och

grad av stöd från behandlare samt uppföljning med utvärdering.

I SibeR får anslutna enheter beskriva sin vårdprocess eftersom den är väl så viktig för behandlingseffekten som behandlingsprogrammen (se hemsidan).

Vårdprocessen varierar bl.a. relaterat till om enheten har fokus på internet-behandling eller om det är en del av andra uppgifter på enheten. Bedömnings- och behandlingsrutiner bör vara patientsäkra och lämpliga för sammanhanget.

ANSLUTNA VÅRDOMRÅDEN

Under 2018 var 5 vårdområden anslutna i SibeR; Internetpsykiatri i Stockholm, Uppsala primärvård, Uppsala psykiatrimottagning för unga vuxna, primärvård i Västra Götalandsregionen och Örebro utvecklingsenhet för psykologisk behandling och psykoterapi.

STOCKHOLM INTERNETPSYKIATRI

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

UPPSALA UNGA VUXNA

Psykiatri i Uppsala har också utvecklat egna behandlingsprogram och haft tillgång till en lokal behandlings-plattform. Uppsala psykiatrimottagning för unga vuxna 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 vid årsskiftet 2017-2018 även för insomni.

UPPSALA PRIMÄRVÅRD

Primärvården i Uppsala initierade under 2017 ett projekt för att implementera internetbehandling i primärvården med stöd av SoB. Inför starten februari 2018 skedde samråd med SibeR och registreringar i registret användes som del i utvärderingen. Man använder Uppsalas program för depression och sömnstörning.

VGR PRIMÄRVÅRD

VGR implementerar internetbehandling fram för allt inom primärvården men har också en E-psykiatrienhet som stödjer utveckling av e-hälsa inom psykiatri. Samarbete med SibeR inleddes vid årsskiftet 2017-2018 och anslutningsprocessen tog fart under andra halvåret 2018. VGR använder program från Livanda och Psykologpartners i SoB. Hittills har man använt en decentraliserad och i vissa primärvårdsområden en semi-centraliserad organisationsmodell för internetbehandling.

ÖREBRO UTVECKLINGSENHET

Internetbehandling har skett i samverkan mellan psykiatri och primärvården. Diagnostiken utförs på Utvecklingsenheten för psykoterapi och psykologisk behandling (UPP) inom psykiatri och själva behandlingen har utförts i både psykiatri och primärvård. Under 2016 använde man depressionsprogram och plattform från Internetpsykiatri i Stockholm. Sedan 2017 har man använt SoB-plattformen och eget depressionsprogram.

SYFTE & INDIKATORER

Svenska Internetbehandlingsregistret (SibeR) syftar till att stödja införande och systematisk utvärdering av digitaliserad psykologisk behandling som består av manualer där kommunikationen mellan patient och behandlare främst sker asynkront dvs inte i realtid.

Manualer och asynkront stöd innebär att patienten och behandlaren kan arbeta på tider som passar dem bäst. Synkron psykologisk behandling som enbart innefattar fysiska besök eller videobesök omfattas inte i nuläget. Däremot kan blandad behandling ingå (där stöd i realtid kompletterar).

SibeR fokuserar initialt på psykologisk behandling av psykiatriska diagnoser inom området depressions- och ångestsjukdomar. Indikationerna utökas allt eftersom fler behandlingsprogram införs i reguljär vård. Syftet är också att bidra till utveckling av och forskning om internetförmedlad, sjukvårdande behandling.

INDIKATORER I SIBER

SibeR har fyra huvudsakliga kvalitetsindikatorer som visas nedan:

Indikator	Mätes med
Tillgänglighet till psykologisk behandling	Ledtid: andelen patienter som får börja sin behandling inom 30 dagar efter vårdbegäran
Strukturerad diagnostik	Andelen patienter som bedömts med stöd av intervjuguider för psykiatrisk diagnostik
Fullföljande av behandlingsprogram	Andelen patienter som gör minst hälften av behandlingsprogrammet
Klinisk förbättring	Andel förbättrade per indikation

SibeR sätter målet att patienter ska få starta psykologisk behandling inom 30 dagar från vårdbegäran. Man har kunnat visa att väntan till psykologisk behandling minskar effekten (Clark, et al, 2017).

Strukturerad diagnostik ger en högre precision vilket är viktigt för passform och ökad möjlighet att jämföra behandlingseffekter. 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.

Grad av fullföljande är hjälpsamt vid bedömning av behandlingseffekter och kan vid låga nivåer indikera att det behövs ändringar i program eller vårdprocesser.

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).

ANSLUTNINGS- OCH TÄCKNINGSGRAD

UTVECKLING AV INTERNETBEHANDLING OCH AV ANSLUTNING

E-hälsotjänsten Stöd- och Behandlingsplattformen (SoB), förutsättningen för nationell spridning av internet-behandling, lanserades senvåren 2015 av Inera/1177.

Innan dess hade Uppsala bedrivit Internetbehandling för tinnitus på en specialklinik med egen plattform och man undersökte möjligheten att starta behandling inom psykiatri med stöd av denna plattform.

Sedan 2007 hade internetbehandling bedrivits för depression, paniksyndrom och senare även social fobi inom reguljär vård på Internetpsykiatri, en centraliserad enhet för alla invånare i Stockholms län. Internetpsykiatri hade en egen plattform som Örebro använde i ett samarbete med internetpsykiatri.

SibeR lanserades andra kvartalet 2015 som ett sätt att ta tillvara de erfarenheter som gjorts på Internetpsykiatri och för att stödja ordnat införande av detta nya sätt att bedriva psykologisk behandling inom sjukvården.

Intresset från regionerna för att bedriva internetbehandling var stort och från 2016 har det skett en successiv ökning av antalet startade "moment" som program kallas i

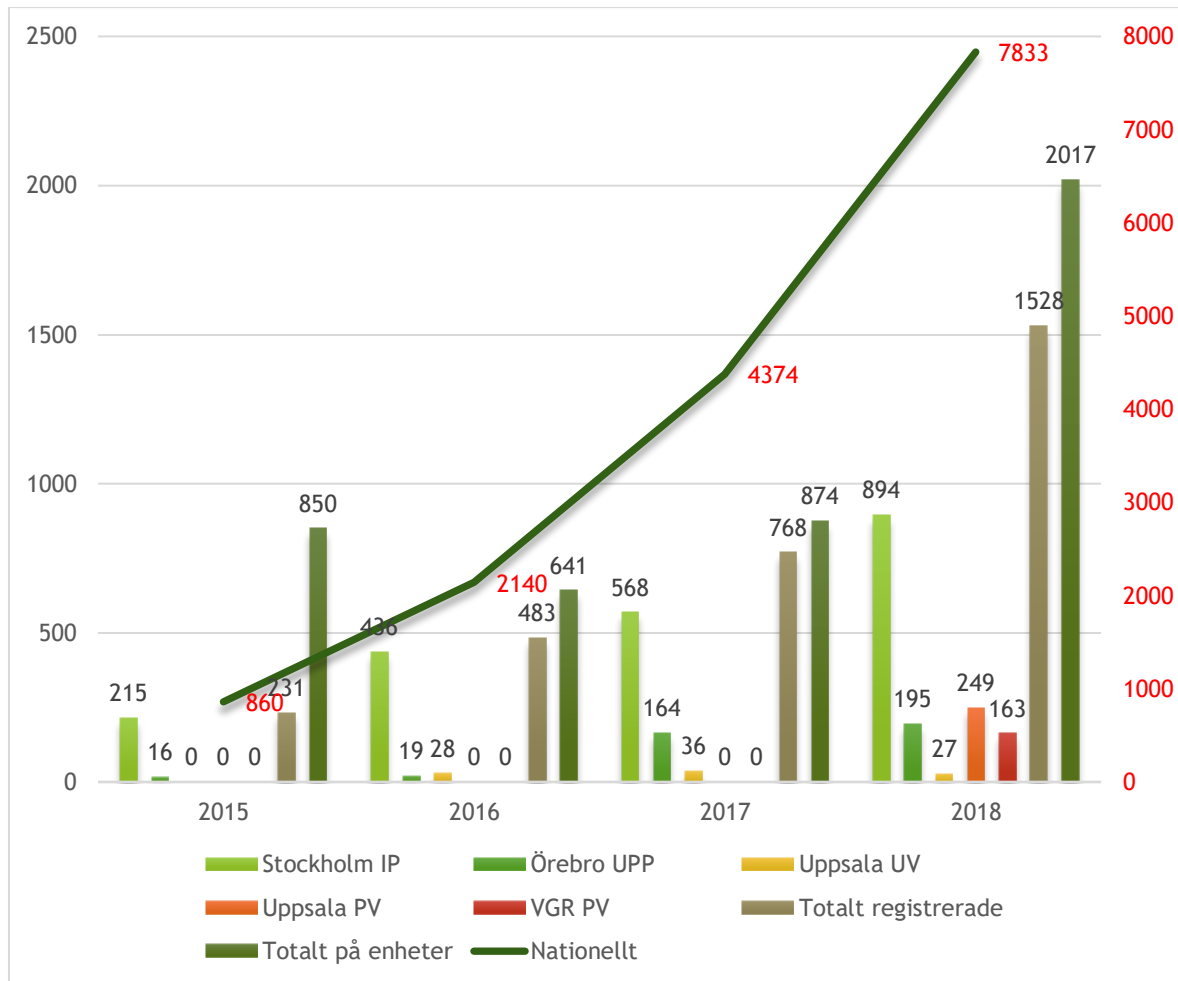
SoB. Implementeringen har främst skett inom första linjens vård för psykisk ohälsa dvs inom primärvården.

Inera har en hemsida för statistik över startade moment per region, https://www.inera.se/tjanster/stod_behandling/. I en genomgång av denna statistik för 2018 framgår att cirka 50 % av startade moment utgörs av behandlingsprogram och resten av stödprogram för att samla in skattningar, ge information eller stödja sedvanlig behandling. Denna statistik har använts för att uppskatta antalet startade internetbehandlingar av respektive års indikationer för SibeR på så sätt att vi har halverat det totala antalet moment och lagt till behandlingar som bedrivits på andra kända plattformar. Se figur 1.

SibeR har sedan 2015 deltagit i workshops för att stödja införandet i regionerna och har drivit ett projekt "Öka anslutningen till SibeR" under 2017-2018.

Det är svårt att kartlägga antalet enheter som bedriver internetbehandling nationellt pga. en ständig utveckling, fler vårdgrenar som involveras, och att enheter samverkar. De finns två privata företag som erbjuder internetbehandling (Livanda och Psykologpartners) sedan millenieskiftet men antal behandlingar hos dessa är oklar.

I offentlig sjukvård växlar organisering mellan centraliserade, decentraliserade till semi-centraliserade modeller för digitaliserad vård. Det blir därför svårt att ange anslutningsgrad på det traditionella sättet med andel anslutna enheter. Vi uppskattar att 20 % av de nationellt startade behandlingarna registrerades i SibeR under 2018.



Figur 1. Utveckling av SibeR och Internetbehandling i reguljär vård under 2015-18.

Uppskattat antal startade behandlingar nationellt, samt antal registrerade och startade behandlingar på anslutna enhetsområden av aktuella indikationer.

Stockholm IP=Internetpsykiatrin i Region Stockholm; Örebro UPP=Utvecklingsenheten för psykoterapi och psykologisk behandling i Region Örebro; Uppsala PV=Primärvården i Region Uppsala, Uppsala UV=Unga vuxna mottagningen inom psykiatrin i Uppsala, VGR PV=Primärvården i Västra Götalandsregionen; Totalt registrerade= sammanlagt antal registrerade behandlingar per år; Totalt på enheter= totalt startade behandlingar på anslutna enhetsområden per år; Nationellt= uppskattat antal startade internetbehandlingar nationellt per år (axel 0-8000, siffror i rött).

TÄCKNINGSGRAD

Utifrån att behandlingsformen är ny så beräknas täckningsgrad i SibeR som andelen patienter som accepterat registrering till SibeR av dem som började internet-behandling för aktuella indikationer och anslutet enhetsområde. Principen om tyst samtycke ("opt-out") och reglerna för GDPR följs.

Täckningsgrad har beräknats utifrån antalet patienter som påbörjade internet-behandling under året och som avslutade sin behandling senast under kvartal 1 nästföljande år.

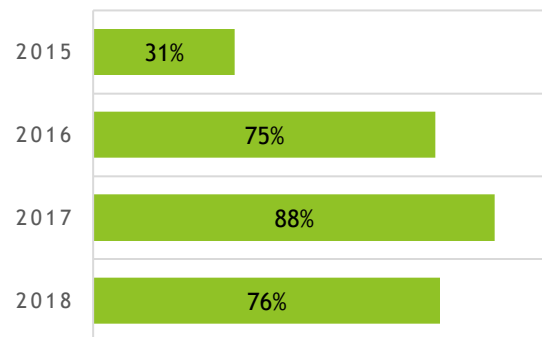
Under 2018 inkluderades på Internetpsykiatrin 894 patienter av de totalt 917 som startat behandling för depression, paniksyndrom, social fobi, insomni och hälsoångest. Under 2018 var täckningsgraden nästan hundra procent, med successiv ökning från 31 % (2015), 74 % (2016), 84 % (2017) till **97 % (2018)**.

I Örebro var det 195 patienter som registrerades av de 213 startade momenten med depressionsbehandling. Under 2018 var täckningsgraden **91 %**.

Täckningsgraden för Uppsala har beräknats sammanlagt för psykiatrimottagning för unga vuxna och primärvården eftersom det från Ineras statistik framgår att det i regionen startade sammanlagt 317 behandlingsmoment. Av dessa registrerades 249 från primärvården och 27 från unga vuxna-mottagningen, vilket ger en täckningsgrad på **87 %**.

Enligt Ineras statistik så startades 570 behandlingsmoment i VGR under hela 2018. Anslutningsprocessen påbörjades strax

innan sommaren 2018 i VGR. Totalt registrerades 163 behandlingar i VGR vilket gav en täckningsgrad på **28 %**.



Figur 2. Total täckningsgrad för SibeR under åren 2015-18

Totalt minskade täckningsgraden med 12 procentenheter under 2018 jämfört med 2017. Vi ser att täckningsgrad ökar för enheter och regioner som varit med ett tag och kunnat bygga rutiner. Den totala täckningsgraden påverkas av att nya regioner och områden ansluter sig. Samtidigt är en hög täckningsgrad viktig för att kunna uttala sig om hur representativa utdata är för vårdområden och indikationer.

DATAKVALITET, VALIDERING OCH ÅTERKOPPLING

DATAKVALITET

För att få hög datakvalitet är både hög täckningsgrad och låg andel "missing values" viktiga. "Missing" innebär att det fattas data för viktiga mått i de registrerade behandlingarna.

För indikatorerna om ledtider har det hittills alltid varit nästan 100 % rapporterade värden. Eftersom SibeR är ett interventionsregister behöver man få hög täckning av eftermätning med sjukdoms-specifika mått. I avsnittet effektmått framgår andel "missing values" för alla indikationer och vårdområden under 2018.

Internetbehandling ger möjligheten att enkelt använda sig av veckoskattningar, inlagda i behandlingsprogrammen eller via separata moment. På så sätt blir det möjligt att faktiskt sträva mot att ha fullständiga data, vilket i princip är ogörligt utan dessa hjälpmedel.

Avgörande för både manuell inmatning och direktöverföring av data till registret är strukturerad journalföring. Det ska finnas bra journalmallar och bra rutiner som stöds på chefsnivå.

SibeRs koordinator utbildar och stödjer anslutna verksamheter kring journalföring och registrering med lathundar med mera.

VALIDERING

SibeR har en del rutiner för att minska risken för felaktiga data. För manuell inmatning i registerplattformen finns det hjälptexter med definitioner och stoppsignaler i systemet om det blir ologiskt inmatat.

Vid datauttag genomförs kontroll av rimlighet och vid signal om felaktighet sker kontroll mot externa system som journal eller lokala register.

Vid kommande direktöverföringar från journal kommer särskilda rutiner upprättas.

FÖRBÄTTRINGSARBETE

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). Organisering av och ansvaret för detta ligger på ledningsnivå men SibeR kan bistå.

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 eller upplevda problem/ risker med behandlingen.

Vi vill starkt rekommendera att patienter får besvara enkäter om sina upplevelser av internetbehandling på ett systematiskt sätt. Lokal återkoppling av dessa enkäter kan få stor betydelse för förbättringsarbetet vid sidan av annan utvärdering.

INDIKATIONER PÅ ENHETERNA 2018

Under 2018 breddades indikationerna för internetbehandling i SibeR genom att primärvården anslöt sig och att behandling för unga introducerades.

Nya indikationsområden var stressyndrom (anpassningsstörningar och stressreaktioner), tvångssyndrom, hälsoångest och separationsångest. Det infördes även breddning till mer ospecifika diagnoser som används inom primärvården, ospecifik depression och ospecifikt ångestsyndrom samt en anpassning till praxis med fler diagnoskoder för sömnstörningar.

DEPRESSION

Det var 233 patienter som behandlats för depression i Stockholm-IP varav 32 % med depressiv episod (F32), 58 % recidiverande depression (F33), 11 % ihållande depression/dystymi (F34.1) och 0,4 % ospecifik depression (F32.9).

Det var 195 patienter i Örebro UPP varav 46 % med depressiv episod (F32) och 54 % recidiverande depression (F33).

I Uppsala PV var det 106 patienter varav 39 % med depressiv episod (F32), 31 % recidiverande depression (F33) och 50 % ospecifik depression (F32.9).

I Uppsala Unga vuxna mottagning var det 8 patienter varav 50 % med depressiv episod, 38 % recidiverande depression och 12 % dystymi.

I VGR primärvård var det 27 patienter varav 37 % med depressiv episod, 26 %

recidiverande depression och 37 % ospecifik depression.

PANIKSYNDROM

Det var 147 patienter som behandlats för paniksyndrom i Stockholm-IP, och 15 patienter i VGR.

SOCIAL FOBI

Det var 191 patienter som behandlats för social fobi i Stockholm-IP, 13 vid Uppsala unga vuxna mottagning, och 4 i VGR.

SÖMNSTÖRNING

Det var 185 patienter som behandlats i Stockholm, 141 i Uppsala primärvård, 16 i VGR primärvård och 8 i Uppsala unga vuxna mottagning för sömnstörning.

ÅNGESTSYNDROM INKLUSIVE GAD

Det var 73 patienter som behandlats i VGR, varav 84% hade ospecifikt ångestsyndrom och 16% generaliserat ångestsyndrom.

STRESSYNDROM

Det var 24 patienter som behandlats för stressyndrom i VGR och 2 i Uppsala primärvård.

HÄLSOÅNGEST

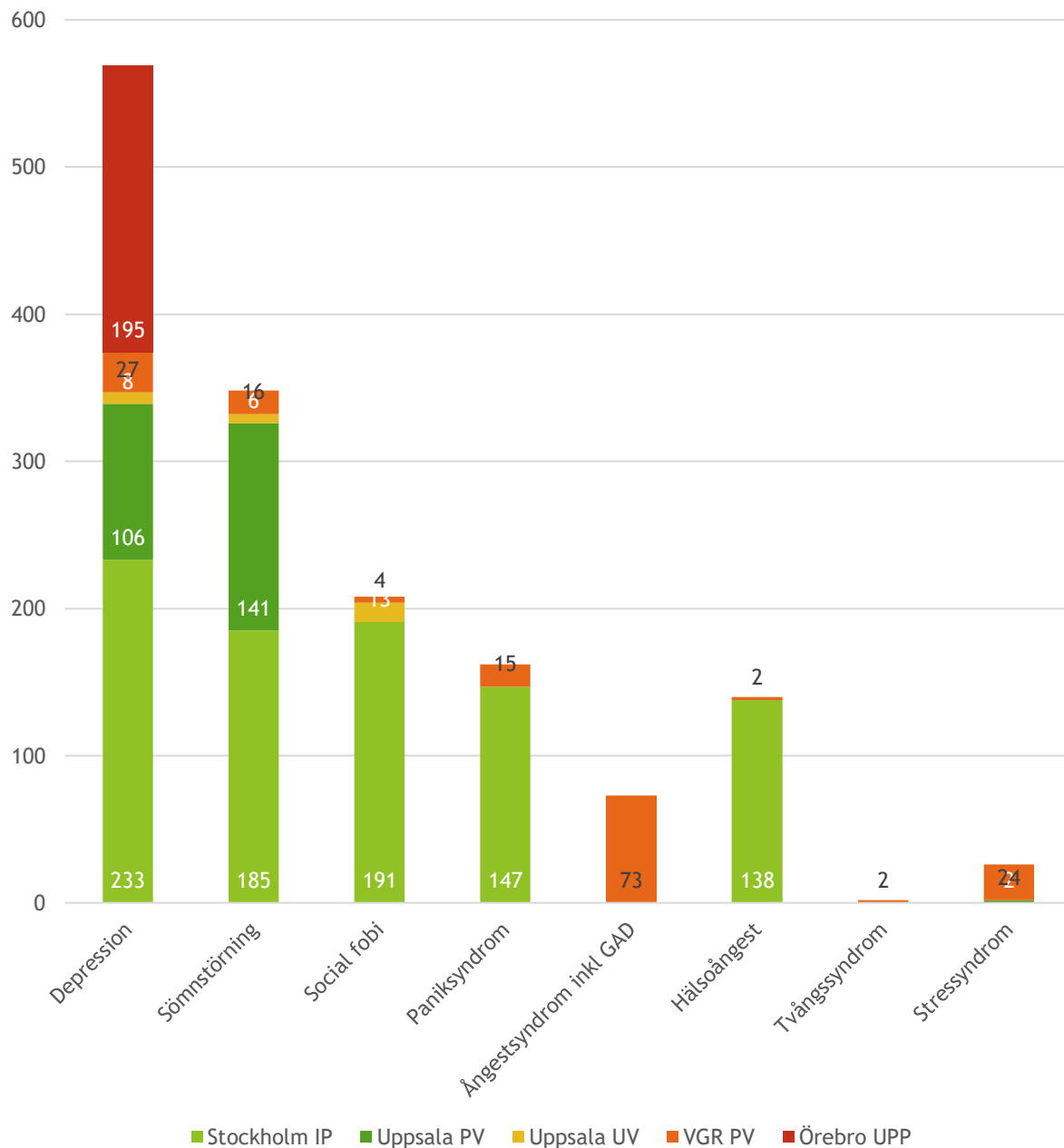
Det var 138 patienter som behandlats i Stockholm-IP och 2 i VGR.

TVÅNGSSYNDROM

Det var 2 patienter som behandlats i VGR.

ÅNGESTSYNDROM HOS UNGA

Det var 5 patienter i åldern 14-16 år som behandlades för ångestsyndrom i VGR. De ingår i antalen ovan.



Figur 3. Antal behandlingar i indikationsgrupper och anslutna vårdområden i SibeR, 2018 (n=1528)

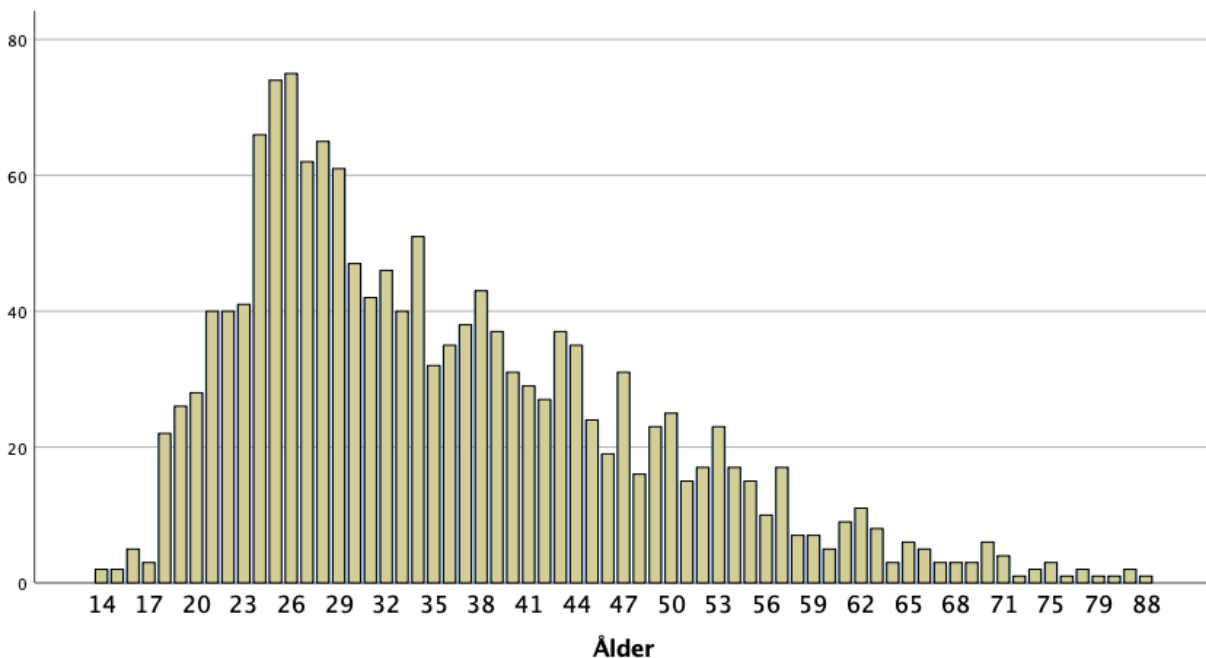
PATIENTERNA I SIBER

ÅLDERSFÖRDELNING

För patienter som fick internetbehandling i Örebro var medelåldern 33 år (min 18, max 72), i Stockholm 36 år (min 16, max 83), i Uppsala primärvård 39 år (min 18, max 88), Uppsala unga vuxna mottagning 21 år (min 18, max 26), i VGR 34 år (min 14, max 66). Totalt var medelåldern 36 år (sd 12,6). Åldersfördelningen för alla patienterna i SibeR 2018 visas i figur 4.

Åldern för dem i internetbehandling vid Psykiatrimottningen för unga vuxna i Uppsala var signifikant lägre vilket är förväntat pga uppdraget. I VGR var det 5 patienter som ingick inom ramen för första linjens tilläggsuppdrag för psykisk ohälsa hos unga.

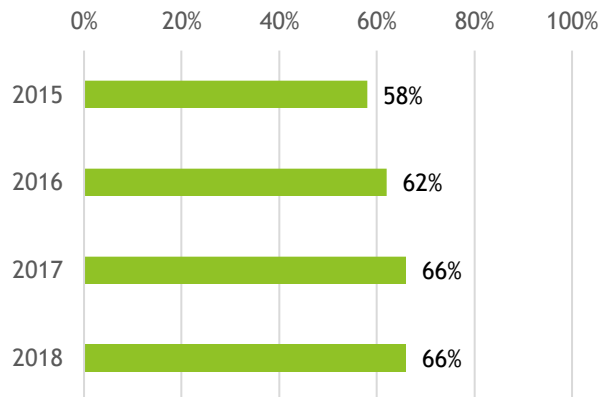
Internetbehandling verkar alltså kunna vara tillämplig i breda åldersgrupper, men man ser att majoriteten var mellan 20-40 år under 2018, liksom under föregående år.



Figur 4. Åldersfördelning, antal unika patienter i SibeR 2018 (n=1528)

KÖNSFÖRDELNING

Andelen kvinnor 2018 var samma som föregående år (2017) men något högre än 2016 och 2015, se figur 5. Könsfördelningen för anslutna vårdområden under 2018 visas i figur 6.

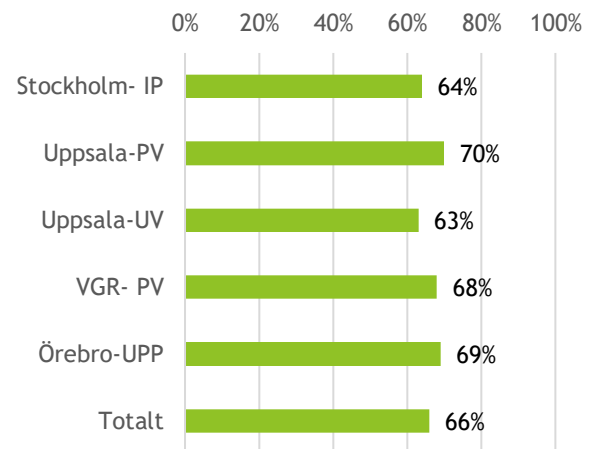


Figur 5. Andel kvinnor som startat internetbehandling 2015-18

Möjligen kan tröskeln för att söka psykologisk behandling minska för män om den kan förmedlas via internet, men trenden för 2015-18 går åt motsatt håll. För att dra slutsatser om könsdelningen är mer jämlik jämfört med andra administrationsformer för psykologisk behandling bör detta följas upp under kommande år samt med uppgifter från motsvarande enheter för psykologisk behandling "öga-mot-öga".

En annan aspekt är att ångest-och depressionstillstånd är vanligare hos

kvinnor och att fördelningen kan avspegla detta.



Figur 6. Andel kvinnor för respektive vårdområden och totalt 2018

STRUKTURMÅTT

VIKTEN AV NOGGRANN BEDÖMNING

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

Programmen grundas vanligen på specifika förståelse- och behandlingsmodeller enligt kognitiv-beteendeterapi (KBT) 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 en bredare, så kallad transdiagnostik inriktning. Diagnostiken är viktig även när sådana program används eftersom behandlings-effekterna behöver utvärderas.

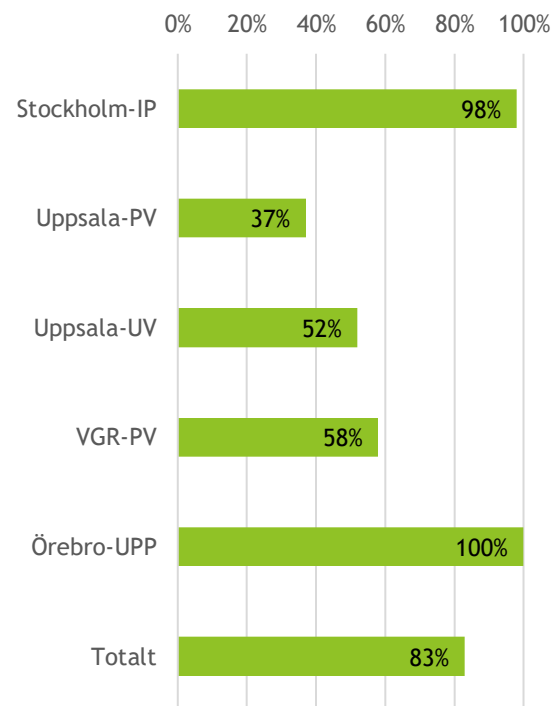
Samsjuklighet mellan depression, olika ångestsyndrom och sömnstörningar är mycket vanligt. Även kroppsliga sjukdomar och beroendetillstånd kan inverka. Man måste därför inför behandling undersöka samsjuklighet och tillsammans med patienten avgöra vilket program eller behandlingsinsats som är mest lämpat. Träffsäkerheten i diagnostiken underlättas om man använder strukturerade diagnostiska intervjuer som kompletterande hjälpmedel till den kliniska intervjun. Exempel på diagnostiska intervju-stöd är M.I.N.I., SCID och M.I.N.I.-kid.

Strukturindikatorn strukturerad bedömning mäter förekomst av psykiatrisk diagnostik med stöd av intervjuguider eftersom rätt diagnos ger ökade chanser till framgångsrik

behandling och möjligheter att jämföra program och vårdprocesser.

ANDELEN PATIENTER SOM GENOMGÅTT STRUKTURERAD BEDÖMNING

Andelen patienter som bedömts med stöd av strukturerad diagnostik inom 2 månader innan beslut om behandling var totalt 83 procent under 2018. Andelen patienter inom de olika vårdområdena visas i figur 7. Uppsala-primärvård hade en stor andel bedömningar för sömnstörningar baserad på skattningar och journal-genomgång.



Figur 7. Andelen patienter bedömda med stöd av strukturerad diagnostik inom två månader inför internetbehandling, 2018 (n=1528)

PROCESSMÅTT

TILLGÄNGLIGHET TILL BEHANDLING

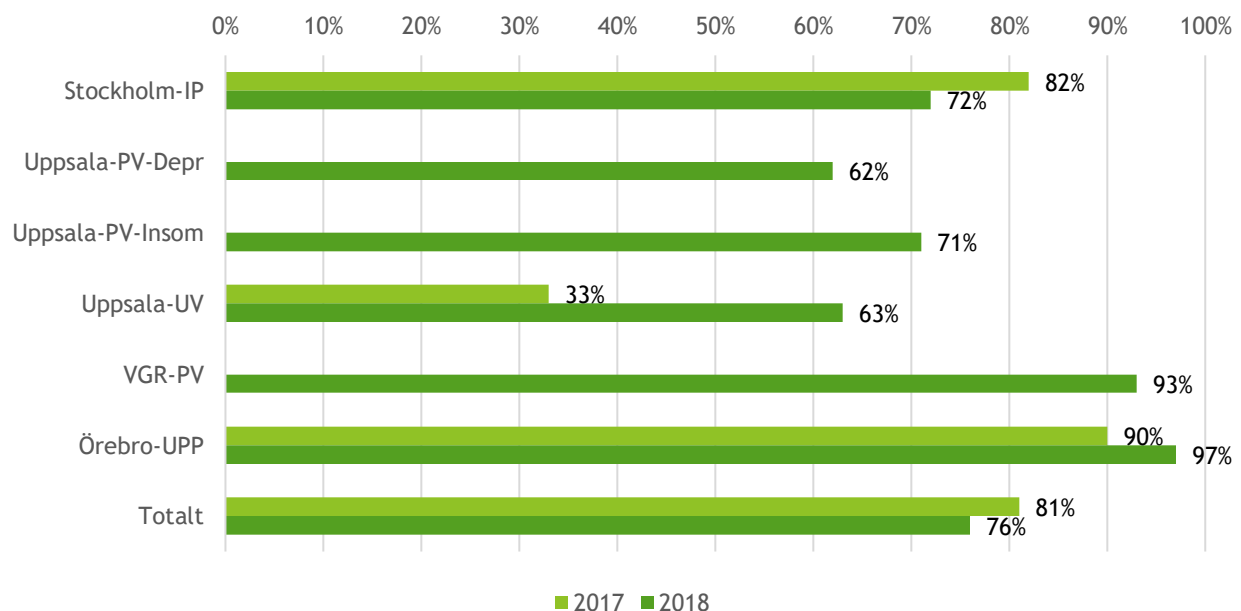
ANDELEN SOM STARTAT BEHANDLING INOM 30 DAGAR FRÅN VÅRDBEGÄRAN

Tillgänglighet mätt som andelen patienter som kunnat starta behandling inom 30 dagar från vårdbegäran för internet-behandling 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 behandlingar. Behandlingsstarten kan också skjutas upp av patienten till en tidpunkt där behandlingsarbetet är mer lämpligt.

Figur 8 visar andelen patienter som fick starta behandling inom 30 dagar, med jämförelse mellan 2017 och 2018 samt mellan vårdområden. Uppsala-primärvård hade två olika vårdprocesser; en för depression med fysisk bedömning inklusive strukturerad diagnostik, och en för insomni med bedömning enbart på skattningsresultat.



Figur 8. Tillgänglighet till behandling. Andel patienter som fick starta behandling inom 30 dagar från vårdbegäran, 2017 och 2018

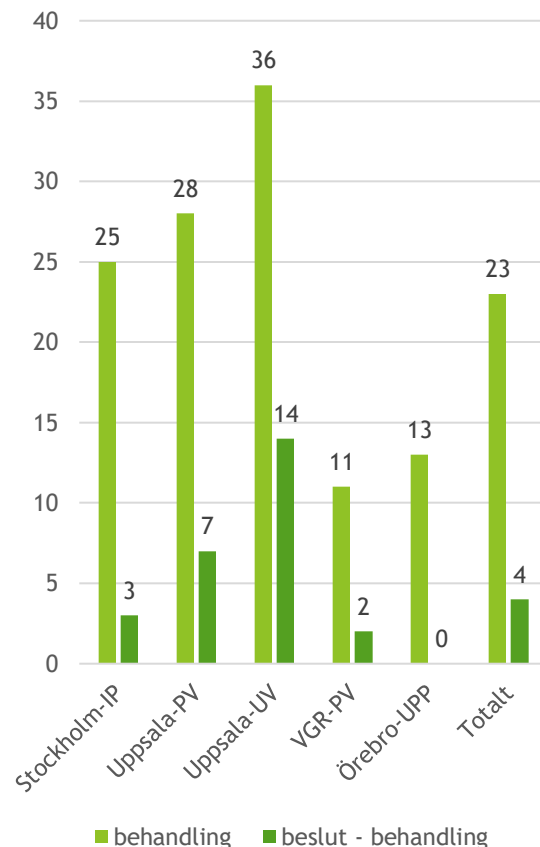
ANTAL DAGAR TILL BESLUT OCH TILL BEHANDLING FRÅN VÅRDBEGÄRAN

Under 2018 kunde totalt 76 % av patienterna starta behandling inom 30 dagar från vårdbegäran, se figur 8. Jämfört med 2017 hade andelen behandlingar som uppnådde indikatorn under 2018 minskat i Stockholm-Internetpsykiatri, ökat i Uppsala-Unga vuxna och i Örebro. I Uppsala-primärvård fick patienter som fick behandling för insomni starta behandling tidigare än de som fick behandling för depression.

Det är en balansgång att klara uppgiften att ha kapacitet att erbjuda många patienter vård och samtidigt kunna vara tillgänglig med korta ledtider om efterfrågan ökar. För att ha hög flödeseffektivitet krävs att resurser för bedömning och behandling kan anpassas flexibelt vilket kan vara svårt i många organisationer.

För alla patienter i SibeR tog det i snitt 23 dagar från vårdbegäran till behandlingsstart och i snitt 4 dagar från beslutet om behandling till att behandlingen startade, se figur 9.

Det var ganska stora skillnader avseende ledtiderna mellan vårdområdena, inte minst av antalet dagar mellan beslut och behandlingsstart.



Figur 9. Genomsnittligt antal dagar mellan vårdbegäran till behandlingsstart samt mellan behandlingsbeslut och behandlingsstart, 2018 (n=1528)

FULLFÖLJANDEGRAD

FULLFÖLJANDEGRAD UNDERLÄTTAR
VÄRDERING OCH ÄR EN
KVALITETSINDIKATOR

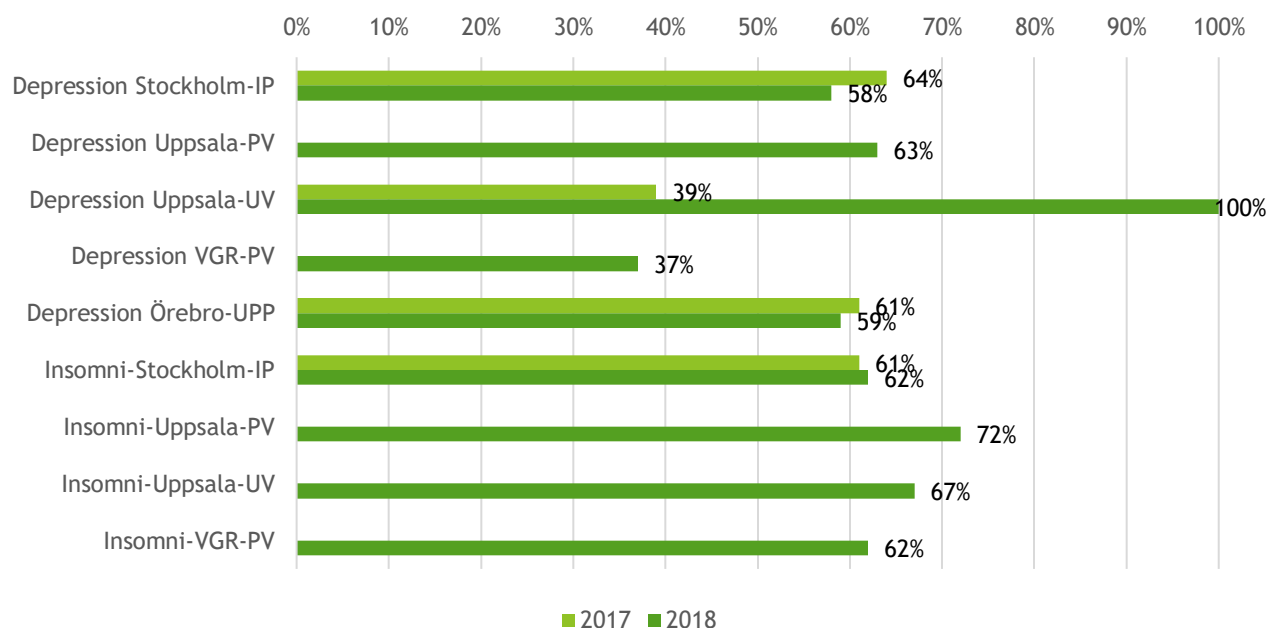
Generellt finns det en koppling mellan behandlingseffekt och hur många moduler patienten fullföljer. Vissa tillstånd kan vara lättare att komma tillrätta med på kortare tid än andra, och människor behöver olika mycket tid i en lärandeprocess. Program med färre moduler brukar få högre fullföljandegrad. Grad av fullföljande kan säga något om vårdprocessen, programmet och behandlingseffekter. Andelen patienter som påbörjat mer än 50 procent av maximalt antal moduler i programmet är en kvalitetsindikator.

FULLFÖLJANDEGRAD DEPRESSION OCH
INSOMNI

Andelen patienter som påbörjat mer än 50 procent av maximalt antal moduler för depression minskade något i Stockholm och marginellt i Örebro under 2018 jämfört med 2017. Andelen ökade kraftigt under 2018 vid Uppsala-Unga vuxna-mottagning där det tidigare fanns problem med låg andel med fullföljande. Fullföljandegraden i depressions-programmen var högre i primärvården i Uppsala än i VGR.

Andelen som fullföljde programmen för insomni var något högre i Uppsala (4 moduler i programmet), än i Stockholm och VGR (8 respektive 9 moduler).

För beskrivning av fullföljandegrad under 2017 och 2018, se figur 10 och 11.

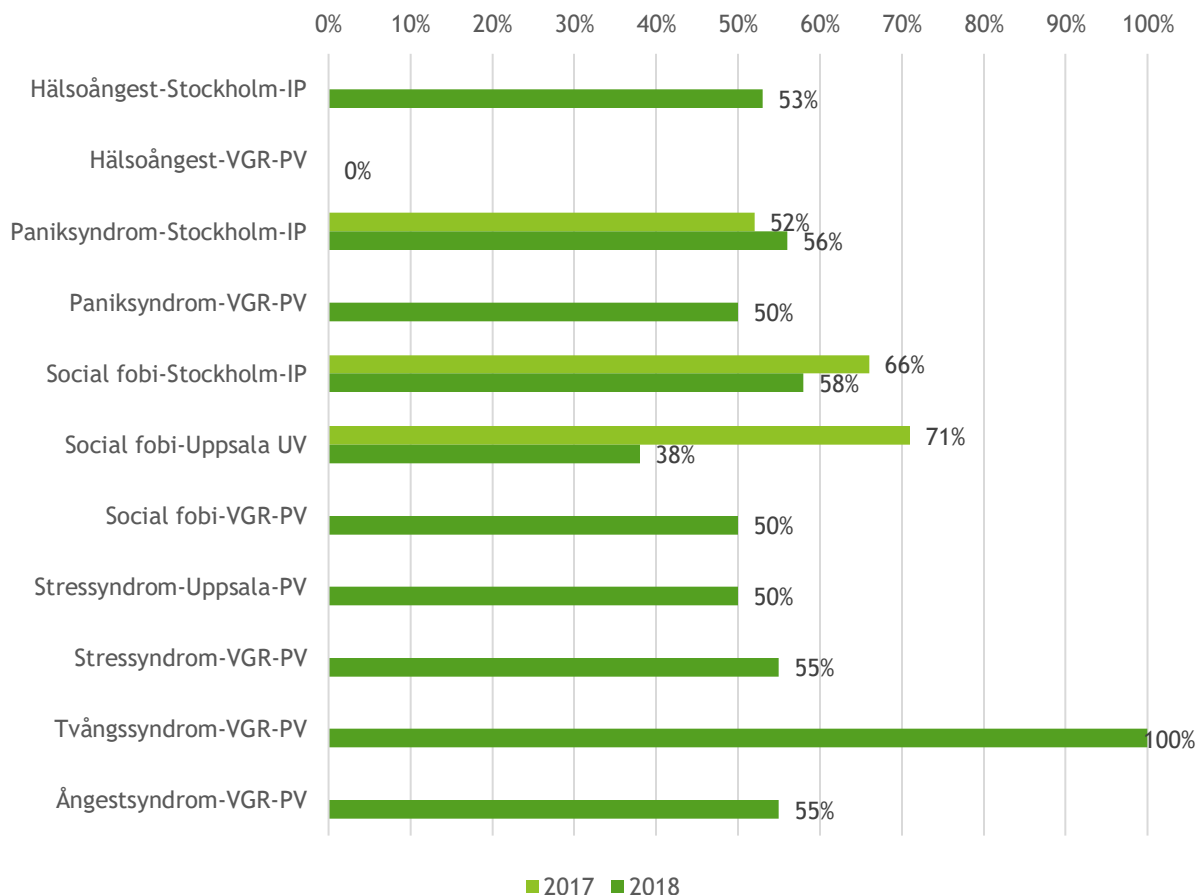


Figur 10. Fullföljandegrad vid depression och insomni, 2017 och 2018. Andel patienter som påbörjat mer än 50 % av maximalt antal moduler.

FULLFÖLJANDEGRAD ÅNGEST- OCH STRESSYNDROM

Andelen patienter som påbörjat mer än 50 procent av maximalt antal moduler för social fobi minskade mycket i Uppsala och något i Stockholm jämfört med 2017. I VGR var det få patienter för flera indikationer (4 social fobi, 2 OCD, 2 hälsoångest) vilket ger stort utrymme för slumpens inverkan.

I alla vårdområden var det drygt hälften av patienterna som påbörjat mer än 50 procent av modulerna i programmen för indikationerna hälsoångest, paniksyndrom, och stressyndrom samt ångestsyndrom inklusive generaliserat ångestsyndrom.



Figur 11. Fullföljandegrad vid ångest- och stressyndrom, 2017 och 2018. Andel patienter som påbörjat mer än 50 % av maximalt antal moduler

EFFEKT MÅTT

BEHANDLINGSEFFEKTER AVSEENDE SYMPTOM

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. Det sjukdomsspecifika måttet beskrivs i avsnittet för respektive diagnosområde. Kravet på måtten är att de är väl validerade, fritt tillgängliga och accepterade. SibeR lägger ned arbete på att standardisera, förvalta och göra mått tillgängliga.

För beräkning av behandlingseffekter i 2018 års rapport inkluderades patienter som startade behandling under 2018 och avslutade inom kvartal 1 2019. Man rekommenderas använda sig av veckoskattningar så att den sista skattningen ska kunna användas som eftermättningsvärde, och därmed minska andelen "missing values".

Den statistiska beräkningen av behandlingseffekt utgörs av parade t-test vilket innebär att endast patienter som har både skattningar vid behandlingsstart och avslutas med i beräkningen. Effektstorlek i form av standardiserade medelvärdes-skillnader beräknas på värden från de parade t-testen. Effektstorlek har beräknats om det varit minst 5 patienter, även om det i små grupper är svårt att uppnå signifikans.

KLINISK FÖRBÄTTRING

En kvalitetsindikator i SibeR är att undersöka hur stor andel av patienterna som bedöms ha genomgått en kliniskt relevant förbättring.

Det finns ingen vedertagen standard för hur förbättring (respons) ska definieras inom området depression, sömnstörningar och ångest- och stressyndrom. SibeR har valt en modell med procentuell förändring av symtom som definition på respons eftersom patienter kan söka hjälp vid lindriga till svåra nivåer av symtom. Man bör kunna mäta det som är kliniskt relevant förändring under en tidsbegränsad behandling. Kriterierna för klinisk förbättring har definierats utifrån litteraturgenomgång för de valda skattningsskalorna, se respektive diagnosområde för beskrivning av formulär och kriterier. Se även dokumentet "Om online-statistiken i SibeR" på hemsidan.

I årsrapporten för 2018 är till skillnad från föregående år andel förbättrade och inte-förbättrade med hänsyn till andelen "missing values" beräknade. På så sätt blir resultaten mer tydliga och korrekta. Det blir också ett incitament till enheterna att minska andel "missing".

Som jämförelse visar översikt av internet-förmedlad behandling (SBU, 2013) att mellan 25 - 75 procent av patienter, vanligen cirka 50 procent, hade kliniskt relevant förbättring (respons) i kontrollerade studier med Internetförmedlad KBT (IKBT).

Vid tolkning av behandlingsresultat för en diagnosgrupp är det lämpligt att också samtidigt titta på hur stor andel av patienter som påbörjat mer än 50 % av modulerna i programmet, samt case-mix.

DEPRESSION

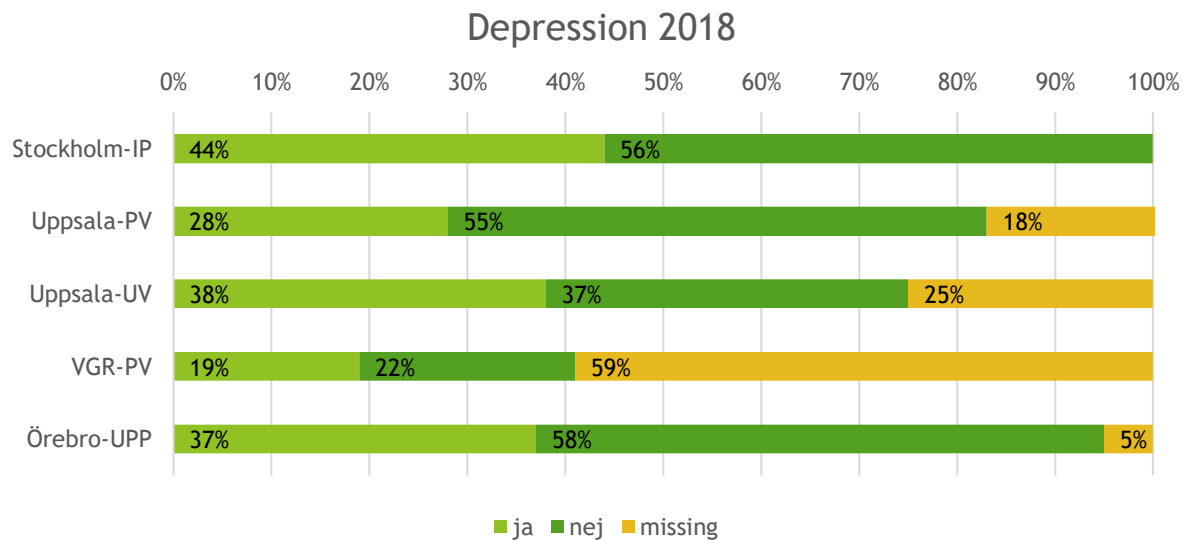
MADRS-S

För depression används Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S; Svanborg & Åsberg, 1994) som är den mest använda symtomskattningsskalan för depression i Sverige. Den svenska versionen är fri att använda. 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). Kriteriet för respons är minskning av MADRS-S $\geq 40\%$ (Bandelow et al, 2009).

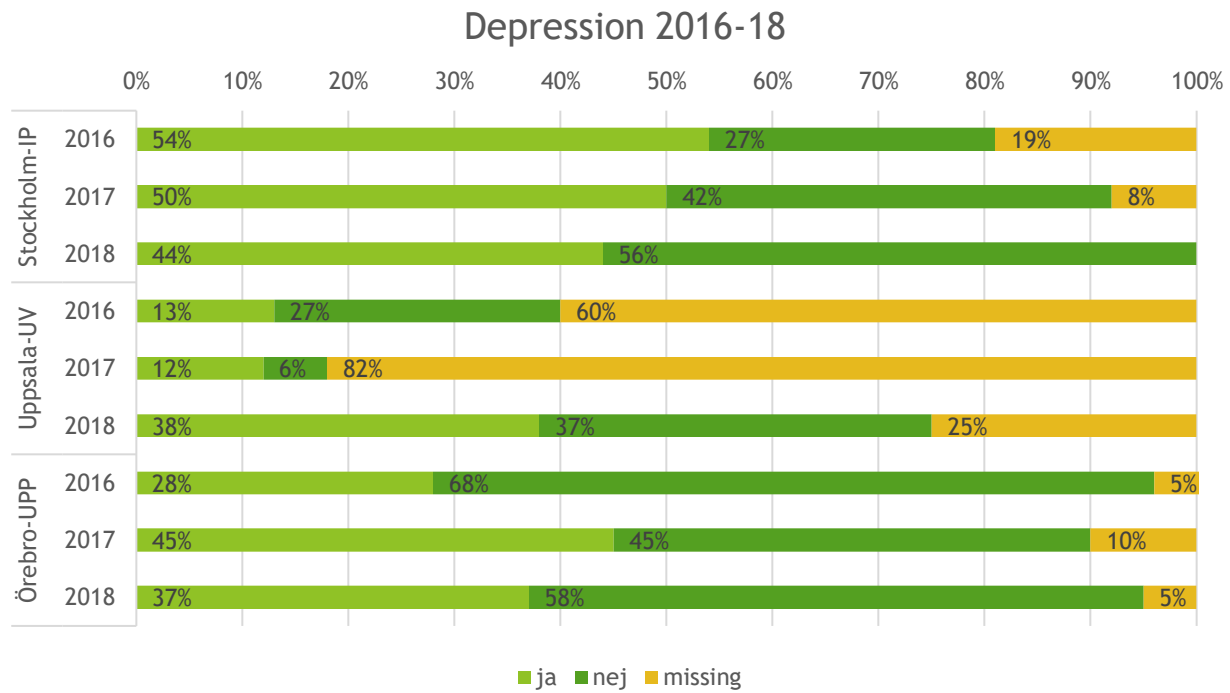
KLINISK FÖRBÄTTRING DEPRESSION

Under 2018 varierade andelen förbättrade i depressionsbehandling mellan 19 till 44 %, se figur 12. Det var också stor skillnad mellan vårdområdena avseende andel "missing" dvs där skattning med MADRS-S saknades vid behandlingsavslut.

Utvecklingen av andelen förbättrade och andel "missing" under 2016-18 visas i figur 13 för de tre vårdområden som varit anslutna under denna tid. För beskrivning av underlaget i vårdområdena, se följande avsnitt.



Figur 12. Andel förbättrade, inte-förbättrade och missing vid depressionsbehandling, 2018.



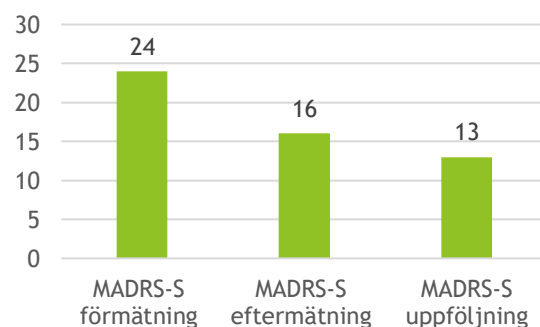
Figur 13. Andel förbättrade, inte-förbättrade och missing vid depressionsbehandling, 2016-2018

STOCKHOLM IP

Internetpsykiatrin har ett eget program för behandling av depression. Av 233 patienter som började internetbehandling för depression i Stockholm fanns registrerat patientens skattning av MADRS-S även vid behandlingens avslut (eftermätning) för 232 av dessa patienter (0,4 % missing) samt 80 vid 6-månadersuppföljning (66 % missing).

Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdeskillnad var stor (n=232) (Cohen's d: 0,93 [0,77 - 1,09]) och signifikant.

Stockholm IP

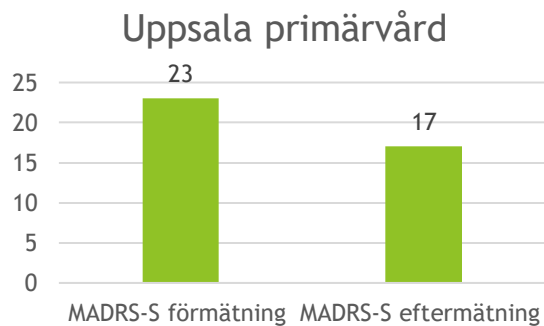


Figur 14. Självskattning med MADRS-S före (n=233), efter (n=232) och vid 6-månadersuppföljning (n=80) vid internetbehandling för depression. 2018.

UPPSALA- PRIMÄRVÅRD

Uppsala har ett eget program för behandling av depression. Av de 106 patienter som började internetbehandling för depression i Uppsala Primärvård fanns det registrerat MADRS-S vid avslut för 87 (18 % missing). Ingen 6-månaders-uppföljning gjordes.

Behandlingseffekten (n=87) var medelstor (Cohen's d : 0,66 [0,43 - 0,88]) och signifikant.

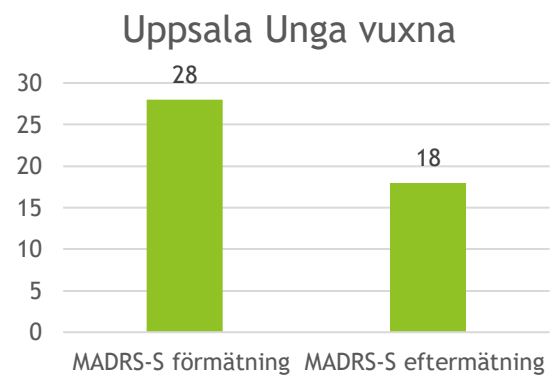


Figur 15. Självsfattning med MADRS-S före (n=106), och efter (n=87) vid internetbehandling för depression. 2018.

UPPSALA UNGA VUXNA

Av de 8 patienter som började internetbehandling för depression i Uppsala UV fanns registrerat MADRS-S för 6 patienter vid behandlingens avslut (25 % missing). Ingen 6-månadersuppföljning gjordes.

Behandlingseffekten (n=6) var medelstor (Cohen's d : 0,56 [-0,30 - 1,41]) men inte signifikant.

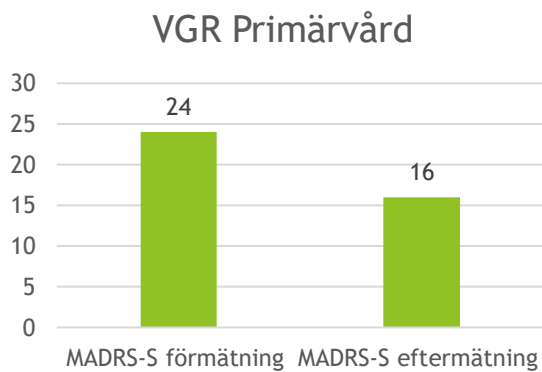


Figur 16. Självsfattning med MADRS-S före (n=8), och efter (n=6) vid internetbehandling för depression. 2018.

VÄSTRA GÖTALAND PRIMÄRVÅRD

Västra Götaland använde Livanda-programmet Internethjälpen vid Depression. Av de 27 patienter som började internetbehandling för depression i VGR fanns registrerat MADRS-S för 11 patienter vid behandlingens avslut (59 % missing) och ingen 6-månadersuppföljning gjordes.

Behandlingseffekten var stor i VGR (n=11) (Cohen's d : 1,12 [0,24 - 2,00]) och signifikant, men representerade 40 % av startade behandlingar.



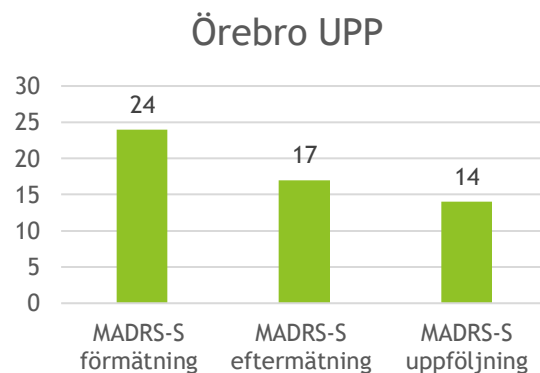
Figur 17. Självsfattning med MADRS-S före (n=27), och efter (n=11) vid internetbehandling för depression. 2018.

ÖREBRO UPP

Örebro har ett eget program för behandling av depression. Av 195 patienter som började internet-behandling för depression i Örebro fanns registrerat MADRS-S även för 184 vid eftermätning (5 % missing) samt för 95 vid 6-månadersuppföljning (51 % missing).

I Örebro hade man påtagligt ökat andelen som gjort uppföljning av månede 3 månader efter avslutad behandling jämfört med 2017 (då 76 % missing).

Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdeskillnad var stor (n=184) (Cohen's d : 0,94 [0,75 - 1,14]) och signifikant.



Figur 18. Självsfattning med MADRS-S före (n=195), efter (n=184) och vid 6-månadersuppföljning (n=95) vid internetbehandling för depression. 2018.

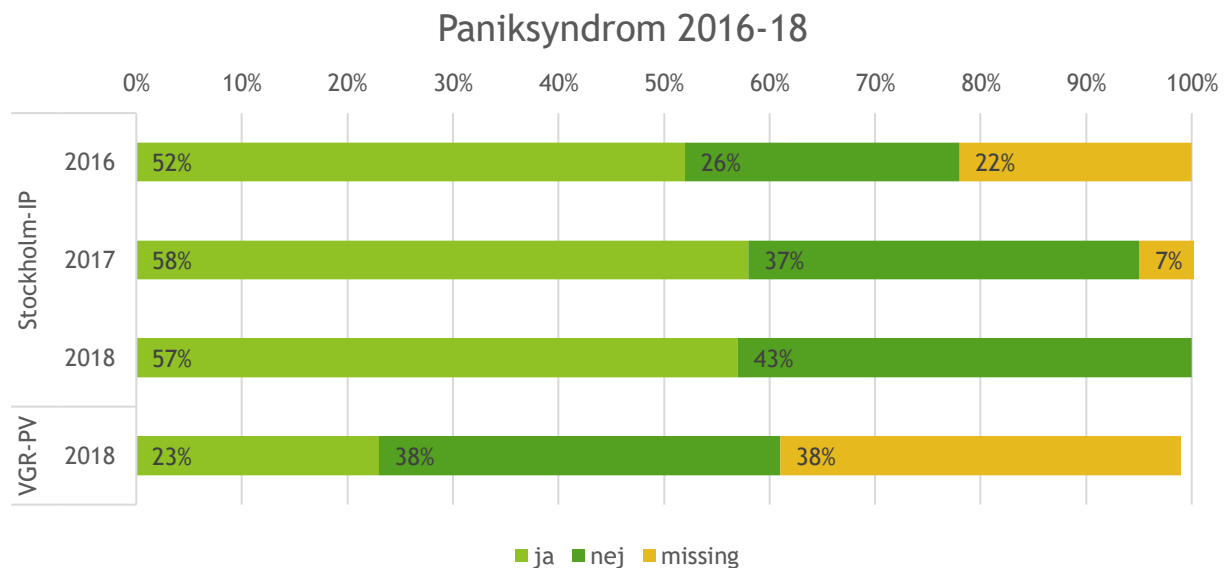
PANIKSYNDROM

PDSS-SR

Som patientskattat, sjukdomsspecifikt mått för paniksyndrom rekommenderas 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 ≤ 7 poäng och mellan 10- 15 poäng som måttligt svårt paniksyndrom (Furukawa et al, 2009). Kriteriet för klinisk förbättring är minskning av PDSS-SR ≥ 40 % (Furukawa et al, 2009).

KLINISK FÖRBÄTTRING PANIKSYNDROM

Figur 19 visar andelen förbättrade i Stockholm 2016-2018 och VGR 2018. Andelen förbättrade i Stockholm är rätt stabilt kring 50-60 %. Att andelen är lägre i VGR kan bero på att skattning med GAD-7 inte fångar förändring av paniksyndrom lika väl som PDSS-SR, "missing values", få behandlingar eller andra faktorer. För beskrivning av underlaget i vårdområdena och fördjupad analys, se följande avsnitt.



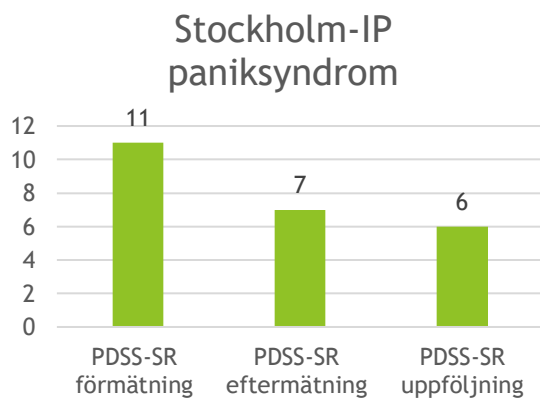
Figur 19. Andelen förbättrade, inte-förbättrade och missing vid behandling av paniksyndrom, 2016-2018

STOCKHOLM-IP

Internetpsykiatrin har eget program för paniksyndrom. Av de 147 patienter som påbörjade internetbehandling för paniksyndrom fanns registrerat patientens egen skattning av PDSS-SR även vid behandlingsavslut för 146 patienter (0,7 % missing) samt 56 patienter (62 % missing) vid 6-månadersuppföljning.

Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdeskillnad var stor (Cohen's d : 0,89 [0,69-1,09]) och signifikant. För värden av PDSS-SR, se figur 20.

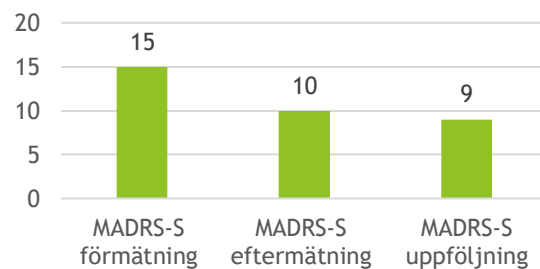
I årsrapporten för 2017 redovisades lite preliminära uppgifter om hur depressionsgrad förändrades vid behandling av ångestsyndromen. Under 2018 skattade alla patienterna i behandling för paniksyndrom ($n=147$) även MADRS-S (0 % missing). Behandlingseffekten för depressiva symtom var medelstor (Cohen's d : 0,64 [0,48-0,82]), värden av MADRS-S visas i figur 21.



Figur 20. Självsfattning med PDSS-SR före ($n=147$), efter ($n=146$) och vid 6-månadersuppföljning ($n=56$) vid internetbehandling för paniksyndrom, 2018

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

Stockholm IP- paniksyndrom



Figur 21. Självsfattning med MADRS-S före, efter ($n=147$) och vid 6-månadersuppföljning ($n=56$) vid internetbehandling för paniksyndrom, 2018

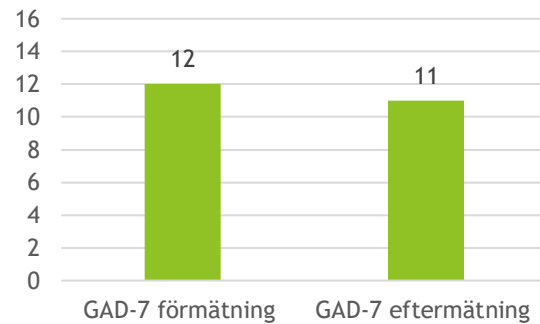
Vi ser alltså att internetbehandling av paniksyndrom även kan ha signifikanta effekter på depressiva symtom.

VGR-PRIMÄRVÅRD

Västra Götaland använde Livanda-programmet Internethjälpen för Ångest för behandling av paniksyndrom. Av de 15 patienter som påbörjade internet-behandling för paniksyndrom var det två som tillhörde gruppen unga vilket redovisas separat. Av de 13 som skattade grad av ångestsymtom med formuläret GAD-7 före var det 8 som skattat efter behandlingen (38 % missing). För beskrivning av GAD-7-formuläret, se avsnittet om ångestsyndrom. Det var ingen som hade skattat grad av paniksyndrom med PDSS-SR.

Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdeskillnad med GAD-7 (n=8) var medelstor (Cohen's d : 0,61 [-0,14 - 1,36]) men inte signifikant ($p = 0,075$), se figur 22 för värden av GAD-7.

VGR-PV Paniksyndrom



Figur 22. Självsfattning av GAD-7 före (n=13) och efter (n=8) vid internet-behandling för paniksyndrom, 2018

SOCIAL FOBI

LSAS-SR

Som patientskattat, 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. Kriteriet för klinisk förbättring (respons) är minskning av LSAS-SR $\geq 30\%$ (Bandelow, 2009).

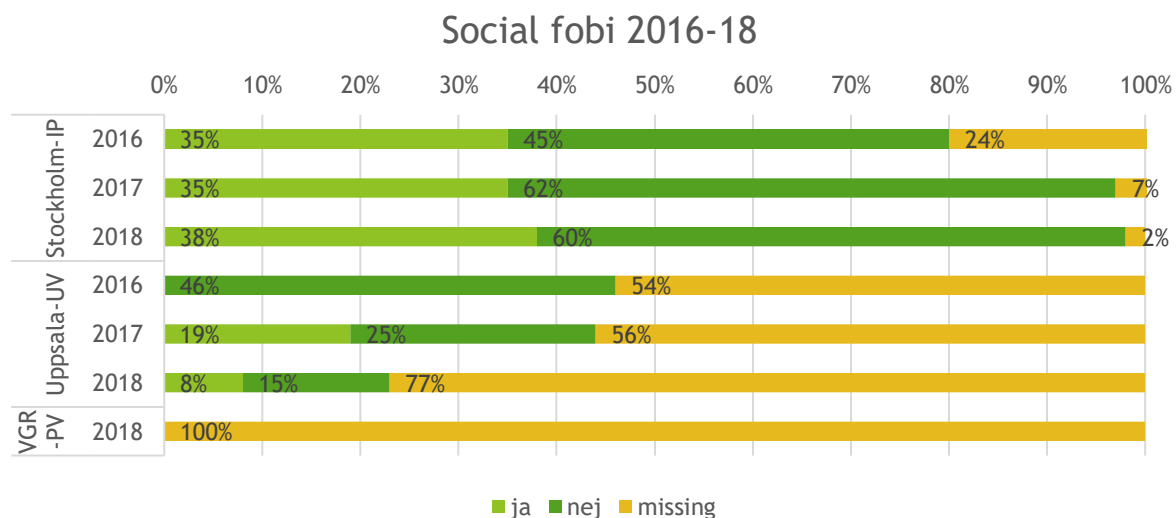
LSAS-SR innefattar totalt 48 frågor och ger en mycket bra bild av svårighetsgrad och omfattning av sociala situationer som väcker ångest och undvikande för den enskilda individen. Eftersom LSAS-SR är väl omfattande för löpande mätningar undersöker SibeR möjligheten att gå över till Social Phobia Inventory (SPIN).

SPIN

Social Phobia Inventory (SPIN; O'Connor et al, 2000) är en självskattningsskala för social fobi som innefattar 17 frågor kring upplevelser senaste veckan i domänerna rädsla, undvikande och fysiologisk arousal. Totalpoängen är mellan 0-68. Poäng mellan 11-20 indikerar mycket mild, mellan 21-30 mild, mellan 31-40 måttligt svår och över 41 poäng svår social fobi. SibeR har säkrat en svensk auktoriserad översättning som finns på SibeRs hemsida och avtal med copyright-ägaren Jonathan Davidson att SPIN får användas i svensk sjukvård. Svensk psykometrisk utvärdering pågår.

KLINISK FÖRBÄTTRING SOCIAL FOBI

Under 2018 hade andelen förbättrade ökat något i Stockholm-IP samtidigt med minskning av "missing values". För Uppsala unga vuxna och VGR primärvård var det stor andel "missing". Se följande avsnitt.

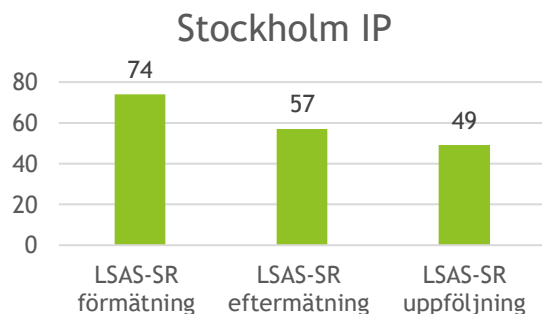


Figur 23. Andelen förbättrade, inte-förbättrade och missing vid behandling av social fobi 2016- 2018

STOCKHOLM IP

Internetpsykiatri har ett eget program för social fobi. Av de 191 patienter som påbörjade internetbehandling för social fobi i Stockholm fanns registrerat patientens egen skattning av LSAS-SR även vid behandlingsavslut för 187 patienter (2 % missing) samt för 67 patienter (65 % missing) vid 6-månaders-uppföljning. Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdes-skillnad var måttligt stor (Cohen's d : 0,73 [0,59- 0,86]).

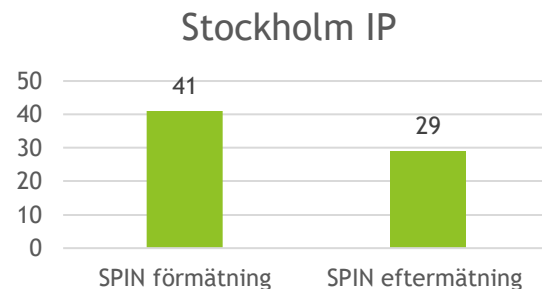
Behandlingseffekten hade signifikant ($p=0,010$) förbättrats ytterligare cirka 3 månader efter avslutad väglednad behandling för de som besvarat uppföljningsmätningen. Att patienterna fortsätter att förbättras efter behandlingsavslut för social fobi överensstämmer med resultaten från tidigare år och långtidsuppföljningar för internet-behandling av social fobi (Hedman et al, 2014). För värden av LSAS-SR, se figur 24.



Figur 24. Självsfattning med LSAS-SR före (n=191), efter (n=187) och 6-månadersuppföljning (n=67) vid internetbehandling för social fobi, 2018.

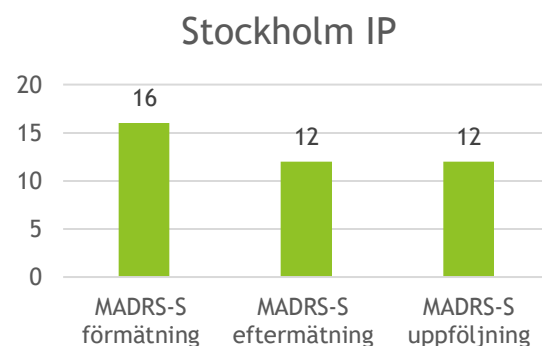
Av de 191 patienterna i behandling för social fobi hade 190 också skattat med SPIN

före behandling och 145 (22 % missing) efter behandling. I denna grupp på 145 individer var behandlingseffekten mätt med SPIN beräknad som standardiserad medelvärdes-skillnad stor (Cohen's d : 0,96 [0,76-1,15]) och signifikant.



Figur 25. Självsfattning med SPIN före (n=190) och efter (n=145) internetbehandling för social fobi, 2018.

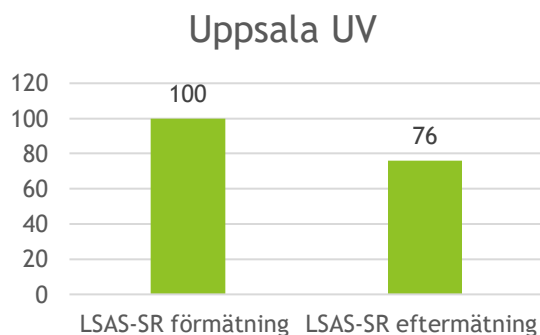
Under 2018 skattade alla patienterna i behandling för social fobi (n=191) även MADRS-S varav 186 även efter behandling (3 % missing). Behandlingseffekten för depressiva symtom var medelstor (Cohen's d : 0,58 [0,44-0,71]) värden visas i figur 26.



Figur 26. Självsfattning med MADRS-S före (n=191), efter (n=186) och 6-månadersuppföljning (n=68) vid internetbehandling för social fobi, 2018.

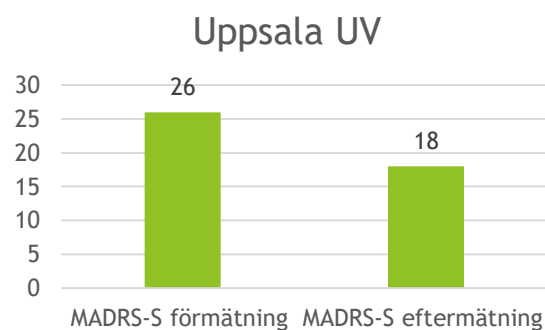
UPPSALA UNGA VUXNA

I Uppsala används ett behandlingsprogram för social fobi baserat på ett avtal med bokförlaget Liber. Av de 13 patienter som påbörjade internet-behandling för social fobi fanns registrerat LSAS-SR även vid behandlings-avslut för 3 patienter (77 % missing). Det bedömdes inte meningsfullt att beräkna behandlingseffekt för dessa 3 patienter. För värden av LSAS-SR, se figur 27.



Figur 27. Självsfattning med LSAS-SR före (n=13) och efter (n=3) internetbehandling för social fobi, 2018.

De tre patienterna hade också skattat MADRS-S efter behandling för social fobi. För värden av MADRS-S, se figur 28.



Figur 28. Självsfattning med MADRS-S före (n=13) och efter (n=3) internetbehandling för social fobi, 2018.

VGR PRIMÄRVÅRD

Västra Götaland använde Livanda-programmet Internethjälpen för Ångest för behandling av social fobi. Av de 4 patienter som påbörjade internet-behandling för social fobi var det en patient som ingick i gruppen unga som redovisas separat. Av de övriga tre hade en skattat GAD-7 före behandling och en annan patient som hade skattat GAD-7 efter behandling. Ingen hade skattat svårighetsgrad av social fobi med LSAS-SR eller SPIN.

SÖMNSTÖRNING

Internetbehandling för insomni (sömnstörning minst 3 nätter per vecka under minst 3 månader) startade i reguljär vård i Stockholm med eget program för insomni med 8 moduler i slutet av 2017 och ökade i omfattning under 2018. Ett fåtal patienter behandlades för insomni vid Uppsala Unga vuxna-mottagning under 2018 med ett eget program med 4 moduler. Samma program användes även av Uppsala primärvård i deras lansering av internetbehandling inom primärvården. Västra Götaland använde Livandas program Internethjälpen för Sömn under 2018. Indikationerna för sömnstörning har vidgats till att också inkludera ospecifik och icke-organisk sömnstörning.

ISI

Som patientrapporterat, sjukdomsspecifikt mått för insomni användes Insomnia Severity Index (ISI; Bastien, 2001). 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.

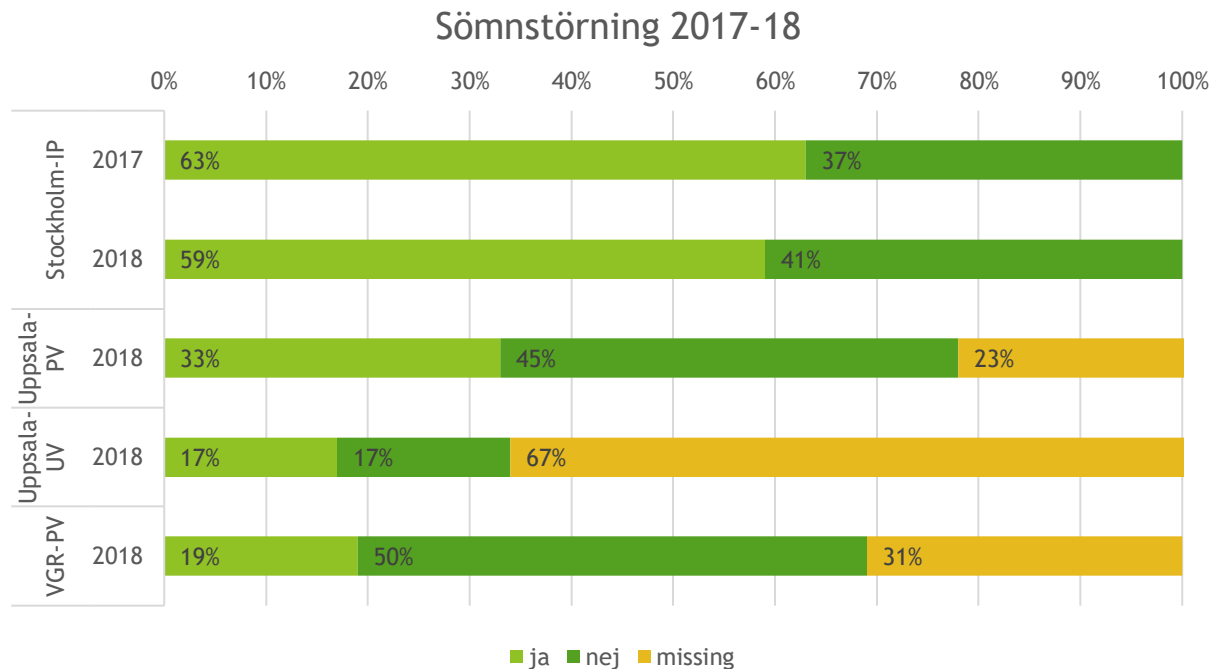
SibeR rekommenderar en svensk auktoriserad version (Jernelöv, 2017) som förankrats med svenska forskare inom

insomni-området. Denna akademiska version har sänts till upphovsmannen Charles Morin och finns registrerad på MAPI-institutets hemsida. MAPI som copyright-ägare har en egen svensk version av ISI som SibeR valt att inte använda eftersom den akademiska versionen bedöms vara en bättre översättning. Vår bedömning är att ISI i den akademiska versionen är fri att använda i svensk sjukvård. Formuläret i den akademiska översättningen finns på SibeRs hemsida. En stor mängd data för svenska psykometriska studier av ISI är insamlade.

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 %.

KLINISK FÖRBÄTTRING SÖMNSTÖRNING

Under 2017-2018 var andelen förbättrade ungefär 60 % i Stockholm-IP utan några "missing values". För Uppsala som använde ett kortare program var andelen förbättrade mellan 17- 33 %, men det var hög andel "missing" på Unga vuxna-mottagningen. Även i VGR primärvård var det stor andel "missing" och lägre andel förbättrade. För underlaget i vård-områdena, se följande avsnitt.



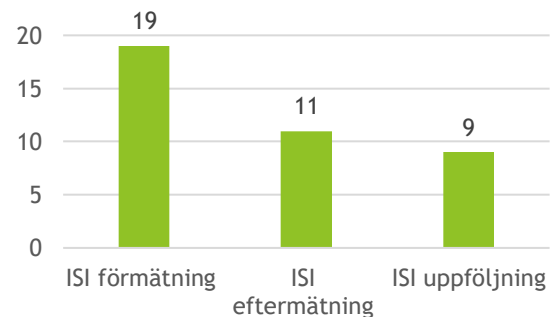
Figur 29. Andelen förbättrade, inte-förbättrade och missing vid behandling av sömnstörning 2017-2018

STOCKHOLM IP

Internetpsykatrin har eget program för behandling av insomni. Det var 185 patienter som startade behandling i Stockholm och alla skattade också ISI vid behandlingsavslut (0 % missing). Av dessa skattade också 75 vid så kallad 6-månaders-uppföljning (59 % missing).

Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdeskillnad var stor (Cohen's d : 1,59 [1,36 - 1,83]) och signifikant.

Stockholm IP

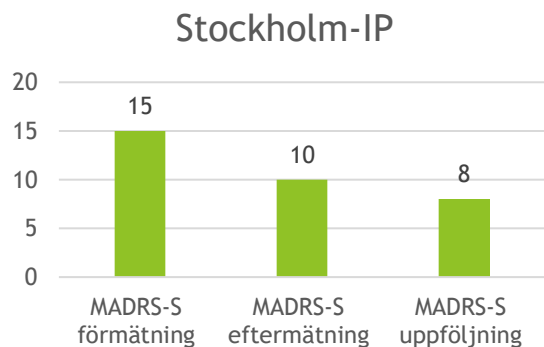


Figur 30. Självsfattning med ISI före, efter (n=185) och 6-månadersuppföljning (n=75) vid internetbehandling för insomni, 2018.

Under 2018 skattade alla patienterna utom en i behandling för insomni (n=184) även MADRS-S både före och efter behandling (0,5% missing), samt 75 patienter (59 %

missing) vid uppföljning. Värderna av MADRS-S visas i figur 31.

Behandlings-effekten för depressiva symtom var medelstor (Cohen's d : 0,57 [0,45-0,70]). Även vid behandling av insomni ses alltså effekt på depressiva symtom.

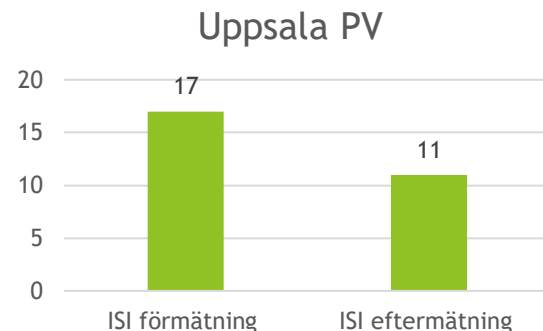


Figur 31. Självskattning med MADRS-S före, efter (n=184) och 6-månadersuppföljning (n=75) vid internetbehandling för insomni, 2018

UPPSALA PRIMÄRVÅRD

Uppsala har ett eget program för behandling av sömnstörningar. Av de 141 patienter som startade internetbehandling för sömnstörning i Uppsala primärvård var det 109 som också skattade ISI efter behandlingen (25 % missing). För värden av ISI se figur 32.

Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdeskillnad var stor (Cohen's d : 1,00 [0,76 -1,24]) och signifikant.

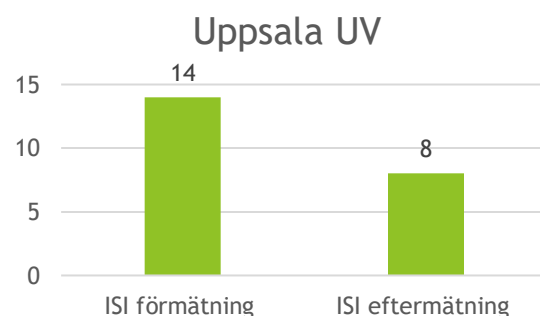


Figur 32. Självskattning med ISI före (n=144) och efter (n=109) internetbehandling för sömnstörning, 2018.

UPPSALA UNGA VUXNA

Av de 8 patienter som påbörjade internetbehandling för sömnproblem vid Uppsala unga vuxna-mottagning var det 2 som skattat ISI före och efter behandlingen (75 % missing).

Det bedömdes inte meningsfullt att beräkna behandlingseffekt för dessa två patienter.

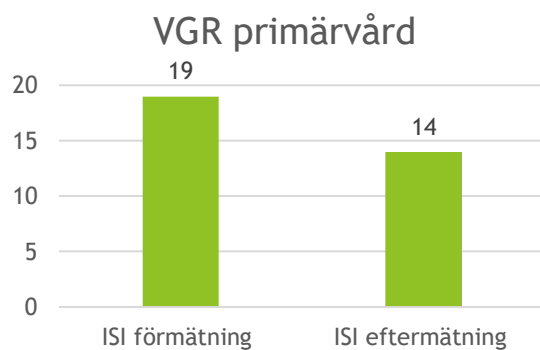


Figur 33. Självskattning med ISI före (n=8) och efter (n=2) internetbehandling för sömnstörning, 2018.

VGR PRIMÄRVÅRD

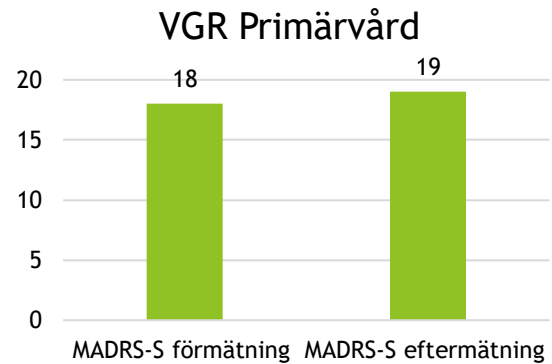
Västra Götaland använde Livanda-programmet Internethjälpen för sömn. Av de 16 patienter som startade internetbehandling för sömnstörning i Västra Götalands primärvård var det 11 som också skattade ISI efter behandlingen (31 % missing).

Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdeskillnad var stor (Cohen's d : 1,03 [-0,06 - 2,13]) och signifikant. För värdena av ISI, se figur 34.



Figur 34. Självsfattning med ISI före (n=16) och efter (n=11) internetbehandling för sömnstörning, 2018.

Av de 16 patienterna som startat internetbehandling för sömnstörning hade 11 också skattat MADRS-S före och efter behandling för sömnstörning. För värden av MADRS-S, se figur 35.



Figur 35. Självsfattning med MADRS-S före (n=16) och efter (n=11) internetbehandling för sömnstörning, 2018.

Behandlingen för sömnstörning av de 11 patienterna medförde här ingen minskning av depressiva symtom.

ÅNGESTSYNDROM INKLUSIVE GAD

Behandlingar på indikationen ångestsyndrom inklusive generaliserat ångestsyndrom infördes under 2018.

DIAGNOSER

F41.1 Generaliserat ångestsyndrom (GAD) innebär att personen under minst 6 månader har besvärats påtagligt av överdriven oro och rädslor inom en mängd olika områden som att olyckor ska inträffa inom familjen, med ekonomin och hälsan, såväl som mer vardagliga svårigheter som att missa tider, inte klara åtaganden och prestationer. Oron ska vara svår att kontrollera och medföra minst 3 av följande 6 symtom vid oro (rastlöshet, lätt uttröttbar, svårigheter att koncentrera sig eller tom i huvudet, irritabilitet, muskelspänningar och sömnstörning) samt leda till försämrad funktion eller påtagligt lidande. Oron ska inte bättre förklaras med någon annan psykisk ohälsa.

GAD är vanligt i befolkningen med livstidsprevalens på cirka 6 % och innebär ofta livslånga besvär (Kessler et al, 2005). GAD anses vara mer svårbehandlat med KBT än andra ångestsyndrom. I nationella riktlinjer rekommenderas antidepressiva läkemedel med serotonin-effekt ha högre prioritet än KBT (Socialstyrelsen, 2017).

Det är ofta svårt att särskilja GAD från andra ångestsyndrom och depressionstillstånd eftersom oro (återkommande orostankar och åltande) är så vanligt vid alla dessa tillstånd. Ytterligare anledningar är att samsjuklighet är vanligt och att befintliga diagnoshjälpmiddel kan leda fel om bedömaren inte har tillräcklig

kompetens eller tid för noggrann bedömning.

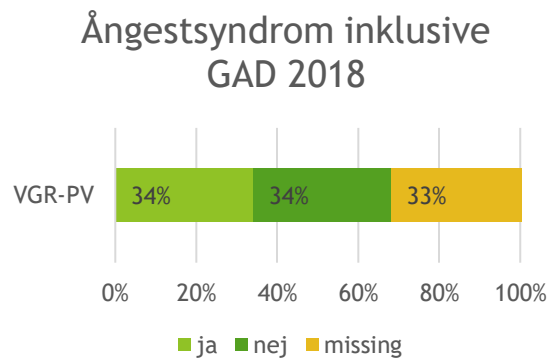
I vården är det rätt vanligt att man sätter diagnosen F41.9 Ospecifikt ångestsyndrom. Kriterierna för detta är att något specifikt ångestsyndrom inte har kunnat fastställas.

GAD-7

Som patientrapporterat, sjukdomsspecifikt mått för ospecifikt ångestsyndrom och GAD användes Generalised Anxiety Disorder-7 (GAD-7; Spitzer et al, 2006). GAD-7 består av 7 frågor om förekomsten av oro, anspänning, rastlöshet, irritabilitet, rädslor och svårigheter att kontrollera detta under de senaste två veckorna. Totalpoäng varierar mellan 0-21. Mellan 5-9 poäng indikerar mild ångest, mellan 10-15 måttligt svår ångest, och 16-21 svår ångest. Poäng ≥ 10 motsvarar 82 percentilen för kvinnor och 88 percentilen för män i befolkningen (Schalet et al, 2014). GAD-7 är framför allt ett mått på svårighetsgrad av upplevd ångest och är känsligt för förändring (Beard & Björgvinsson, 2014). Kriteriet för klinisk förändring (respons) som används i SibeR är ≥ 40 % minskning av poäng för GAD-7.

KLINISK FÖRBÄTTRING ÅNGESTSYNDROM INKLUSIVE GAD

Under 2018 var det endast Västra Götaland som registrerade internetbehandling för ospecifikt ångestsyndrom och GAD. Andelen förbättrade var 34 % men resultatet är osäkert på grund av stor andel "missing" dvs att 33 % inte hade skattat GAD-7 vid behandlingsavslut. För underlaget, se följande avsnitt.



Figur 36. Andelen förbättrade, inte-förbättrade och missing vid behandling av ångestsyndrom inklusive GAD (n=71), 2018

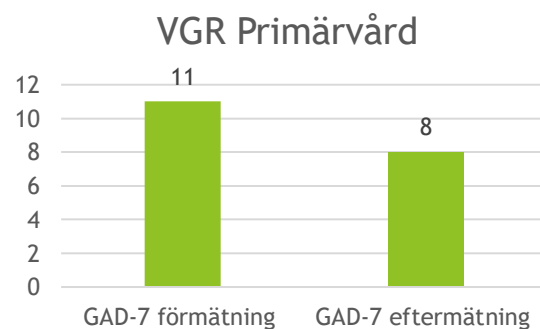
VGR PRIMÄRVÅRD

Det var 73 patienter som hade behandlats i VGR i denna diagnosgrupp under 2018, men två av dessa tillhörde gruppen unga med ångestsyndrom som redovisas separat.

Av de 71 hade 84 % ospecifikt ångestsyndrom och 16 % generaliserat ångestsyndrom. De hade behandlats med Livanda-programmen Internethjälpen för Ångest (n=46), och Internethjälpen för Oro (n=18). För 7 patienter framgick inte vilket program som hade använts.

Av de 71 som påbörjat behandling var det 48 som också skattat GAD-7 efter behandling (33 % missing).

Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdeskillnad var medelstor (Cohen's d : 0,74 [0,46-1,02]) och signifikant. För värden av GAD-7, se figur 37.



Figur 37. Självsfattning med GAD-7 före (n=71) och efter (n=48) internetbehandling för ångestsyndrom inklusive GAD, 2018.

HÄLSOÅNGEST

Indikationen Hälsoångest infördes i SibeR under 2018.

Hälsoångest benämns i diagnossystemet DSM-5 som Sjukdomsångest och definieras av fixerade tankar om att ha eller riskera drabbas av en allvarlig sjukdom utan att ha några symtom eller endast lindriga sådana. Personen ägnar sig åt ett övermått av hälsorelaterade beteenden som upprepade kroppsundersökningar, undvikanden, kontrollåtgärder och säkerhetsbeteenden. Ångesten över hälsan ska ha funnits under minst 6 månader men kan variera över vilka sjukdomar man är rädd för att utveckla eller ha. I Sverige använder vi diagnossystemet ICD med diagnosen F45.2 Hypokondri.

Hälsoångest bör tas på allvar eftersom det är vanligt i befolkningen (punktprevalens 3,4 %), dessa personer söker mycket vård, fram för allt inom primärvården och tillståndet får en rad negativa konsekvenser (Sunderland et al, 2013). KBT har visats ha effekt och internetförmälad behandling ökar chansen till att patienten får tillgång till detta (Olantunji et al, 2014).

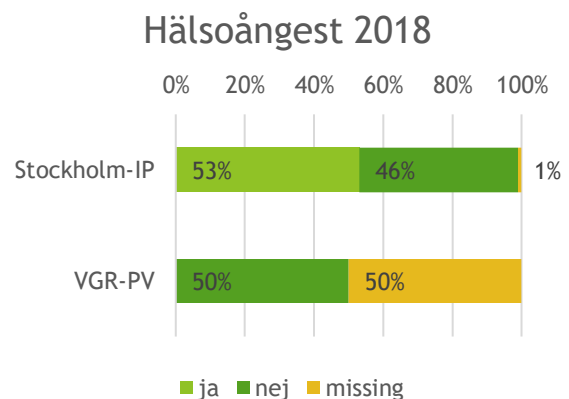
Hälsoångest kan ibland vara svårt att särskilja från paniksyndrom, tvångssyndrom och GAD. Det finns inget avsnitt i intervjuguiden MINI för hälsoångest, men det finns specifika diagnoshjälpmiddel (Axelsson et al, 2016).

SHAI

Som patientrapporterat, sjukdomsspecifikt mått vid hälsoångest rekommenderas Short Health Anxiety Inventory (SHAI; Salkovskis et al 2002). SHAI består av 14 frågor om oro för sjukdom och uppmärksamhet på kroppsliga symtom. Totalpoängen varierar mellan 0-42. 0-14 poäng indikerar liten sannolikhet för hälsoångest, mellan 15-17 är en gråzon, över 18 poäng indikerar hög sannolikhet för hälsoångest. SHAI har goda psykometriska egenskaper och är känsligt för förändring (Alberts et al, 2013). SHAI är fritt att använda, vidare svensk utvärdering pågår. Kriteriet för klinisk förändring (respons) som används i SibeR är $\geq 30\%$ minskning av poäng för SHAI.

KLINISK FÖRBÄTTRING HÄLSOÅNGEST

Under 2018 var andelen förbättrade 53% i Stockholm- Internetpsykiatrin. För VGR primärvård var det endast en patient som hade skattat förändring av ångest med GAD-7, för den andra saknades eftermätning, se nedan.

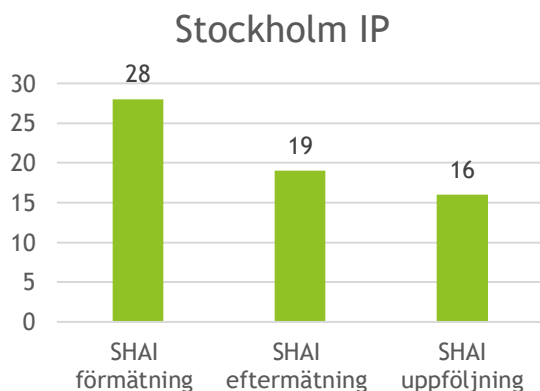


Figur 38. Andelen förbättrade, inte-förbättrade och missing vid behandling av hälsoångest, 2018

STOCKHOLM IP

Internetbehandling för hälsoångest infördes i reguljär vård på Internetpsykiatrin under våren 2018 som implementering av ett program som tidigare undersökts i forskning (Hedman et al, 2014). Av 138 patienter som påbörjade behandling för hälsoångest var det 136 som också skattade grad av hälsoångest med SHAI vid behandlingsavslut (1 % missing). Av dessa skattade också 62 SHAI vid så kallad 6-månaders-uppföljning (55 % missing).

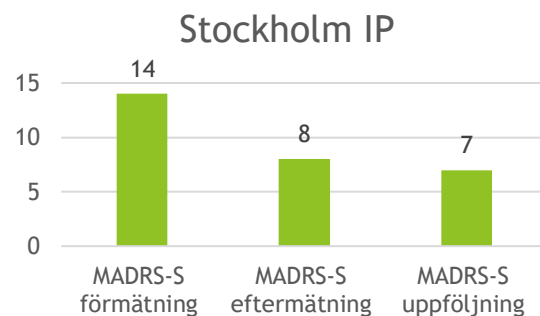
Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdeskillnad var stor (Cohen's d : 1,52 [1,21-1,83]) och signifikant. Även behandlingseffekten vid uppföljning var signifikant förbättrad jämfört med vid avslut ($P < 0,001$) men med låg effektstorlek (Cohen's d : 0,26 [0,03-0,50]). För värden av SHAI, se figur 39.



Figur 39. Självskattning med SHAI före (n=138), efter (n=136) och 6-månadersuppföljning (n=62) vid internetbehandling för hälsoångest, 2018.

Under 2018 skattade alla patienterna utom tre i behandling för hälsoångest (n=135) även MADRS-S både före och efter

behandling (2 % missing), samt 62 patienter (55 % missing) vid uppföljning. Behandlingseffekten för depressiva symtom var stor (Cohen's d : 0,82 [0,62-1,02]). Även vid behandling av hälsoångest ses alltså effekt på depressiva symtom.



Figur 40. Självskattning med MADRS-S före (n=138), efter (n=135) och 6-månadersuppföljning (n=62) vid internetbehandling för hälsoångest, 2018.

VGR PRIMÄRVÅRD

Under 2018 var det två patienter som hade påbörjat behandling för hälsoångest i VGR. Bägge hade behandlats med program från Livanda; en med Internethjälpen för Oro och en med Internethjälpen för Ångest. Bägge hade skattat ångestnivå med GAD-7 vid behandlingsstart (snittvärde=10 poäng) och en vid behandlingsavslut. Ingen hade skattat nivå av hälsoångest med SHAI.

STRESSYNDROM

Stressyndromen infördes som ny indikation i SibeR under 2018.

Särskilt inom primärvården är diagnoser som anpassningsstörningar, stressreaktioner och utmattningssyndrom vanliga tillstånd. Generellt påverkas psykisk ohälsa av stressfaktorer och individuell sårbarhet så att specifika syndrom som egentliga depressioner och paniksyndrom ofta utlöses i samband med stress. De trauma- och stressrelaterade syndromen har en tydlig utlösande stressfaktor som antingen är gravt traumatisk (som vid akut- och posttraumatiskt stressyndrom) eller har påtaglig inverkan på individen utan att annat specifikt psykiatriskt syndrom bättre kan förklara tillståndet. När det handlar om proportionerliga reaktioner på lindrig-måttlig stress ska detta normaliseras och diagnostiseras med Z-kod (Z738).

Det är viktigt att vi i vården kan identifiera när det rör sig om en depression, sömnstörning eller ett specifikt ångestsyndrom så att "stress" inte överdiagnostiseras och man kan erbjuda evidensbaserade behandlingar när det är indicerat.

De internet-baserade programmen för stress som finns tillgängliga idag bygger på väl etablerade principer för stresshantering och ger ett tillägg till andra åtgärder som stöd till problemlösning. Internationellt finns belägg för att programmen har måttligt hög effekt på stress och små effekter på depression och ångest (Heber et al, 2017). Det finns nu även en del svenska studier, men evidensen för att behandla utmattningssyndrom med internetbaserade program är liten (Lindsäter et al, 2018).

DIAGNOSER

Diagnoser som akut- och posttraumatiskt stressyndrom ingår inte i gruppen som avses här eftersom de kräver specifika trauma-inriktade behandlingar.

F43.2 "Anpassningsstörning" innebär att nedstämdhet, ångest eller beteendeförändringar utvecklas inom 3 månader efter att en eller flera påfrestningar debuterat. Lidandet ska vara oproportionerligt i förhållande till svårighetsgraden av påfrestningen eller medföra försämrade funktioner.

F43.8 "Andra specificerade reaktioner på svår stress" innebär att kriterier för specifika tillstånd inom trauma- och stressrelaterade tillstånd inte är helt uppfyllda men kan specificeras med tillägg som exempelvis "ihållande komplex sorgreaktion".

F43.8W "Andra specificerade reaktioner på svår stress än utmattningssyndrom" används när man vill markera att det inte är frågan om ett utmattningssyndrom.

F43.9 "Reaktion på svår stress, ospecificerad" används vid ett stressrelaterat tillstånd som ger lidande och funktionsnedsättning men där kriterier för ett specifikt tillstånd inte är uppfyllt. Det kan också användas när man har otillräcklig information för specifik diagnos.

F43.8A "Utmattningssyndrom" används när symtombilden präglas av brist på energi, nedsatt koncentration och minne, svårigheter att hantera krav, labilitet och fysiska symtom. Det ska ha utvecklats till följd av stressfaktorer under minst 6 månader.

F43.8A kan läggas till som bidiagnos exempelvis till F43.8, F32 (egentlig depression), F51 (sömnstörning), F41.1 (GAD). Anledningen är att det hittills saknas belägg för Internet-behandling som huvudsaklig intervention för detta tillstånd.

PSS-10

Som patientrapporterat, sjukdomsspecifikt mått vid stressyndromen rekommenderas Perceived Stress Scale-10 (PSS-10; Cohen et al, 1988). PSS-10 är ett väl validerat och brett använt formulär som består av 10 frågor om upplevd stress och förmåga att hantera detta den senaste månaden. Totalpoäng varierar mellan 0-40.

I en studie av svensk befolkning var snittet för hela normgruppen 13,5 poäng (Nordin & Nordin, 2013) vilket överstämde väl med amerikanska normer. Populationen vid 75:e percentilen skattade 19 poäng. Kriteriet för klinisk förändring (respons) som används i SibeR är $\geq 30\%$ minskning av poäng för PSS-10.

PSS-10 finns i Sverige i minst tre översättningar. Det finns även versioner med PSS-14 dvs med 14 frågor. Den version av PSS-10 (Upplevd stress-10) som aktuellt lagts upp på SibeRs hemsida kommer från f-banken (<https://fbanken.se/>).

SibeR har i ett samarbete med Institutet för Stressmedicin i Göteborg (Ingibjörg Jonsdottir), Gustavsbergs Akademiska vårdcentral (Elin Lindsäter och Erik Hedman) samt en större referensgrupp genomfört en ny översättning med referensram en vecka. Anledningen till detta är att kvalitetsregistret ser en roll att harmonisera formulär så att resultat kan jämföras och eftersom tidsramen en vecka lämpar sig bättre för värdering av

behandlingseffekter. Det pågår nu normering i ett befolkningsunderlag och i en klinisk grupp av denna översättning.

KEDS

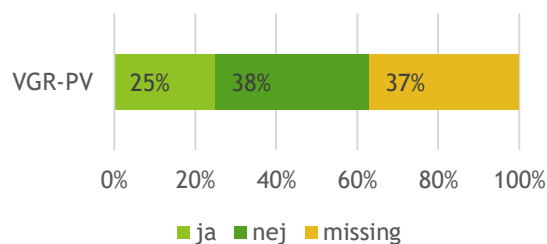
Alla patienter med psykisk ohälsa tenderar skatta ganska högt på upplevd stress. Därför kan det behövas kompletterande mått som mäter symtom på mer långvarig stress och utmattning. Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS; Besér et al, 2014) består av 9 frågor om upplevda konsekvenser och symtom på långvarig stress och utmattning de senaste två veckorna. Totalpoäng varierar mellan 0-54. I jämförelse med friska kontroller har gränsvärdet 19 poäng visat hög träffsäkerhet för att identifiera utmattningsproblem. SibeR har kontaktat de svenska upphovspersonerna och fått bekräftelse att formuläret är fritt att använda.

Vid stressyndromen rekommenderas användning av PSS-10 som primärt mått men detta kan med fördel kompletteras med andra mått beroende på symtomprofil, exempelvis ISI om sömnproblem, MADRS-S om depressiva symtom, GAD-7 vid ångest eller KEDS vid utmattningssymtom.

KLINISK FÖRBÄTTRING VID STRESSYNDROM

Andelen förbättrade var 25 % av de 24 patienter som behandlats för stressyndrom i VGR, mätt med GAD-7. Det var dock stor andel missing dvs patienter som inte skattat GAD-7 vid behandlingsavslut.

Stressyndrom, mätt med GAD-7, 2018



Figur 41. Andelen förbättrade, inte-förbättrade och missing vid behandling av stressyndrom, 2018

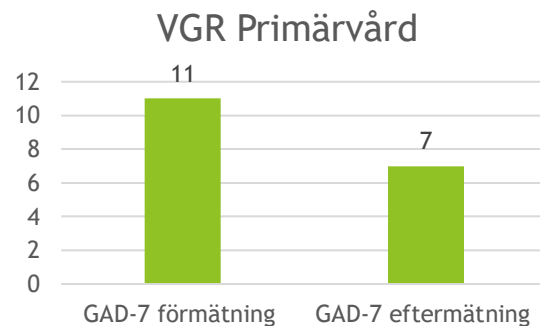
VGR PRIMÄRVÅRD

Av de 24 patienter som påbörjade internet-behandling för stressyndrom i VGR under 2018 var det 15 som skattade GAD-7 både vid behandlingsstart och avslut (37 % missing). Ingen hade skattat med PSS-10.

De diagnoser som hade ställts var F43.2 anpassningsstörning (n=2), F43.8 Andra specificerade reaktioner på stress (n=6), F43.8W Andra specificerade reaktioner på stress än utmattningssyndrom (n=1), och F43.9 Andra reaktioner på svår stress (n=15). Två patienter hade behandlats med Livanda-programmet Internethjälpen för Ångest, övriga 22 med Internethjälpen för Stress.

Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdeskillnad var

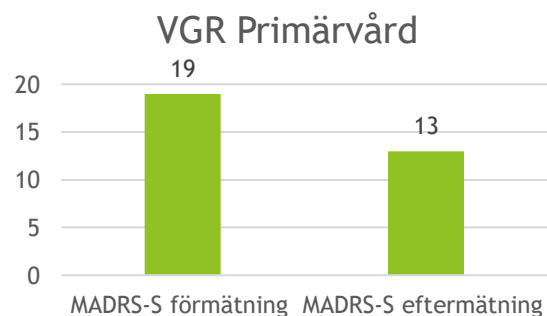
medelstor (Cohen's d : 0,56 [0,12-1,01] och signifikant. För snittvärden av GAD-7, se figur 42.



Figur 42. Självsfattning med GAD-7 före (n=24) och efter (n=15) vid internetbehandling för stressyndrom, 2018.

Av de 24 patienterna hade 21 även skattat MADRS-S före och 14 efter behandling för stressyndrom (42 % missing).

Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdeskillnad var medelstor (Cohen's d : 0,51 [-0,06 - 1,09] men inte signifikant ($p=0,062$). För snittvärdena av MADRS-S, se figur 43.

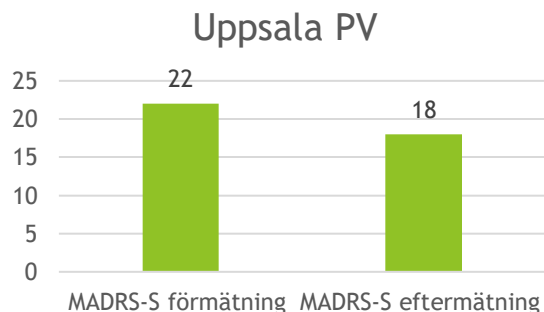


Figur 43. Självsfattning med MADRS-S före (n=21) och efter (n=14) internetbehandling för stressyndrom, 2018.

Behandlingsprogrammen Internethjälpen för Stress och Internethjälpen för Ångest som hade använts vid stressyndromen hade alltså haft effekt på ångestsymtom och tendens till effekt på depressionssymtom. Resultaten var dock enbart beräknade på cirka 60 % av dem som påbörjade behandling.

UPPSALA PRIMÄRVÅRD

I Uppsala primärvård hade två patienter med F43.2 Anpassningsstörning behandlats med Uppsalas depressionsprogram. Det bedömdes inte meningsfullt att beräkna behandlingseffekter för dessa två patienter. De hade skattat grad av depressionssymtom före och efter behandling med MADRS-S, för snittvärden se figur 44.



Figur 44. Självsfattning med MADRS-S före och efter (n=2) internetbehandling för stressyndrom, 2018.

TVÅNGSSYNDROM

Indikationen tvångssyndrom inkluderades i SibeR under 2018. Fokus kommer att öka på internetbehandling av tillstånden inom OCD-spektrum under 2019 i takt med att behandling för dessa tillstånd implementeras bredare.

OCI-R

Som patientrapporterat, sjukdomsspecifikt mått för tvångssyndrom rekommenderas Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R; Foa et al, 2002). Guld-standard för att mäta behandlingseffekter vid behandling av tvångssyndrom är Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al, 1989) som främst används som expertbedömt mått, men även finns i en patientskattad version. SibeR bedömer att Y-BOCS kan vara svår att hantera för löpande skattningar och man behöver ansöka om rättigheter för användning. SibeR rekommenderar därför OCI-R i första hand. En undersökning av responskriterier för OCI-R jämfört med Y-BOCS expert- och patientskattning pågår. OCI-R mäter svårighetsgrad av tvångssyndrom med 18 frågor och maximal totalpoäng 72. I en norsk studie var medelvärdet för patienter med OCD 30,6 poäng och 10,4 poäng hos friska kontroller (Solem et al, 2010). OCI-R finns i svensk översättning som används fritt med tillåtelse av konstruktören Edna Foa.

VGR PRIMÄRVÅRD

Det var 2 patienter som inledde behandling för tvångssyndrom i VGR. En av dessa hade skattat grad av ångestsymtom med GAD-7 före och efter behandling. Det bedöms inte meningsfullt att redovisa mer i detalj för dessa två.

ÅNGESTSYNDROM HOS UNGA

Indikationen ångestsyndrom hos unga inkluderades i SibeR under 2018. Specifikt infördes diagnosen F93.0 Separationsångest.

Andelen barn och unga som upplever lätt till medelsvår psykisk ohälsa har ökat och barn- och ungdomspsykiatrin har svårt att möta behoven fastän man ökat sin kapacitet (Socialstyrelsen, 2019). Man organiserar nu första linjens vård för psykisk ohälsa hos unga i hela landet, där ansvaret i regionerna är fördelat olika mellan primärvård, ungdomsmottagningar, barn- och ungdomspsykiatri.

Internetförmiddad KBT ses som ett sätt att öka tillgänglighet till psykologisk behandling för unga och under 2018 använde 8 regioner Psykologpartners program "Ångesthjälpen Ung".

Inför att Västra Götalandsregionen skulle starta upp behandling med Ångesthjälpen Ung kontaktades registerhållaren för SibeR med önskemål om att SibeR vidgade indikationer till ångestsyndrom hos unga. I detta ingick att göra en utredning av lämpliga mått för att värdera behandlingseffekt. Samråd skedde med nationella experter inom området, och genomgång av litteratur inklusive information från internationella motsvarigheter som Improving Access to Psychological Therapies för unga (CYP-IAPT) i Storbritannien.

Utredningen resulterade i beslutet att använda Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) som symtommått. För mätning av hälso-relaterad livskvalitet införskaffades licens för KIDscreen-10, men vad gäller livskvalitet- och funktionsmått

har vi valt att avvakta vidare utredning och testningar.

RCADS

Som patientskattat, sjukdomsspecifikt mått vid ångestsyndrom hos unga används Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) med 47 frågor (Chorpita et al 2000). RCADS är en vidareutveckling av Spence ångest-skala (SCAS) efter faktoranalyser och med tillägg av en delskala för depression (Chorpita et al 2000; Chorpita et al, 2005).

RCADS med 47 frågor och subskalor korresponderar bra mot flera ångestsyndrom i DSM-systemet (social fobi, paniksyndrom, GAD, tvångssyndrom, separationsångest) och depression.

RCADS finns i en kortare version med 25 frågor som lämpar sig för veckomätningar. Den har en allmän ångestskala och samma depressionsskala som i 47-frågeversionen (Ebesutani et al, 2012).

SibeR rekommenderar att RCADS-47 frågor används vid bedömning och behandlingsavslut och RCADS med 25 frågor för upprepade mätningar för att underlätta att man får eftermätningvärden.

RCADS har översatts till svenska av Barninternet-projektet och är fritt att använda. Det finns amerikanska normer. Enligt dessa ligger 70:e percentilen för totalpoängen på RCADS mellan 64- 91, beroende på åldersgrupp (årskurs 3 i grundskolan till gymnasiets tredje årskurs) och kön. För RCADS-25 (kortversionen) ligger 70:e percentilen mellan 32-50 poäng. Studier pågår i samarbete med Barninternetprojektet vad gäller svenska normer för både RCADS-47 och RCADS-25.

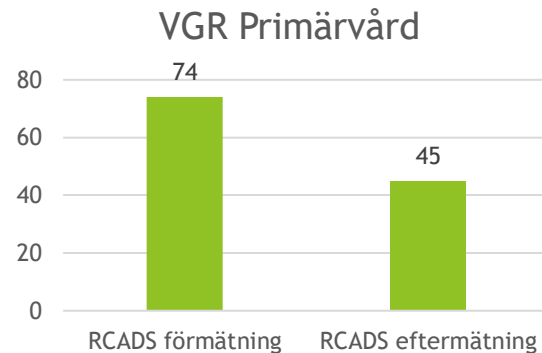
VGR PRIMÄRVÅRD UNGA

Av de unga som påbörjade internetbehandling för ångestsyndrom i VGR under 2018 så var det 5 patienter från två vårdcentraler som skattade RCADS-47 före och efter behandling. Eftersom det är av intresse att preliminärt förstå hur internetbehandling och skattningar kan fungera för unga beskrivs här denna lilla grupp.

Gruppen bestod av 4 flickor och en pojke mellan 14-16 år. Indikationer för behandlingarna var paniksyndrom (n=2), social fobi (n=1), generaliserat ångestsyndrom (n=1) och ospecifikt ångestsyndrom (n=1). Alla hade fullföljt alla 8 modulerna i Psykologpartners program Ångesthjälpen Ung.

Behandlarna hade skattat att tre uppnått behandlingsmålen och att två inte gjort det. Tre av ungdomarna hade fått vanliga besök som stöd i behandlingen, och tre hade fått telefonsamtal för samma syfte. Det var därmed 3 av 5 som hade gått i det som kallas "blandad behandling" dvs när man kombinerar internetbehandling med fysiska besök.

Självskattad totalpoäng av RCADS hade minskat mellan 56-82 % för de tre som behandlaren hade skattat uppnått behandlingsmålen. För de två som behandlaren skattat inte uppnått behandlingsmålen hade RCADS ökat med 4 % respektive minskat med 15 %. Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdeskillnad var stor (Cohen's d : 1,25 [-0,82 - 3,33]) men inte signifikant ($p=0,051$). För snittvärden av RCADS, se figur 45.



Figur 45. Självskattning med RCADS före och efter (n=5) internetbehandling för ångestsyndrom hos unga, 2018.

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 Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0; Üstün et al, 2010). I DSM-systemet 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).

EQ-5D

För EQ-5D skattar patienten fem frågor med tre svarsalternativ i domänerna förmåga till rörlighet, hygien/ADL och aktivitet, samt upplevelser av smärtor/besvär och oro/nedstämdhet. Aktuell upplevd hälsa skattas på en VAS-skala mellan 0-100. EQ-5D används av flera kvalitetsregister som mått på hälso-relaterad livskvalitet och bland annat som grund för hälso-ekonomiska beräkningar. EQ-5D är licensskyddat och de flesta landstingen har inte avtal.

I samband med byte av registerplattform hösten 2017 så gick SibeR över från att

registrera enskilda värden på de fem domänerna till att istället registrera ett viktat indexvärde och VAS-skalan.

WHODAS 2.0

WHODAS 2.0 mäter funktion uppbyggt på ramverket i International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). I den längre versionen med 36 frågor omfattas 6 domäner (kognition, förflyttning, personlig vård, relationer, dagliga aktiviteter och delaktighet i samhället). En kortare version, WHODAS 2.0-12 frågor, 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) samt har visats fungera tillförlitligt vid administrering via internet (Axelsson et al, 2017). WHODAS får användas fritt i svensk auktoriserad översättning, se:

<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.

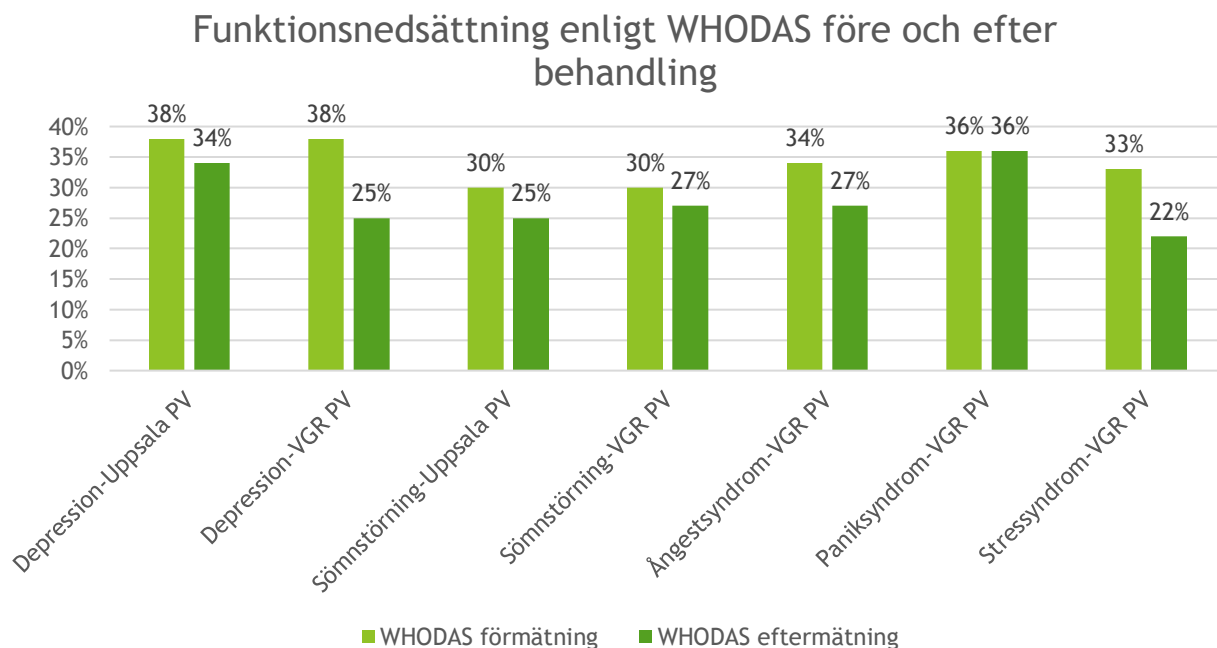
SibeR rekommenderar WHODAS 12-frågor med enkel poängberäkning (0-48) som översätts till funktionsnedsättning 0-100 %. I ett stort stickprov från den australiensiska befolkningen skattade nästan hälften 0 % funktionsnedsättning, 10 procent skattade 21 % eller högre funktionsnedsättning, resterande mindre än 21 % nedsättning. (Andrews et al, 2009). I en sammanställning av 14 studier där WHODAS -12 frågor hade administrerats online vid psykisk ohälsa varierade funktionsnedsättningen mellan 17-68 %, snittet var 32 % nedsättning (Axelsson et al, 2017).

FÖRÄNDRING MÄTT MED WHODAS

Av de patienter som startat internet-behandling i Uppsala Primärvård hade 96 % (238/249), i Uppsala Unga Vuxna team 15 % (4/27) och i VGR Primärvård 96 % (157/163) skattat sin funktion med WHODAS-12 frågor vid behandlingsstart. Andelen som också skattat vid behandlingsavslut var 63 % i Uppsala Primärvård, 7 % i Uppsala Unga vuxna team och 59 % i VGR Primärvård.

Andelen missing vid eftermätning för diagnosgrupperna var i stort sett detsamma som för symtommåtten.

Värden för skattad funktionsnedsättning enligt WHODAS i diagnosgrupper där mer än 5 patienter ingår vid eftermätningen presenteras i figur 46. Observera att antalet patienter vid eftermätningen representerar en delmängd av dem som skattade vid behandlingsstart.



Figur 46. Medelvärden av procentuell funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor före och efter internetbehandling, 2018

BEHANDLINGSEFFEKT VID DEPRESSION

I Västra Götaland var det 11 patienter som skattat WHODAS både före ($m=41,8$, sd 15,2) och efter ($m=25,1$, sd 15,2). Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdeskillnad var hög

(Cohen's d : 1,34 [0,24-2,40]). I Uppsala PV var det 68 patienter som skattat WHODAS både före ($m=38,1$, sd 13,3) och efter ($m=34,2$, sd 15,8). Behandlingseffekten var låg (Cohen's d : 0,26 [0,06-0,45]) men signifikant.

FÖRÄNDRING MÄTT MED EQ-5D

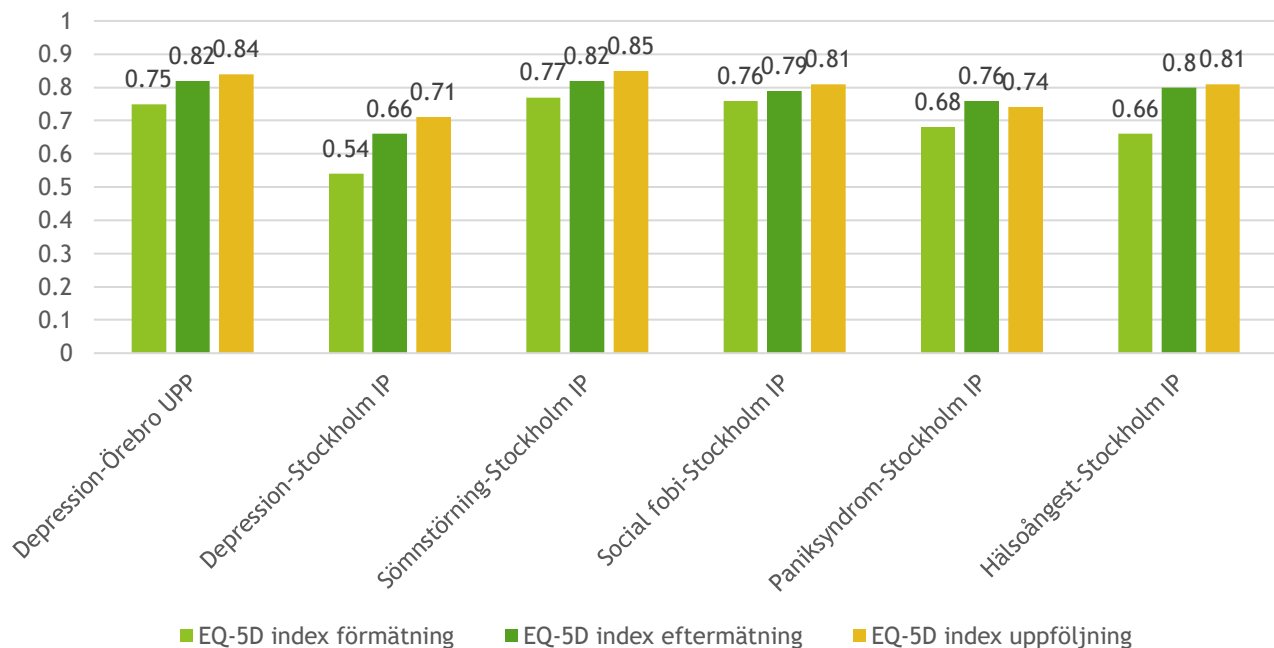
Av de patienter som startat internetbehandling vid Stockholm- Internetpsykiatri hade 99,8 % (892/894) och vid Örebro Utvecklingsenhet för psykoterapi och psykologisk behandling 100 % (195/195) skattat sin hälsorelaterade livskvalitet med EQ-5D index och sitt upplevda mående med VAS-skalan vid behandlingsstart. Andelen som också skattat vid behandlingsavslut var 80 % i Stockholm och 55 % i Örebro. Andelen som skattat vid 6-månaders-

uppföljning var 38 % i Stockholm och 49 % i Örebro.

Andelen missing var klart högre för EQ-5D vid eftermätning jämfört med symtommått, men ungefär densamma vid 6-månadersuppföljningen.

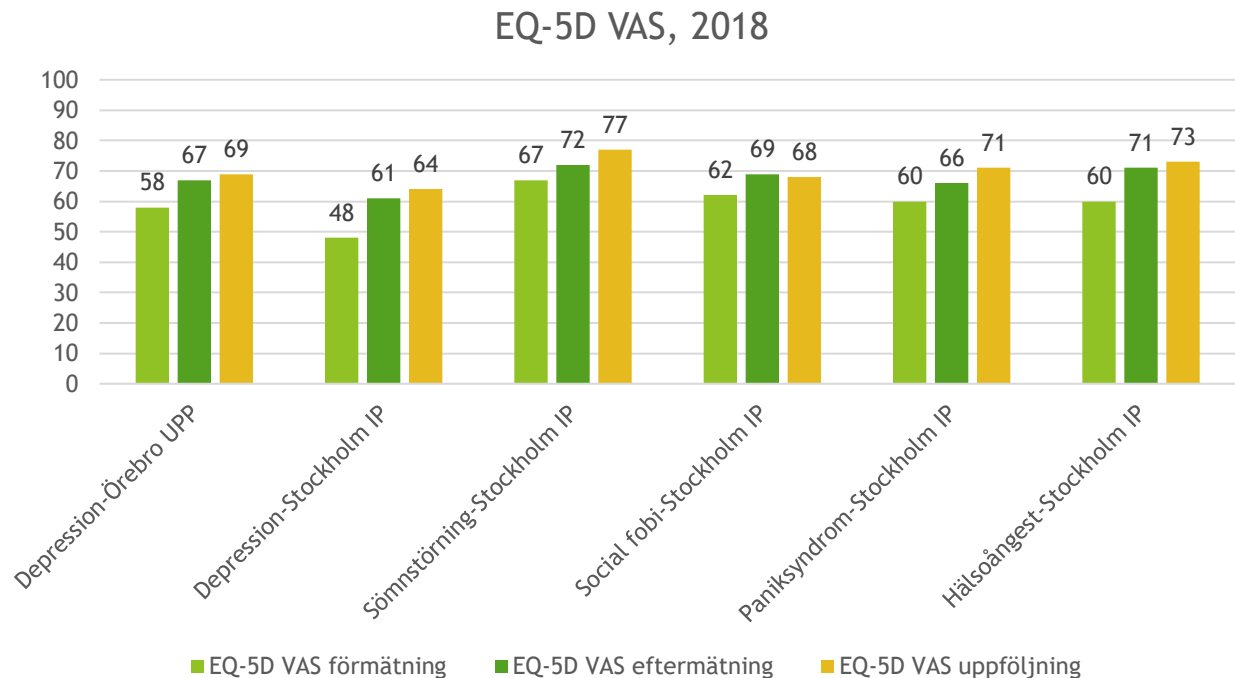
Patientskattade värden för EQ-5D index visas i figur 47 och för EQ-5D VAS-skala i figur 48. Observera att antalet patienter vid eftermätningen representerar en delmängd av dem som skattade vid behandlingsstart.

EQ-5D index, 2018



Figur 47. Medelvärden av skattad hälsorelaterad livskvalitet enligt EQ-5D index före, efter och vid 6-månadersuppföljning av internetbehandling, 2018

Notera: Index-värdet 1,0 representerar fullgod hälsorelaterad livskvalitet och lägre värden innebär en nedsättning.



Figur 48. Medelvärden av patientskattad hälsa enligt EQ-5D VAS före, efter och vid 6-månadersuppföljning av internetbehandling, 2018

Notera: Värdet 100 representerar upplevd fullgod hälsa och lägre värden innebär en nedsättning. I ett svenskt befolkningsurval finns rapporterat medelvärdet 83,3.

BEHANDLINGSEFFEKT VID DEPRESSION

Från figurerna framgår som förväntat att patienterna med depression upplevde sämst hälsorelaterad livskvalitet och hälsa när de sökte hjälp, särskilt gällde det patienterna i Stockholm-Internetpsykiatri.

EQ-5D index-värden var inte normalfördelade men det var VAS-värdena. Behandlingseffekter beräknades för förändring av EQ-5D VAS för patienter med depression.

I Stockholm-IP var det 178 patienter som skattat EQ-5D både före ($m=48,9$, $sd\ 17,4$) och efter ($m=60,7$, $sd\ 17,9$) behandling. Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdesskillnad var medelhög (Cohen's d : $0,67$ [$0,50-0,85$]) och signifikant. I Örebro UPP var det 68 patienter som skattat EQ-5D både före ($m=58,5$, $sd\ 15,5$) och efter ($m=66,7$, $sd\ 16,2$). Behandlingseffekten var medelhög (Cohen's d : $0,52$ [$0,29-0,75$]) och signifikant.

BEHANDLINGSMÅL

Att mäta behandlingseffekt med förändring av skattad symtomnivå, funktion och livskvalitet har sina begränsningar. Även om dessa områden är centrala kan behandlingsmål vara vidare än så i en psykologisk behandling. För att komplettera patientens skattningar får behandlaren i SibeR skatta om patienten bedöms ha uppnått behandlingsmålen vid behandlingsavslut. Här finns ingen standardisering utan det är bedömarens egen uppfattning som gäller.

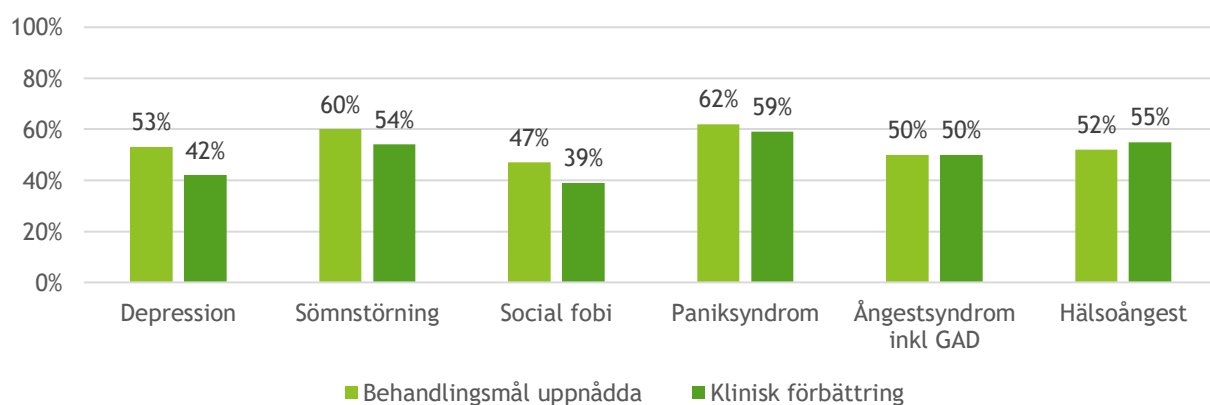
Resultat från skattningsskalor har alltid felkällor och begränsningar. När det gäller patient-rapporterade mått (PROM) så är de naturligtvis färgade av personens sätt se på och att skatta sig själv.

Definitionerna av klinisk förbättring i SibeR, exempelvis minst 40 % minskning av depressionspoäng, innebär ett gränsland som kan behöva utvärderas via andra metoder.

ÖVERENSTÄMMELSE MELLAN UPPNÅDDA BEHANDLINGSMÅL & SYMTOMFÖRBÄTTRING

Överensstämmelsen mellan behandlaren bedömning om patienten uppnått behandlingsmålen jämfördes för diagnosområden med kriterier på klinisk förbättring med de rekommenderade sjukdomsspecifika måtten (MADRS-S, ISI, LSAS-SR, PDSS-SR, GAD-7 och SHAI). Enbart behandlingar där patienten gjort eftermätning med dessa mått och där behandlaren gjort en skattning ingick. För depression var det 83 %, för sömnstörning 79 %, för social fobi 88%, för paniksyndrom 92 %, ångestsyndrom inklusive GAD 50% och för hälsoångest var det 94 % av behandlingarna. Andelen behandlingar där behandlaren bedömt att patienten uppnått behandlingsmål jämfört med andelen kliniskt förbättrade med SibeRs kriterier för symtomförbättring visas i figur 49.

Behandlingsmål vs klinisk förbättring, 2018



Figur 49. Jämförelse mellan behandlaren skattning av att patienten uppnått behandlingsmålen med klinisk förbättring av symtom, 2018 (n=1244)

DEPRESSION

Av de 53 % (252/474) som bedömdes ha uppnått behandlingsmålen var 71 % (178/252) klassificerade som förbättrade enligt kriteriet minskning av MADRS-S \geq 40 %.

SÖMNSTÖRNING

Av de 60 % (165/276) som bedömdes ha uppnått behandlingsmålen hade 81 % (133/165) klassificerats som förbättrade enligt kriteriet minskning av ISI \geq 40 %.

SOCIAL FOBI

Av de 47 % (84/180) som bedömdes ha uppnått behandlingsmålen hade 75 % (63/84) klassificerats som förbättrade enligt kriteriet minskning av LSAS-SR \geq 30 %.

PANIKSYNDROM

Av de 62 % (84/136) som bedömdes ha uppnått behandlingsmålen hade 87 % (73/84) klassificerats som förbättrade enligt kriteriet minskning av PDSS-SR \geq 40 %.

ÅNGESTSYNDROM INKLUSIVE GAD

Av de 50% (24/48) som bedömdes ha uppnått behandlingsmålen hade 92 % (22/24) klassificerats som förbättrade enligt kriteriet minskning av GAD-7 \geq 40 %.

HÄLSOÅNGEST

Av de 52 % (68/130) som bedömdes ha uppnått behandlingsmålen hade 85 % (58/68) klassificerats som förbättrade enligt kriteriet SHAI \geq 30 %.

UPPNÅDDA BEHANDLINGSMÅL VS BEHANDLINGSLÄNGD

I SibeR registrerar även behandlaren om patienten fullföljt överenskommen behandlingstid. För att undersöka sambanden mellan behandlingstid (oavsett antal fullföljda moduler i programmen) och av behandlarens bedömning att behandlingsmål var uppfyllda visas relationen mellan dessa i tabell 1.

Tabell 1. Behandlingsmål uppfyllda i relation till Behandlingslängd, 2018.

		Behandlingsmål uppfyllda		
		Ja	Nej	Totalt
Behandlingslängd uppnådd	Ja	642 (91%)	354 (52%)	996
	Nej	62 (9%)	324 (48%)	386
	Totalt	704 (100%)	678 (100%)	1382

Av den totala andelen på 51 % av patienterna (704/1382) som behandlaren hade bedömt uppfyllt behandlingsmålen var det 91 % (642/704) som hade fullföljt överenskommen behandlingstid. Av de 49 % patienter (678/1382) som inte hade uppfyllt behandlingsmålen var det ungefär lika stor andel som fullföljt överenskommen behandlingstid och som inte gjort det. Fullföljande av tid i behandling tycks alltså ha stor betydelse för behandlingsresultat men andra faktorer spelar också in.

CASE-MIX

Inom varje diagnosgrupp ryms en stor variation av individer med olika särdrag, vilket benämns case-mix. Det kan handla om svårighetsgrad och sammansättning av gruppen (se exempelvis depression), samsjuklighet med mera. För att fördjupa förståelsen av behandlingsresultaten bör sådana kompletterande aspekter belysas.

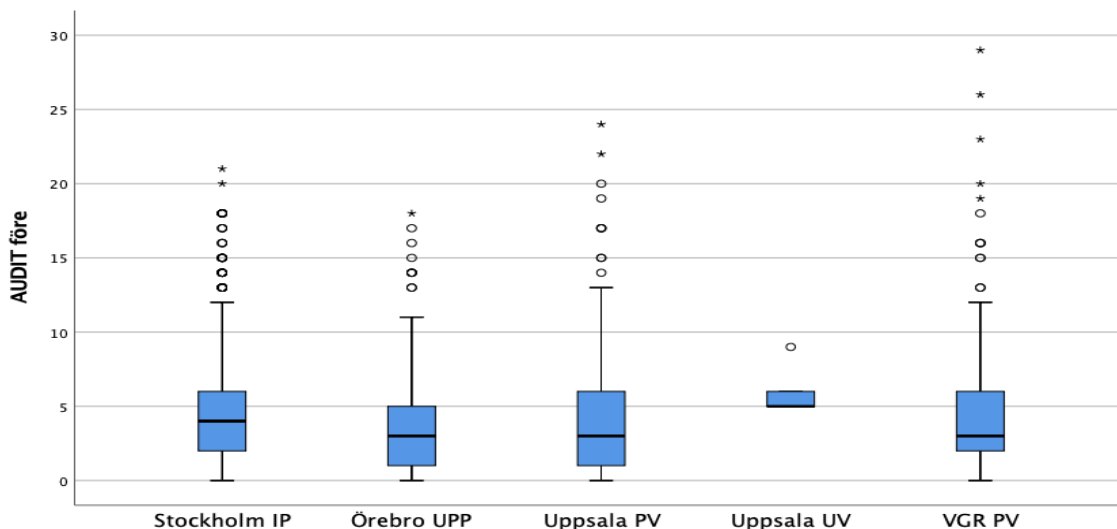
I årsrapporten för 2017 redovisades ingen analys av alkoholkonsumtion men en detaljerad analys av samsjuklighet. För 2018 redovisar vi alkoholmönster men ger en mer översiktlig bild av samsjuklighet. En nyhet för i år är presentation av variationer avseende stöd till internet-behandlingen i form av synkrona kontakter via telefon eller fysiska besök.

ALKOHOLBRUK 2018

En undersökning har visat att problematisk alkohol- eller droganvändning var relativt vanlig bland patienter som sökte internetförmiddad KBT och att detta kunde försämra effekten för patienter med social fobi och paniksyndrom (Gajecki et al, 2014). Om andelen med sådana problem varierar kan det påverka resultaten.

AUDIT

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Bergman & Källmén, 2002) är ett väl etablerat mått för mätning och screening av alkoholkonsumtion 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.



Figur 50. Spridning och medianvärden av AUDIT för vårdområdena, 2018.

Notera: Låddiagrammen i figuren visar att 50 procent av värdena ryms inom lådan med typvärdet i mitten (medianen). "Morrhåren" visar minsta och största värdet, förutom extremvärden (markerade med ringar och asterisker)

Tabell 2. Fördelning av risknivågrupper av alkoholkonsumtion mätt med AUDIT för patienter som påbörjat internetförmiddad KBT i vårdområdena, 2018 (n=1487)

	Stockholm- IP (n=887)	Örebro-UPP (n=195)	Uppsala-PV (n=249)	Uppsala-UV (n=5)	VGR-PV (n=156)	Totalt (n=1492)
Inte risk	83 %	85 %	83 %	80 %	81 %	83 %
Riskbruk	15 %	13 %	14 %	20 %	14 %	14,7 %
Skadligt bruk	2 %	1,5 %	2 %	0	4 %	1,7 %
Beroende	0,1 %	0	0,8 %	0	2 %	0,4 %

Figur 50 och tabell 2 visar att majoriteten av patienterna inte hade problem med alkohol (83 procent). Kring 15 % hade riskbruk, 2 % skadligt bruk och enstaka individer hade indikation på alkoholberoende. Det framkom ingen skillnad mellan vårdområdena. När det gäller Psykiatrimottagningen för Unga vuxna var det ett litet antal individer som hade skattat med AUDIT och stor andel missing (81%; 22/27).

Användningen av AUDIT har störst betydelse i samband med bedömning inför behandling. Patienter kan i första hand behöva hjälp för problem med alkohol eller droger innan de kan ha förutsättningar att dra nytta av psykologisk behandling för specifika tillstånd. Detta förbises allt för ofta, inte minst när det gäller unga (Socialstyrelsen, 2019). Här borde kartläggning av alkohol och droger, spelande och nätsurfing, samt andra potentiella beteendeproblem ingå regelmässigt.

Ett utvecklingsområde är att undersöka hur internetbaserade interventioner för riskbruk och skadligt bruk kan kombineras med behandling för psykisk ohälsa i reguljär vård. Forskning har visat på positiva effekter och det har startats enheter som kan utgöra baser för detta, exempelvis i Stockholm och Göteborg.

SYNKRONT STÖD

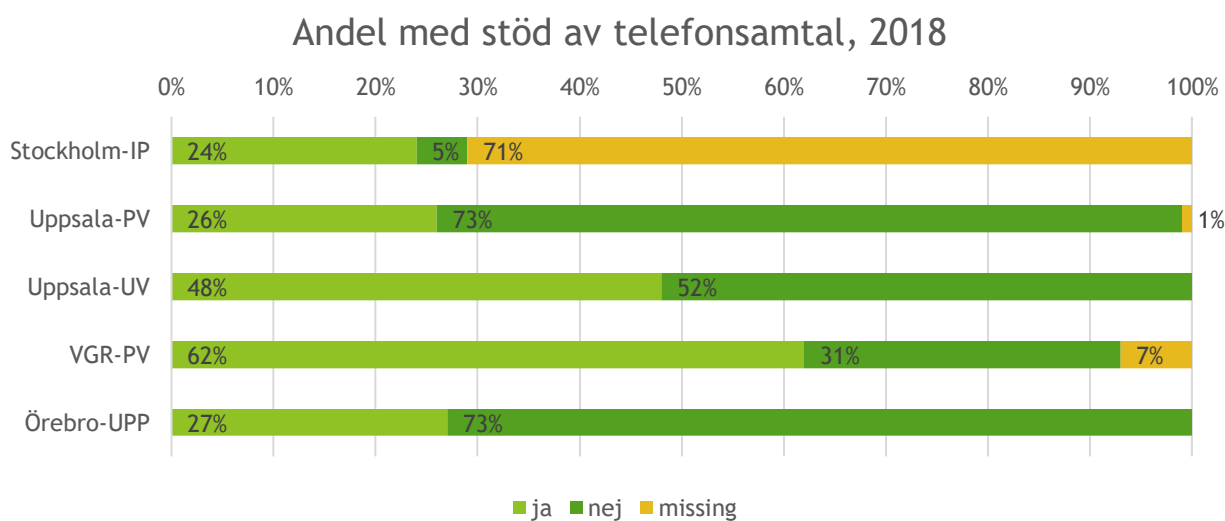
Standarden för vägled internetbehandling är att patienten får tillgång till text, övningar, kanske även videoinslag och ljudfiler och får stöd att bedriva behandlingen från en behandlare i form av skriftlig två-vägs kommunikation via en behandlingsplattform. Kommunikationen är *asynkron*, dvs patienten kan skriva när och var denne vill och behandlaren svarar oftast vid annan tidpunkt. Ibland kan dock uppstå situationer när detta inte upplevs som tillräckligt vilket gör att det finns behov av så kallade *synkrona* kontakter dvs kommunikation i real-tid, via telefon, video eller fysiska besök.

När internetbehandling i sitt planerade upplägg innefattar både en digitaliserad manual med asynkront stöd och synkrona fysiska möten brukar man kalla det för blandad behandling, (engelska "blended"; Kleiboer et al, 2016). Det finns ingen tydlig definition av hur stor andel synkrona möten

som ska ingå (Erbe et al, 2017). Om videobesök läggs till på motsvarande sätt bör det nog anses som blandad behandling. I SibeR registrerades under 2018 i vilken omfattning patienten fått stöd i sin behandling med telefonsamtal och fysiska besök.

TELEFON

För tre vårdområden var det cirka en fjärdedel av patienterna som fått stöd i form av telefonsamtal. Vid mottagningen för unga vuxna i Uppsala var det cirka hälften av patienterna och i VGR primärvård kring 60 procent som fått telefonstöd. Antalet telefonsamtal till samma person varierade mellan 1-10, vanligen var det ett samtal. Vid en centraliserad enhet i VGR primärvård (EBBA) har man rutinen att alltid ringa patienten vid två tillfällen under behandlingen, dvs det är inte behovsstyrt på samma sätt.



Figur 51. Andel behandlingar där patienten fått stöd i internetbehandling med telefonsamtal, 2018

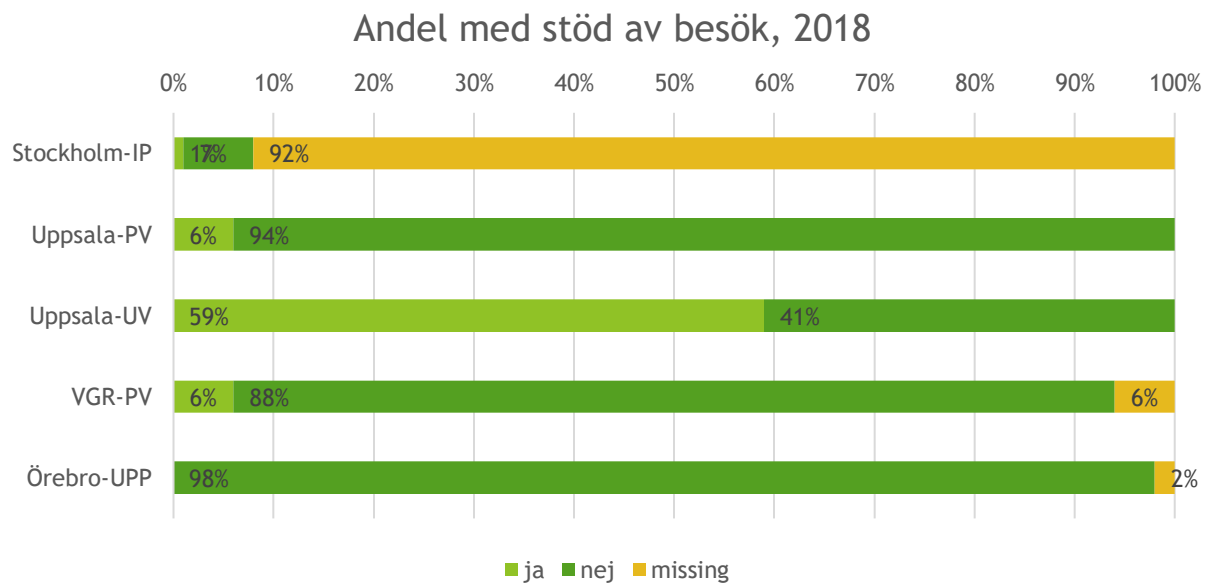
FYSISKA BESÖK

På de flesta vårdområdena var det enstaka individer som fick stöd i internet-behandlingen i form av fysiska besök, vanligen ett besök men ibland fler. Typvärdet för alla vårdområden utom för Unga vuxna var 0 besök. Vid Psykiatri-mottagningen för Unga vuxna i Uppsala hade kring 60 procent också fått fysiskt besök. Typvärdet var ett besök och snittet 1,3 (sd 1,6) besök.

Här framkommer troligen skillnaden mellan att bedriva internetbehandling inom specialiserad psykiatri jämfört med första

linjens vård, där årsrapporten från 2017 visade på hög grad av samsjuklighet med bland annat neuropsykiatriska funktionshinder vid Unga vuxna-mottagningen. Behoven av blandad behandling är sannolikt större inom den specialiserade psykiatrin, och även hos unga.

Patienter har parallellt med internet-behandling förstås även andra behandlingar som inte registreras och som inte styrs via den enhet som bedriver internet-behandlingen.



Figur 52. Andel behandlingar där patienten fått stöd i internetbehandling med fysiska besök, 2018

SAMSJUKLIGHET

Samsjuklighet, d.v.s. förekomst av flera ångestsyndrom, depression eller andra psykiatriska tillstånd hos samma individ är mycket vanligt. Likaså ingår sömnbesvär regelmässigt vid många tillstånd. I befolkningen har ungefär 40 % av personer med ångestsyndrom 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 ett fristående fenomen.

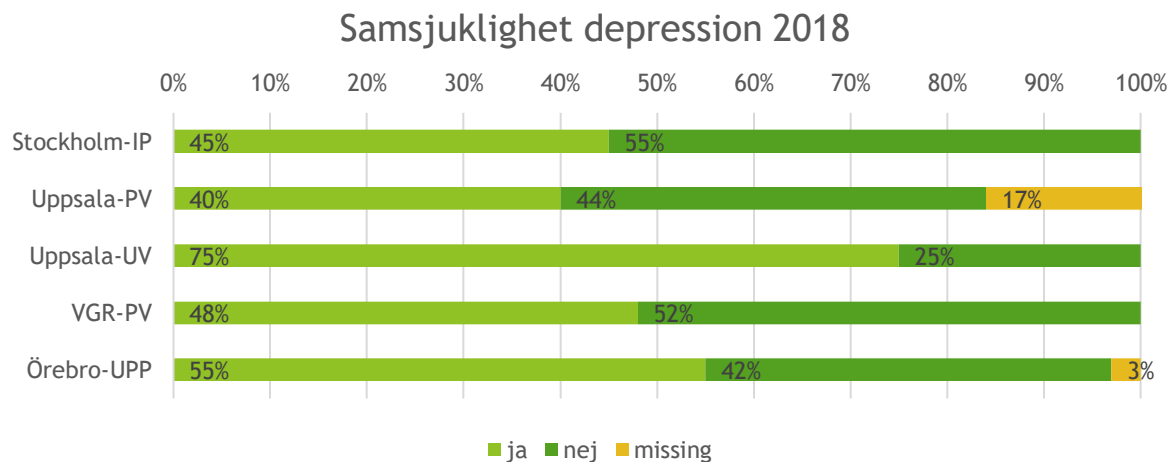
Samsjuklighet kan medföra att tillståndet i fokus är mer svårbehandlat, exempelvis att en depression hos en person med social fobi minskar orken att genomföra exponering. För att karaktärisera grupperna är det därför relevant att undersöka om det föreligger samsjuklighet.

För att få en bild av vilka specifika diagnoser som är vanliga vid samsjuklighet hänvisas till årsrapporten för 2017.

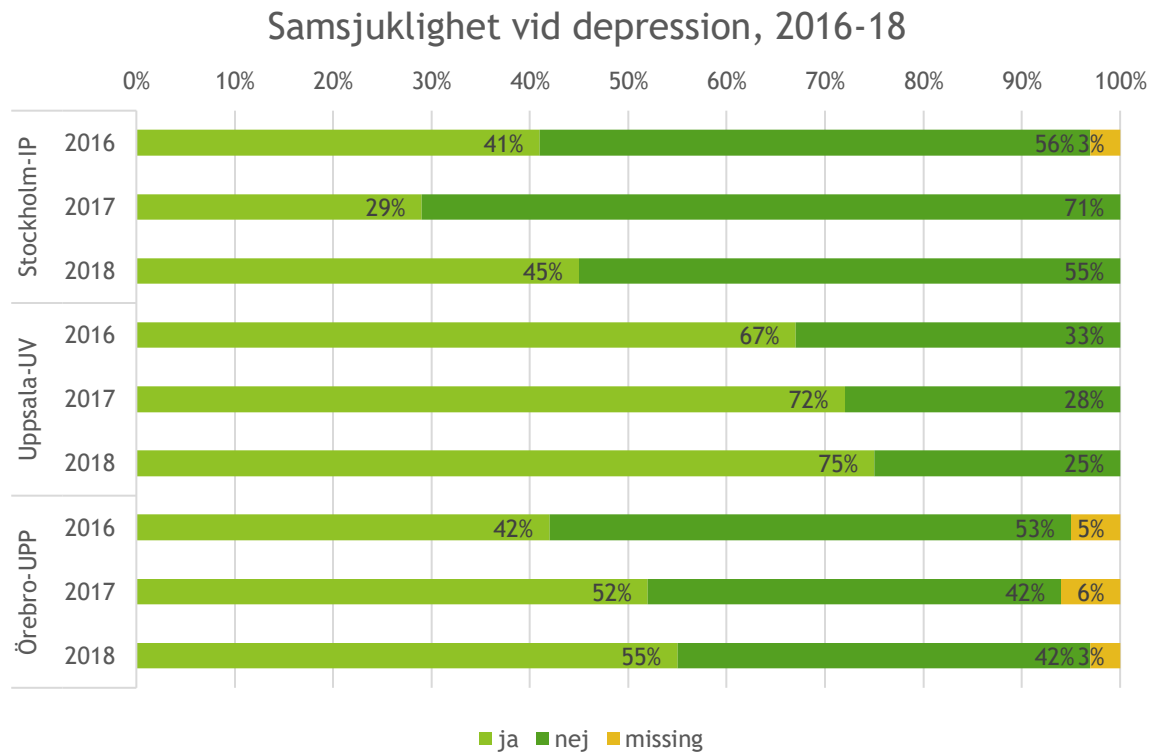
SAMSJUKLIGHET VID DEPRESSION

Andelen patienter med samsjuklig psykiatrisk diagnos under 2018 visas i figur 53 och för åren 2016-2018 för de enheter som var anslutna under denna tid i figur 54.

Vi ser att samsjukligheten var kring 45-55 procent vid alla vårdområdena utom vid unga vuxna-mottagningen där den var 75 procent.



Figur 53. Andel patienter med samsjuklig psykiatrisk diagnos vid internetbehandling för depression, 2018

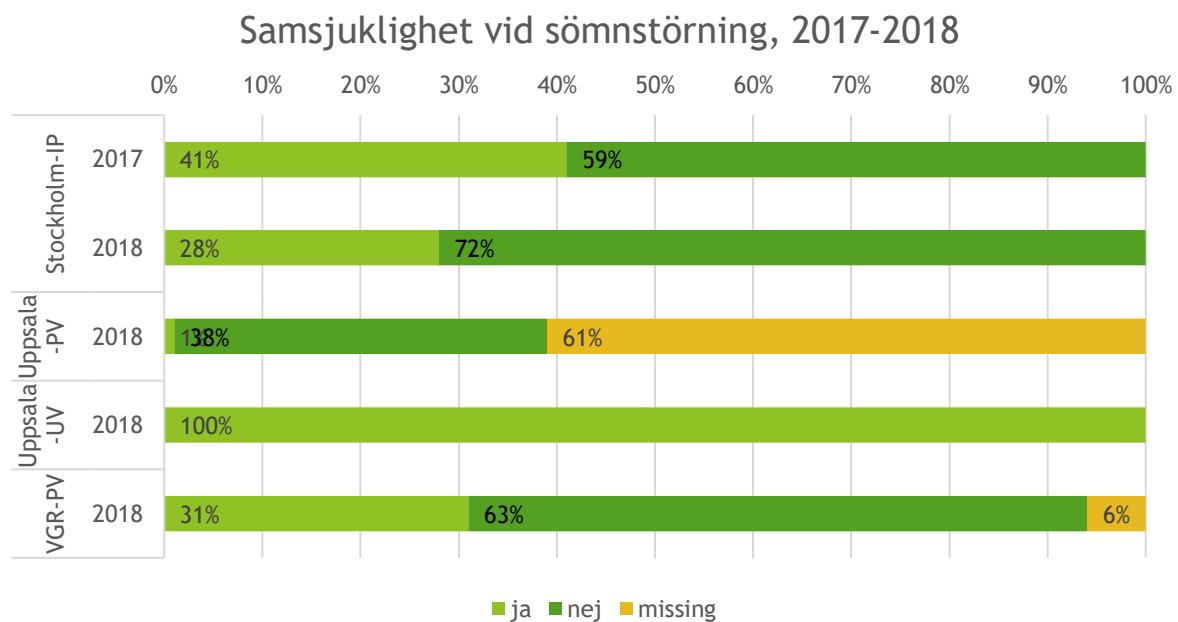


Figur 54. Andel patienter med samsjuklig psykiatrisk diagnos vid internetbehandling för depression, 2016-2018

SAMSJUKLIGHET VID SÖMNSTÖRNING

Under 2018 var samsjukligheten vid sömnstörning i VGR primärvård och i Stockholm- Internetspsykiatri kring 30 procent. I Uppsala primärvård bedömdes

patienter med sömnstörning enbart på skattningsresultat och journalhandlingar vilket gjorde det svårare att diagnostisera samsjuklighet. På Uppsala unga vuxna-mottagning hade alla patienter samsjuklighet med annan psykiatrisk diagnos.

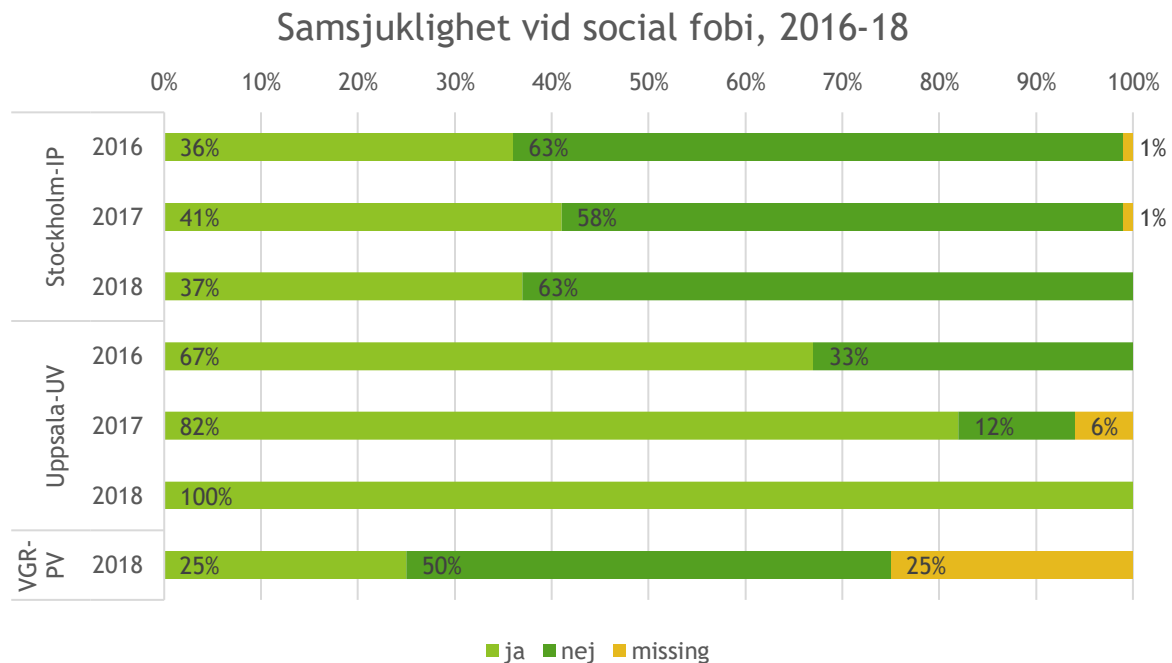


Figur 55. Andel patienter med samsjuklig psykiatrisk diagnos vid internetbehandling för sömnstörning, 2017-2018

SAMSJUKLIGHET VID SOCIAL FOBI

Under 2018 var samsjukligheten vid social fobi cirka 40 procent i Stockholm-Internetspsykiatri, 25 procent i VGR primärvård men det handlade enbart om fyra patienter varav det inte fanns uppgifter för en.

På Uppsala unga vuxna-mottagning hade alla patienter samsjuklighet med annan psykiatrisk diagnos.

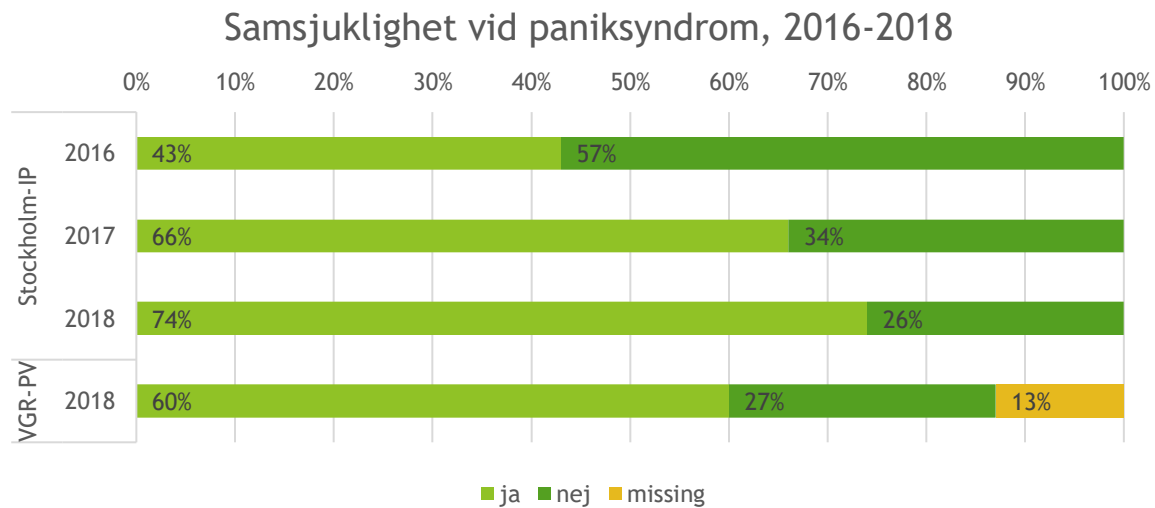


Figur 56. Andel patienter med samsjuklig psykiatrisk diagnos vid internetbehandling för social fobi, 2016-2018

SAMSJUKLIGHET VID PANIKSYNDROM

Under 2018 var samsjukligheten vid paniksyndrom kring 75 procent i Stockholm-Internetspsykiatrin och 60 procent i VGR primärvård.

Att samsjukligheten är så pass hög beror till en del på att agorafobi registreras som samsjuklig diagnos vid paniksyndrom i SibeR.

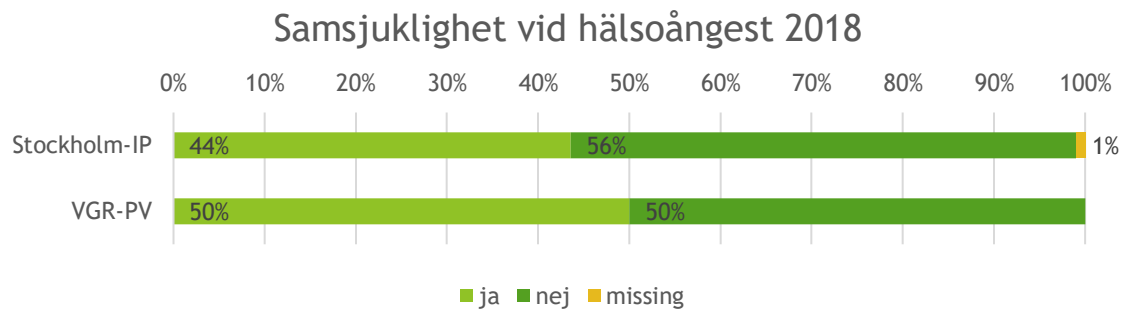


Figur 57. Andel patienter med samsjuklig psykiatrisk diagnos vid internetbehandling för paniksyndrom, 2016-2018

SAMSJUKLIGHET VID HÄLSOÅNGEST

Under 2018 var samsjuklighet vid hälsoångest 44 procent i Stockholm-Internetpsykiatri.

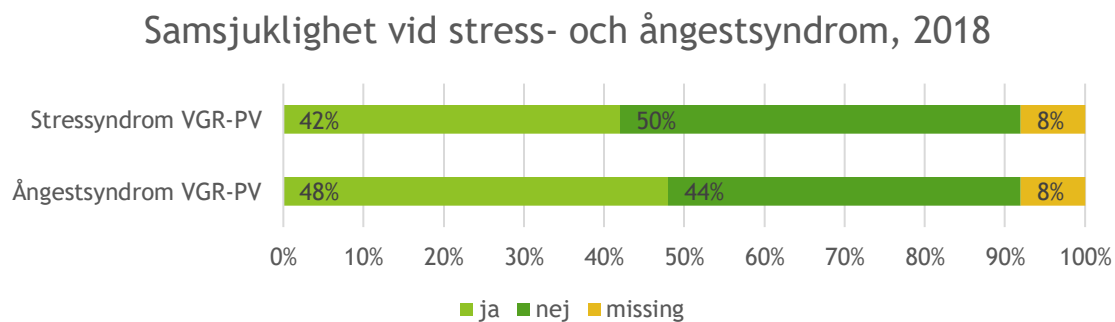
För VGR handlade det enbart om två patienter varav den ena hade samsjuklig diagnos.



Figur 58. Andel patienter med samsjuklig psykiatrisk diagnos vid internetbehandling för hälsoångest, 2018

SAMSJUKLIGHET VID STRESS- OCH ÅNGESTSYNDROM

Under 2018 var samsjuklighet vid stressyndrom 42 procent och vid ångestsyndrom 48 procent i VGR primärvård.



Figur 59. Andel patienter med samsjuklig psykiatrisk diagnos vid internetbehandling för stress- och ångestsyndrom, 20

UPPSALA PRIMÄRVÅRD I SIBER- EN REFLEKTION



Amanda Simonsson

Projektledare
Regionkontoret Uppsala,
Enheten för E-hälsa
Leg psykolog, Årsta vårdcentral

Det höga söktrycket för psykisk ohälsa ställer krav på förnyade arbetssätt inom första linjens vård. En vanlig lösning idag är att ge mindre omfattande behandlingar, kortare och färre besök. Ett stort hopp sätts till digitaliseringen för att kunna möta de framtida vårdbehoven. Men hur kan vi försäkra oss om att våra lösningar för att ge mer till fler, med begränsade resurser, inte leder till försämrad kvalitet?

PROJEKT I PRIMÄRVÅRDEN

Vid införandet av internetbaserad behandling, KBT via nätet som vi kommit att kalla det, för psykisk ohälsa inom primärvården i Region Uppsala ser vi

kvalitetsuppföljning som en grundpelare. Införandet sker genom ett projekt som startade 2017 med syfte att öka tillgången till kvalitetssäkrad behandling. Projektet bedrivs från central nivå, på Enheten för e-hälsa, Regionkontoret.

Första halvåret 2018 genomfördes en pilot med behandling för depression och sömnsvårigheter. Syftet med piloten var att undersöka förutsättningarna för införandet av KBT via nätet i ordinarie vårdutbud. Förberedelser har skett i samarbete med personal från de fyra vårdcentraler där det kliniska arbetet utfördes. Vårdprocesser, manualer och lathundar till psykologer samt till administrativ personal togs fram. Behandlingsprogrammen är de samma som används inom psykiatri i Uppsala.

Redan i förberedelserna inför piloten inledde vi ett samarbete med SibeR för att kunna bättre utvärdera införandet. Rutiner för strukturerad dokumentation togs fram och att personalen utbildades i hur de skulle journalföra. Journalmallar för KBT via nätet skapades i samarbete med SibeR för att underlätta dokumentationen men också för att underlätta registreringarna i kvalitetsregistret.

RESULTATEN

Så till pilotresultaten. Patienter rekryterades oberoende av listning och de som gjorde egenanmälningar var listade på 42 olika vårdcentraler. Efterfrågan på KBT via nätet var stor vilket märktes genom att egenanmälan under en period fick stängas och av att väntetiderna blev längre än önskat. Patienterna rekryterades främst genom information riktad till allmänheten via internet, bland annat genom en facebook-annons som fick stort genomslag.

Både patienter och personal var nöjda med behandlingen.

De analyser som SibeR bidragit med visade att behandlingarna gav effekt. Liksom här i årsrapporten kunde vi se att patienterna sover bättre efter behandlingen för sömnsvårigheter och blir mindre deprimerade efter behandlingen för depression. Denna typ av utvärdering gav också möjlighet att göra en hälsoekonomisk analys efter piloten som indikerade att båda behandlingarna var kostnadseffektiva. Att erbjuda behandlingen i större skala skulle kunna på sikt kunna leda till besparingar på samhällsnivå.

HUR ORGANISERA?

Då piloten var lyckad beslutades det att KBT via nätet för depression och sömnsvårigheter fortsatt erbjuds inom primärvården. Arbetet sker dock fortfarande i projektform. En av de största frågorna gällande framtiden för KBT via nätet rör hur organisationsmodellen ska se ut efter projektets avslut.

Utvecklingsområden är att utöka antalet behandlingsprogram och att se över hur vi kan öka behandlarkapaciteten. Steg för steg närmar vi oss att KBT via nätet ska finnas i ordinarie vårdutbud för fler patienter än idag. För att möta behovet hos befolkningen bör vi erbjuda behandling i betydligt större omfattning än idag. Att bredda verksamheten ställer nya krav på kvalitetsuppföljning.

REFLEKTION

Under projektets gång har vi lärt oss att det krävs en stor arbetsinsats för att få god kvalitet på utdata. Ett framtida mål som vi tillsammans med SibeR närmar oss är att uppgifterna från journalsystemet, Cosmic,

ska överföras automatiskt till SibeR. För detta krävs inte bara att de tekniska förutsättningarna ska vara på plats utan också att vi gör förbättringar i dokumentationsrutinerna. Journalmallarna kan filas på och ett stort arbete handlar om att alla behandlare och administratörer skolas in i att dokumentera på ett likartat sätt. Att skapa nya vanor och rutiner ute i verksamheten kräver både inledande utbildning och fortlöpande avstämning och stöd i hur personalen ska göra.

En slutsats vi dragit är att kvalitetsuppföljning och utvecklingsarbete bör samordnas centralt, detta kan inte förväntas av de enskilda vårdcentralerna. SibeRs utveckling med ökade möjligheter till löpande utdata öppnar upp för att fortlöpande kunna använda statistiken i vår verksamhetsutveckling. Med detta ser vi fram emot att under 2019/2020 vidare utreda och landa i hur arbetet med KBT via nätet ska organiseras för ökad tillgänglighet på ett kvalitetssäkrat sätt.

INFÖRANDE AV IKBT- EN DEL AV OMSTÄLLNINGEN AV VÅRDEN I VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN



Elna Persson
Regionutvecklare,
Kunskapsstöd psykisk hälsa



Evelina Stranne
Biträdande projektledare
Ungas psykiska hälsa

FÖRSTA LINJEN I PRIMÄRVÅRDEN

I Västra Götalandsregionen (VGR) införs internetförmedlad KBT (IKBT) i första hand i primärvården, på såväl offentligt som privat drivna vårdcentraler. De flesta vuxna personer med lätt till måttlig psykisk ohälsa, för vilka internetbaserad psykologisk behandling är lämplig, återfinns i primärvården. Målsättningen är att öka tillgängligheten till psykologisk behandling i regionen, en behandling som är högt rekommenderad för ångest och depressionssjukdomar.

I VGR sker det en satsning på förstärkt första linjen för vård vid psykisk ohälsa hos unga i primärvården. Inom ramen för detta projekt påbörjades under 2018 införande av internetbehandling för ångest, Ångesthjälpen Ung, för unga i åldern 13 till 18, på fem pilotmottagningar inom primärvården. Parallellt med införandet inom primärvården påbörjades även införandet på två BUP-mottagningar i regionen.

Regionen har för närvarande avtal med två leverantörer, Livanda och Psykologpartners. För vuxna finns fem program från Livanda: Internethjälpen vid nedstämdhet och depression, Internethjälpen vid ångest, Internethjälpen vid oro, Internethjälpen - skapa bättre sömn, Internethjälpen för stresshantering. För barn och unga finns Ångesthjälpen Ung från Psykologpartners.

500 internetbehandlingar startades i VGR under 2018 vilket är en utveckling från ett 10-tal uppstartade program/månad under 2017 till omkring ett 100-tal /månad i slutet av 2018. Alla fem programmen används. Ångesthjälpen ung har startats upp för 72 ungdomar under 2018.

INTENSIVT PROJEKTÅR

Under 2018 har arbetet med att införa internetbaserad psykologisk behandling i vården i Västra Götalandsregionen varit intensivt. Den nationella e-tjänsten Stöd och behandling introducerades i VGR redan 2016. Införandet av internetbaserat stöd och behandling har dock tagit fart först nu när det skett i form av ett projekt inom ramen för omställningen av vården i VGR, där ökad användning av digitala vårdtjänster är ett av fem prioriterade områden. Ett av huvudsyftena, med det under 2018 aktuella projektet, har varit att skapa förutsättningar för fortsatt breddinförande av internetbaserad kognitiv beteendeterapi (IKBT) och att internetbaserat stöd och behandling ska betraktas som en del av det ordinarie vårdutbudet och vara välkänt i organisationen.

Mycket krut har lagts på bakgrundsarbete med att ta fram tydliga riktlinjer för förvaltning av plattformen SoB och dess innehåll, riktlinjer för ersättningsmodeller för internetbaserat stöd och behandling och riktlinje för att bedriva internetförmedlad psykologisk behandling. Extra resurser har funnits för implementeringen och det som behövs i form av utbildning, handledning och support. Lika viktigt har arbete varit med att skapa förutsättningar för en strukturerad implementering där arbete med vårdprocesser, struktur och rutiner och manualer för bedömning och registrering varit i fokus. Information, förankring och kommunikation har också varit viktiga delar för att få fart på och stödja i införandet.

SAMARBETET MED SIBER

Vi såg det som viktigt att från början arbeta med kvalitet och uppföljning vid införandet av SoB och internetbaserad behandling. Svenska internetbehandlingsregistret, SibeR, blev en del av de rekommenderade kvalitetsregistren för verksamheterna i VGR redan 2018. Verksamheterna uttryckte oro för ökad administrativ belastning i och med anslutning till SibeR. Snart byttes oron mot initiativ från den offentliga primärvården till ett pågående utvecklingsarbete för automatöverföring till SibeR via MedRave som de flesta vårdcentraler är anslutna till. Vår förhoppning är att detta på sikt kan underlätta registrering och öka täckningsgraden i SibeR.

VGR har haft ett nära samarbete med SibeR under året vilket har bidragit till en ökad struktur i implementeringen av internetförmedlad behandling för både vuxna och för ungdomar. För att kunna registrera i SibeR krävs det att alla använder sig av de angivna bedömnings- och skattningsmomenten vilket ger möjlighet till uppföljning och kvalitets-säkring via enhetlig registrering.

Arbetet har resulterat i framtagande av bland annat bedömningsguide, skattningsmoment, synkronisering av skattningsmoment och behandlingsprogram samt guider för uppstart avseende vårdprocess och tekniska förutsättningar. Cecilia Svanborg och Pontus Bjurner, registerhållare och biträdande registerhållare för SibeR, har på bred front deltagit i arbetet i VGR, med allt från viktiga förankringsmöten, informationsmöten, förmedlat erfarenheter från andra regioner och drivit på i kvalitets- och implementeringsarbete.

VIDARE UTVECKLING

De satsningar som gjorts under 2018 har gett goda resultat hittills och vi kan nu en bit in på 2019 se en fortsatt positiv trend avseende utbudet av internetförmedlad psykologisk behandling. Vi ser också att det behövs ett fortsatt arbete när det gäller bedömning och differentialdiagnostik inför rekommendation om behandlingsprogram.

Det som behövs framåt är ett fortsatt stöd för verksamheterna att etablera internetbehandling i ordinarie vårdutbud, kvalitetssäkra registreringar samt följa upp data och behandlingsresultat på såväl enhets- som regional nivå i Västra Götaland.

SIBER 2019



Cecilia Svanborg
Registerhållare SibeR

SibeR lanserades 2015 samtidigt med Stöd och Behandlingsplattformen, grunden för den nationella implementeringen av internetförmedlad behandling. Registret hade inte kunnat överleva och utvecklas så fint under 2018 utan samarbetsprojekten med Region Uppsala och Västra Götalandsregionen (VGR). Under 2019 har detta samarbete fortsatt. Tack!

Maj 2019 kunde SibeR lansera online statistik på hemsidan - en viktig milstolpe. För att på riktigt kunna dra nytta av sådan realtidsåterkoppling krävs förstås att data förs in i registret fortlöpande, vilket kan vara svårt att uppnå med manuell registrering. Intresset för att skapa direktöverföring ökade och därmed förståelsen för behov av strukturerad journalföring, gemensamma termer och mätmetoder.

SibeR driver nu ett projekt tillsammans med Närhälsan i VGR vilket under hösten 2019 ska resultera i direktöverföring från journal via MedRave till SibeR. Vi tror att detta kan bli en intressant lösning för fler

regioner. Vi ser hur bygget av vårdprocesser för internet-behandling och den återkoppling man får från registret bidrar till att utveckla organisationen för behandling av psykisk ohälsa inom första linjen.

Tillsammans med Region Uppsala och Nationellt projekt för datainsamling pågår förberedelser för direktöverföring via nationella tjänstekontrakt, en annan variant av direktöverföring.

Region Dalarna och Östergötland som bägge har omfattande behandling via nätet kommer ansluta under hösten 2019. Några andra gör förberedelser.

Förutom spridningen i primärvården och arbete med direktöverföringar så har arbetet kring Internetbehandling för unga vidareutvecklats. Ett stöd för insamling av skattningar inför bedömning och för att följa besvärutveckling har skapats, "Måendekollen Ung". Momentet har byggts i samarbete med SoB-designer i Västra Götaland, men med flera andra regioner inbjudna och som deltagit med hjälpsamma förslag. Arbetet med att utveckla bra vårdprocesser och chans till tidiga interventioner för unga är en mycket angelägen uppgift!

Men digitaliserat stöd till patienter inom den specialiserade psykiatrin behöver också utvecklas. Årsrapporten 2018 visar att Psykiatriska mottagningen för unga vuxna har en annan typ av patienter och att vårdprocesserna här ofta innebär att blanda med annat stöd. Fler psykiatriska verksamheter bör ta chansen att pröva dessa möjligheter och få lära av varandras erfarenheter på det sätt som vi nu ser hända för primärvårdens internetbehandlare.

REFERENSER

- Alberts NM, Hadjistravropoulos HD, Jones SL, Sharpe D. The short health anxiety inventory: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders* 2013;27(1):68-78.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author, 2013.
- Andersson G, Rozenthal A, Shafraan 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, Ústûn TB. Normative Data for the 12 item WHO Disability Assessment Schedule 2.0. *PLoS ONE* 2009;(4)12:e8343.
- Axelsson E, Andersson E, Ljótsson B, Wallhed Finn D, Hedman E. The health preoccupation diagnostic interview: inter-rater reliability of a structured interview for diagnostic assessment of DSM-5 somatic symptom disorder and illness anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy* 2016;45:4:259-269.
- 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.
- Beard C, Björgvinsson T. Beyond generalized anxiety disorder: Psychometric properties of the GAD-7 in a heterogenous sample. *Journal of Affective Disorders* 2014;28:547-552.
- 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.
- Chorpita, BF, Yim L, Mofitt C, Umemoto LA, Francis SE . Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety disorder and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. *Behaviour Research and Therapy* 2000; 38:835-855.
- Chorpita, BF, Mofitt CE, Gray J. Psychometric properties of the revised child anxiety and depression scale in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy* 2005;43:309-322
- 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. *he 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).
- Cohen S, Karmack T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour* 1983;24:385-396.
- Connor KM, Davidson JRT, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Wexler RH. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry* 2000;176:379-386.
- Ebesutani C, Reise SP, Chorpita BF, Ale C, Regan J, Young J, Higa-McMillan C, Weisz JR. The Revised Child Anxiety and Depression Scale-Short Version: scale reduction via exploratory bifactor modeling of the broad anxiety factor. *Psychological Assessment* 2012, 24(4), 833-45.
- Erbe D, Eichert H-C, Riper H, Ebert DD. Belinding Face-to-Face and Interent-Based Interventions for the Treatment of Mental Disorders in Adults: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research* 2017;19(9):e306

- 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.
- Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langer R, Kichic R, Hajcak G. The Obsessive-Compulsive Inventory. Development and Validation of a Short Version. *Psychological Assessment* 2002;14:485-496.
- Försäkringskassan. Psykisk ohälsa. Sjukskrivning för reaktioner på svår stress ökar mest. Rapport från Avdelningen för analys och prognos. Korta analyser 2016:2. ISBN: 978-91-7500-394-8.
- Gajdecki M, Berman AH, Sinadinovic K, Andersson C, Ljótsson B, Hedman E, Rück C, Lindefors N. Effects of baseline problematic alcohol and drug use on internet-based cognitive behavioural therapy outcomes for depression, panic disorder and social anxiety disorder. *PLoS ONE* 2014;9(8):e104615. doi:10.1371/journal.pone.0104615
- 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.
- Heber E, Ebert DD, Lehr D, Cuijpers P, Berking M, Nobis S, Riper H. The benefit of web- and computer-based interventions for stress: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research* 2017;19(2):e32
- Hedman E, El Alaoui S, Lindefors N, Andersson E, Rück C, Ghaderi A, Kaldö V, Lekander M, Andersson G, Ljótsson 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.
- Hedman et al. Internet-delivered exposure-based cognitive-behavioural therapy for severe health anxiety and behavioural stress management for severe health anxiety: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 2014;209:5:407-413.
- 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
- Kessler RC, m fl. Lifetime Prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005;62:593-602.
- Kleiboer A, Smit J, Bosmans J, Ruwaard J, Andersson G, Topococo N, Berger T, Krieger T, Botella C, Banos R, Chevreaul K, Araya R, Cerga-Pashoja A, Cieslak R, Rogala A, Vis C, Draisma S, van Schaik A, Kemmeren L, Ebert D, Bering M, Funk B, Cuijpers P, Riper H. European COMPARative Effectiveness research on blended Depression treatment versus treatment-as-usual (E-COMPARED): study protocol for a randomized controlled, non-inferiority trial in eight European countries. *Trial* 2016;17:387.
- 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.
- Lindsäter E, Axelsson E, Salomonsson S, Santoft F, Ejemy K, Ljótsson B, Åkerstedt T, Lekander M, Hedman-Lagerlöf E. Internet-based cognitive behavioral therapy for chronic stress: a randomized controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2018;87:296-305.
- Nordin M & Nordin S. Psychometric evaluation and normative data of the Swedish version of the 10-item perceived stress scale. *Scandinavian Journal of Psychology* 2013;54:502-507.
- Olantunji BO et al. Cognitive-behavioural therapy for hypochondriasis/health anxiety: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2014;42(2):497-501.
- Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HMC, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health

anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine* 2002;32(5):843-853.

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

Schalet BJ, Cook KF, Choi SW, Cella D. Establishing a common metric for self-reported anxiety: Linking the MASQ, PANAS and GAD-7 to PROMIS Anxiety. *Journal of Anxiety Disorders* 2014;28:88-96.

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.

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

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer - Utvärdering 2019. Vård vid depression och ångestsyndrom- Underlagsrapport. Socialstyrelsen 2019. Artikelnummer 2019-5-13

Solem S, Hjemdal O, Vogel PA, Stiles TC: A Norwegian version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised: Psychometric properties. *Scandinavian Journal of Psychology* 2010;51:509-516.

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.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Archives of General Medicine* 2006;166:1092-97.

Sunderland M et al. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British Journal of Psychiatry* 2013;202(1):56-61.

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



Pontus Bjurner
Biträdande registerhållare,
Kooordinator 2018

Mail
pontus.bjurner@sll.se



Camilla Lansvén
Utvecklingsledare RC VGR

Mail camilla.lansven@registercentrum.se