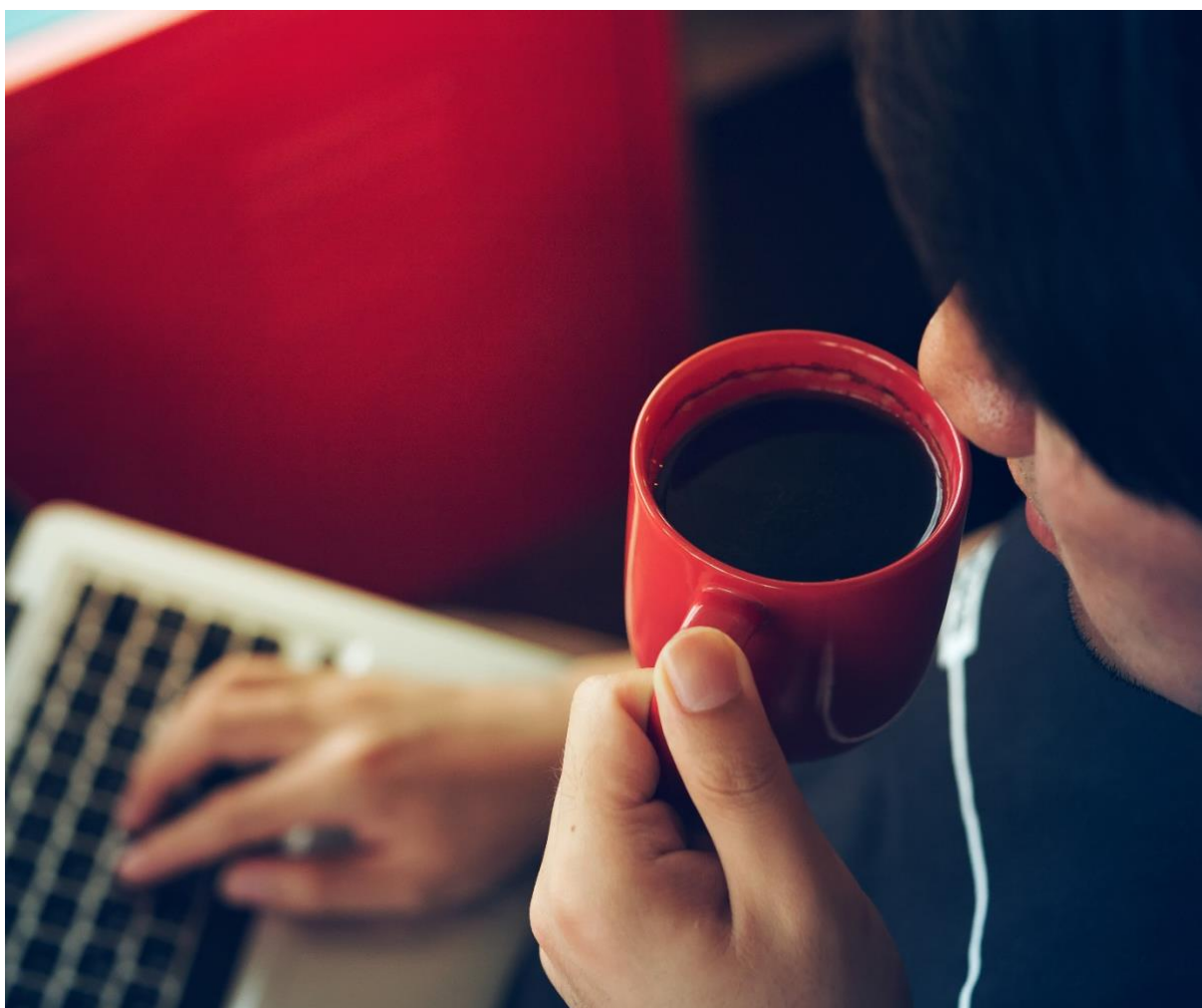


Årsrapport 2019

Nationellt kvalitetsregister för internetbehandling



Registerhållare och ansvarig utgivare

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

**Biträdande registerhållare och
koordinator**

Pontus Bjurner
Pontus.bjurner@sll.se

Styrgrupp SibeR

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

Författare av årsrapport

Cecilia Svanborg
Pontus Bjurner
Elisabet Gervind
Matti Dahl
Julia Persson & Fredrik Holländare

Statistik

Ludwig Andersson & Peter Wessman,
Registercentrum Västra Götaland
Cecilia Svanborg

Projektledare

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

Huvudman och CPUA

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)
Box 17914
118 95 Stockholm

För mer information om kvalitetsregistret SibeR, se registrets hemsida

siber.registercentrum.se

Foto: iStock

Innehållsförteckning

Nationellt kvalitetsregister för internetbehandling	1
Om SibeR, med fokus på år 2019	5
Vad är internetbehandling?	5
Syfte och avgränsning	5
Mål med SibeR	5
Indikatorer i SibeR	5
Omfattning av internetbehandling, i Riket och i SibeR	6
Utvecklingen av SibeR	6
Registrerade behandlingar 2019	9
Årsrapportens uppbyggnad	9
Sammanfattning av resultat 2019	10
Viktiga händelser under 2019	13
Utveckling av online utdata	13
SibeR som samverkansyta för IKBT	14
Direktöverföring i VGR primärvård	14
IKBT för OCD-spektrum inom psykiatri	15
Kvalitetsutveckling i Örebro	16
Certifiering och framtid	17
Patienterna i SibeR	18
Kön och ålder	18
Alkoholbruk	18
Tillgänglighet och precision i diagnostik	19
Ledtider	19
Strukturerad diagnostik	21
Stöd i behandlingen	22
Ren eller blandad internetbehandling	22
Behandlares yrke	23
Diagnosgrupp Depression	24
Behandlingsresultat	24
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	24
Jämförelse klinisk förändring och behandlarens bedömning	25
Fullföljandegrad	26
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	27
Diagnosgrupp Sömnstörningar	28
Behandlingsresultat	28
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	29
Jämförelse klinisk förändring och behandlarens bedömning	30
Fullföljandegrad	30
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	31
Diagnosgrupp Stressyndrom	32
Behandlingsresultat	32
Behandlingar, program och sammansättning av patientgruppen	33
Jämförelse klinisk förändring och behandlarens bedömning	34
Fullföljandegrad	34
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	35
Diagnosgrupp Ängest- och orosyndrom	35
Dysmorfofobi	35
Behandlingsresultat	35
Behandlingar, program och sammansättning av patientgruppen	36
Jämförelse klinisk förändring och behandlarens bedömning	36
Fullföljandegrad	37

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet.....	37
Tvångssyndrom.....	37
Behandlingsresultat.....	37
Behandlingar, program och sammansättning av patientgruppen.....	38
Jämförelse klinisk förändring och behandlarens bedömning.....	38
Fullföljandegrad.....	39
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet.....	40
Hälsöångest.....	40
Behandlingsresultat.....	40
Behandlingar, program och sammansättning av patientgruppen.....	41
Jämförelse klinisk förändring och behandlarens bedömning.....	41
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet.....	42
Paniksyndrom.....	42
Behandlingsresultat.....	42
Behandlingar, program och sammansättning av patientgruppen.....	43
Jämförelse klinisk förändring och behandlarens bedömning.....	44
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet.....	45
Social fobi.....	45
Behandlingsresultat.....	45
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper.....	46
Jämförelse klinisk förändring och behandlarens bedömning.....	47
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet.....	48
Generaliserat och ospecifikt ångestsyndrom.....	49
Behandlingsresultat.....	49
Behandlingar, program och sammansättning av patientgruppen.....	49
Jämförelse klinisk förändring och behandlarens bedömning.....	50
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet.....	51
Ångestsyndrom hos unga.....	52
IKBT för unga.....	52
Behandlingsresultat.....	52
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper.....	53
Jämförelse klinisk förändring och behandlarens bedömning.....	53
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet.....	54
Referenser.....	55
Appendix.....	57
Allmänt.....	57
Depression.....	60
Sömnstörning.....	62
Stressyndrom.....	65
Dysmorfofobi.....	65
Tvångssyndrom.....	66
Hälsöångest.....	68
Paniksyndrom.....	69
Social fobi.....	70
Generaliserat och ospecifikt ångestsyndrom.....	72
Ångestsyndrom unga.....	73
Alla diagnosgrupper.....	75

Om SibeR, med fokus på år 2019

Vad är internetbehandling?

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

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

Syfte och avgränsning

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

Mål med SibeR

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

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

Indikatorer i SibeR

SibeR har två centrala indikatorer på kvalitet för internetförmedlad behandling- **klinisk förbättring** och **tillgänglighet**. De presenteras på första websidan online publikt med ackumulerade data sedan starten 2015. Det viktigaste för patienter och behandlare är hur det går i behandlingen. Man kan ställa sig frågor som: Var det rätt insats? Kommer patienten behöva ytterligare behandling? Varför gick det inte lika bra på vår enhet med samma program?

Patienter bör inte bara få komma snabbt till bedömning av vårdbehov utan också till behandling. Ofta finns det väntetider till behandling, men internetbehandling brukar öka tillgänglighet. Både faktorer i vårdprocessen och från patientens håll påverkar hur snabbt man kan börja behandling.

De två andra indikatorerna handlar om **precision vid bedömning** och **fullföljande av behandlingsprogrammet**. För att patienten ska få ta del av ett passande program är det viktigt med en noggrann bedömning. Andelen som fått strukturerad diagnostik mäter precision vid bedömningen och fullföljande av programmet belyser behandlingseffekter och vårdprocesser.

De fyra indikatorerna visas i online utdata. Årsrapporten kompletterar och fördjupar analyser av det som redovisas online för regioner och vårdgrenar. Enskilda enheter kan använda sammanställningar i sina Resultatöversikter online för att få ocensurerad statistik i inloggat läge.

Omfattning av internetbehandling, i Riket och i SibeR

Under 2019 bedrevs majoriteten av internetbehandlingar i reguljär vård i Sverige på den nationella plattformen Stöd och Behandling (SoB). Inera AB, som ägs av Sveriges Kommuner och Regioner, förvaltar SoB som en av sina digitala invånartjänster. De flesta regioner upphandlade 2019 behandlingsprogram från företag, men några hade egenutvecklade program. På Ineras websida presenteras statistik över vilka program som startat över tid i respektive region i SoB (Inera, https://www.inera.se/tjanster/stod_behandling/). Internetbehandling i form av blandade behandlingar med video och webbaserade program bedrevs även av nätbolagen med offentlig finansiering men omfattningen av detta är okänd.

Under 2019 bedrev 20 av 21 regioner internetbehandling inom de diagnosgrupper som SibeR omfattade. Elva regioner hade börjat med internetbehandling av unga med ångestsyndrom. En region bedrev internetbehandling i egen plattform även för hälsoångest, tvångssyndrom och dysmorfofobi (upplevd fulhet). Sammanlagt uppskattas att det startade 10 500 internetbehandlingar totalt i Sverige under 2019 (2018: cirka 7 800, 2017: cirka 4 400, 2016: cirka 2 100, 2015: cirka 900).

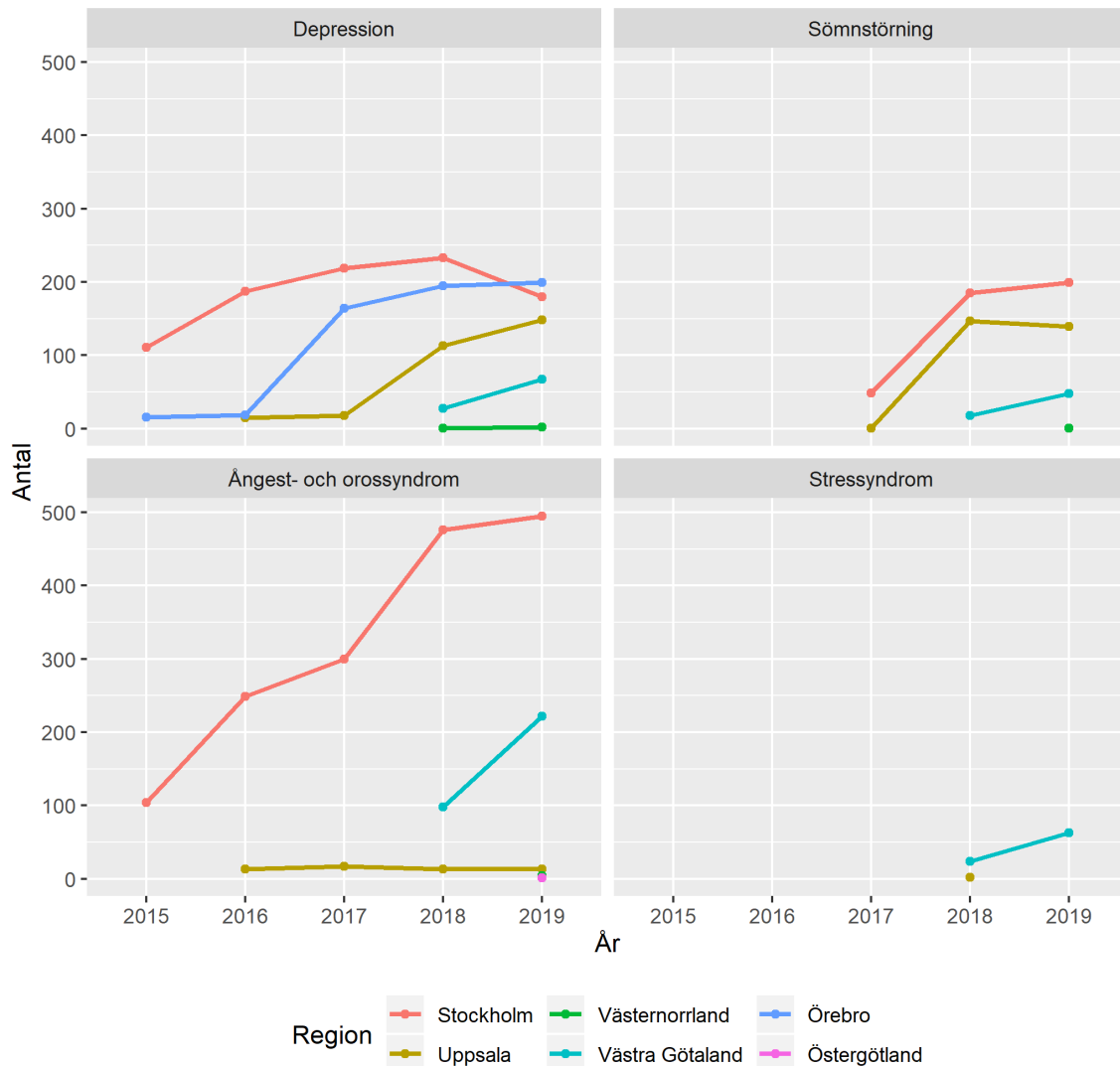
Anslutningsgraden beräknas inte som andel anslutna enheter då antal aktiva enheter förändras ständigt och är svåra att överblicka. Den baseras istället på registrerade behandlingar av uppskattat startade behandlingar per år nationellt vilken blev **17 procent** under 2019 (2018: cirka 20 %, 2017: cirka 18 %, 2016: cirka 22 %, 2015: cirka 35 %). Under 2019 varierade antalet startade behandlingar i regionerna från cirka 1500 i Östergötland, Västra Götaland och Stockholm, till under 100 i Halland, Gotland, Kronoberg, Västernorrland och Västerbotten.

Under 2019 var fem regioner anslutna till SibeR: Stockholm, Uppsala, Västernorrland, Västra Götaland och Örebro. Den sjätte regionen som anslöt, Östergötland, hann registrera en behandling mot slutet av året och räknas inte med i täckningsgraden. Täckningsgraden (antal registrerade patienter i SibeR i relation till startade behandlingar inom indikationsområdena) var **56 procent** för anslutna enheter totalt, (2018: 76 %, 2017: 88 %), med variation mellan enheter från 98 % till 9 %. För anslutna regioner var den **49 procent**, se tabell A1 i Appendix.

Utvecklingen av SibeR

SibeR lanserades juni 2015 och hade då indikationsgrupperna depression, paniksyndrom och social fobi. Under 2017 infördes indikationsgruppen sömnstörningar (insomni och ospecifikt nedsatt sömn) och 2018 indikationsgrupperna generaliserat och ospecifikt ångestsyndrom, stressyndrom (anpassningsstörningar, stressreaktioner, utmattningssyndrom), hälsoångest, tvångssyndrom samt ångestsyndrom för unga med specifikt utfallsmått Revised Child Anxiety Depression Scale (RCADS). Unga från 16 års ålder kan, beroende på mognadsgrad, även

behandlas med ”vuxenprogram” och behandlingen då utvärderas med samma mätformulär som för vuxna. Under 2019 infördes indikationen dysmorfofobi (upplevd fulhet). Figur 1 visar utvecklingen av registreringar inom indikationsgrupper och för anslutna regioner. Indikationsgruppen ”Ångest- och orosyndrom” sammanfattar de enskilda indikationerna inom gruppen vilka visas i Figur 2.



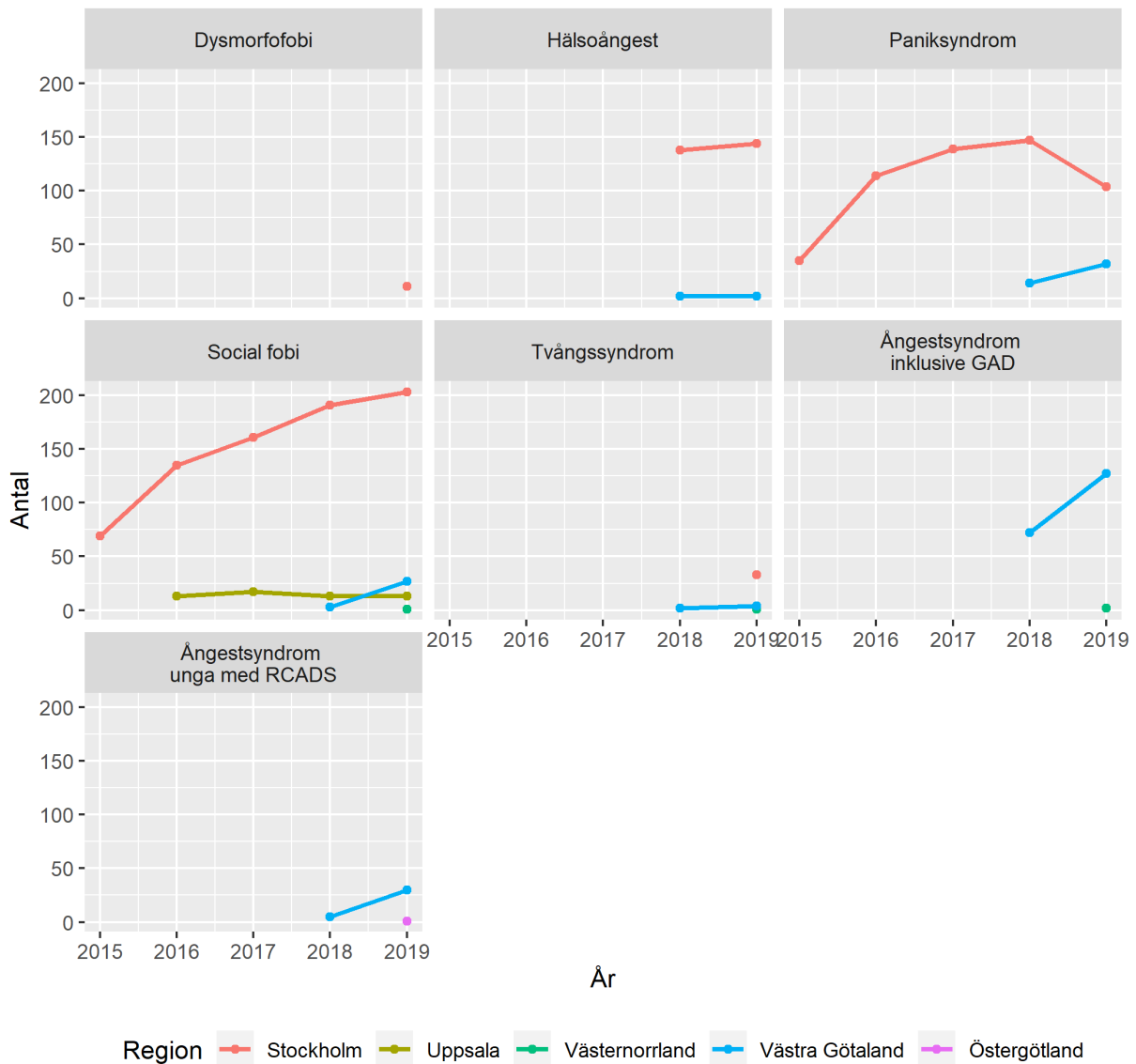
Figur 1. Antal startade behandlingar som registrerats i SibeR 2015–2019 i diagnosgrupper och för anslutna regioner.

Regioners organisering av internetbehandling

Under 2019 bedrevs internetbehandling i Stockholm på en specialiserad enhet inom psykiatri som tar emot patienter på egenanmälan från hela regionen och landet, oavsett vårdnivå för och omfattning av andra vårdkontakter. Likaså i Örebro bedrevs det på en specialiserad enhet för psykologisk behandling inom psykiatri där alla invånare oavsett annan vård kan anmäla sig fritt till internetbehandling. Både Stockholm (Internetpsykiatri och från 2019 OCD-programmet) och Örebro (Utvecklingsenheten för psykoterapi och psykologisk behandling) är exempel på en *centraliserad modell* för digitaliserad vård. OCD-programmet, som bedriver IKBT för OCD nationellt, är samtidigt ett exempel på en *lokal modell* där man integrerat internetbehandling som en del av utbudet för de egna patienterna på mottagningen. I Uppsala bedrevs Internetbehandling inom ramen för en unga-vuxna-mottagning inom psykiatri med intern rekrytering (*lokal modell*). Under 2018–2019 inleddes en viktig breddning av

registreringar inom primärvård genom SibeRs samarbetsprojekt med Uppsala primärvård och med Västra Götalandsregionen. Två nya regioner, Västernorrland och Östergötland började registrera i SibeR under 2019.

I Uppsala primärvård erbjöd ett nätverk av vårdcentraler internetbehandling för regionens invånare inom ett projekt för införande (*semi-centraliserad modell*). I Västra Götaland (VGR) har man valt en *decentraliserad modell* med breddinförande på alla intresserade vårdcentraler, men vissa primärvårdsområden har valt att organisera internetbehandling i samverkan med varandra som centraliserade eller semicentraliserade team. I VGR drev man också ett projekt för att öka tillgänglighet av psykologisk behandling för unga 13–19 år på vårdcentraler, ungdomsmottagningar och inom barn och ungdomspsykiatri (BUP) där internetbehandling för unga var en del av utbudet. I Västernorrland skedde uppstart av internetbehandling på en öppenvårdsmottagning inom psykiatrin i Sundsvall med avsikt att implementera vidare i nätverk för internetbehandling inom fler mottagningar i psykiatrin och i primärvården för regionens invånare (*lokal modell tills vidare*).



Figur 2. Antal startade behandlingar inom de enskilda diagnosgrupperna inom Ångest- och orosyndrom som registrerats i SibeR 2015–2019 och för anslutna regioner

Registrerade behandlingar 2019

Antalet startade och registrerade behandlingar under 2019 visas i tabell 1. Det var 1781 behandlingar som startades och registrerades i SibeR. Antalet ökade med 253 från år 2018 då 1528 behandlingar registrerades. Datauttaget för årsrapport 2019 gjordes 2020-05-22. Vid den tidpunkten pågick fortfarande retrospektiv dokumentation för behandlingar startade under 2019 i journalmallar i offentligt driven primärvård (Närhälsan) i Västra Götalandsregionen för direktöverföring till SibeR. Den största andelen av data för registreringar 2019 hade nog överförts vid tidpunkten för datauttaget men har blivit flera.

Tabell 1. Antal startade behandlingar i diagnosgrupperna och totalt under 2019 i SibeR för anslutna regioner och vårdgrenar

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Saknade eftermätningar*	Depression	Sömnstörning	Ångest- och orosyndrom	Stressyndrom
Stockholm	Psykiatri	874	0	180	199	495	0
Uppsala	Primärvård	265	0	131	134	0	0
	Psykiatri	35	4	17	5	13	0
Västernorrland	Psykiatri	7	0	2	1	4	0
Västra Götaland	Primärvård	396	80	67	48	218	63
	BUP	4	0	0	0	4	0
Örebro	Psykiatri	199	1	199	0	0	0
Östergötland	Primärvård	1	0	0	0	1	0
Totalt	Totalt	1781	85	596	387	735	63

* Saknade eftermätningar betyder här att formuläret vid behandlingsavslut inte registrerats i SibeR

Årsrapportens uppbyggnad

I årsrapporten ges en överblick av patienterna efter beskrivning av viktiga händelser under året. I det allmänna avsnittet beskrivs även jämförelser av tillgänglighet till behandling och precision av diagnostik, samt vilket stöd i internetbehandling som patienter fått.

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

Ett mer detaljerat underlag finns i appendix som är strukturerat i ett allmänt och flera diagnosgruppspecifika avsnitt. Ett viktigt påpekande är att vi i årsrapporten har valt att

redovisa alla saknade uppgifter, till skillnad mot redovisning online där vi av hänsyn till behoven i realtid valt att inte ta med missade variabler från behandlingsavslutet i fall att formuläret för detta inte hunnits registrerats. Vi motiverar skillnaden med att det vid uttag för årsrapporten bör ha funnits tid att registrera eftermätningar och att en fullständig redovisning i årsrapporten ger bättre återkoppling.

Sammanfattning av resultat 2019

För flera diagnosgrupper och vårdområden har behandlingsresultat och datakvalitet förbättrats sedan 2018. Andelen förbättrade var för flera diagnosgrupper kring 50 procent vilket är goda resultat i reguljär vård, särskilt med hänsyn till att alla behandlingar där patienten påbörjat minst ett behandlingsavsnitt innefattas. I studier brukar man se att 25–75 % är förbättrade. Förbättring mäts i SibeR som definierad procentuell förändring av ett sjukdomsspecifikt mått. Om det saknas värde på måttet vid behandlingsavslut så påverkar det datakvalitet dvs förmågan att uttala sig om effekten.

Behandlingsresultaten varierar mellan regioner och vårdområden. Vårdenheter som länge varit verksamma inom området har bättre effekter och bättre datakvalitet. Nya enheter och vårdområden behöver utveckla rutiner för ökad andel eftermätningar och för att i förbättringsteam med stöd av data från SibeR kunna utveckla behandlingar och vårdprocesser. Där det fanns data för 2019 så kunde vi se att överensstämmelsen mellan patientens symtomskattning och behandlarens bedömning av klinisk förändring var bra för de flesta diagnosgrupperna, men sämre för vissa. Vi ser att utvärdering av området internetbehandling av unga har behov av metodutveckling.

I denna sammanfattning av behandlingsresultat och aspekter på fullföljande av behandlingar för respektive diagnosgrupp så redovisas enbart regioner och vårdgrenar där minst 10 behandlingar för indikationen registrerades.

Depression

- Andel förbättrade i Stockholm psykiatri, Örebro psykiatri, och Uppsala primärvård var 48, 44, och 41 procent. För VGR primärvård och Uppsala psykiatri var andelen lägre med 25 och 12 procent förbättrade, men här saknades uppgifter för många.
- Det var bra överensstämmelse mellan patientens och behandlarens bedömning av kliniskt utfall (patientens skattning av symtom och behandlarens globala bedömning).
- Andelar patienter som fullföljde den överenskomna behandlingstiden varierade mellan 31 till 72 procent.
- Andelar patienter som fullföljde alla moduler varierade mellan 30 till 53 procent.

Sömnstörning

- Andel förbättrade i Stockholm psykiatri och Uppsala primärvård var 57 och 37 procent. För VGR primärvård var andelen lägre med 19 procent förbättrade, men här saknades uppgifter för många.
- Det var bra överensstämmelse mellan patientens och behandlarens bedömning av kliniskt utfall (patientens skattning av symtom och behandlarens globala bedömning).
- Andelar patienter som fullföljde den överenskomna behandlingstiden varierade mellan 40 till 83 procent.
- Andelar patienter som fullföljde alla moduler varierade mellan 22 till 45 procent.

Stressyndrom

- Andel förbättrade i VGR var 24 procent men det saknades uppgift för cirka 50%.

- Det var måttligt bra överensstämmelse mellan patientens och behandlarens bedömning av kliniskt utfall (patientens skattning av symtom och behandlarens globala bedömning).
- Andel patienter som fullföljde den överenskomna behandlingstiden var 36 procent.
- Andel patienter som fullföljde alla moduler var 41 procent.

Dysmorfofobi

- Andel förbättrade i Stockholm psykiatri var 36 procent.
- Det var mycket bra överensstämmelse mellan patientens och behandlarens bedömning av kliniskt utfall (patientens skattning av symtom och behandlarens globala bedömning).
- Andel patienter som fullföljde den överenskomna behandlingstiden var 73 procent.
- Andel patienter som fullföljde alla moduler var 36 procent.

Tvångssyndrom

- Andel förbättrade i Stockholm psykiatri var 61 procent.
- Det var måttligt bra överensstämmelse mellan patientens och behandlarens bedömning av kliniskt utfall (patientens skattning av symtom och behandlarens globala bedömning).
- Andel patienter som fullföljde den överenskomna behandlingstiden var 82 procent.
- Andel patienter som fullföljde alla moduler var 59 procent.

Hälsöångest

- Andel förbättrade i Stockholm psykiatri var 53 procent
- Det var bra överensstämmelse mellan patientens och behandlarens bedömning av kliniskt utfall (patientens skattning av symtom och behandlarens globala bedömning).
- Andel patienter som fullföljde den överenskomna behandlingstiden var 77 procent.
- Andel patienter som fullföljde alla moduler var 15 procent.

Paniksyndrom

- Andel förbättrade i Stockholm psykiatri och VGR primärvård var 64 och 22 procent men för VGR saknades uppgifter för 50%.
- Det var bra överensstämmelse mellan patientens och behandlarens bedömning av kliniskt utfall (patientens skattning av symtom och behandlarens globala bedömning).
- Andelar patienter som fullföljde den överenskomna behandlingstiden varierade mellan 40 till 83 procent.
- Andelar patienter som fullföljde alla moduler varierade mellan 22 till 45 procent.

Social fobi

- Andel förbättrade i Stockholm psykiatri var 38 procent. I VGR primärvård och Uppsala psykiatri var andelen förbättrade 18 och 15 procent, men för bägge saknades uppgifter för 70 %.
- Det var måttligt bra överensstämmelse mellan patientens och behandlarens bedömning av kliniskt utfall (patientens skattning av symtom och behandlarens globala bedömning).
- Andelar patienter som fullföljde den överenskomna behandlingstiden var för Stockholm psykiatri, Uppsala psykiatri och VGR primärvård respektive 78, 70 och 30 procent.
- Andelar patienter som fullföljde alla moduler varierade mellan 8 till 30 procent.

Generaliserat och ospecifikt ångestsyndrom

- Andel förbättrade i VGR var 30 procent men det saknades uppgift för 38 %.
- Det var måttligt dålig överensstämmelse mellan patientens och behandlarens bedömning av kliniskt utfall (patientens skattning av symtom och behandlarens globala bedömning).
- Andel patienter som fullföljde den överenskomna behandlingstiden var 29 procent.
- Andel patienter som fullföljde alla moduler var 35 procent.

Ångestsyndrom hos unga

- Andel förbättrade i VGR var 19 procent men det saknades uppgift för 65 %.
- Det var dålig överensstämmelse mellan patientens och behandlarens bedömning av kliniskt utfall (patientens skattning av symtom och behandlarens globala bedömning).
- Andel patienter som fullföljde den överenskomna behandlingstiden var 23 procent, men det saknades uppgifter för 58 %.
- Andel patienter som fullföljde alla moduler var 23 procent, men det saknades uppgifter för 58 %.

Funktion

För att utvärdera effekten av behandlingarna på patientens funktion använde Uppsala, VGR, Västernorrland och mot slutet av året även Örebro måttet WHODAS 2.0–12 frågor. I årsrapporten för varje diagnosgrupp så redovisas andelen behandlingar där patientens funktion förbättrades, var oförändrad eller försämrades. Resultaten verkar kunna bli intressanta men i nuläget svåra att värdera eftersom det var för stor andel saknade värden.

Reflektion

I årsrapporten finns mer detaljerade uppgifter i avsnitten för respektive diagnosgrupp som enheter och vårdområden kan dra lärdomar från. Bakom utfallet av behandlingar finns komplexa samband mellan grad och typ av samsjuklighet, precision i urval till behandlingar, olika aspekter av fullföljande av behandling och annat som vi avser kunna belysa vidare i forskning. För det dagliga arbetet på enheter som bedriver internetbehandling finns nu online-utdata för direkt återkoppling.

Viktiga händelser under 2019

Utveckling av online utdata

Cecilia Svanborg, registerhållare och Pontus Bjurner, biträdande registerhållare

En central funktion för ett kvalitetsregister är att erbjuda relevant online återkoppling till anslutna enheter och öppna resultat för stimulerande jämförelser. Förberedelser pågick under flera år med att först revidera registret och byta registerplattform 2017, sedan skissa på design och samla medel. Under våren 2019 kunde vi i samarbete med utvecklingsledare, kommunikatör och statistiker på registercentrum utveckla en första lågbudget-version av SibeR online-utdata som publicerades på websidan under fliken ”Statistik”. Det första intrycket var att det gjorde stor skillnad för enheterna att snabbt kunna se resultatet av de data som registreras i SibeR. Framför allt blev det tydligt hur viktigt det är med datakvalitet för att sedan kunna jobba vidare med tolkning av data. Genom att utdata uppdateras varje dygn så stimuleras verksamheterna till att registreringar (indata) ska ske löpande.

Under våren 2019 fick de psykiatriska kvalitetsregistren möjlighet att ansöka om särskilda projektmedel för att utveckla sina register för ökad användbarhet. SibeR beviljades att delta baserat på ett förslag med att bland annat vidareutveckla online-utdata. En workshop i slutet av augusti, där registerhållarna samverkade med deltagare från Nationellt programområde psykisk hälsa, patient- och professionsföreträdare, kvalitetsregistersamordnare och seniora kvalitetsregisterpersoner, gav bra vägledning för arbetet. Genom detta projekt kunde ett oerhört intensivt utvecklingsarbete ske under oktober-december 2019.

Vid årsskiftet 2019/2020 hade SibeR en väl utvecklad online-funktion där grafer visas för regioner, lämpliga områdesindelningar och enheter. Graferna kan sorteras på diagnosgrupp och visas dels rullande för 365 dagar och dels kvartalsvis i syfte att följa volymer och indikatorer i SibeR. Behandlingsresultaten visas öppet om det är minst 10 behandlingar. För att göra graferna än mer användbara för enheterna byggdes också en resultatöversikt där enheterna enkelt kan följa indikatorerna med alla sina data över tid i inloggat läge.

I samarbete med kommunikatör utvecklades hemsidan med tolkningshjälp för patienter och för personal dokumentet ”Guide för tolkning och användning av SibeRs statistik” som finns för nedladdning i anslutning till online data. Vidare stöd för tolkning av SibeRs statistik finns i ”Definitioner av klinisk förbättring för diagnosgrupperna i SibeR”. Med den ökade tillgången till utdata utvecklades även ett dokument för att stödja korrekt personuppgiftshandling. Vårt intryck är att online data har varit uppskattat av enheterna, med kommentarer som ”otroligt stor hjälp, revolutionerande”. Det har skapat en konkret bild av vad som är syftet med registret, nämligen att med hjälp av bra utdata få ett underlag till jämförelser och kvalitetsutveckling.

Modellarbetsprojektet möjliggjorde även att SibeR kunde ta fram fem stycken indikatorer som presenteras på Vården i Siffror (VIS). Tre av dessa handlar om behandlingseffekt; två med olika urval och en som fokuserar på datakvaliteten.

SibeR som samverkansyta för IKBT

Pontus Bjurner, biträdande registerhållare och Cecilia Svanborg, registerhållare

Att internetförmedlad psykologisk behandling fortfarande är en relativt ny typ av intervention inom hälso- och sjukvården märks i SibeRs kontakter med alla regioner och vårdenheter runt om i landet. Utöver att jobba med anslutning av enheter och insamling av data så finns en stark önskan av att lära av varandra vad gäller flera olika frågor som hur IKBT kan implementeras och organiseras, hur vårdprocesserna kan se ut, utveckling och val av behandlingsprogram, med mera. För att fånga upp det här organiserades den 4 december 2019 i Göteborg den första SibeR-dagen.

Temadagen handlade om SibeR och införande av KBT via nätet. Utöver en presentation om SibeR av oss registerhållare så fick deltagarna lyssna på presentationer av Elisabet Gervind som pratade om implementering av IKBT och SibeR i VGR, Sarah Vigerland som pratade om IKBT för unga – forskning och implementering, samt Evelina Stranne som berättade om implementering av IKBT för unga i VGR. Deltagarna jobbade aktivt stor del av dagen i gruppdiskussioner. Ett 60-tal deltagare från 8 regioner deltog varav ett tiotal deltagare fanns med på distans. Många deltagare uttryckte en stor uppskattning av temadagen, blandningen i grupperna och att kunna möta andra från hela landet. Allt material från temadagen inklusive filmade föredrag och summerade gruppdiskussioner finns att ta del av på SibeRs hemsida/Om SibeR/Lär dig mer om SibeR och införande av KBT på nätet. Planen är att det här ska bli en årligen återkommande dag.

Direktöverföring i VGR primärvård

Elisabet Gervind, regionalt införandestöd internetbehandling i VGR och Cecilia Svanborg, registerhållare SibeR

När den offentliga primärvården i Västra Götalandsregionen, Närhälsan, skulle vidga sitt breddinförande av internetbehandling och anslutning till SibeR 2019 så identifierade man ett behov av att ta fram en direktöverförings-lösning för sina 104 vårdcentraler. Under 2018 hade manuell registrering till SibeR skett på enstaka vårdcentraler och vid ett centraliserat team för internetbehandling, EBBA-teamet. Lärdomar hade dragits kring behov av mallar, processer för dokumentation och att manuell registrering kan vara svår att få fungera inom primärvården. Närhälsan hade då redan fungerande direktöverföring till Luftvägsregistret och Diabetesregistret via utdataföretaget Medrave vilket skulle kunna vara prototyper för överföring till SibeR. I Närhälsan hade man också etablerat ett Psykologiråd med ansvar för att stödja utveckling av psykologisk behandling i primärvården.

Under våren 2019 inleddes ett samarbete mellan Närhälsans IT, Medrave, VGRs centrala införandestöd, EBBA-teamet, psykologirådet och SibeR. Det resulterade i tilläggs mallar i Närhälsans journalsystem AsynjaVisph som utgör grunden för överföring av data till SibeR via Medrave. Mallarna var färdiga att börja användas kvartal 4 2019 och infördes brett från årsskiftet 19/20. Rapportering via tilläggs mallar har genererat en tydligt ökad datamängd från Närhälsan, vilket möjliggör att följa användandet av internetförmedlad behandling samt utgör grunden för förbättringsarbete med stöd av data från SibeR.

Den första direktöverföringen i SibeR har inspirerat andra inom VGR och i andra regioner, exv Dalarna, till att sondera möjligheter till direktöverföring enligt liknande modeller. I

Stockholm pågår förberedelser inför direktöveröring via sökverktyget IVR till SibeR. SibeR arbetar också med en informationsspecifikation enligt nationellt fackspråk utifrån intresse från Östergötland och Uppsala om att det skapas direktöverföringar via NKRR-verktyget.

IKBT för OCD-spektrum inom psykiatri

Matti Dahl, enhetschef OCD-programmet

Tvångssyndrom (på engelska Obsessive-Compulsive Disorder; OCD) och Dymorfofobi (på engelska Body Dysmorphic Disorder; BDD, eller på svenska Upplevd fulhet) är två tillstånd inom OCD-spektrum som vanligen debuterar i unga år och har dålig prognos om man inte får behandling. Ungefär 2 procent av befolkningen får OCD och 1,5 % får BDD under sin livstid. Indikationsspecifik KBT är en högt prioriterad behandling för dessa tillstånd som det är svårt att få tillgång till.

OCD-programmet är en psykiatrisk specialistmottagning inom Psykiatri Sydväst i Region Stockholm, med uppdrag att bedöma och behandla patienter med OCD-spektrumdiagnoser. Mottagningen har ett nära samarbete med professor Christian Rück's forskargrupp inom Karolinska Institutet. De internetbaserade programmen för OCD och BDD har visats ha goda effekter och säkerhet (Andersson et al, 2014; Enander et al, 2016). Båda behandlingarna har också utvärderats av engelska National Institute for Health and Care Excellence (<https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-advice/improving-access-to-psychological-therapies--iapt-/submitting-a-product-to-iapt>) och accepterats för behandling i IAPT.

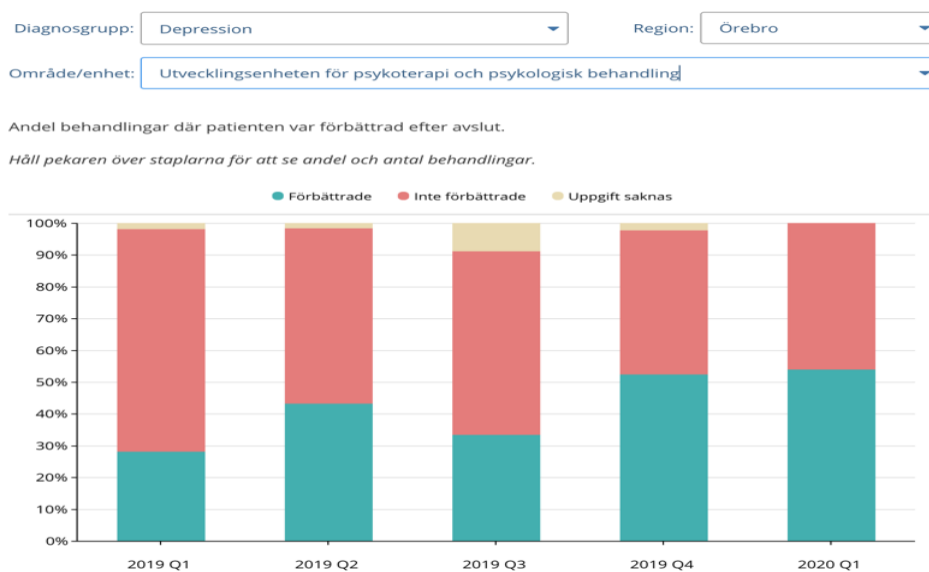
Eftersom behandlare i de kliniska studierna också arbetar på OCD-programmet så kunde IKBT för OCD och BDD lätt starta som reguljär behandling. Det passade bra in i mottagningens utveckling att gå mot ett brett evidensbaserat utbud av behandling och stöd (läkemedel, patient- och närståendeutbildningar, KBT i grupp och individuellt, intensivbehandlingar, rehabiliteringsprogram och neuropsykiatriska utredningar) i olika kontaktformer (fysiska mottagningsbesök, videosamtal, telefonsamtal, internetkontakt, hembesök, KBT på psykiatrisk heldygnsvårdsavdelning). Ett stort arbete har fått läggas ned på att skapa rutiner som möjliggör att patienterna på ett lämpligt och smidigt sätt slussas igenom hela processen från första kontakt till avslut, där olika insatser och former för behandling och kontakt ofta är aktuella och skräddarsys efter patientens behov och livssituation.

Alla personalgrupper på mottagningen arbetar med att utforma smidiga rutiner för högre patientsäkerhet och bättre resursanvändning. En viktig princip har varit att alla psykologer på mottagningen ska kunna behandla i IKBT och alla andra psykologiska behandlingar i mottagningens utbud eftersom det ger en ökad stabilitet, flexibilitet och bra arbetsmiljö. OCD-programmet anslöt sig till SibeR under det fjärde kvartalet 2019. Motivet till det var förhoppningar om att SibeR ska vara till hjälp vid utvärdering av behandlingarnas effekter, bidra till vår utveckling av program och vårdprocesser samt för att kunna redovisa för patienter och beslutsfattare.

Kvalitetsutveckling i Örebro

Julia Persson Saka, samordnare, och Fredrik Holländare, enhetschef, UPP

Internetbehandling i Region Örebro bedrivs främst på Utvecklingsenheten för psykoterapi och psykologisk behandling (UPP), en specialenhet inom psykiatrin där både bedömningar och behandling sker. Behandlingarna bedrivs också av behandlare inom ett primärvårdsområde. Alla invånare i Region Örebro, oavsett var de har andra vårdkontakter, kan anmäla sig via ett öppet moment. UPP registrerar i SibeR sedan starten 2015 och ser att det varit hjälpsamt för kvalitetsutveckling av IKBT i Örebro, nu uppsnabbat genom SibeRs utveckling av online-data i realtid. Skärmskottet från online-grafer i Figur 3 visar utveckling av behandlingseffekter och datakvalitet från början av 2019 till början av 2020.



Figur 3. Skärmskott från Sibers online-statistik-sida med behandlingresultat för depression kvartal ett 2019 till kvartal ett 2020 för Utvecklingsenheten för psykoterapi och psykologisk behandling i Örebro.

Under 2019 har ett flertal utvecklingsarbeten genomförts i syfte att öka täckningsgrad, fullföljandegrad samt förbättra behandlingseffekten. Bland annat har depressionsbehandlingen uppdaterats. Den nya versionen, som utformats utifrån återkoppling från patienterna och behandlarna, lanserades i oktober 2019. Vidare har rutinerna för inmatning i SibeR ändrats. Inmatningen sker nu direkt efter avslutad behandling istället för i samband med uppföljning. Detta medför att informationen från SibeR:s utdata-funktion kan tas till vara i större utsträckning än tidigare.

Sedan våren 2019 erbjuds iKBT-behandlingarna regelbunden handledning av samordnare. Vidare har det utvecklats mer stringenta rutiner kring patienter som är inaktiva eller inte genomför behandlingen enligt plan. Även patientinformation och ansvarsfördelning i arbetsgruppen har förtydligats. I mars 2019 tillkom ytterligare en samordnartjänst tillägnad internetbehandling, vilket har möjliggjort att en behandling för paniksyndrom har kunnat sjuösättas i början av 2020.

Certifiering och framtid

Cecilia Svanborg, registerhållare SibeR

Under 2019 nådde registret flera viktiga mål med utvecklade online-utdata och den första lösningen för överföring av journaluppgifter till registret. Vi ser dessa framsteg som byggstenar för att kunna ansluta fler regioner och enheter. December 2019 fick SibeR det glädjande beslutet att registret nu är ett Nationellt kvalitetsregister, på nivå 3. Registret måste inom 4 år kvalificera sig för nivå 2, det vill säga ha en anslutnings- och täckningsgrad på minst 60% för att få vara kvar.

Registrets främsta målgrupp, patienter med depression, sömnproblem, ångest- och orostillstånd tas till största delen omhand inom primärvården. Här är direktöverföring av data från journal den enda hållbara lösningen för att få hög anslutnings- och täckningsgrad. Samtidigt ser vi att detta kräver arbete både från registret och från regionerna i form av samarbetsprojekt. Man behöver oftast börja med pilotenheter för att få tillräcklig ömsesidig kännedom om strukturer och förutsättningar. Det behövs tydliga målbilder från chefer som ger mandat till ansvariga personer med klinisk kompetens samt befogenhet att rekrytera informatik och IT till arbetet. SibeR bidrar med kompetensen kring att utveckla, implementera och utvärdera digitaliserad vård. En central roll är att samordna medicinsk informatik och standardiserade utfallsmått eftersom det är förutsättningen för jämförelser över tid och mellan enheter.

SibeR lägger stort fokus på datakvalitet eftersom återkoppling utan att data är korrekta och tillräckligt fullständiga inte ger så mycket lön för mödan. Idag gör vi det genom valideringsregler i registerplattformen, logiska kontroller och rimlighetsbedömningar vid inspektion av data samt tydlighet kring saknade uppgifter och stöd för rutiner. Vid den första direktöverföringen har vi lärt oss vikten av att skriva rutindokument för journalföring och kvalitetskontroll i systemen. Här gäller även att bygga ett ägandeskap för data och kvalitetsuppföljning inom verksamheterna.

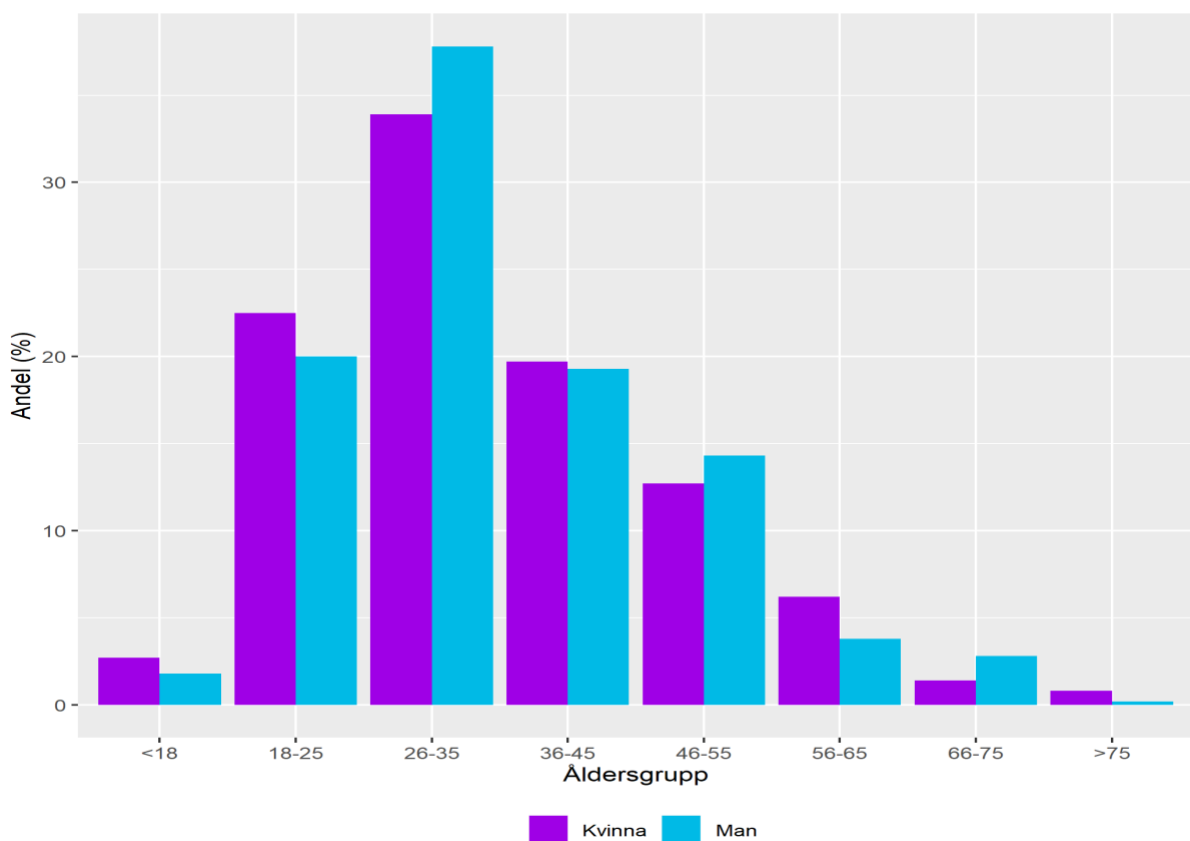
Under första halvåret 2020 pågick anslutningsarbete med Östergötland, Dalarna, Skåne, Sörmland samt med fler enheter inom redan anslutna regioner. Även inom psykiatri och BUP märktes ett påtagligt ökat intresse för digitalisering och samverkan med SibeR. Utveckling av så kallade blandade behandlingar kommer öka, där behandlingsprogram kombineras med videobesök. Man önskar att registret inkluderar fler indikationsgrupper som ADHD, smärta, funktionella magbesvär, ätstörningar med flera. Digitalisering utvecklas nu snabbt, särskilt i den tid vi nu befinner oss i med en pandemi som begränsar möjligheten till fysiska möten. SibeR är beroende av att regionerna vill bidra med sin del i arbetet så att kvaliteten av digitalt förmedlad psykologisk behandling blir god i framtiden.

Patienterna i SibeR

Kön och ålder

I SibeR registreras behandlingar vilket innebär att samma patient kan ha gått i flera behandlingar under året. Behandlingarna är i allmänhet kring 8–12 veckor långa. Under 2019 var det mindre än 10 % av patienterna som hade gått i mer än en internetbehandling under året.

I figur 4 visas andelar startade behandlingar för respektive kön i ålderskategorier. Majoriteten av behandlingarna hade startats av kvinnor (66%) och för bägge könen var största andelen patienter inom åldersgruppen 26–35 år. Medelåldern var 35,5 år (SD 12.8) och medianåldern 32 år. Den yngsta var 13 år och den äldsta 81 år. Tabell A2 i appendix visar köns- och åldersfördelning för regioner och vårdgrenar. Det fanns ingen skillnad avseende andelen kvinnor/män och ålder mellan primärvård och psykiatri på den totala nivån. Köns- och åldersfördelningen 2019 var närmast identisk som för 2018.



Figur 4. Andel startade behandlingar per åldersgrupp inom respektive kön (n=1781; kvinnor: n=1180, män: n=601)

Alkoholbruk

Problematiske alkoholbruk kan vara relativt vanlig bland patienter som söker internetfördelad KBT och man har sett att det kan försämra behandlingseffekter (Gajecki et al, 2014). Det är därför viktigt att under bedömningen göra undersökning av alkohol- och droganvändning. Ett hjälpmedel för detta är Alcohol Use Disorders Identification test (AUDIT; Bergman & Källmén, 2002) som innefattar 10 frågor. AUDIT har nivåer för att

definiera riskbruk (8–15 poäng), skadligt bruk (16–20 poäng) och beroende (mer än 20 poäng) av alkohol.

Fördelning av risknivåer av alkoholkonsumtion är också en beskrivning av gruppen, en så kallad case-mix-variabel. Tabell 2 visar fördelningen av risknivågrupper av alkohol. Under 2019 var det stor variation mellan regioner/vårdgrenar i vilken omfattning AUDIT hade besvarats inför behandlingen. För vårdgrenar där rapporteringen var hög var andelen utan riskbruk cirka 80–85 procent, andelen med riskbruk cirka 12–13 procent och andelen med beroende mellan 0–2 procent. Resultaten stämmer väl överens med bilden som rapporterades i årsrapporten för 2018. I en svensk populationsundersökning var andelarna utan risk- eller skadligt bruk för män 82 procent och för kvinnor 95 procent (Bergman & Källmén, 2002). Med hänsyn till hög andel kvinnor bland patienter som startat internetbehandling var frekvensen av risk- eller skadligt bruk under 2019 något högre än i befolkningen.

Tabell 2. Andelar av startade internetbehandlingar 2019 där patienten hade ingen risk, riskkonsumtion, skadligt bruk eller beroende av alkohol enligt AUDIT i regioner och vårdgrenar (n=1781)

Region	Vårdgren	Uppgift saknas	Inte risk	Riskbruk	Skadligt bruk	Beroende
Stockholm	Psykiatri	5.5% (n=48)	80.7% (n=705)	12 % (n=105)	1.7% (n=15)	0.1% (n=1)
Uppsala	Primärvård	4.2% (n=11)	80.8% (n=214)	11.7% (n=31)	1.5% (n=4)	1.9% (n=5)
	Psykiatri	91.4% (n=32)	5.7% (n=2)	2.9% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)
Västernorrland	Psykiatri	42.9% (n=3)	57.1% (n=4)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
Västra Götaland	Primärvård	68.2% (n=270)	25.3% (n=100)	4.8% (n=19)	1.3% (n=5)	0.5% (n=2)
	BUP	100% (n=4)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (=0)
Örebro	Psykiatri	0.5% (n=1)	85.9% (n=171)	13.6% (n=27)	0% (n=0)	0% (n=0)
Östergötland	Primärvård	100% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
Totalt	Totalt	20.8% (n=370)	67.2% (n=1196)	10.3% (n=183)	1.3% (n=24)	0.4% (n=8)

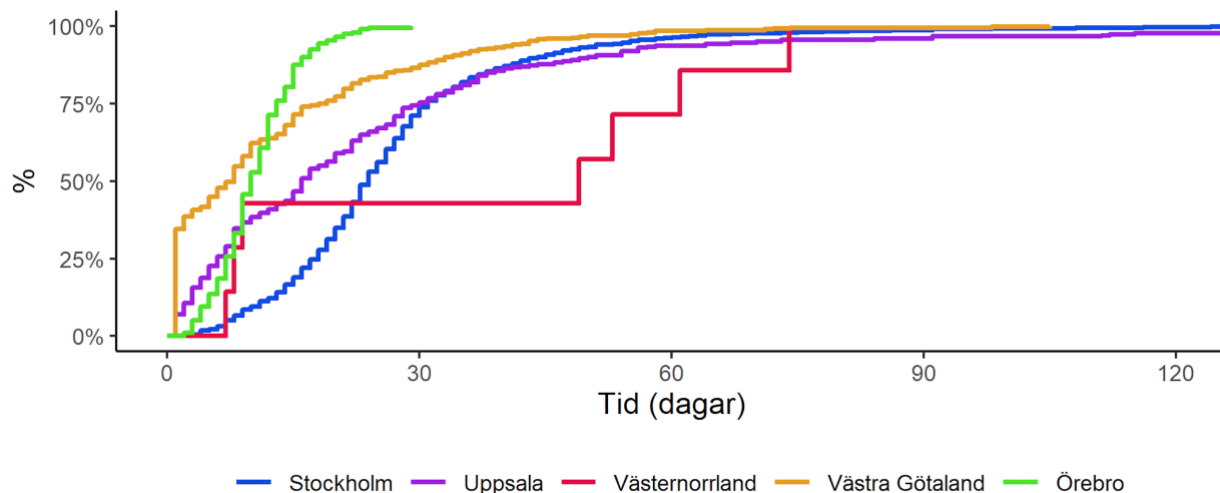
Tillgänglighet och precision i diagnostik

Ledtider

En viktig aspekt med införande av internetbehandling är att det bör kunna medföra ökad tillgänglighet till psykologisk behandling, både att fler patienter får evidensbaserad behandling och att den startar utan lång väntetid. En kvalitetsindikator i SibeR är andelen behandlingar som startat inom 30 dagar från vårdbegäran om psykologisk behandling.

I ett så kallat Kaplan-Meier-diagram i figur 5 går det att utläsa ledtider mellan vårdbegäran och behandlingsstart i regionerna för de behandlingar som startade under 2019. Vid

tidpunkten 30 dagar hade totalt 78 procent av behandlingarna startat med andelar i regionerna på 100% i Örebro, 86% i Västra Götaland, 74% i Uppsala, 71% i Stockholm och 43% i Västernorrland. I Stockholm fanns 3, och i Uppsala 7 behandlingar som inte startat vid 120 dagar varav några i Uppsala med mycket längre tid än så.



Figur 5. Sannolikheten att ha fått behandlingsstart inom x dagar (se x-axel) under 2019 baserat på faktisk tid mellan tidpunkt för vårdbegäran till behandlingsstart i regionerna

Skillnaderna mellan regionerna uppfattas främst bero på organisation av vårdprocesser, men kan även bero av olika tolkningar av ”datum för vårdbegäran” och ”datum för behandlingsstart” samt felregistreringar.

Datum för vårdbegäran

Vårdbegäran avser här specifikt begäran om psykologisk behandling och inkluderar alla former av remisser, patientens egenanmälan, anmälan från företrädare av patienten, även inom samma vårdenhet.

I Örebro, Stockholm, Västra Götaland (VGR) och Uppsala finns enheter där patienten gör en digital egenanmälan specifikt för internetbehandling. Vissa enheter har pågående processer för internetbehandling året om utan uppehåll för sommar- och julsemestrar, vilket annars är vanligt vid psykologisk behandling. Toppar och dalar för efterfrågan och resurser kan uppstå av olika skäl. För andra enheter kan begäran om psykologisk behandling och erbjudande om internetbehandling uppkomma under ett och samma samtal, eller uppkomma efter en tid när patienten först prövat annan behandling eller stått på annan väntelista. Vi ser från figur 5 att cirka 35% av behandlingarna i VGR startade samma dag som vårdbegäran och att man i Västernorrland tycks ha haft två faser av vårdbegäran.

Datum för behandlingsstart

I SibeR är definitionen för behandlingsstart ”det datum då patienten ges möjlighet att logga in och påbörja internetförmedlad behandling i en behandlingsplattform”. Det är ett praktiskt sätt att mäta behandlingsstart eftersom man från vårdens sida vet när man ger access till program.

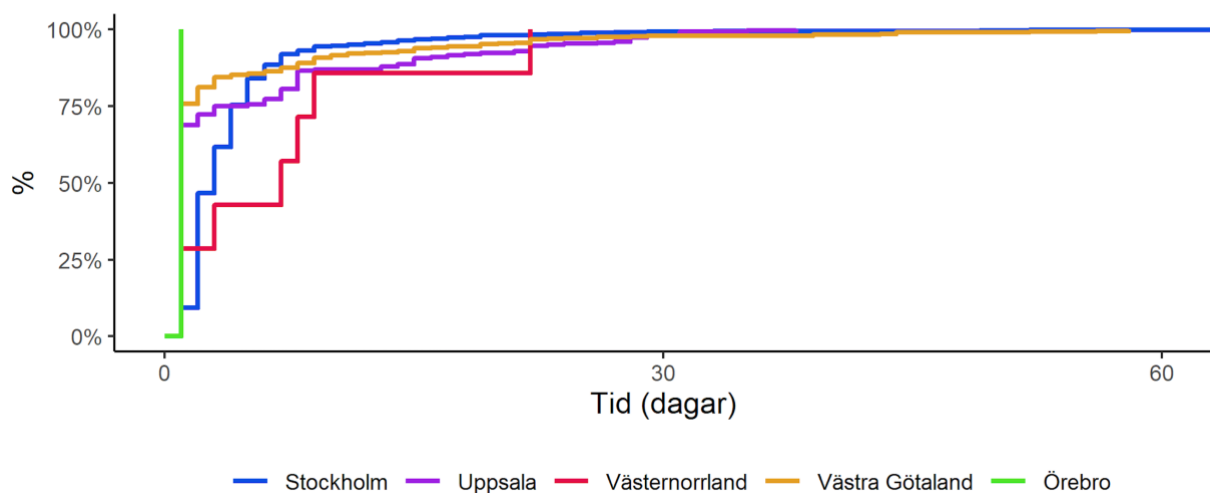
När SibeR nu börjar arbeta med direktöverföringar med uppgifter från journal till kvalitetsregistret, och man behöver vara strikt med standardiserade termer och nationellt fackspråk, så sker en omprövning. Det förekommer att patienter aldrig loggar in och eller gör

något i den första modulen. Det är då inte rimligt att säga att behandlingen har startat. När arbetet med informationsspecifikation är slutförd så kommer SibeR gå över till en ny definition av datum för behandlingsstart där patienten ska ha loggat in och gjort något i första modulen för att behandlingsstart anses ska ha skett.

Datum för beslut om behandling

Datum för beslut om internetbehandling är den dag då bedömare och patienten gemensamt fattar beslutet att behandling ska ske. Om vårdprocessen består av att bedömare och behandlaren är samma person, samt att det inte finns något hinder från någondera parten att starta så kan det bli en mycket kort ledtid mellan beslut och behandlingsstart. I andra fall kan det finnas hinder som brist på behandlare, att verksamheten parallellt driver forskningsprojekt som påverkar med mera. Alternativt att det finns hinder från patientens sida som att tidpunkten för behandling är olämplig, man ska resa bort, inte har exponeringsmöjligheter eller annat.

Figur 6 visar ett Kaplan-Meier-diagram för ledtider mellan beslut och behandlingsstart. Här saknades uppgift om tidpunkt för beslut för 11 behandlingar. Beslut om och start av behandling skedde på samma dag för alla behandlingar i Örebro, liksom för en hög andel i Västra Götaland och Uppsala. För behandlingar i Stockholm och Västernorrland var ledtiderna mellan beslut och start mer successiva men majoriteten skedde inom en vecka. Vid 30 dagar var det sammanlagt 1% (20/1770) från Stockholm, Uppsala och VGR som ännu inte hade startat.



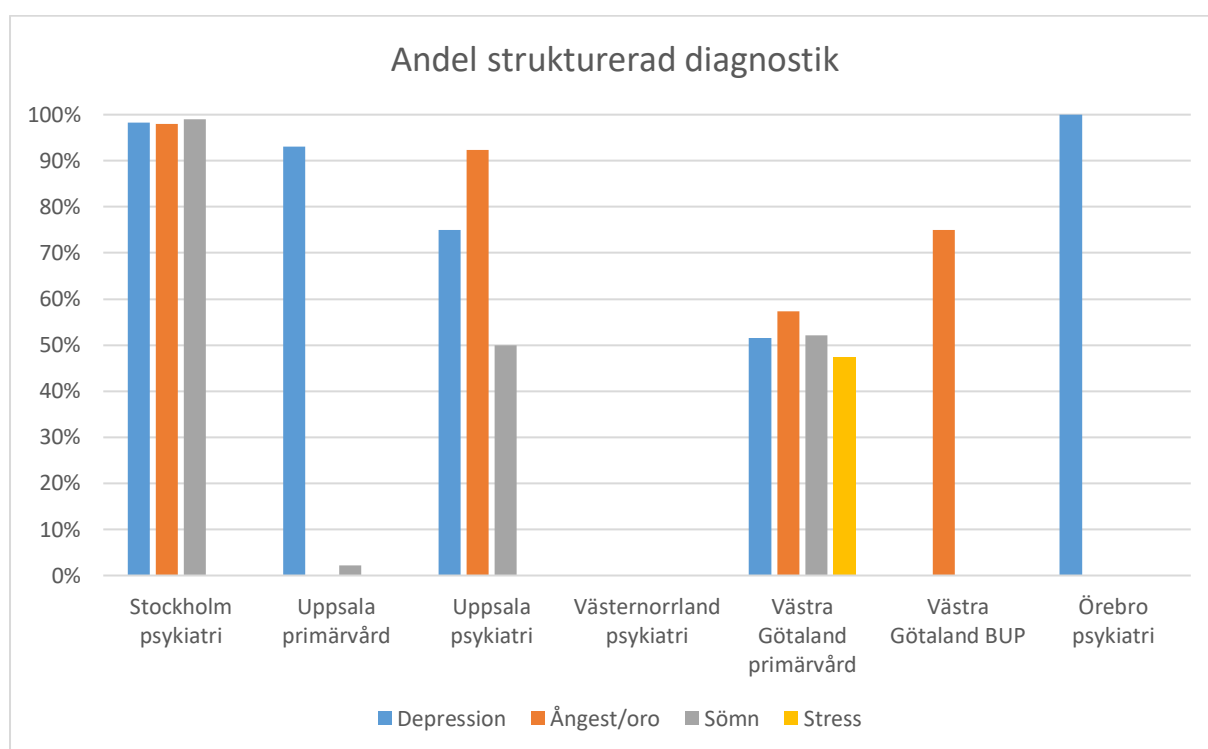
Figur 6. Sannolikheten att ha fått behandlingsstart inom x dagar (se x-axel) under 2019 baserat på faktisk tid mellan tidpunkt då beslut fattades om att patienten skulle få behandling (beslutsdatum) till behandlingsstart i regionerna, 2019

Strukturerad diagnostik

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

Samsjuklighet inom områdena depression, ångest, oro och stress är vanligt och ställningstagandet till vilket program som är mest lämpligt i nuet är en kvalificerad bedömning. Träffsäkerheten i diagnostiken underlättas om man använder strukturerade intervjuguiden, som exempelvis MINI och MINI-KID. Vid bedömningen är andra faktorer än diagnos självklart också viktiga, som patientens förutsättningar att klara formatet, utrymme och motivation för det arbete som vägled internetbehandling innebär. Man behöver också ta ställning till om patienten skulle dra bättre nytta av annan tillgänglig behandling.

Andel behandlingar där intervjustöd använts för diagnostisk bedömning inom två månader innan beslut om internetbehandling visas i figur 7. Uppgifter om detta fanns tillgängliga i hög grad, för detaljer hänvisas till tabeller A3-A6 i Appendix. Inte oväntat så finns stora variationer. Uppsala primärvård har separata vårdprocesser för depression och sömnstörningar. För sömnstörning sker bedömningen här endast på ett screeningmoment, vilket ökar flödeskapacitet men riskerar sämre precision i urvalet.



Figur 7. Andelar behandlingar där intervjustöd använts för diagnostik inom 62 dagar innan beslut om internetbehandling i respektive diagnosgrupper för regioner och vårdgrenar, 2019

Stöd i behandlingen

Ren eller blandad internetbehandling

Under 2019 fick patienterna stöd i internetbehandling vanligast enbart som asynkron kommunikation via behandlingsplattform, se tabell 3. Ungefär var tredje patient fick också synkront stöd (i realtid) via telefon, med högre andel i Uppsala psykiatri och Västra Götaland primärvård där man också kombinerade mer med fysiska besök och börjat komplettera med videobesök.

Tabell 3. Andelar internetbehandlingar utan synkront stöd och med synkront stöd i form av telefonkontakt, fysiska besök och videobesök, 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	Utan synkront stöd	Stöd via telefon	Stöd vid fysiskt besök	Stöd via videobesök
Stockholm	Psykiatri	874	0	73.0% (n=638)	27.0% (n=236)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Uppsala	Primärvård	265	0	67.9% (n=180)	32.1% (n=85)	0.4% (n=1)	0.4% (n=1)
	Psykiatri	35	4	54.8% (n=17)	45.2% (n=14)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Västernorrland	Psykiatri	7	0	71.4% (n=5)	28.6% (n=2)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Västra Götaland	Primärvård	396	80	39.9% (n=126)	58.5% (n=185)	3.5% (n=11)	3.5% (n=11)
	BUP	4	0	50.0% (n=2)	50.0% (n=2)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Örebro	Psykiatri	199	1	64.6% (n=128)	35.4% (n=70)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Östergötland	Primärvård	1	0	100.0% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Totalt	Totalt	1781	85	64.7% (n=1097)	35.0% (n=594)	0.7% (n=12)	0.7% (n=12)

Behandlares yrke

För att få bedriva behandling med IKBT brukar krävas basutbildning i KBT. Under 2019 registrerades yrke hos behandlaren men inte grad av psykoterapi-kompetens.

Behandlaren yrke var vanligast psykolog, med andel från cirka 100 procent inom Stockholm psykiatri, Uppsala primärvård och Västernorrland psykiatri till lägst andel inom Örebro psykiatri och Uppsala psykiatri (40 %) samt Västra Götaland BUP (0 %). För dessa var andelen kuratorer och behandlingsassistenter högre. Andelar av olika yrkesgrupper inom Västra Götaland primärvård är mer svårbedömt på grund av att det saknades uppgifter om detta för cirka 30 procent av behandlingarna, se tabell A7 i appendix.

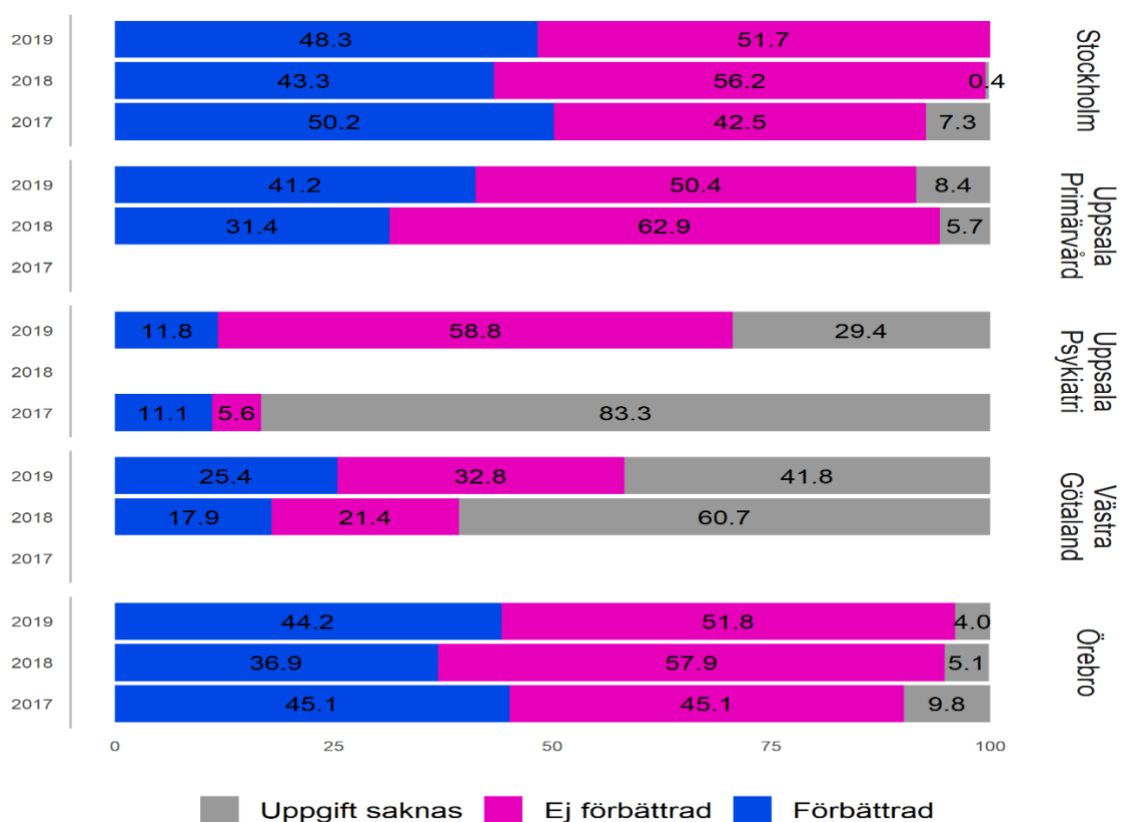
Diagnosgrupp Depression

Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för depression mäts med det sjukdomsspecifika måttet Montgomery Åsberg Depression Rating Scale-Self Assessment (MADRS-S, Svanborg & Åsberg, 1994) och kriteriet $\geq 40\%$ minskning, för mer detaljerat underlag se dokumentet ”Definitioner av klinisk förbättring” på SibeRs statistik-sida, <https://siber.registercentrum.se>.

Underlaget avseende MADRS-S-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för regioner och vårdgrenar 2019 finns i tabell A10 i appendix.

Behandlingsresultaten för de tre senaste åren (2017–2019) visas för regioner och vårdgrenar i figur 8, om det finns minst 10 startade behandlingar.



Figur 8. Behandlingsresultat vid depressionsbehandling mätt med MADRS-S, 2017–2019

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2019 startades 596 behandlingar för depression (Stockholm psykiatri, n=180; Uppsala primärvård, n=131, Uppsala psykiatri, n=17, Västernorrland psykiatri, n=2, Västra Götaland, n=67 och Örebro psykiatri, n=199). Av dessa så var totalt 3 procent (16/596) för personer yngre eller lika med 19 år gamla.

Program

Patienterna i Stockholm, Uppsala och Örebro fick behandling med egna utvecklade program (Internetpsykiatris-, Region Uppsalas- och Region Örebros depressionsprogram). Patienterna i Västra Götaland och Västernorrland fick behandling med Livandas program Internethjälpen vid depression. Programmen finns beskrivna på SibeRs websida, Om SibeR.

Diagnoser

Inom psykiatrin (Stockholm, Uppsala, Västernorrland och Örebro) var andelen med recidiverande depression mellan 50–60 procent. Inom primärvården (Uppsala och Västra Götaland) var andelen lägre, kring 25 procent. Här var istället andelen ospecifik depression och enstaka depressiv episod vanligare. Se tabell A8 i Appendix.

Samsjuklighet

Andelen med samsjuklig psykiatrisk diagnos var högst i Uppsala psykiatri (70 %), följt av Örebro psykiatri (46 %) och Stockholm psykiatri (43 %). För Uppsala och Västra Götaland primärvård saknades uppgifter som gör det mer svårvärderat. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A9 i appendix. Den vanligaste specifika samsjukliga diagnosen var generaliserat ångestsyndrom (GAD), därefter social fobi, paniksyndrom med agorafobi och insomni i fallande ordning.

Jämförelse klinisk förändring och behandlarens bedömning

Behandlarna bedömde att 57 procent (283/493) av patienterna var förbättrade jämfört med förändring av patientskattad symtomgrad som gav 47 procent (232/493) kliniskt förbättrade, se tabell 4. Dessa uppgifter saknades för 17 behandlingar, varav 13 var saknade eftermätningar. Uppgift saknades också ibland för respektive utfall.

Cohens kapp

Cohens kapp mäter överensstämmelsen mellan två eller flera bedömare för utfall i kategorier med hänsyn till inverkan av slumpen. Här handlar det om två typer av bedömning av kliniskt utfall, patientens skattning av symtom och behandlarens bedömning. Databortfall hanterades genom "list-wise deletion", dvs. att behandlingar med kompletta data analyserades (De Raadt et al, 2019). Grad av överensstämmelse kan beskrivas enligt följande gränsvärden för Cohens kapp (Valideringshandbok, 2016):

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

För depression blev Cohen's kapp 0.62 vilket indikerar bra överensstämmelse, se tabell A54 i Appendix.

Att behandlarna i något högre grad bedömde patienten som förbättrad kan bero på att man tar hänsyn till andra faktorer än symtomförändring, benägenhet att tolka positivt, eller att kriteriet $\geq 40\%$ minskning av MADRS-S är något strängt. Behandlarna bedömde fler patienter som ej förbättrade när det saknades eftermätningssvärden (30 vs 6 uppgift saknas för klinisk förbättring). Det är sannolikt kopplat till att man känner till att patienten hoppat av behandlingen i förtid.

Tabell 4. Korstabell över klinisk förbättring mätt med patientskattad MADRS-S och behandlarens bedömning av behandlingseffekt för depression, 2019

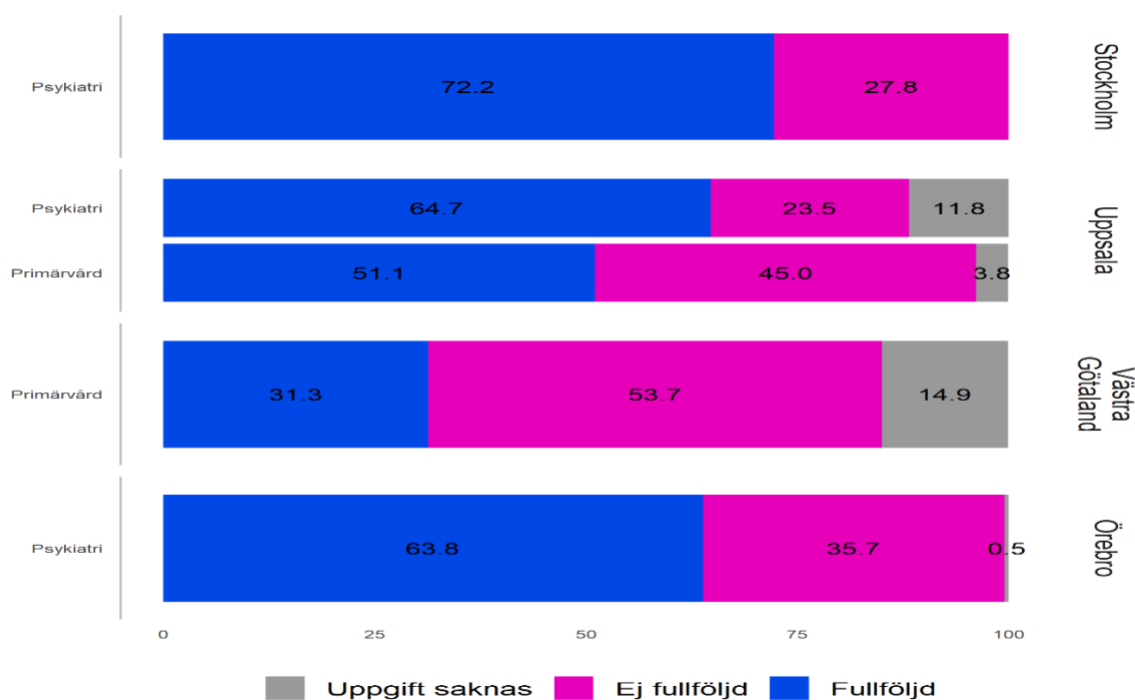
Klinisk förbättring	Behandlarens bedömning			Totalt
	Förbättrad	Ej förbättrad	Uppgift saknas	
Förbättrad	211	21	16	248
Ej förbättrad	72	189	34	295
Uppgift saknas	6	30	17	53
Totalt	289	240	67	596

Fullföljandegrad

I online- utdata så visas andelen behandlingar där patienten genomfört minst 50 procent av antalet moduler (behandlingsavsnitt) i programmet utifrån att det bedöms som en minsta nivå för dos som kan ge specifik behandlingseffekt. I årsrapporten kompletteras detta med andelar som fullgjort överenskommen behandlingstid och fördelning av kategorier med andel fullföljda moduler.

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid depressionsbehandling visas i figur 9. Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara en överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses som ett avhopp. I årsrapporten för 2018 såg vi att patienten bedömdes som ej förbättrad vid 91% av behandlingarna som avslutades i förtid.



Figur 9. Andel depressionsbehandlingar där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid i regioner och vårdgrenar, 2019 (n=596)

Andel genomförda moduler

Andelen behandlingar där patienten genomfört 100 procent av modulerna var högst i Uppsala primärvård och psykiatri, cirka 50 procent. Det överensstämmer med online-data där Uppsala har högst andel av behandlingar med mer än 50 procent fullföljande. För övriga med volym av behandlingar så ligger andelen som genomfört 100 procent av moduler kring 30 procent. Se tabell A11 i Appendix för redovisning av andelar i kategorier 0–24, 25–49, 50–74, 75–99 och 100 procent.

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

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

I SibeR finns det tre mått som mäter hälsorelaterad livskvalitet och funktion; EuroQol- 5- dimensions (EQ-5D; Euroqol, 1990), World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0; Üstün et al, 2010) och för barn och unga KIDscreen-10 (Ravens-Sieberer et al, 2010). I DSM-systemet ersattes det tidigare måttet för bedömning av funktion, 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. EQ-5D ger ett viktat indexvärde där ”1” motsvarar värdet för en helt frisk person och ”0” för ”en död”. Vissa negativa värden motsvarande ”tillstånd värre än döden” kan förekomma. Aktuell upplevd hälsa skattas på en VAS-skala mellan 0–100. EQ-5D är licensskyddat och de flesta regionerna har inte avtal. Under 2019 använde Stockholm EQ-5D och Örebro under större delen av året för att sedan gå över till WHODAS.

Medelvärden för EQ-5D- index för Stockholm och Örebro från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A12 i appendix. Värdena förbättrades på gruppnivå med behandling för depression.

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 mätgenskaper 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.

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). Man har beräknat att förändring med 9 procentenheter av WHODAS-12 frågor innebär en tillförlitlig och meningsfull förändring (Obbarius et al, 2017). Detta innebär att det går att beräkna andelar behandlingar där patienten förbättrades, var oförändrad eller försämrades i sin funktionsnivå.

Tabell 5 visar andelar behandlingar med förändrad funktion mätt med WHODAS vid depressionsbehandling i de regioner som använde formuläret 2019. I hög utsträckning saknas det dock mätvärden vilket gör det svårt att värdera utfallet. Medelvärden för WHODAS från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A13 i Appendix.

Tabell 5. Förändring av funktion mätt med WHODAS-12 frågor vid depressionsbehandling, 2019.

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	Försämrad	Oförändrad	Förbättrad
Uppsala	Primärvård	131	43.5% (n = 57)	6.9% (n = 9)	26.7% (n = 35)	22.9% (n = 30)
Uppsala	Psykiatri	17	52.9% (n = 9)	0% (n = 0)	29.4% (n = 5)	17.6% (n = 3)
Västernorrland	Psykiatri	2	50% (n = 1)	0% (n = 0)	50% (n = 1)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	67	56.7% (n = 38)	0% (n = 0)	22.4% (n = 15)	20.9% (n = 14)
Örebro	Psykiatri	199	91% (n = 181)	0% (n = 0)	2.5% (n = 5)	6.5% (n = 13)

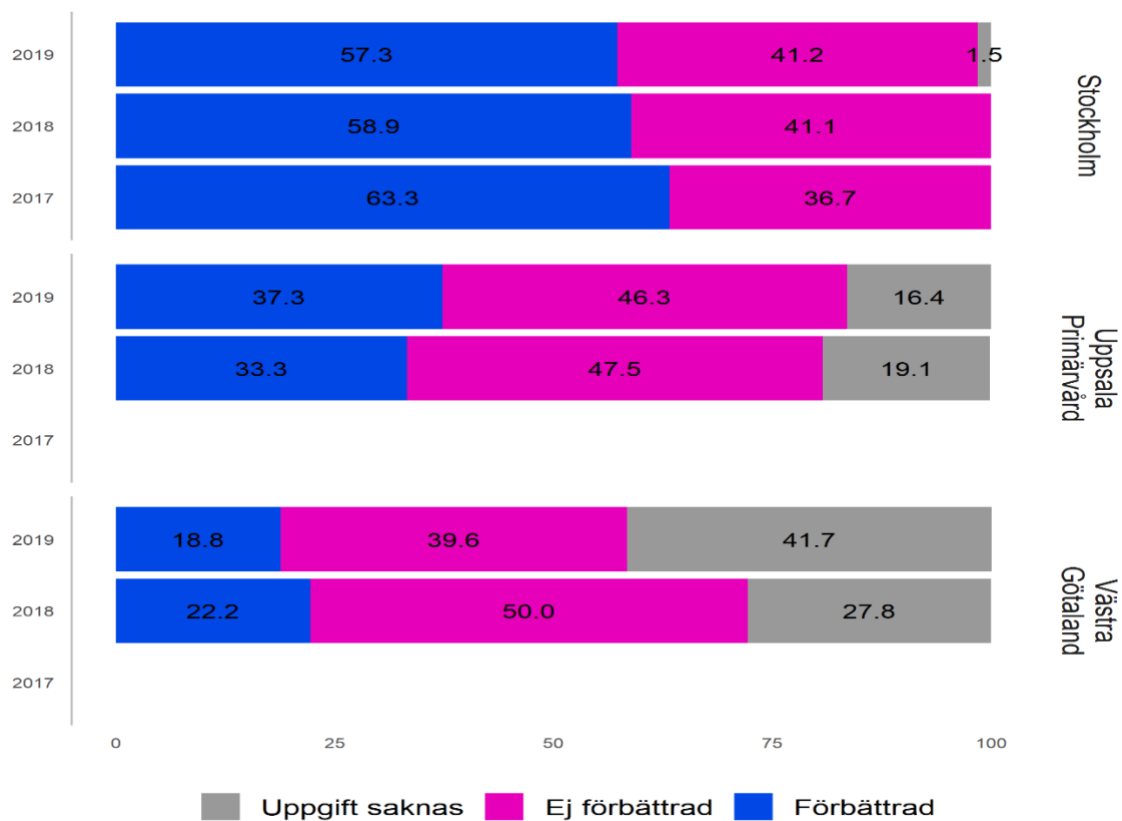
Diagnosgrupp Sömnstörningar

Behandlingsresultat

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

Underlaget avseende ISI-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för regioner och vårdgrenar 2019 finns i tabell A14 i appendix.

Behandlingsresultaten för de tre senaste åren (2017–2019) visas för regioner och vårdgrenar i figur 10, om det finns minst 10 startade behandlingar.



Figur 10. Behandlingsresultat vid sömnbehandling mätt med ISI, 2017–2019

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2019 startades 387 behandlingar för sömn (Stockholm psykiatri, n=199; Uppsala primärvård, n=134, Uppsala psykiatri, n=5, Västernorrland psykiatri, n=1, Västra Götaland, n=48). Av dessa så var totalt 3 procent (10/387) av patienterna yngre eller lika med 19 år gamla.

Program

Patienterna i Stockholm och Uppsala fick behandling med egna utvecklade program (Internetpsykiatrins med 8 moduler och Region Uppsalas med 4 moduler). Patienterna i Västra Götaland och Västernorrland fick behandling med Livandas program Internethjälpen vid sömnproblem (9 moduler). Programmen finns beskrivna på SibeRs websida, Om SibeR.

Diagnoser

Diagnoser som hade satts var F51.0 (11%), G47.0 (63%) och G47.9 (26%). Variationen av satta diagnoser mellan regionerna visas i tabell A15 i Appendix. Uppsala primärvård har en förenklad vårdprocess för IGBT av sömnstörning. Den innebär att patientens bedömda diagnos och behov baseras på ett webbaserat svarsunderlag och journal, dvs utan formell diagnostisk bedömning i de flesta fallen, se även avsnittet om strukturerad diagnostik, figur 7.

Samsjuklighet

Andelen med samsjuklig psykiatrisk diagnos var mycket hög i Uppsala psykiatri (100 %), till skillnad från Stockholm psykiatri där den var cirka 30 procent. För Uppsala primärvård, Västernorrland och Västra Götaland primärvård saknades uppgifter om samsjuklighet i ganska hög grad som gör det mer svårvärderat. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A16 i Appendix.

Den vanligaste specifika samsjukliga diagnosen var recidiverande depression, därefter följt av depressiv episod, generaliserat ångestsyndrom (GAD), social fobi, och utmattningssyndrom i fallande ordning. Enstaka patienter hade paniksyndrom, somatofornt syndrom, OCD, bipolär sjukdom, ätstörning eller ospecifikt ångestsyndrom.

Jämförelse klinisk förändring och behandlarens bedömning

Behandlarna bedömde att 60 procent (167/280) av patienterna var förbättrade jämfört med förändring av patientskattad symtomgrad som gav 54 procent (152/280) kliniskt förbättrade. Det var 29 behandlingar som helt saknade dessa uppgifter varav 10 var saknade eftermätningar. Uppgift saknades också ibland för respektive utfall, se tabell 6.

För beskrivning av metod och tolkning kring beräkning av överensstämmelse mellan klinisk förbättring och behandlarens bedömning med Cohens kappa, hänvisas till avsnittet om depression. För sömnstörning/insomni blev Cohens kappa 0.69 vilket indikerar bra överensstämmelse, se tabell A54 i Appendix.

Att behandlarna i något högre grad bedömde patienten som förbättrad kan bero på att man tar hänsyn till andra faktorer än symtomförändring, benägenhet att tolka positivt, eller att kriteriet $\geq 40\%$ minskning av ISI är något strängt. Behandlarna bedömde fler patienter som ej förbättrade när det saknades eftermätningssvården (16 vs 3 uppgift saknas för klinisk förbättring). Det är sannolikt kopplat till att man känner till att patienten hoppat av behandlingen i förtid.

Tabell 6. Korstabell över klinisk förbättring mätt med patientskattad ISI och behandlarens bedömning av behandlingseffekt för sömnstörning, 2019

Klinisk förbättring	Behandlarens bedömning			Totalt
	Förbättrad	Ej förbättrad	Uppgift saknas	
Förbättrad	138	14	23	175
Ej förbättrad	29	99	36	164
Uppgift saknas	3	16	29	48
Totalt	170	129	88	387

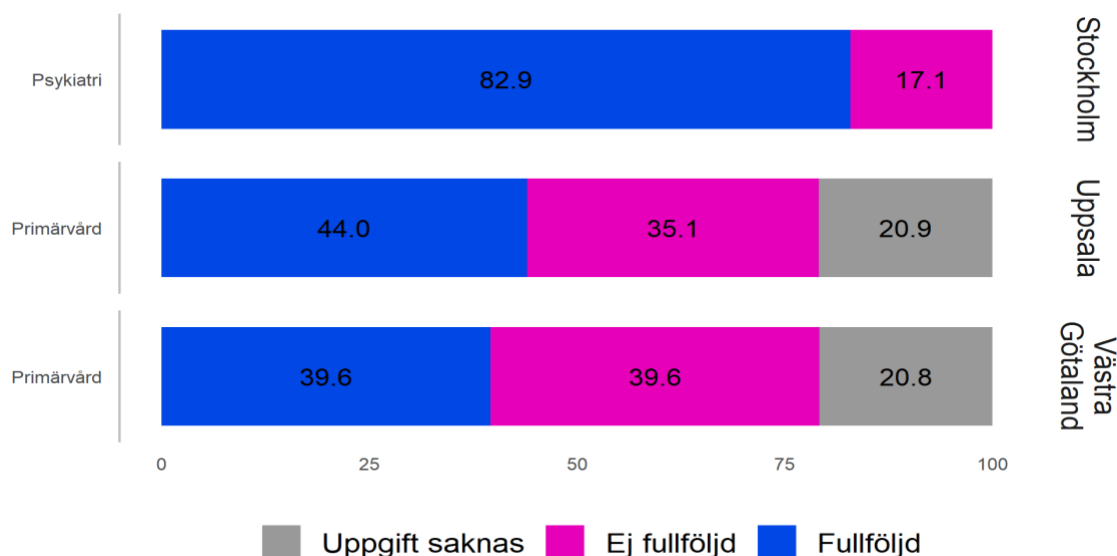
Fullföljandegrad

I online- utdata så visas andelen behandlingar där patienten genomfört minst 50 procent av antalet moduler (behandlingsavsnitt) i programmet utifrån att det bedöms som en minsta nivå för dos som kan ge specifik behandlingseffekt. I årsrapporten kompletterar vi detta med andelar som fullgjort överenskommen behandlingstid och fördelning av kategorier med andel fullföljda moduler.

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för sömnstörning visas i figur 11, om det startades minst 10 behandlingar. Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara individualiserad i överenskommelse mellan patient

och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses om ett avhopp.



Figur 11. Andel sömnbehandlingar där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid i regioner och vårdgrenar, 2019 (n=381)

Andel genomförda moduler

Andelen behandlingar där patienten genomfört 100 procent av modulerna var högst i Uppsala primärvård (45%) och Uppsala psykiatri (40%). I Västra Götaland rapporterades andelen (42%) men där saknades uppgift för 21 % av behandlingarna. Andelen som genomfört 100% av modulerna var lägre i Stockholm psykiatri (22%). Region Uppsalas sömnprogram har 4 moduler till skillnad mot Livandas och Internetpsykiatrins program som har 9 och 8 moduler. Se tabell A17 i appendix för redovisning av andelar i kategorier 0–24, 25–49, 50–74, 75–99 och 100 procent.

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Vid behandling är det väl så angeläget att förbättra funktionsförmåga och hälso-relaterad livskvalitet som att minska symtom. För beskrivning av funktion och livskvalitet samt måtten EQ-5D och WHODAS 2.0–12 frågor, inklusive tolkningshjälp, se avsnittet om depression. Under 2019 använde Stockholm EQ-5D. Uppsala, Västernorrland och Västra Götaland använde WHODAS.

EQ-5D

Medelvärden för EQ-5D- index för Stockholm från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A18 i Appendix. Värdena för EQ-5D-index var oförändrade på gruppnivå efter behandling för sömn.

WHODAS 2.0

Tabell 7 visar andelar behandlingar med förändrad funktion mätt med WHODAS vid sömnbehandling i de regioner som använde formuläret 2019. I hög utsträckning saknas det dock mätvärden vilket gör det svårt att värdera utfallet. Medelvärden för WHODAS från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A19 i Appendix.

Tabell 7. Förändring av funktion mätt med WHODAS-12 frågor vid sömnbehandling, 2019.

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Uppgift saknas	Försämrad	Oförändrad	Förbättrad
Uppsala	Primärvård	134	50% (n = 67)	1.5% (n = 2)	26.1% (n = 35)	22.4% (n = 30)
Uppsala	Psykiatri	5	60% (n = 3)	0% (n = 0)	20% (n = 1)	20% (n = 1)
Västernorrland	Psykiatri	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	48	60.4% (n = 29)	8.3% (n = 4)	22.9% (n = 11)	8.3% (n = 4)

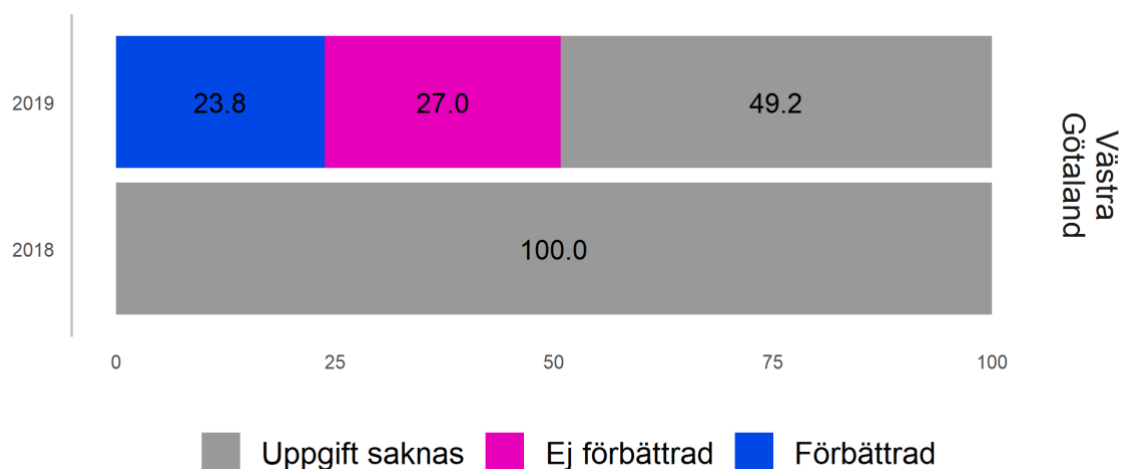
Diagnosgrupp Stressyndrom

Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för stressyndrom mäts med det sjukdomsspecifika måttet Perceived Stress Scale-10 (PSS-10, Cohen et al, 1998) och kriteriet $\geq 30\%$ minskning, för mer detaljerat underlag se dokumentet "Definitioner av klinisk förbättring" på SibeRs statistik-sida, <https://siber.registercentrum.se>. Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS; Besér et al, 2014) som mäter grad av utmattningssyndrom kan också registreras men redovisas inte i denna årsrapport.

Underlaget avseende PSS-10-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2019 finns i tabell A20 i Appendix.

Behandlingsresultaten för de två senaste åren (2018–2019) visas i figur 12 för Västra Götaland, som var den enda anslutna regionen under dessa år som behandlande stressyndrom.



Figur 12. Behandlingsresultat för stressyndrom, mätt med PSS-10, Västra Götaland, 2018 (n=24) och 2019 (n=63)

Behandlingar, program och sammansättning av patientgruppen

Antal behandlingar

Under 2019 registrerades 63 startade behandlingar för stressyndrom i Västra Götaland.

Program

Patienterna fick till största delen behandling med Livandas program Internethjälpen vid Stress (94 %, n=59). Några fick behandling med Livandas program Internethjälpen vid oro (5%, n=3) och för en saknades uppgift om program. Programmen finns beskrivna på SibeRs websida, Om SibeR.

Diagnoser

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 eller ett specifikt ångestsyndrom så att "stress" inte överdiagnostiseras och man kan erbjuda evidensbaserade behandlingar när det är indicerat. Diagnoser som akut- och posttraumatiskt stressyndrom ingår inte i gruppen stressyndrom som avses här eftersom de kräver specifika trauma-inriktade behandlingar.

Här beskrivs kriterierna för de olika stressyndromen eftersom de kan behöva förtydligas.

- **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 försämrad funktion.
- **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.

ICD-diagnoser som hade satts under 2019 i VGR var F43.2 (15.9%, n=10), F43.8 (19%, n=12), F43.9 (58.7%, n=37) och F43.A (4.8%, n=3).

Samsjuklighet

Bedömning av andelen med samsjuklig psykiatrisk diagnos begränsas av att uppgift för detta saknades för 46% (n=29). Av resterande hade 27% (n=18) ingen samsjuklig diagnos, 18% en diagnos (n=11), 6% (n=4) två och 2% (n=1) tre eller fler diagnoser.

Den vanligaste samsjukliga diagnosen var depressiv episod, därefter ospecifikt ångestsyndrom, ospecifik insomni. Enstaka patienter hade anpassningsstörning, GAD, paniksyndrom, social fobi och recidiverande depression.

Jämförelse klinisk förändring och behandlarens bedömning

Behandlarna bedömde att 71 procent (22/31) av patienterna var förbättrade jämfört med förändring av patientskattad symtomgrad som gav 45 procent (14/31) kliniskt förbättrade. Det var 17 behandlingar som helt saknade dessa uppgifter varav 10 var saknade eftermätningar. Uppgift saknades också ibland för respektive utfall, se tabell 8.

För beskrivning av metod och tolkning kring beräkning av överensstämmelse mellan klinisk förbättring och behandlarens bedömning med Cohens kappas, hänvisas till avsnittet om depression. För stressyndrom blev Cohens kappas 0.50 vilket indikerar måttligt bra överensstämmelse, se tabell A54 i Appendix.

Att behandlarna i något högre grad bedömde patienten som förbättrad kan bero på att man tar hänsyn till andra faktorer än symtomförändring, benägenhet att tolka positivt, eller att kriteriet $\geq 30\%$ minskning av PSS-10 är något strängt. Behandlarna bedömde fler patienter som ej förbättrade när det saknades eftermätningensvärden (16 vs 3 uppgift saknas för klinisk förbättring). Det är sannolikt kopplat till att man känner till att patienten hoppat av behandlingen i förtid. Förhoppningsvis ökar andelen behandlingar för stressyndrom där man utvärderat behandlingseffekten under kommande år.

Tabell 8. Korstabell över klinisk förbättring mätt med patientskattad PSS-10 och behandlarens bedömning av behandlingseffekt för stressyndrom, 2019

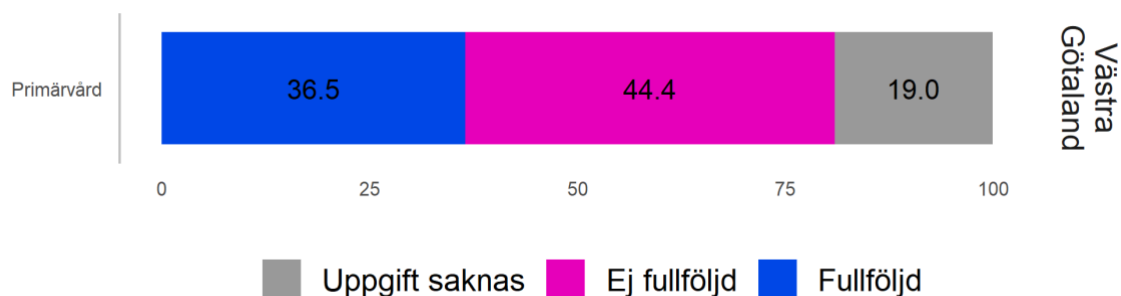
Klinisk förbättring	Behandlarens bedömning			Totalt
	Förbättrad	Ej förbättrad	Uppgift saknas	
Förbättrad	14	0	1	15
Ej förbättrad	8	9	0	17
Uppgift saknas	5	9	17	31
Totalt	27	18	18	63

Fullföljandegrad

I online- utdata så visas andelen behandlingar där patienten genomfört minst 50 procent av antalet moduler (behandlingsavsnitt) i programmet utifrån att det bedöms som en minsta nivå för dos som kan ge specifik behandlingseffekt. I årsrapporten kompletterar vi detta med andelar som fullgjort överenskommen behandlingenslängd och fördelning av kategorier med andel fullföljda moduler.

Överenskommen behandlingenslängd

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingenslängd vid behandling för stressyndrom visas i figur 13. Med överenskommen behandlingenslängd avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara individualiserad i överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses om ett avhopp utan att patienten är förbättrad.



Figur 13. Andel stressbehandlingar där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid 2019 (n=63)

Andel genomförda moduler

Andelen behandlingar där patienten genomfört 100 procent var 41% (n=26), men det saknades uppgift för 18% (n=11). Se tabell A21 i Appendix för redovisning av andelar i kategorier 0–24, 25–49, 50–74, 75–99 och 100 procent.

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Vid behandling är det väl så angeläget att förbättra funktionsförmåga och hälso-relaterad livskvalitet som att minska symtom. För beskrivning av funktion och måttet WHODAS 2.0–12 frågor, inklusive tolkningshjälp, se avsnittet om depression. Under 2019 använde Västra Götaland WHODAS.

WHODAS 2.0

Tabell 9 visar andelar behandlingar med förändrad funktion mätt med WHODAS vid stressbehandling 2019. I hög utsträckning saknas det dock mätvärden vilket gör det svårt att värdera utfallet. Medelvärden för WHODAS från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A22 i Appendix.

Tabell 9. Förändring av funktion mätt med WHODAS-12 frågor vid stressbehandling, 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	Försämrad	Oförändrad	Förbättrad
Västra Götaland	Primärvård	63	66.7% (n = 42)	1.6% (n = 1)	17.5% (n = 11)	14.3% (n = 9)

Diagnosgrupp Ängest- och orosyndrom

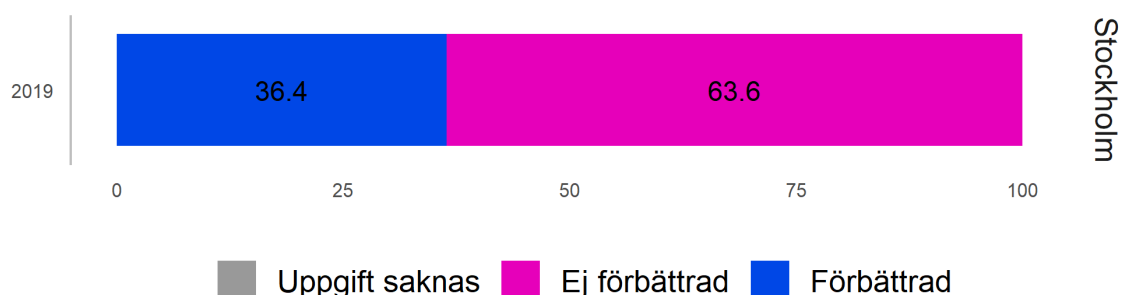
Dysmorfofobi

Behandlingsresultat

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

Underlaget avseende AAI-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2019 finns i tabell A23 i Appendix.

Behandlingsresultaten för 2019 visas i figur 14 för Stockholm, som var den enda anslutna regionen under året som behandlande dysmorfofobi.



Figur 14. Behandlingsresultat för dysmorfofobi mätt med AAI, Stockholm 2019 (n=11)

Behandlingar, program och sammansättning av patientgruppen

Antal behandlingar

Under 2019 registrerades 11 startade behandlingar för dysmorfofobi i Stockholm

Program

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

Samsjuklighet

Nio procent (n=1) hade ingen samsjuklig psykiatrisk diagnos, 45% (n=5) hade en och 36% (n=4) hade två samsjukliga diagnoser. Den vanligaste samsjukliga diagnosen var depressiv episod, därefter ätstörning, GAD och recidiverande depression. Enstaka patienter hade social fobi och anpassningsstörning.

Jämförelse klinisk förändring och behandlarens bedömning

Behandlarna bedömde att 54 procent (5/11) av patienterna var förbättrade jämfört med klinisk förbättring enligt förändring av patientskattad symtomgrad som gav 46 procent (4/11) kliniskt förbättrade, se tabell 10. Uppgifterna var kompletta.

För beskrivning av metod och tolkning kring beräkning av överensstämmelse mellan klinisk förbättring och behandlarens bedömning med Cohen's kapp, hänvisas till avsnittet om depression. För dysmorfofobi blev Cohen's kapp 0.81 vilket indikerar mycket bra överensstämmelse, se tabell A54 i Appendix.

Tabell 10. Korstabell över klinisk förbättring mätt med patientskattad AAI och behandlarens bedömning av behandlingseffekt för dysmorfofobi, 2019

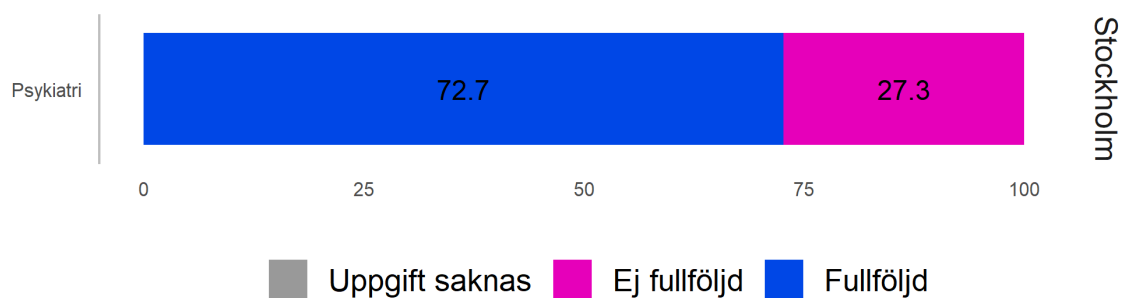
Klinisk förbättring	Behandlarens bedömning			Totalt
	Förbättrad	Ej förbättrad	Uppgift saknas	
Förbättrad	4	0	0	4
Ej förbättrad	1	6	0	7
Uppgift saknas	0	0	0	0
Totalt	5	6	0	11

Fullföljandegrad

I online- utdata så visas andelen behandlingar där patienten genomfört minst 50 procent av antalet moduler (behandlingsavsnitt) i programmet utifrån att det bedöms som en minsta nivå för dos som kan ge specifik behandlingseffekt. I årsrapporten kompletterar vi detta med andelar som fullgjort överenskommen behandlingstid och fördelning av kategorier med andel fullföljda moduler.

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för dysmorfofobi visas i figur 15. Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara individualiserad i överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses om ett avhopp utan att patienten är förbättrad.



Figur 15. Andel behandlingar för dysmorfofobi där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid 2019 (n=11)

Andel genomförda moduler

Andelen behandlingar där patienten genomfört 100 procent av modulerna var 36% (n=4). Se tabell A24 i Appendix för redovisning av andelar i kategorier 0–24, 25–49, 50–74, 75–99 och 100 procent.

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Vid behandling är det väl så angeläget att förbättra funktionsförmåga och hälso-relaterad livskvalitet som att minska symtom. För beskrivning av funktion och livskvalitet samt måttet EQ-5D, se avsnittet om depression. Under 2019 använde Stockholm EQ-5D. Medelvärden för EQ-5D-index ökade från behandlingsstart till behandlingsavslut. Medelvärden för EQ-5D-index från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A25 i Appendix.

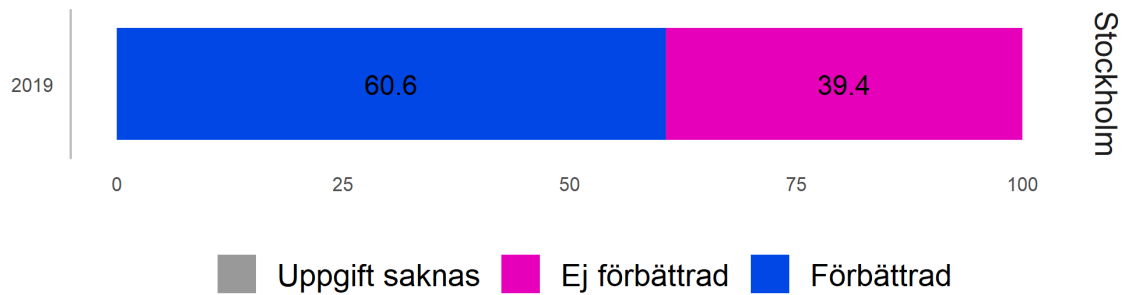
Tvångssyndrom

Behandlingsresultat

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

Underlaget avseende OCI-R-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2019 finns i tabell A26 i Appendix.

Behandlingsresultaten för 2019 visas i figur 16 för Stockholm, som var den enda anslutna regionen under året som behandlade minst 10 patienter.



Figur 16. Behandlingsresultat för tvångssyndrom mätt med OCI-R, Stockholm 2019 (n=33)

Behandlingar, program och sammansättning av patientgruppen

Antal behandlingar

Under 2019 registrerades 38 startade behandlingar för tvångssyndrom (Stockholm, n=33; Västernorrland, n=1, Västra Götaland, n=4). Av dessa var 8 procent (3/38) yngre än eller 19 år gamla.

Program

Patienterna i Stockholm fick behandling med Psykiatri Sydvästs program för tvångssyndrom. Patienten i Västernorrland fick behandling med Livandas program Internethjälpen för ångest. Tre patienter i Västra Götaland fick behandling med Livandas program Internethjälpen för ångest och en med Livandas program Internethjälpen för oro. Programmen finns beskrivna på SibeRs websida, Om SibeR.

Diagnoser

Diagnoser som hade satts var F42.9 Tvångssyndrom (11%) och F42.2 Tvångstankar och tvångshandlingar (89%).

Samsjuklighet

I Stockholm hade 61 procent (n=20) ingen samsjuklig psykiatrisk diagnos. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A27 i appendix.

Den vanligaste samsjukliga diagnosen var GAD, därefter depressiv episod och autismspektrumstörning i fallande ordning. Enstaka patienter hade ADHD, personlighetssyndrom, social fobi, insomni och specifik fobi.

Jämförelse klinisk förändring och behandlarens bedömning

Behandlarna bedömde att 62 procent (20/32) av patienterna var förbättrade jämfört med förändring av patientskattad symtomgrad som gav 59 procent (19/32) kliniskt förbättrade, se tabell 11. Det var en behandling som saknade dessa uppgifter, uppgift saknades också ibland för respektive utfall.

För beskrivning av metod och tolkning kring beräkning av överensstämmelse mellan klinisk förbättring och behandlarens bedömning med Cohens kappas, hänvisas till avsnittet om depression. För tvångssyndrom blev Cohens kappas 0.41 vilket indikerar måttligt bra överensstämmelse, se tabell A54 i Appendix.

Att behandlarnas bedömning och patientens skattning med $\geq 40\%$ minskning av OCI-R överensstämmer måttlig bra, trots liknande andelar förbättrade, kan bero på flera faktorer. Behandlaren kan beakta andra aspekter än symtomnivå. Andra skäl skulle kunna vara svarsstilar hos patienter eller att OCI-R täcker ett symtomspektrum för olika typer av tvångssyndrom vilket skulle kunna göra OCI-R mindre responsivt om problematiken handlar om ett avgränsat symtomområde. Årsrapporten för 2019 är första året för utvärdering av tvångssyndrom och vi kommer fortsatt analysera hur måttet OCI-R fungerar.

Tabell 11. Korstabell över klinisk förbättring mätt med patientskattad OCI-R och behandlarnas bedömning av behandlingseffekt för tvångssyndrom, 2019

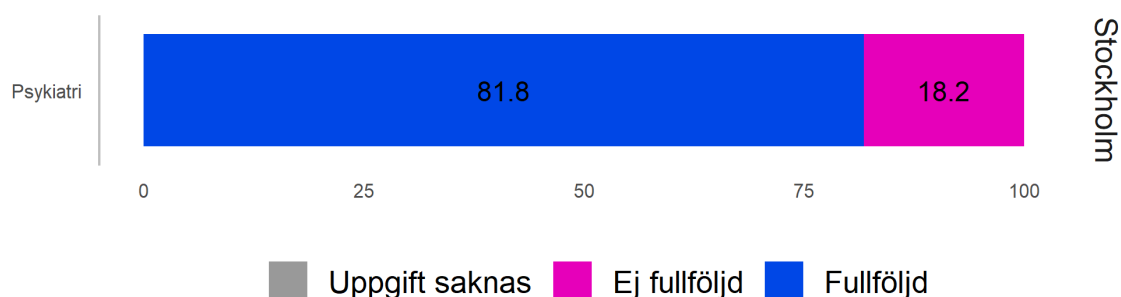
Klinisk förbättring	Behandlarnas bedömning			Totalt
	Förbättrad	Ej förbättrad	Uppgift saknas	
Förbättrad	15	4	1	20
Ej förbättrad	5	8	0	13
Uppgift saknas	2	2	1	5
Totalt	22	14	2	38

Fullföljandegrad

I online- utdata så visas andelen behandlingar där patienten genomfört minst 50 procent av antalet moduler (behandlingsavsnitt) i programmet utifrån att det bedöms som en minsta nivå för dos som kan ge specifik behandlingseffekt. I årsrapporten kompletterar vi detta med andelar som fullgjort överenskommen behandlingstid och fördelning av kategorier med andel fullföljda moduler.

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för tvångssyndrom visas i figur 17, om det finns minst 10 startade behandlingar. Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara individualiserad i överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses som ett avhopp utan att patienten är förbättrad.



Figur 17. Andel behandlingar för tvångssyndrom där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid 2019 (n=33)

Andel genomförda moduler

Andelen behandlingar där patienten genomfört 100 procent av modulerna var 54% i Stockholm (18/33), 50% i VGR (2/4) och 100% i Västernorrland (1/1). Se tabell A28 i Appendix för redovisning av andelar i kategorier 0–24, 25–49, 50–74, 75–99 och 100 procent.

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Vid behandling är det väl så angeläget att förbättra funktionsförmåga och hälso-relaterad livskvalitet som att minska symtom. För beskrivning av funktion och livskvalitet samt måtten EQ-5D och WHODAS 2.0–12 frågor, inklusive tolkningshjälp, se avsnittet om depression. Under 2019 använde Stockholm EQ-5D. Västernorrland och Västra Götaland använde WHODAS.

EQ-5D

Medelvärden för EQ-5D- index för Stockholm från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A29 i Appendix. Värdena för EQ-5D-index förbättrades på gruppnivå med behandling för tvångssyndrom.

WHODAS 2.0

Medelvärden för WHODAS från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A30 i Appendix för patienter i Västernorrland (n=1) och Västra Götaland. (n=4).

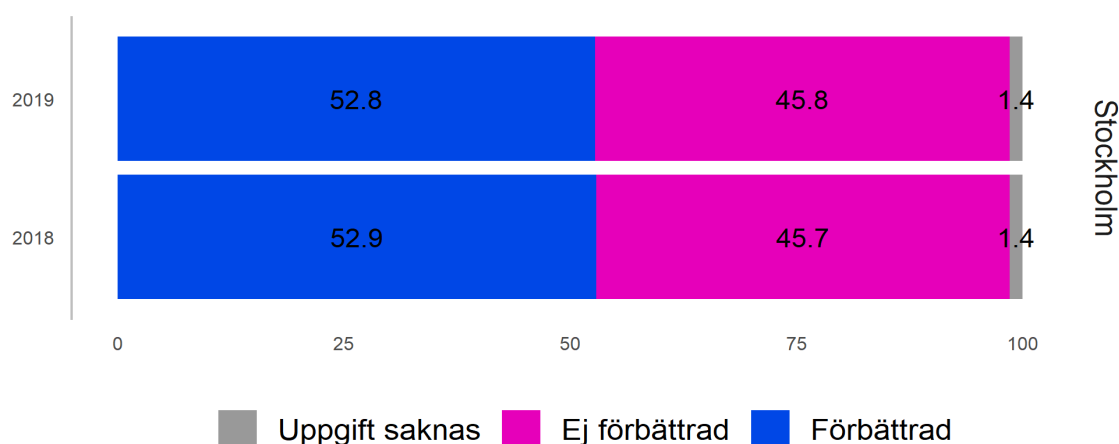
Hälsöångest

Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för tvångssyndrom mäts med det sjukdomsspecifika måttet Short Health Anxiety Inventory (SHAI-14; Salkovskis et al, 2002) och kriteriet ≥ 30 % minskning, för mer detaljerat underlag se dokumentet ”Definitioner av klinisk förbättring” på SibeRs statistik-sida, <https://siber.registercentrum.se>.

Underlaget avseende SHAI-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2019 finns i tabell A31 i Appendix.

Behandlingsresultaten för 2019 och 2018 visas i figur 18 för Stockholm, som var den enda anslutna regionen under året som behandlande minst 10 patienter under dessa år.



Figur 18. Behandlingsresultat för hälsöångest mätt med SHAI-14, 2019 (n=144), 2018 (n=138)

Behandlingar, program och sammansättning av patientgruppen

Antal behandlingar

Under 2019 registrerades 146 startade behandlingar för hälsoångest (Stockholm, n=144; Västra Götaland, n=2). Av dessa var 1 procent (2/146) yngre än eller 19 år gamla.

Program

Patienterna i Stockholm fick behandling med Internetpsykiatri program för hälsoångest. En patient i Västra Götaland fick behandling med Livandas program Internethjälpen för ångest och en med Livandas program Internethjälpen för oro. Programmen finns beskrivna på SibeRs websida, Om SibeR.

Diagnoser

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

Samsjuklighet

I Stockholm hade 59 procent (n=85) ingen samsjuklig psykiatrisk diagnos. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A32 i appendix.

Den vanligaste samsjukliga diagnosen var GAD, därefter recidiverande depression, paniksyndrom, insomni, social fobi, agorafobi, ADHD och dystymi i fallande ordning.

Jämförelse klinisk förändring och behandlarens bedömning

Behandlarna bedömde att 50 procent (71/141) av patienterna var förbättrade jämfört med förändring av patientskattad symtomgrad som gav 53 procent (75/141) kliniskt förbättrade, se tabell 12. Uppgift saknades ibland för respektive utfall.

För beskrivning av metod och tolkning kring beräkning av överensstämmelse mellan klinisk förbättring och behandlarens bedömning med Cohen's kapp, hänvisas till avsnittet om depression. För hälsoångest blev Cohen's kapp 0.66 vilket indikerar bra överensstämmelse, se tabell A54 i Appendix.

Behandlarnas bedömning och kriteriet $\geq 30\%$ minskning av SHAI-14 förefaller alltså bägge fungera bra som mått på förändring i gruppen av 141 behandlingar för hälsoångest.

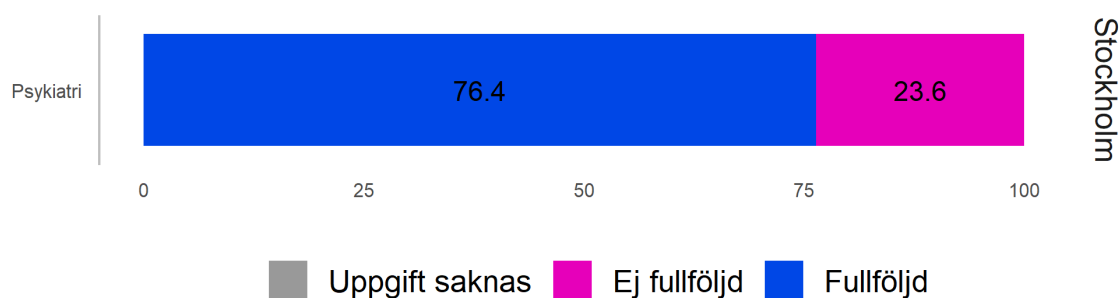
Tabell 12. Korstabell över klinisk förbättring mätt med patientskattad SHAI och behandlarens bedömning av behandlingseffekt för hälsoångest, 2019

Klinisk förbättring	Behandlarens bedömning			Totalt
	Förbättrad	Ej förbättrad	Uppgift saknas	
Förbättrad	61	14	1	76
Ej förbättrad	10	56	0	66
Uppgift saknas	1	3	0	4
Totalt	72	73	1	146

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för hälsoångest visas i figur 19, om det finns minst 10 startade behandlingar. Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av

programutvecklaren, men kan också vara individualiserad i överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses som ett avhopp utan att patienten är förbättrad.



Figur 19. Andel behandlingar för hälsoångest där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid 2019 (n=144)

Andel genomförda moduler

Andelen behandlingar där patienten genomfört 100 procent av modulerna var 15% i Stockholm (21/144) och 50% i VGR (1/2). Se tabell A33 i Appendix för redovisning av andelar i kategorier 0–24, 25–49, 50–74, 75–99 och 100 procent.

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Vid behandling är det väl så angeläget att förbättra funktionsförmåga och hälso-relaterad livskvalitet som att minska symtom. För beskrivning av funktion och livskvalitet samt måtten EQ-5D och WHODAS 2.0–12 frågor, inklusive tolkningshjälp, se avsnittet om depression. Under 2019 använde Stockholm EQ-5D och Västra Götaland använde WHODAS.

EQ-5D

Medelvärden för EQ-5D-index för Stockholm från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A34 i Appendix. Värdena för EQ-5D-index förbättrades på gruppnivå med behandling för hälsoångest.

WHODAS 2.0

Medelvärden för WHODAS från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A35 i Appendix för patienter i Västra Götaland. (n=2).

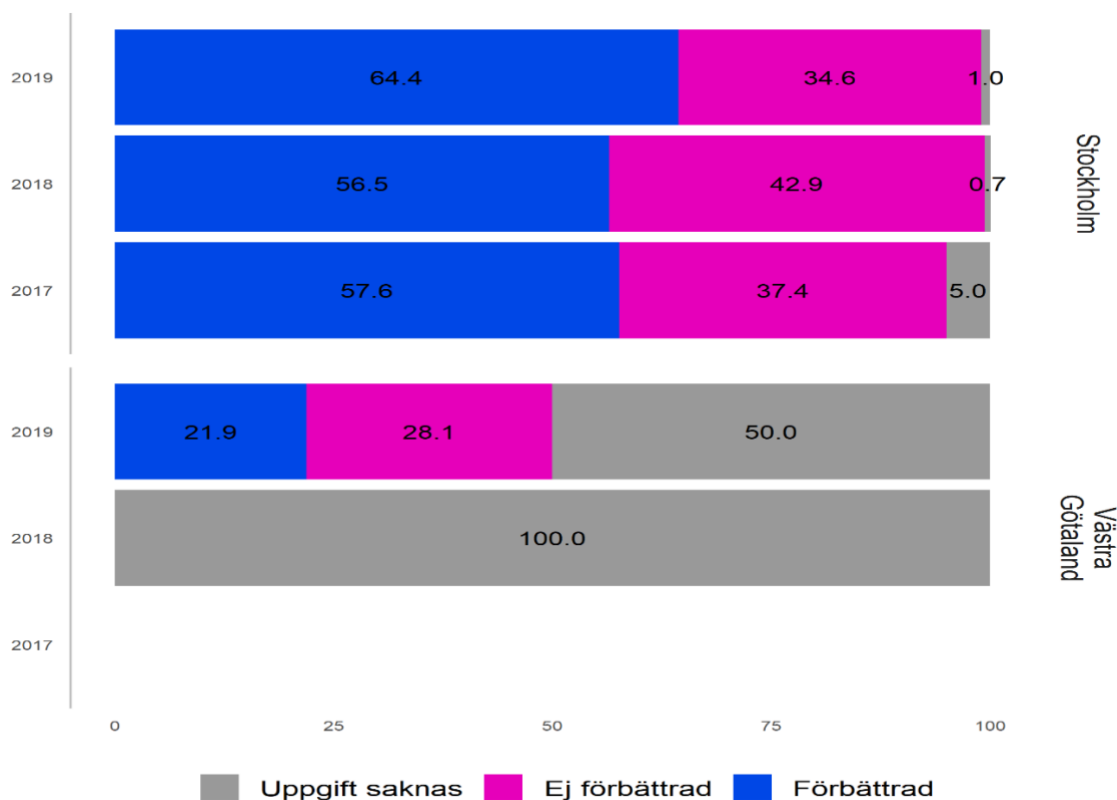
Paniksyndrom

Behandlingsresultat

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

Underlaget avseende PDSS-SR-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2019 finns i tabell A36 i Appendix.

Behandlingsresultaten för 2019, 2018 och 2017 visas i figur 20.



Figur 20. Behandlingsresultat för paniksyndrom mätt med PDSS-SR, Stockholm (2019, n=104; 2018, n=147, 2017, n=129) och Västra Götaland (2019, n=32; 2018, n=14)

Behandlingar, program och sammansättning av patientgruppen

Antal behandlingar

Under 2019 registrerades 134 startade behandlingar för paniksyndrom (Stockholm, n=104; Västra Götaland, n=32). Av dessa var 1 procent (2/134) yngre än eller 19 år gamla.

Program

Patienterna i Stockholm fick behandling med Internetpsykiatri program för paniksyndrom. Trettio patienter i Västra Götaland fick behandling med Livandas program Internethjälpen för ångest och två med Livandas program Internethjälpen för oro. Programmen finns beskrivna på SibeRs websida, Om SibeR.

Diagnoser

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

Samsjuklighet

I Stockholm hade 30 procent (n=31) och i VGR 31 procent (n=10) ingen samsjuklig psykiatrisk diagnos. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A37 i appendix.

Den vanligaste samsjukliga diagnosen var agorafobi, därefter social fobi, GAD, recidiverande depression, depressiv episod i fallande ordning, samt ett flertal andra diagnoser.

Jämförelse klinisk förändring och behandlarens bedömning

Behandlarna bedömde att 68 procent (73/115) av patienterna var förbättrade jämfört med förändring av patientskattad symtomgrad som gav 64 procent (73/115) kliniskt förbättrade, se tabell 13. Det var 4 behandlingar som saknade dessa uppgifter, alla var saknade eftermätningar. Uppgift saknades också ibland för respektive utfall.

För beskrivning av metod och tolkning kring beräkning av överensstämmelse mellan klinisk förbättring och behandlarens bedömning med Cohen's kapp, hänvisas till avsnittet om depression. För paniksyndrom blev Cohen's kapp 0.63 vilket indikerar bra överensstämmelse, se tabell A54 i Appendix.

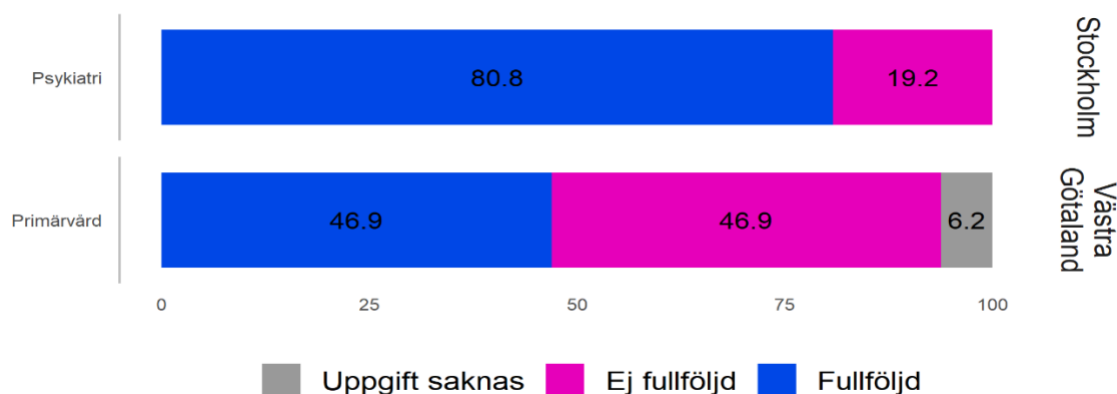
Behandlarnas bedömning och kriteriet $\geq 40\%$ minskning av PDSS-SR förefaller alltså bägge fungera bra som mått på förändring i gruppen av 115 behandlingar för paniksyndrom.

Tabell 13. Korstabell över klinisk förbättring mätt med patientskattad PDSS-SR och behandlarens bedömning av behandlingseffekt för paniksyndrom, 2019t

Klinisk förbättring	Behandlarens bedömning			Totalt
	Förbättrad	Ej förbättrad	Uppgift saknas	
Förbättrad	66	7	1	74
Ej förbättrad	12	30	3	45
Uppgift saknas	6	7	4	17
Totalt	84	44	8	136

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för paniksyndrom för 2019 visas i figur 21, om det finns minst 10 startade behandlingar. Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara individualiserad i överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses som ett avhopp utan att patienten är förbättrad. Det förekommer dock att behandlingar avslutas tidigare på grund av uppnådd behandlingseffekt, kanske vanligast vid paniksyndrom där enbart psyko-pedagogik kan ha stor inverkan.



Figur 21. Andel behandlingar för paniksyndrom där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid 2019 (Stockholm, n=104; VGR, n=32)

Andel genomförda moduler

Andelen behandlingar där patienten genomfört 100 procent av modulerna var 29% i Stockholm (30/104) och 44% i VGR (14/32). Se tabell A38 i Appendix för redovisning av andelar i kategorier 0–24, 25–49, 50–74, 75–99 och 100 procent.

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Vid behandling är det väl så angeläget att förbättra funktionsförmåga och hälso-relaterad livskvalitet som att minska symtom. För beskrivning av funktion och livskvalitet samt måtten EQ-5D och WHODAS 2.0–12 frågor, inklusive tolkningshjälp, se avsnittet om depression. Under 2019 använde Stockholm EQ-5D och Västra Götaland använde WHODAS.

EQ-5D

Medelvärden för EQ-5D- index för Stockholm från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A39 i Appendix. Värdena för EQ-5D-index förbättrades på gruppnivå med behandling för paniksyndrom.

WHODAS 2.0

Tabell 14 visar andelar behandlingar med förändrad funktion mätt med WHODAS vid behandling för paniksyndrom 2019. I hög utsträckning saknas det dock mätvärden vilket gör det svårt att värdera utfallet. Medelvärden för WHODAS från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A40 i Appendix.

Tabell 14. Förändring av funktion mätt med WHODAS-12 frågor vid behandling för paniksyndrom, 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	Försämrad	Oförändrad	Förbättrad
Västra Götaland	Primärvård	32	50% (n = 16)	0% (n = 0)	31.2% (n = 10)	18.8% (n = 6)

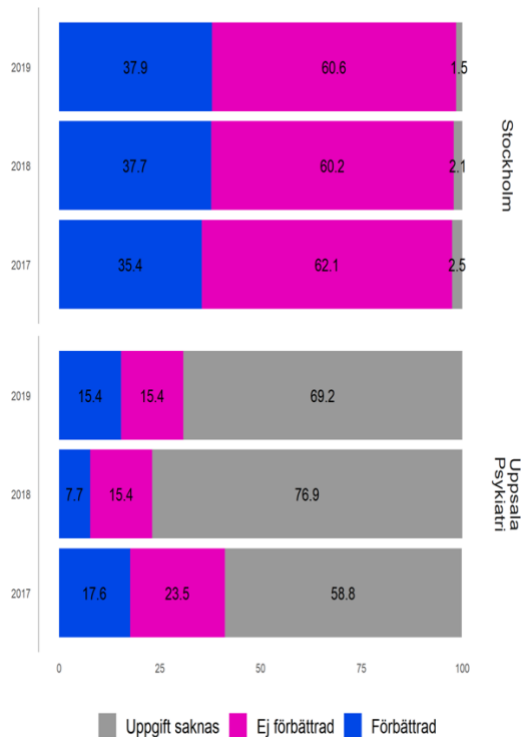
Social fobi

Behandlingsresultat

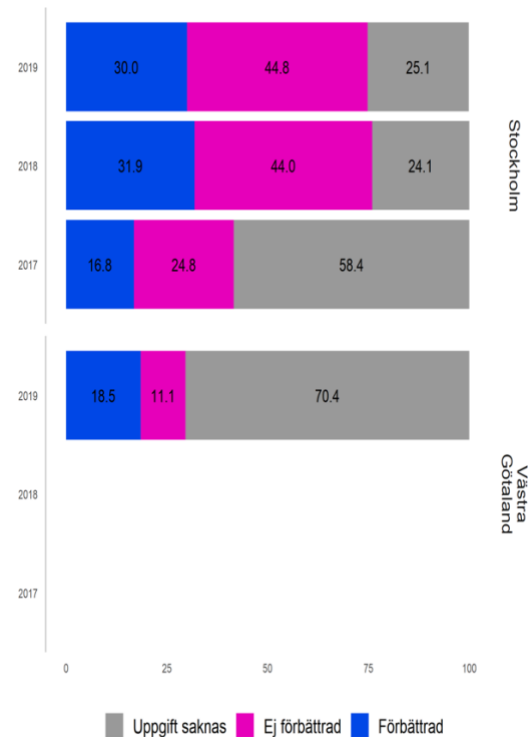
Andelen förbättrade vid behandling för social fobi mättes under 2019 med det sjukdomsspecifika måttet Liebowitch Social Anxiety Scale-Self Assessment (LSAS-SR Fresco, 2001) och kriteriet ≥ 30 % minskning, för mer detaljerat underlag se dokumentet ”Definitioner av klinisk förbättring” på SibeRs statistik-sida, <https://siber.registercentrum.se>.

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 valde SibeR att gå över till formuläret Social Phobia Inventory (SPIN; O'Connor et al, 2000) som omfattar 17 frågor från årsskiftet 2019/2020. SPIN hade redan använts som ett alternativt mått och vi redovisar därför även behandlingsresultaten för de regioner som använde SPIN under 2018–2019. En preliminär analys hade lett fram till att sätta kriteriet för behandlingseffekt på ≥ 30 % minskning även för SPIN.

Underlaget avseende LSAS-SR-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för regioner och vårdgrenar 2019 finns i tabell A41 och för SPIN i tabell A42 i Appendix. Behandlingsresultaten för de tre senaste åren (2017–2019) visas för regioner och vårdgrenar i figur 22 för LSAS-SR och figur 23 för SPIN, om det finns minst 10 startade behandlingar. Observera att det inte är exakt samma individer för SPIN och för LSAS-SR.



Figur 22. Behandlingsresultat för social fobi, mätt med förändring av LSAS-SR, 2017–2019



Figur 23. Behandlingsresultat för social fobi, mätt med förändring av SPIN, 2017–2019

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2019 startades 244 behandlingar för social fobi (Stockholm psykiatri, n=203, Uppsala psykiatri, n=13, Västernorrland psykiatri, n=1, Västra Götaland, n=27). Av dessa så var totalt 9 procent (21/244) av patienterna yngre eller lika med 19 år gamla.

Program

Patienterna i Stockholm och Uppsala fick behandling med egna utvecklade program (Internetpsykiatris-, och Region Uppsalas program för social fobi). Patienten i Västernorrland och 17 patienter i Västra Götaland fick behandling med Livandas program Internethjälpen vid ångest. I Västra Götaland fick även två patienter behandling med Livandas program Internethjälpen vid oro, och för 8 patienter fanns det inte registrerat. Programmen finns beskrivna på SibeRs websida, Om SibeR.

Diagnoser

ICD-diagnosen som hade satts var F40.1.

Samsjuklighet

I Stockholm hade 61 procent (123/244), i VGR 33 procent (9/27) och i Uppsala psykiatri 0 procent (0/13) ingen samsjuklig psykiatrisk diagnos. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A43 i appendix.

Den vanligaste samsjukliga diagnosen var recidiverande depression, därefter GAD, paniksyndrom, depressiv episod, insomni, ADHD, bipolär sjukdom, autismspektrumstörning i fallande ordning samt några fler diagnoser.

Jämförelse klinisk förändring och behandlarens bedömning

Behandlarna bedömde att 61 procent (96/158) av patienterna var förbättrade jämfört med förändring av patientskattad symtomgrad med LSAS-SR som gav 42 procent (66/158) kliniskt förbättrade, se tabell 15. Dessa uppgifter saknades för 20 behandlingar varav 10 var saknade eftermätningar. Uppgift saknades också ibland för respektive utfall.

För beskrivning av metod och tolkning kring beräkning av överensstämmelse mellan klinisk förbättring och behandlarens bedömning med Cohens kappas, hänvisas till avsnittet om depression. För social fobi blev Cohens kappas 0.46 vilket indikerar måttligt bra överensstämmelse, se tabell A54 i Appendix.

Att behandlarna i högre grad bedömde patienten som förbättrad kan bero på att man tar hänsyn till andra faktorer än symtomförändring, benägenhet att tolka positivt, eller att kriteriet $\geq 30\%$ minskning av LSAS-SR är något strängt. Behandlarna bedömde fler patienter som ej förbättrade när det saknades eftermätningensvärden (50 vs 14 uppgift saknas för klinisk förbättring). Det är sannolikt kopplat till att man känner till att patienten hoppat av behandlingen i förtid.

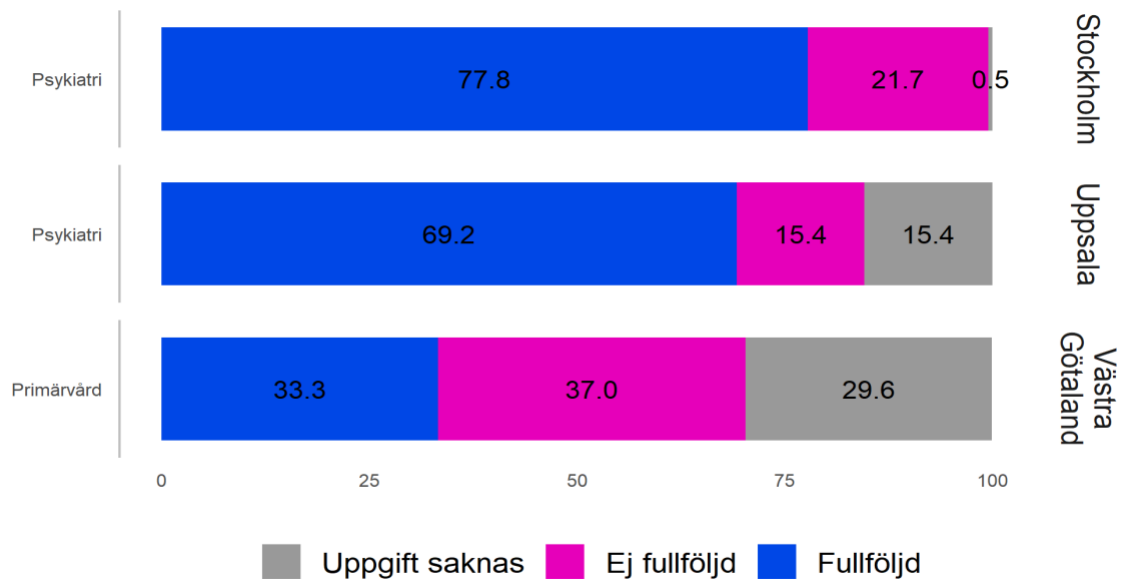
Tabell 15. Korstabell över klinisk förbättring mätt med patientskattad LSAS-SR och behandlarens bedömning av behandlingseffekt för social fobi, 2019

Klinisk förbättring	Behandlarens bedömning			Totalt
	Förbättrad	Ej förbättrad	Uppgift saknas	
Förbättrad	59	7	0	66
Ej förbättrad	37	55	2	94
Uppgift saknas	14	50	20	84
Totalt	110	112	22	244

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för social fobi för 2019 visas i figur 24, om det finns minst 10 startade behandlingar. Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara individualiserad i

överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses som ett avhopp utan att patienten är förbättrad.



Figur 24. Andel behandlingar för social fobi där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2019

Andel genomförda moduler

Andelen behandlingar där patienten genomfört 100 procent av modulerna var 8% (1/13) i Uppsala psykiatri, 21% (43/203) i Stockholm och 30% (8/27) i VGR. Se tabell A44 i Appendix för redovisning av andelar i kategorier 0–24, 25–49, 50–74, 75–99 och 100 procent.

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Vid behandling är det väl så angeläget att förbättra funktionsförmåga och hälso-relaterad livskvalitet som att minska symtom. För beskrivning av funktion och livskvalitet samt måtten EQ-5D och WHODAS 2.0–12 frågor, inklusive tolkningshjälp, se avsnittet om depression. Under 2019 använde Stockholm EQ-5D. Uppsala, Västernorrland och Västra Götaland använde WHODAS.

EQ-5D

Medelvärden för EQ-5D- index för Stockholm från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A45 i Appendix. Värdena för EQ-5D-index förbättrades inte på gruppnivå med behandling för social fobi.

WHODAS 2.0

Tabell 16 visar andelar behandlingar med förändrad funktion mätt med WHODAS vid behandling för social fobi 2019. I hög utsträckning saknas det dock mätvärden vilket gör det svårt att värdera utfallet. Medelvärden för WHODAS från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A46 i Appendix.

Tabell 16. Förändring av funktion mätt med WHODAS-12 frågor vid behandling för social fobi, 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	Försämrad	Oförändrad	Förbättrad
Uppsala	Psykiatri	13	100% (n = 13)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	27	59.3% (n = 16)	7.4% (n = 2)	22.2% (n = 6)	11.1% (n = 3)

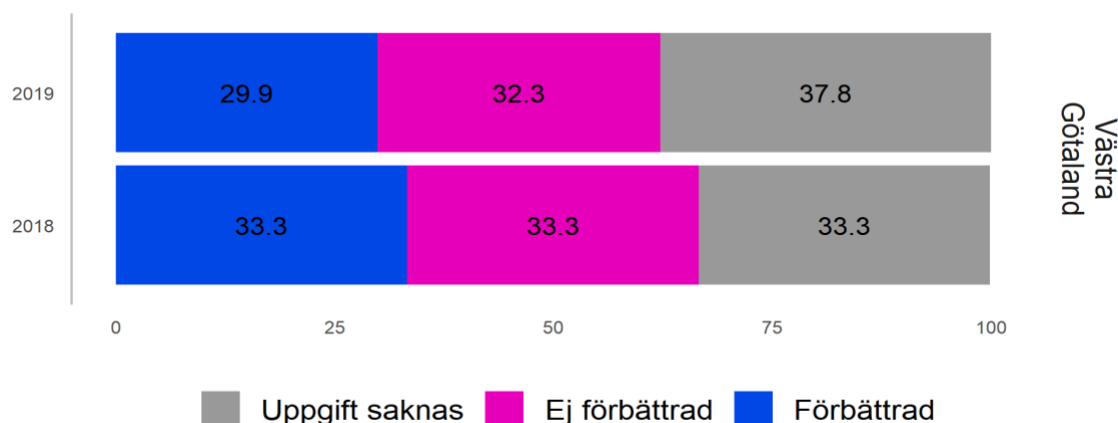
Generaliserat och ospecifikt ångestsyndrom

Behandlingsresultat

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

Underlaget avseende GAD-7-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2019 finns i tabell A47 i Appendix.

Behandlingsresultaten för 2019 och 2018 visas i figur 25, om det finns minst 10 startade behandlingar.



Figur 25. Behandlingsresultat för generaliserat och ospecifikt ångestsyndrom mätt med GAD-7, 2019 (n=127) och 2018 (n=71)

Behandlingar, program och sammansättning av patientgruppen

Antal behandlingar

Under 2019 registrerades 129 startade behandlingar för GAD och ospecifikt ångestsyndrom (Västernorrland, n=2; Västra Götaland, n=127). Av dessa var 8 procent (10/129) för yngre än eller 19 år gamla patienter.

Program

Patienterna i Västernorrland fick behandling med Livandas program Internethjälpen för oro.

Sextioen procent (n=77) av patienterna i Västra Götaland fick behandling med Livandas program Internethjälpen för ångest, 36% (n=46) med Internethjälpen för oro, 2% (n=2) med Internethjälpen för stress och 1% (n=1) fick behandling med Psykologparterners program Ångesthjälp Ung. Programmen finns beskrivna på SibeRs websida, Om SibeR.

Diagnoser

ICD-diagnoser som hade satts var F41.1 Generaliserat ångestsyndrom (Västernorrland, n=1; VGR, n=50) och F41.9 Ospecifikt ångestsyndrom (Västernorrland, n=1; VGR, n=77).

Samsjuklighet

I Västernorrland hade båda patienterna en samsjuklig psykiatrisk diagnos. I Västra Götaland saknades uppgift om samsjuklighet för 46%, men 18% rapporterades ha ingen samsjuklig diagnos. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A48 i appendix.

Den vanligaste samsjukliga diagnosen var depressiv episod, därefter paniksyndrom, social fobi, insomni, recidiverande depression, utmattningssyndrom och anpassningsstörning i fallande ordning.

Jämförelse klinisk förändring och behandlarens bedömning

Behandlarna bedömde att 61 procent (47/77) av patienterna var förbättrade jämfört med förändring av patientskattad symtomgrad som gav 48 procent (37/77) kliniskt förbättrade, se tabell 17. Dessa uppgifter saknades för 28 behandlingar varav 24 var saknade eftermätningar. Uppgift saknades också ibland för respektive utfall.

För beskrivning av metod och tolkning kring beräkning av överensstämmelse mellan klinisk förbättring och behandlarens bedömning med Cohens kappas, så hänvisas till avsnittet om depression. För generaliserat och ospecifikt ångestsyndrom blev Cohens kappas 0.38 vilket indikerar måttligt dålig överensstämmelse, se tabell A54 i Appendix.

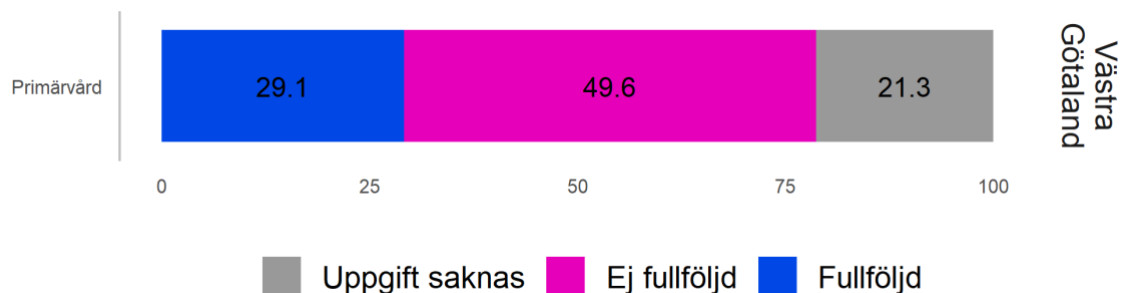
Att behandlarna i högre grad bedömde patienten som förbättrad kan bero på att man tar hänsyn till andra faktorer än symtomförändring, benägenhet att tolka positivt, eller att kriteriet $\geq 40\%$ minskning av GAD-7 är något strängt. Behandlarna bedömde fler patienter som ej förbättrade när det saknades eftermätningensvärden (14 vs 7 uppgift saknas för klinisk förbättring). Det är sannolikt kopplat till att man känner till att patienten hoppat av behandlingen i förtid.

Tabell 17. Korstabell över klinisk förbättring mätt med patientskattad GAD-7 och behandlarens bedömning av behandlingseffekt för GAD och ospecifikt ångestsyndrom 2019t

Klinisk förbättring	Behandlarens bedömning			Totalt
	Förbättrad	Ej förbättrad	Uppgift saknas	
Förbättrad	30	7	1	38
Ej förbättrad	17	23	2	42
Uppgift saknas	7	14	28	49
Totalt	54	44	31	129

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för GAD och ospecifikt ångestsyndrom för 2019 visas i figur 26, om det finns minst 10 startade behandlingar. Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara individualiserad i överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses som ett avhopp utan att patienten är förbättrad.



Figur 26. Andel behandlingar för GAD och ospecifikt ångestsyndrom där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2019

Andel genomförda moduler

Andelen behandlingar där patienten genomfört 100 procent av modulerna var 50% (1/2) i Västernorrland, 35% (45/127) i Västra Götaland men här sakades också uppgift om 21% av behandlingarna. Se tabell A49 i Appendix för redovisning av andelar i kategorier 0–24, 25–49, 50–74, 75–99 och 100 procent.

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Vid behandling är det väl så angeläget att förbättra funktionsförmåga och hälso-relaterad livskvalitet som att minska symtom. För beskrivning av funktion och måttet WHODAS 2.0–12 frågor, inklusive tolkningshjälp, se avsnittet om depression. Under 2019 använde Västernorrland och Västra Götaland WHODAS.

WHODAS 2.0

Tabell 18 visar andelar behandlingar med förändrad funktion mätt med WHODAS vid behandling för GAD och ospecifikt ångestsyndrom 2019. I hög utsträckning saknas det dock mätvärden vilket gör det svårt att värdera utfallet. Medelvärden för WHODAS från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning visas i tabell A50 i Appendix.

Tabell 18 Förändring av funktion mätt med WHODAS-12 frågor vid behandling för GAD och ospecifikt ångestsyndrom, 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	Försämrad	Oförändrad	Förbättrad
Västernorrland	Psykiatri	2	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	50% (n = 1)
Västra Götaland	Primärvård	127	60.6% (n = 77)	2.4% (n = 3)	20.5% (n = 26)	16.5% n = 21

Ångestsyndrom hos unga

IKBT för unga

Utveckling och implementering av internetföremad kognitiv-beteendeterapi (IKBT) för barn och unga är ett nytt område. I Sverige har det drivits av Barninternetprojektet på Karolinska Institutet och av att Psykologpartners 2017 skapade ett behandlingsprogram, Ångesthjälpen Ung, som många regioner börjat behandla med framför allt inom första linjens vård av psykisk ohälsa hos unga 13–19 år gamla.

Utvärderingsformulären som används i SibeR för vuxna kan oftast användas från 16 års ålder. SibeR har gjort en utredning tillsammans med nationella experter kring vilka utfallsmått som är lämpliga för barn och unga vilket resulterade i beslutet att använda symtommåttet Revised Child Anxiety and Depression Scale med 47 frågor (RCADS; Chorpita et al, 2000). RCADS är en vidareutveckling av Spence ångestskala (SCAS) efter faktoranalyser och tillägg av en delskala för depression. RCADS finns i en kortare version med 25 frågor som lämpar sig för upprepade mätningar (Ebesutani et al, 2012). Den har en allmän ångestskala och samma depressionskala som 47-frågeversionen. För funktion och hälsorelaterad livskvalitet används i SibeR måttet KIDSCREEN-10 (Ravens-Sieberer et al, 2010).

Våren 2020 publicerade International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) rekommendationer för utfallsmått för barn och unga där de rekommenderade måtten RCADS-25 för ångest och depression, OCI-CV för tvångssyndrom och KIDSCREEN-10 för funktion och hälsorelaterad livskvalitet (ICHOM, 2020).

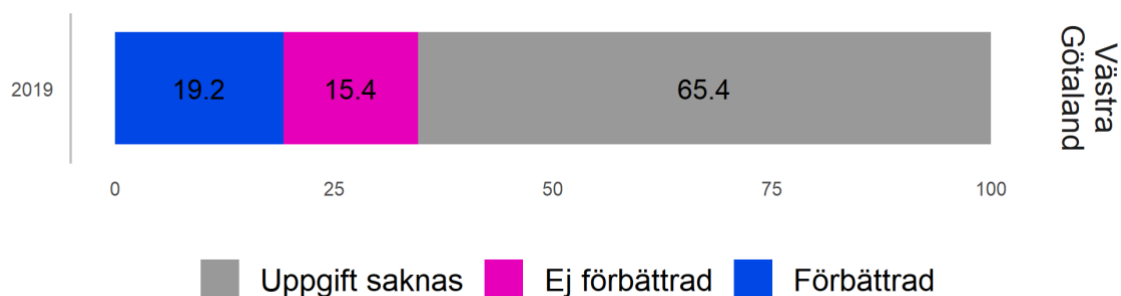
IKBT för unga ställer specifika utmaningar. Barn och unga kan ha olika behov av stöd från föräldrar och närstående i behandlingen, samt ha olika förmåga till att själva skatta sitt mående. Vid bedömningen har de i allmänhet inte Bank-ID eller Freja-ID som är förutsättningen för att kunna logga in på nationella e-tjänster som SoB-plattformen eller andra digitala verktyg för att göra skattningar av sitt mående. Skattningsskalor bör helst finnas som del av behandlingsprogrammen för att underlätta för den unge att besvara. När man istället använder skattningar via pappersformulär så finns stor risk för att man inte får de uppgifter som krävs för utvärdering.

Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för ångestsyndrom hos unga mättes 2019 med RCADS-47 (se ovan) och kriteriet ≥ 30 % minskning, för mer detaljerat underlag se dokumentet ”Definitioner av klinisk förbättring” på SibeRs statistik-sida, <https://siber.registercentrum.se>.

Underlaget avseende RCADS-47-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2019 finns i tabell A51 i Appendix. RCADS-25 hade också registrerats för 4 av behandlingarna men redovisas inte här.

Behandlingsresultaten för 2019 visas i figur 27, om det finns minst 10 startade behandlingar.



Figur 27. Behandlingsresultat mätt med RCADS-47 för ångestsyndrom hos unga i VGR primärvård 2019 (n=26)

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2019 startades 31 behandlingar för Ångestsyndrom hos unga (Västra Götaland primärvård, n=26; Västra Götaland BUP, n=4; Östergötland primärvård, n=1).

Program

Alla 31 fick behandling med Psykologpartners program Ångesthjälpen ung. Programmet finns beskrivet på SibeRs websida, Om SibeR.

Diagnoser

ICD-diagnoser som hade satts var F40.1 Social fobi, (n=3), F41.0 Paniksyndrom (n=5), F41.1 Generaliserat ångestsyndrom (n=3), F41.9 Ospecificikt ångestsyndrom, (n=16), F42.9 Tvångssyndrom (n=2), och F93.0 Separationsångest (n=2). Fördelning av diagnoser i regioner och vårdgrenar visas i Tabell A52 i Appendix.

Samsjuklighet

Patienten i Östergötland hade en samsjuklig psykiatrisk diagnos. I Västra Götaland BUP hade ¼ ingen och ¾ en samsjuklig diagnos. I Västra Götaland primärvård hade 54% (14/26) ingen, 15% (4/26) en samsjuklig diagnos, men det saknades uppgift för 31% (8/26). Den vanligaste samsjukliga diagnosen var depressiv episod, därefter social fobi, ospecificikt ångestsyndrom och paniksyndrom i fallande ordning.

Jämförelse klinisk förändring och behandlarens bedömning

Behandlarna bedömde att 90 procent (9/10) av patienterna var förbättrade jämfört med förändring av patientskattad symtomgrad som gav 50 procent (5/10) kliniskt förbättrade, se tabell 19. Det var 15 behandlingar som helt saknade dessa uppgifter, varav alla var saknade eftermätningar. Uppgift saknades också ibland för respektive utfall. Av de startade 31 behandlingarna kunde alltså jämförelsen göras endast på 10.

För beskrivning av metod och tolkning kring beräkning av överensstämmelse mellan klinisk förbättring och behandlarens bedömning med Cohen's kapp, hänvisas till avsnittet om depression. För ångestsyndrom hos unga blev Cohen's kapp – 0.20 vilket indikerar dålig överensstämmelse, se tabell A54 i Appendix.

Att behandlarna i högre grad bedömde patienten som förbättrad kan bero på att man tar hänsyn till andra faktorer än symtomförändring, benägenhet att tolka positivt, eller att kriteriet $\geq 30\%$ minskning av RCADS-47 är något strängt.

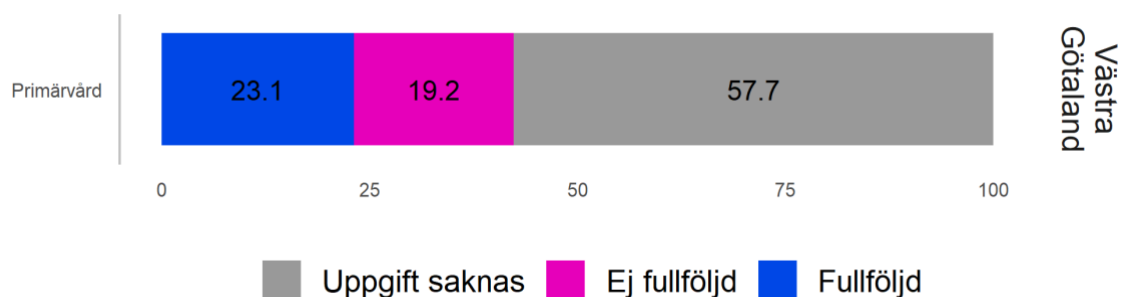
Förhoppningsvis ökar andelen utvärderade behandlingar för ångestsyndrom hos unga under kommande år. Nu pågår psykometriska utvärderingar av RCADS-47 och RCADS-25 med data från svenska forskningsstudier av IGBT för unga (Sarah Vigerland, personlig kommunikation) vilket ska ge vidare vägledning.

Tabell 19. Korstabell över klinisk förbättring mätt med patientskattad RCADS-47 och behandlarens bedömning av behandlingseffekt för Ångestsyndrom hos unga 2019

Klinisk förbättring	Behandlarens bedömning			Totalt
	Förbättrad	Ej förbättrad	Uppgift saknas	
Förbättrad	4	1	1	6
Ej förbättrad	5	0	0	5
Uppgift saknas	3	2	15	20
Totalt	12	3	16	31

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för Ångestsyndrom hos unga för 2019 visas i figur 28, om det finns minst 10 startade behandlingar. Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara individualiserad i överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses som ett avhopp utan att patienten är förbättrad.



Figur 28. Andel behandlingar för ångestsyndrom hos unga där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2019

Andel genomförda moduler

Andelen behandlingar där patienten genomfört 100 procent av modulerna var 50% (2/4 i Västra Götaland BUP, 100% (1/1) i Östergötland, i Västra Götaland primärvård 35% (9/26) men där saknades också uppgift om 58% av behandlingarna. Se tabell A53 i Appendix för redovisning av andelar i kategorier 0–24, 25–49, 50–74, 75–99 och 100 procent.

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

För funktion och hälsorelaterad livskvalitet hos unga används i SibeR måttet KIDSCREEN-10 (Ravens-Sieberer et al, 2010). SibeR har en licens för användning i svensk sjukvård. Inga behandlingar registrerades med KIDSCREEN-10 under 2019.

Referenser

- Andersson, E., Steneby, S., Karlsson, K., Ljótsson, B., Hedman, E., Enander, J., ... & Rück, C. Long-term efficacy of Internet-based cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder with or without booster: a randomized controlled trial. *Psychological medicine* 2014;44(13):2877.
- Andrews G, Kemp A, Sunderland M, von Korff M, Üstün TB. Normative Data for the 12 item WHO Disability Assessment Schedule 2.0. *PLoS ONE* 2009;(4)12:e8343.
- Axelsson E, Lindsäter E, Ljótsson B, Andersson E, Hedman-Lagerlöf E. The 12-item Self-Report World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 Administered Via the Internet to Individuals With Anxiety and Stress Disorders: A Psychometric Investigation Based on Data From Two Clinical Trials. *JMIR Mental Health* 2017;8;4(4):e58
- Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine* 2001;2:297-307.
- Bergman H, Källmén H. Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol* 2002;37:3:245-51.
- 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.
- 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.
- De Raadt A, Warrens MJ, Bosker RJ, Kiers HAL. Kappa Coefficients for Missing Data. *Educational and Psychological Measurement* 2019;79(3):558-576.
- 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.
- Enander, J., Andersson, E., Mataix-Cols, D., Lichtenstein, L., Alström, K., Andersson, G., ... & Rück, C. Therapist guided internet based cognitive behavioural therapy for body dysmorphic disorder: single blind randomised controlled trial. *BMJ* 2016;352.
- 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.
- 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.
- 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.
- Gajecki M, Berman AH, Sinadinovic K, Andersson C, Ljótsson B, Hedman E, Rück C, Lindfors 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.

ICHOM Children and Young people with Anxiety , Depression, OCD and/or PTSD, March 2020, available at: <https://www.ichom.org/standrad-set/>

Obbarius, A., van Maasakkers, L., Baer, L., Clark, D. M., Crocker, A. G., de Beurs, E., ... & Langford, L. (2017). Standardization of health outcomes assessment for depression and anxiety: recommendations from the ICHOM Depression and Anxiety Working Group. *Quality of Life Research* 2017;26(12), 3211-3225.

Ravens-Sieberer U, Erhart M, Rajmil L, Herdman M, Auquier P, Bruil J,Kilroe J. Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: A short measure for children and adolescents’ well-being and health-related quality of life. *Quality of Life Research* 2010;19(10):1487-1500

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):843-53.

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.

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

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.

Valideringshandbok för kvalitetsregister, 2016:

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

Veale D, Eshkevari E, Kanakam N, Ellison N, Costa A, Werner T. The Appearance anxiety inventory: Validation of a process measure in the treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2014;42:605-616.

Appendix

Allmänt

Tabell A1-A7

Tabell A1. Skattad* täckningsgrad i anslutna regioner, 2019

Region	Vårdgren	Antal startade program	Registrerade i SibeR	Täckningsgrad
Stockholm	Psykiatri	1118	874	78 %
	Primärvård	331	0	0 %
	Totalt	1449	874	60 %
Uppsala	Primärvård	291	265	91 %
	Psykiatri	46	35	76 %
	BUP	23	0	0 %
	Totalt	360	300	83 %
Västernorrland	Psykiatri	76	7	9 %
Västra Götaland	Primärvård	1437	396	28 %
	BUP	31	4	13 %
	Totalt	1537	400	26 %
Örebro	Psykiatri	204	199	98 %
	BUP	22	0	0 %
	Totalt	226	199	88 %
Alla **	Anslutna enheter	3203	1781	56 %
	Alla vårdgrenar	3648	1781	49 %

* Skattningen baseras främst på statistik från Inera av vilka behandlingsprogram i SoB som tilldelats i regionerna under 2019. Här går det inte alltid särskilja vårdgrenar så viktning har ibland fått ske mellan vårdgrenarna inom regionen. Observera att statistiken anger hur många program som tilldelats, ej hur många behandlingar som startats av patienter. Ibland startar patienter aldrig behandling och ska då inte registreras i SibeR. Ibland sker tilldelning av program till behandlare som led i utbildning. I Örebro psykiatri och Stockholm psykiatri har SibeR fått direkt uppgift om antal startade program eftersom rutin för beräkning av täckningsgrad är etablerad på enheterna. I Stockholm psykiatri minskade täckningsgraden från 97 % under 2018 till 78 % under 2019 eftersom OCD-programmet anslöt först under Q4. På Internetpsykiatrin var täckningsgraden 98 %. Täckningsgraden påverkas av tidpunkten för när nya enheter ansluter sig under året.

**Östergötland ingår inte i beräkning av täckningsgrad på grund av sen anslutning under december 2019.

Tabell A2. Kön och ålder hos patienterna som startade internetbehandling 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Andel kvinnor (%)	Ålder				
				Medel	SD	Median	Lägst	Högst
Stockholm	Psykiatri	874	64.8	36.3	12.5	33.0	16	81
Uppsala	Primärvård	265	68.3	37.1	12.6	34.0	18	80
	Psykiatri	35	71.4	21.7	2.5	21.0	18	31
Västernorrland	Psykiatri	7	85.7	31.7	14.6	27.0	18	54
Västra Götaland	Primärvård	396	67.2	32.5	11.9	31.0	13	70
	BUP	4	100.0	16.5	0.6	16.5	16	17
Örebro	Psykiatri	199	65.8	36.5	14.7	32.0	18	77
Östergötland	Primärvård	1	100.0	16.0	-	16.0	16	16
Totalt	Primärvård	662	67.7	34.3	12.4	32.0	13	80
	Psykiatri	1119	65.4	35.8	13.0	32.0	16	81
	Alla	1781	66.3	35.2	12.8	32.0	13	81

Tabell A3. Ångest- och orosyndrom. Andelar behandlingar där intervjustöd använts för diagnostik i regioner och vårdgrenar, 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	Andel med Strukturerad diagnostik
Stockholm	Psykiatri	495	0	98% (n=485)
Uppsala	Psykiatri	13	0	92.3% (n=12)
Västernorrland	Psykiatri	4	0	0% (n=0)
Västra Götaland	Primärvård	218	5	57.3% (n=122)
	BUP	4	0	75% (n=3)
Östergötland	Primärvård	1	1	

Tabell A4. Depression. Andelar behandlingar där intervjustöd använts för diagnostik i regioner och vårdgrenar, 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	Andel med Strukturerad diagnostik
Stockholm	Psykiatri	180	0	98.3% (n=177)
Uppsala	Primärvård	131	3	93% (n=119)
	Psykiatri	17	1	75% (n=12)
Västernorrland	Psykiatri	2	0	0% (n=0)
Västra Götaland	Primärvård	67	1	51.5% (n=34)
Örebro	Psykiatri	199	0	100% (n=199)

Tabell A5. Sömnstörningar. Andelar behandlingar där intervjustöd använts för diagnostik i regioner och vårdgrenar, 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	Andel med Strukturerad diagnostik
Stockholm	Psykiatri	199	0	99% (n=197)
Uppsala	Primärvård	134	0	2.2% (n=3)
	Psykiatri	5	1	50% (n=2)
Västernorrland	Psykiatri	1	0	0% (n=0)
Västra Götaland	Primärvård	48	0	52.1% (n=25)

Tabell A6. Stressyndrom. Andelar behandlingar där intervjustöd använts för diagnostik i regioner och vårdgrenar för Stressyndrom, 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	Andel med Strukturerad diagnostik
Västra Götaland	Primärvård	63	2	47.5% (n=29)

Tabell.A7. Behandlarns yrke vid internetbehandling i regioner och vårdgrenar, 2019

Region	Vårdgren	Startade	Psykolog	Kurator	Sjuk-sköterska	Läkare	Fysio-terapeut	Behandlings-assistent	Uppgift saknas
Stockholm	Psykiatri	874	99.7% (n=871)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.2% (n=2)	0.1% (n=1)
Uppsala	Primärvård	265	98.1% (n=260)	0% (n=0)	0% (n=0)	0.4% (n=1)	0% (n=0)	1.1% (n=3)	0.4% (n=1)
	Psykiatri	35	45.7% (n=16)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	42.9% (n=15)	11.4% (n=4)
Västernorrland	Psykiatri	7	100% (n=7)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
Västra Götaland	Primärvård	396	44.7% (n=177)	5.1% (n=20)	8.1% (n=32)	0% (n=0)	3.5% (n=14)	3.8% (n=15)	34.8% (n=138)
	BUP	4	0% (n=0)	100% (n=4)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
Örebro	Psykiatri	199	39.7% (n=79)	46.2% (n=92)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	13.6% (n=27)	0.5% (n=1)
Östergötland	Primärvård	1	100% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
Totalt	Totalt	1781	79.2% (n=1411)	6.5% (n=116)	1.8% (n=32)	0.1% (n=1)	0.8% (n=14)	3.5% (n=62)	8.1% (n=145)

Depression

Tabell A8-A13

Tabell A8. Fördelning av ICD-diagnoser inom diagnosgrupp depression för regioner och vårdgrenar, 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	F32 Depressiv episod	F33 Recidiverande depression	F34.1 Ihållande depression	F32.9 Ospecifik depression
Stockholm	Psykiatri	180	36.1% (n=65)	55.0% (n=99)	8.9% (n=16)	0.0% (n=0)
Uppsala	Primärvård	131	47.3% (n=62)	25.2% (n=33)	0.0% (n=0)	27.5% (n=36)
	Psykiatri	17	47.1% (n=8)	47.1% (n=8)	5.9% (n=1)	0.0% (n=0)
Västernorrland	Psykiatri	2	50.0% (n=1)	50.0% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Västra Götaland	Primärvård	67	68.7% (n=46)	25.4% (n=17)	0.0% (n=0)	6.0% (n=4)
Örebro	Psykiatri	199	39.2% (n=78)	60.8% (n=121)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Totalt	Totalt	596	43.6% (n=260)	46.8% (n=279)	2.9% (n=17)	6.7% (n=40)

Tabell A9. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för depression i regioner och vårdgrenar, 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Stockholm	Psykiatri	180	56.7% (n = 102)	29.4% (n = 53)	10% (n = 18)	3.9% (n = 7)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	131	37.4% (n = 49)	13% (n = 17)	3.1% (n = 4)	0.8% (n = 1)	45.8% (n = 60)
	Psykiatri	17	29.4% (n = 5)	41.2% (n = 7)	17.6% (n = 3)	11.8% (n = 2)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	2	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	50% (n = 1)
Västra Götaland	Primärvård	67	46.3% (n = 31)	16.4% (n = 11)	3% (n = 2)	0% (n = 0)	34.3% (n = 23)
Örebro	Psykiatri	199	54.3% (n = 108)	29.1% (n = 58)	9% (n = 18)	5% (n = 10)	2.5% (n = 5)
Totalt	Totalt	596	49.7% (n = 296)	24.5% (n = 146)	7.6% (n = 45)	3.4% (n = 20)	14.9% (n = 89)

Tabell A10. Depressionsgrad mätt med Montgomery Åsberg Depression Rating Scale-Self Assessment vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för depression i regioner och vårdgrenar, 2019

Region	Vårdgren	Behandlingsstart				Behandlingsavslut				Uppföljning	
		Startade	Antal	MADRS-S (m)	std	Antal	MADRS-S (m)	std	Antal	MADRS-S (m)	std
Stockholm	Psykiatri	180	180	22.8	6.4	180	15.3	9.6	43	10.7	6.4
Uppsala	Primärvård	131	125	25.3	7.6	120	17.0	8.9	0	•	•
	Psykiatri	17	17	27.8	10	12	26.1	11.6	0	•	•
Västernorrland	Psykiatri	2	1	26.0	•	1	18.0	•	0	•	•
Västra Götaland	Primärvård	67	59	25.2	7	39	15.6	7.7	1	5	•
Örebro	Psykiatri	199	199	24.4	5.9	191	15.5	8.4	89	13.3	9.3

Tabell A11. Andelar av genomförda moduler i fem kategorier från 0–24 % till 100 % vid depressionsbehandling, 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	0 - 24%	25 - 49%	50 - 74%	75 - 99%	100%
Stockholm	Psykiatri	180	0% (n = 0)	14.4% (n = 26)	20% (n = 36)	21.1% (n = 38)	13.3% (n = 24)	31.1% (n = 56)
Uppsala	Primärvård	131	0% (n = 0)	9.2% (n = 12)	15.3% (n = 20)	13.7% (n = 18)	8.4% (n = 11)	53.4% (n = 70)
	Psykiatri	17	11.8% (n = 2)	11.8% (n = 2)	23.5% (n = 4)	5.9% (n = 1)	0% (n = 0)	47.1% (n = 8)
Västernorrland	Psykiatri	2	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	50% (n = 1)
Västra Götaland	Primärvård	67	14.9% (n = 10)	7.5% (n = 5)	22.4% (n = 15)	17.9% (n = 12)	4.5% (n = 3)	32.8% (n = 22)
Örebro	Psykiatri	199	0.5% (n = 1)	16.6% (n = 33)	18.6% (n = 37)	20.6% (n = 41)	12.1% (n = 24)	31.7% (n = 63)
Totalt	Totalt	596	2.2% (n = 13)	13.1% (n = 78)	18.8% (n = 112)	18.6% (n = 111)	10.4% (n = 62)	36.9% (n = 220)

Tabell A12. EQ-5D- index vid depressionsbehandling i regioner och vårdgrenar, 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlings- ingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Stockholm	Psykiatri	180	180	0.6	0.3	135	0.7	0.3	43	0.8	0.2
Örebro	Psykiatri	199	154	0.7	0.1	76	0.8	0.1	78	0.9	0.1

Tabell A13. WHODAS 2.0 12 frågor vid depressionsbehandling i regioner och vårdgrenar, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Uppsala	Primärvård	131	122	38.7	15.5	74	33.3	14.9	0	•	•
	Psykiatri	17	12	40.3	17	8	31.1	17.3	0	•	•
Väster- norrland	Psykiatri	2	1	35	•	1	35	•	0	•	•
Västra Götaland	Primärvård	67	60	37.5	15.1	29	28.4	18	1	15	•
Örebro	Psykiatri	199	46	38.3	14.9	18	23.2	11.7	9	23.2	18.3

Sömnstörning

Tabell A14-A19

Tabell A14. Grad av sömnsvårighet mätt med Insomnia Severity Index vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning av behandling för sömnstörning i regioner och vårdgrenar, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Stockholm	Psykiatri	199	198	17.9	3.8	196	10.2	4.7	40	8.3	4.7
Uppsala	Primärvård	134	133	16.3	4.7	112	11.0	6.5	0	•	
Uppsala	Psykiatri	5	5	17.2	5.6	2	5.5	0.7	0	•	
Västernorrland	Psykiatri	1	1	21.0		1	14.0		0	•	
Västra Götaland	Primärvård	48	46	19.6	3.7	28	14.9	6.7	1	6	

Tabell A15. Fördelning av diagnoser inom diagnosgruppen sömnstörningar för regioner och vårdgrenar, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	F51.0 Icke organisk sömlöshet	G47.0 Insomni	G47.9 Sömnstörning ospecificerad
Stockholm	Psykiatri	199	0.0% (n=0)	100.0% (n=199)	0.0% (n=0)
Uppsala	Primärvård	134	21.6% (n=29)	15.7% (n=21)	62.7% (n=84)
	Psykiatri	5	0.0% (n=0)	80.0% (n=4)	20.0% (n=1)
Västernorrland	Psykiatri	1	0.0% (n=0)	100.0% (n=1)	0.0% (n=0)
Västra Götaland	Primärvård	48	29.2% (n=14)	37.5% (n=18)	33.3% (n=16)
Totalt	Totalt	387	11.1% (n=43)	62.8% (n=243)	26.1% (n=101)

Tabell A16. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för sömnstörning i regioner och vårdgrenar, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Stockholm	Psykiatri	199	71.9% (n = 143)	21.6% (n = 43)	5% (n = 10)	1% (n = 2)	0.5% (n = 1)
Uppsala	Primärvård	134	39.6% (n = 53)	1.5% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	59% (n = 79)
	Psykiatri	5	0% (n = 0)	20% (n = 1)	60% (n = 3)	20% (n = 1)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)
Västra Götaland	Primärvård	48	37.5% (n = 18)	18.8% (n = 9)	2.1% (n = 1)	2.1% (n = 1)	39.6% (n = 19)
Totalt	Totalt	387	55.3% (n = 214)	14.2% (n = 55)	3.6% (n = 14)	1% (n = 4)	25.8% (n = 100)

Tabell A17. Andelar av genomförda moduler i fem kategorier från 0–24 % till 100 % vid sömnbehandling, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Uppgift saknas	Kategori				
				0 - 24%	25 - 49%	50 - 74%	75 - 99%	100%
Stockholm	Psykiatri	199	0% (n = 0)	13.6% (n = 27)	19.1% (n = 38)	15.1% (n = 30)	30.2% (n = 60)	22.1% (n = 44)
Uppsala	Primärvård	134	0% (n = 0)	0.7% (n = 1)	13.4% (n = 18)	13.4% (n = 18)	27.6% (n = 37)	44.8% (n = 60)
	Psykiatri	5	0% (n = 0)	0% (n = 0)	20% (n = 1)	0% (n = 0)	40% (n = 2)	40% (n = 2)
Väster norrland	Psykiatri	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	48	20.8% (n = 10)	6.2% (n = 3)	18.8% (n = 9)	12.5% (n = 6)	0% (n = 0)	41.7% (n = 20)
Totalt	Totalt	387	2.6% (n = 10)	8% (n = 31)	17.1% (n = 66)	14% (n = 54)	25.8% (n=100)	32.6% (n=126)

Tabell A18. EQ-5D- index vid sömnbehandling, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Stockholm	Psykiatri	199	198	0.8	0.2	150	0.8	0.2	40	0.8	0.2

Tabell A19. WHODAS 2.0–12 frågor vid sömnbehandling i regioner och vårdgrenar, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Uppsala	Primärvård	134	129	32.9	17.6	67	21.2	17.4	0	•	
Uppsala	Psykiatri	5	5	35.6	16.2	2	21	2.8	0	•	
Västernorrland	Psykiatri	1	1	54	•	0	•	•	0	•	
Västra Götaland	Primärvård	48	46	30.6	17.3	19	29.8	20.4	1	13	

Stressyndrom

Tabell A20-A22

Tabell A20. Grad av upplevd stress mätt med Perceived Stress Scale-10 vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för stressyndrom, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Västra Götaland	Primärvård	63	52	24.5	5	32	18.1	6.5	0	•	

Tabell A21. Andelar av genomförda moduler i fem kategorier från 0–24 % till 100 % vid stressbehandling, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Uppgift saknas	Uppföljning				
				0 - 24%	25 - 49%	50 - 74%	75 - 99%	100%
Västra Götaland	Primärvård	63	17.5% (n = 11)	6.3% (n = 4)	14.3% (n = 9)	12.7% (n = 8)	7.9% (n = 5)	41.3% (n = 26)

Tabell 22. WHODAS 2.0–12 frågor vid stressbehandling, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Västra Götaland	Primärvård	63	56	34.2	16.3	21	22.7	15.9	0	•	

Dysmorfofobi

Tabell A23-A25

Tabell A23. Grad av symtom mätt med Appearance Anxiety Inventory (AAI) vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för dysmorfofobi, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Stockholm	Psykiatri	11	11	30.1	4.5	11	20.9	9	0	•	

Tabell A24. Andelar av genomförda moduler i fem kategorier från 0–24 % till 100 % vid stressbehandling, 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	0 - 24%	25 - 49%	50 - 74%	75 - 99%	100%
Stockholm	Psykiatri	11	0% (n = 0)	18.2% (n = 2)	0% (n = 0)	45.5% (n = 5)	0% (n = 0)	36.4% (n = 4)

Tabell A25. EQ-5D- index vid behandling för dysmorfofobi, 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Stockholm	Psykiatri	11	11	0.4	0.3	8	0.5	0.3	0	•	

Tvångssyndrom

Tabell A26-A30

Tabell A26. Grad av symtom mätt med OCI-R vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för tvångssyndrom, 2019

Region	Vårdgren	Startade	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Stockholm	Psykiatri	33	33	21.6	12.5	33	12.5	11.1	0	•	
Västernorrland	Psykiatri	1	0	•	•	0	•	•	0	•	
Västra Götaland	Primärvård	4	0	•	•	0	•	•	0	•	

Tabell A27. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för tvångssyndrom i regioner och vårdgrenar, 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Uppgift saknas
Stockholm	Psykiatri	33	60.6% (n = 20)	30.3% (n = 10)	9.1% (n = 3)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	1	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	4	50% (n = 2)	25% (n = 1)	0% (n = 0)	25% (n = 1)
Totalt	Totalt	38	57.9% (n = 22)	31.6% (n = 12)	7.9% (n = 3)	2.6% (n = 1)

Tabell A28. Andelar av genomförda moduler i fem kategorier från 0–24 % till 100 % vid behandling för tvångssyndrom, 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Uppgift saknas	0 - 24%	25 - 49%	50 - 74%	75 - 99%	100%
Stockholm	Psykiatri	33	0% (n = 0)	6.1% (n = 2)	15.2% (n = 5)	15.2% (n = 5)	9.1% (n = 3)	54.5% (n = 18)
Västernorrland	Psykiatri	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)
Västra Götaland	Primärvård	4	25% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	25% (n = 1)	50% (n = 2)
Totalt	Totalt	38	2.6% (n = 1)	5.3% (n = 2)	13.2% (n = 5)	13.2% (n = 5)	10.5% (n = 4)	55.3% (n = 21)

Tabell A29. EQ-5D- index vid behandling för tvångssyndrom, 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Stockholm	Psykiatri	33	33	0.5	0.3	26	0.6	0.3	0	•	

Tabell A30. WHODAS 2.0–12 frågor vid behandling för tvångssyndrom, 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Västernorrland	Psykiatri	1	1	29		1	47	•	0	•	
Västra Götaland	Primärvård	4	3	25.7	13	3	25	25.2	1	18	

Hälsöångest

Tabell A31-A35

Tabell A31. Grad av symtom mätt med SHAI-14 vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för hälsöångest, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Stockholm	Psykiatri	144	144	28.7	5.7	142	20	7.4	30	15.1	7.3
Västra Götaland	Primärvård	2	0	•	•	0	•	•	0	•	

Tabell A32. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för hälsöångest, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Samsjuklighet				Uppgift saknas
			Ingen	En	Två	Tre eller fler	
Stockholm	Psykiatri	144	59% (n = 85)	24.3% (n = 35)	12.5% (n = 18)	4.2% (n = 6)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	2	0% (n = 0)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	50% (n = 1)
Totalt	Totalt	146	58.2% (n = 85)	24.7% (n = 36)	12.3% (n = 18)	4.1% (n = 6)	0.7% (n = 1)

Tabell A33. Andelar av genomförda moduler i fem kategorier från 0–24 % till 100 % vid behandling för hälsöångest, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Uppgift saknas	Genomförda moduler				
				0 - 24%	25 - 49%	50 - 74%	75 - 99%	100%
Stockholm	Psykiatri	144	0% (n = 0)	16% (n = 23)	31.2% (n = 45)	21.5% (n = 31)	16.7% (n = 24)	14.6% (n = 21)
Västra Götaland	Primärvård	2	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	50% (n = 1)

Tabell A34. EQ-5D- index vid behandling för hälsöångest 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Stockholm	Psykiatri	144	144	0.7	0.2	104	0.8	0.2	30	0.9	0.1

Tabell A35. WHODAS 2.0–12 frågor vid behandling för hälsoångest 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingsar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Västra Götaland	Primärvård	2	2	23	24	1	2		0	•	

Paniksyndrom

Tabell A36-A40

Tabell A36. Grad av symtom mätt med PDSS-SR vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för paniksyndrom, 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingsar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Stockholm	Psykiatri	104	104	12.5	4.6	103	6.3	5.0	33	5.7	4.6
Västra Götaland	Primärvård	32	19	13.5	5.1	16	8.4	5.7	1	4.0	

Tabell A37. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för paniksyndrom, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Samsjuklighet				Uppgift saknas
			Ingen	En	Två	Tre eller fler	
Stockholm	Psykiatri	104	29.8% (n = 31)	44.2% (n = 46)	15.4% (n = 16)	10.6% (n = 11)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	32	31.2% (n = 10)	28.1% (n = 9)	6.2% (n = 2)	3.1% (n = 1)	31.2% (n = 10)
Totalt	Totalt	136	30.1% (n = 41)	40.4% (n = 55)	13.2% (n = 18)	8.8% (n = 12)	7.4% (n = 10)

Tabell A38. Andelar av genomförda moduler i fem kategorier från 0–24 % till 100 % vid behandling för paniksyndrom, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Uppgift saknas	Genomförda moduler				
				0 - 24%	25 - 49%	50 - 74%	75 - 99%	100%
Stockholm	Psykiatri	104	0% (n = 0)	10.6% (n = 11)	12.5% (n = 13)	26.9% (n = 28)	21.2% (n = 22)	28.8% (n = 30)
Västra Götaland	Primärvård	32	12.5% (n = 4)	12.5% (n = 4)	9.4% (n = 3)	9.4% (n = 3)	12.5% (n = 4)	43.8% (n = 14)

Tabell A39. EQ-5D- index vid behandling för paniksyndrom 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingsar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Stockholm	Psykiatri	104	104	0.7	0.2	90	0.8	0.2	33	0.8	0.3

Tabell A40. WHODAS 2.0–12 frågor vid behandling för paniksyndrom 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingsar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Västra Götaland	Primärvård	32	27	31	18.5	17	20.6	16.3	1	20	

Social fobi

Tabell A41-A46

Tabell A41. Grad av symtom mätt med LSAS-SR vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning av social fobi, 2019

Region	Vårdgren	Startade	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Stockholm	Psykiatri	203	201	73.6	24.3	200	56	27.5	50	53.4	27.4
Uppsala	Psykiatri	13	13	99.2	21.7	4	66.2	29.4	0	•	•
Väster- norrland	Psykiatri	1	1	74.0	•	1	80	•	0	•	•
Västra Götaland	Primärvård	27	2	73.5	4.9	0	•	•	0	•	•

Tabell A42. Grad av symtom mätt med SPIN vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för social fobi, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Stockholm	Psykiatri	203	201	40.1	11.7	152	29.2	12.8	0	•	
Uppsala	Psykiatri	13	0	•	•	0	•	•	0	•	
Västernorrland	Psykiatri	1	0	•	•	0	•	•	0	•	
Västra Götaland	Primärvård	27	14	42.1	12.7	8	29.8	13.5	0	•	

Tabell A43. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för social fobi, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- ingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Stockholm	Psykiatri	203	60.6% (n = 123)	30.5% (n = 62)	6.4% (n = 13)	2.5% (n = 5)	0% (n = 0)
Uppsala	Psykiatri	13	0% (n = 0)	53.8% (n = 7)	30.8% (n = 4)	15.4% (n = 2)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	1	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	27	33.3% (n = 9)	40.7% (n = 11)	7.4% (n = 2)	3.7% (n = 1)	14.8% (n = 4)
Totalt	Totalt	244	54.1% (n = 132)	33.2% (n = 81)	7.8% (n = 9)	3.3% (n = 8)	1.6% (n = 4)

Tabell A44. Andelar av genomförda moduler i fem kategorier från 0–24 % till 100 % vid behandling för social fobi, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- ingar	Uppgift saknas	0 - 24%	25 - 49%	50 - 74%	75 - 99%	100%
Stockholm	Psykiatri	203	0.5% (n = 1)	15.3% (n = 31)	24.1% (n = 49)	23.6% (n = 48)	15.3% (n = 31)	21.2% (n = 43)
Uppsala	Psykiatri	13	15.4% (n = 2)	15.4% (n = 2)	30.8% (n = 4)	23.1% (n = 3)	7.7% (n = 1)	7.7% (n = 1)
Västernorrland	Psykiatri	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)
Västra Götaland	Primärvård	27	29.6% (n = 8)	7.4% (n = 2)	18.5% (n = 5)	7.4% (n = 2)	7.4% (n = 2)	29.6% (n = 8)
Totalt	Totalt	244	4.5% (n = 11)	14.3% (n = 35)	23.8% (n = 58)	21.7% (n = 53)	13.9% (n = 34)	21.7% (n = 53)

Tabell A45. EQ-5D- index vid behandling för social fobi 2019

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Start		Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel std	Antal	Medel std	Antal	Medel std		
Stockholm	Psykiatri	203	203	0.8 0.2	154	0.8 0.2	51	0.8 0.2		

Tabell A46. WHODAS 2.0–12 frågor vid behandling för social fobi 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Uppsala	Psykiatri	13	0	•	•	0	•	•	0	•	
Västernorrland	Psykiatri	1	0	•	•	0	•	•	0	•	
Västra Götaland	Primärvård	27	25	34	16.4	11	32.5	18.6	0	•	

Generaliserat och ospecifikt ångestsyndrom

Tabell A47-A50

Tabell A47. Grad av symtom mätt med GAD-7 vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för generaliserat och ospecifikt ångestsyndrom, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
Väster- norrland	Psykiatri	2	2	12.0	9.9	1	6	•	0	•	
Västra Götaland	Primärvård	127	117	11.7	5.0	79	8	5.1	4	5	0.8

Tabell A47. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för generaliserat och ospecifikt ångestsyndrom, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Samsjuklighet				Uppgift saknas
			Ingen	En	Två	Tre eller fler	
Västernorrland	Psykiatri	2	0% (n = 0)	100% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	127	18.1% (n = 23)	29.1% (n = 37)	3.9% (n = 5)	2.4% (n = 3)	46.5% (n = 59)
Totalt	Totalt	129	17.8% (n = 23)	30.2% (n = 39)	3.9% (n = 5)	2.3% (n = 3)	45.7% (n = 59)

Tabell A49. Andelar av genomförda moduler i fem kategorier från 0–24 % till 100 % vid behandling för GAD och ospecifikt ångestsyndrom, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Uppgift saknas					
				0 - 24%	25 - 49%	50 - 74%	75 - 99%	100%
Väster- norrland	Psykiatri	2	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	50% (n = 1)
Västra Götaland	Primärvård	127	21.3% (n = 27)	8.7% (n = 11)	8.7% (n = 11)	19.7% (n = 25)	6.3% (n = 8)	35.4% (n = 45)
Totalt	Totalt	129	20.9% (n = 27)	8.5% (n = 11)	8.5% (n = 11)	20.2% (n = 26)	6.2% (n = 8)	35.7% (n = 46)

Tabell A50. WHODAS 2.0–12 frågor vid behandling för GAD och ospecifikt ångestsyndrom 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
			Västernorrland	Psykiatri	2	2	53.0	4.2	1	38.0	•
Västra Götaland	Primärvård	127	107	28.4	18.3	50	21.6	20.1	4	12.5	6.5

Ångestsyndrom unga

Tabell A51-53

Tabell A51. Grad av symtom mätt med RCADS-47 vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning av Ångestsyndrom hos unga, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Start			Avslut			Uppföljning		
			Antal	Medel	std	Antal	Medel	std	Antal	Medel	std
			Västra Götaland	Primärvård	26	26	62.5	17.4	9	37.4	13.7
Västra Götaland	BUP	4	4	52.5	12.7	1	20.0	•	0	•	
Östergötland	Primärvård	1	1	51.0	•	1	44.0	•	0	•	

Tabell A52. Fördelning av ICD-diagnoser inom diagnosgrupp Ångestsyndrom Unga för regioner och vårdgrenar, 2019

Region	Vårdgren	Star- tade	F40.1	F41.0	F41.1	F41.9	F42.9	F93.0
Västra Götaland	Primärvård	26	7.7% (n=2)	15.4% (n=4)	7.7% (n=2)	53.8% (n=14)	7.7% (n=2)	7.7% (n=2)
Västra Götaland	BUP	4	25.0% (n=1)	25.0% (n=1)	25.0% (n=1)	25.0% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Öster- götland	Primärvård	1	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	100.0% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Totalt	Totalt	31	9.7% (n=3)	16.1% (n=5)	9.7% (n=3)	51.6% (n=16)	6.5% (n=2)	6.5% (n=2)

F40.1 Social fobi, F41.0 Paniksyndrom, F41.1 Generaliserat ångestsyndrom, F41.9 Ospecifikt ångestsyndrom, F42.9 Tvångssyndrom, F93.0 Separationsångest

Tabell A53. Andelar av genomförda moduler i fem kategorier från 0–24 % till 100 % vid behandling för ångestsyndrom hos unga, 2019

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Uppgift saknas	0 - 24%	25 - 49%	50 - 74%	75 - 99%	100%
Västra Götaland	Primärvård	26	57.7% (n = 15)	0% (n = 0)	3.8% (n = 1)	3.8% (n = 1)	0% (n = 0)	34.6% (n = 9)
Västra Götaland	BUP	4	0% (n = 0)	0% (n = 0)	25% (n = 1)	25% (n = 1)	0% (n = 0)	50% (n = 2)
Östergötland	Primärvård	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)
Totalt	Totalt	31	48.4% (n = 15)	0% (n = 0)	6.5% (n = 2)	6.5% (n = 2)	0% (n = 0)	38.7% (n = 12)

Alla diagnosgrupper

Tabell A54. Cohens Kappa för överensstämmelse mellan bedömare av klinisk förbättring (patientens skattade förändring av symtom och behandlarens bedömning), 2019

Diagnosgrupp	N	kappa	Disagreement proportion*
Depression	493	0.63	0.19
Sömnstörning	280	0.69	0.15
Stressyndrom	31	0.50	0.26
Dysmorfofobi	11	0.81	0.09
Tvångssyndrom	32	0.41	0.28
Hälsångest	141	0.66	0.17
Paniksyndrom	115	0.63	0.17
Social fobi	158	0.46	0.28
GAD och ospecifikt ångestsyndrom	77	0.38	0.31
Ångestsyndrom hos unga	10	-0.20	0.60

Note:

Metod: unweighted list-wise (complete cases)

*Disagreement proportion= Antal behandlingar som bedöms olika av de två bedömarna delat med totala antalet behandlingar som bedömts.