

Årsrapport 2021

Svenska internetbehandlingsregistret, SibeR



Registerhållare

Cecilia Svanborg
Psykiatri Sydväst, SLSO
Cecilia.svanborg@regionstockholm.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
Amanda Simonsson
Cecilia Svanborg
Njördur Viborg
Sarah Vigerland

Författare av årsrapport

Cecilia Svanborg
Artiklar:
Jeremy Wihdén
Erik Forsell, Cecilia Svanborg

Statistik

Ellen Frejd,
Registercentrum Västra Götaland

Utvecklingsledare

Amanda Nyberg,
Registercentrum Västra Götaland
amanda.nyberg@vgregion.se

Huvudman och CPUA

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)
Box 17914
118 95 Stockholm

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

Innehåll

Svenska internetbehandlingsregistret, SibeR	1
Sammanfattning och reflektioner kring resultat 2021	7
Om SibeR	10
Vad är internetbehandling?	10
Syfte och avgränsning	10
Mål med SibeR.....	10
Exempel på avsedda förbättringar med SibeR	10
Indikatorer i SibeR	10
Omfattning av internetbehandling, i SibeR och i Riket	11
Utveckling av SibeR.....	11
Utveckling i regionerna.....	12
Tekniska plattformar och behandlingsprogram.....	16
Täckningsgrad	16
Video- och Internetbehandling i Region Dalarna	17
Videobehandling på Min Vård	17
IKBT - bakgrund och nuläge.....	18
Internetpsykiatri i Stockholm- utveckling och omställning	20
Nationell och internationell pionjärverksamhet	20
Omställning och vidareutveckling	22
Registrerade behandlingar 2021	24
Patienterna i SibeR	25
Kön och ålder	25
Alkoholbruk	26
Tillgänglighet och uppdatering av variabler	27
Nya definitioner och variabler.....	27
Ledtid vårdbegäran-behandlingsstart	28
Precision i diagnostik och urval	29
Stöd i behandlingen	31
Ren eller blandad internetbehandling.....	31
Behandlarens profession	32
Ångestsyndrom hos unga	33
IKBT för barn och unga	33
Värdering av behandlingsresultat hos unga	33
Utveckling av skattning av patientupplevelser (PREM)	33
Behandlingseffekter	34
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	35

Fullföljande	35
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	36
KIDSCREEN-10	36
Reflektion över resultaten för ångestsyndrom unga i regionerna	37
Magbesvär/IBS hos unga	37
Värdering av behandlingseffekter	37
Behandlingseffekter	37
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	38
Fullföljande	38
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	39
Reflektion över resultaten för funktionella magbesvär	39
Diagnosgrupp ADHD.....	39
Om ADHD	39
Värdering av behandlingseffekter	39
Behandlingar och program	40
Behandlingseffekter	40
Diagnosgrupp Magbesvär/IBS hos vuxna.....	40
Om IBS.....	40
Värdering av behandlingseffekter	40
Behandlingsresultat	40
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	41
Fullföljandegrad	42
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	42
Reflektion över resultaten för IBS hos vuxna	42
Diagnosgrupp Depression	42
Behandlingsresultat	42
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	43
Fullföljandegrad - jämförelse över tre år.....	44
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	45
Reflektion över resultaten för depression i regionerna	45
Stressyndrom.....	46
Behandlingsresultat	46
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	47
Fullföljandegrad – jämförelse senaste tre åren.....	48
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	49
Reflektion över resultaten för stressyndrom i regionerna	49
Diagnosgrupp Sömnstörningar.....	49

Behandlingsresultat	49
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	50
Fullföljandegrad - jämförelse tre år	51
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	51
Reflektion över resultaten för sömnstörning i regionerna	52
Diagnosgrupp Ångest- och orossyndrom	52
Dysmorfofobi (Upplevd fulhet)	52
Behandlingsresultat	52
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	53
Fullföljandegrad	53
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	53
Reflektion över resultaten för dysmorfofobi	53
Generaliserat ångestsyndrom och Ospecifika ångestillstånd	54
Behandlingsresultat	54
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	54
Fullföljandegrad	55
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	56
Reflektion över resultaten för generell och ospecifik ångest	56
Hälsoångest	57
Behandlingsresultat	57
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	58
Fullföljande	58
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	59
Reflektioner över resultaten för hälsoångest i regionerna	59
Paniksyndrom	60
Behandlingseffekt	60
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	60
Fullföljande	61
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	62
Reflektioner över resultaten för paniksyndrom i regionerna	62
Social fobi	63
Behandlingsresultat	63
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	64
Fullföljande	65
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	65
Reflektioner över resultaten för social fobi i regionerna	65
Tvångssyndrom	66

Behandlingsresultat	66
Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper	67
Fullföljande	67
Funktion och hälsorelaterad livskvalitet	67
Reflektioner över resultaten för tvångssyndrom i regionerna	68
Metod	69
Effektstorlek	69
APPENDIX	70
Allmänt	70
Ångestsyndrom unga	72
Magbesvär/IBS hos unga	73
Magbesvär/IBS hos vuxna	73
Depression	74
Stressyndrom	77
Sömnstörningar	81
Dysmorfofobi	84
Generaliserat ångestsyndrom och Ospecificerade ångesttillstånd	85
Hälsoångest	88
Paniksyndrom	89
Social fobi	92
Tvångssyndrom	96

Sammanfattning och reflektioner kring resultat 2021

Indikationer, kvalitetsmått och återkoppling i SibeR

Internetföremad KBT (IKBT) kan överbrygga brist på och ojämlik tillgång till psykologiska behandlingar som prioriteras högt av nationella riktlinjer. Den digitaliserade vården ökar kraftigt och behöver stödjas med ordnat införande och utvärdering via Svenska Internetbehandlingsregistret (SibeR).

SibeR är ett interventionsregister som under 2021 registrerade behandlingar inom primärvård och psykiatri för patienter i alla åldrar för diagnosgrupper depression, sömnstörning, stress-, ångest/oro- och OCD-spektrumsyndrom, samt ADHD och magbesvär/IBS. Indikationerna vidgas i takt med implementering i reguljär vård. ADHD och magbesvär/IBS tarm var nya indikationer för året.

På begäran av anslutna verksamheter kompletterades registret med fler diagnoskoder för ospecifika ångesttillstånd och möjlighet att registrera samsjuklighet med psykossjukdomar och PTSD. Vidgning av samsjuklighet är ett tecken på att IKBT också börjar ges till patienter med svårare psykisk ohälsa.

Kvalitetsmåten i SibeR gäller diagnostisk bedömning, tillgänglighet, fullföljandegrad och behandlingseffekt. SibeR ger återkoppling via statistikvisningar i realtid samt stödjer implementering och informatik för digitaliserad vård. Pandemin medförde att nationellt användarmöte ställdes in.

Ökning av internetbehandlingar och registreringar med stark utveckling av överföringar från journal

Under kalenderåret 2021 ökade antalet internetföremadade behandlingar nationellt från 13 500 år 2020 till 17 800 år 2021 (Ineras statistik) dvs en ökning med cirka 30 %. I SibeR ökade registreringarna måttligt till 4 128 (15 % ökning jämfört med 2020) vilket gav en nationell täckningsgrad på cirka 23 %.

Antalet anslutna regioner ökade från 9 till 10. Antalet registrerande enheter ökade marginellt från 175 till 177 vilket bland annat berodde på omorganisationer på flera ställen till mer centraliserade enheter för digitaliserad vård.

SibeR arbetade intensivt med att underlätta datafångst via journal, se rapportens avsnitt om utveckling i regionerna. För året blev resultatet att cirka 70 % av data kom via överföring från journal. För att underlätta överföringar via journal har SibeR samverkat med ämnes-kompetenser och regioner för att skapa samordnad informatik och utfallsmått, strukturerade journalmallar och tekniska lösningar. Vi anser detta arbete är centralt för att öka täckningsgrad men noterar att det i många regioner är svårt att åstadkomma.

Andelen behandlingar för unga patienter i SibeR ökade

Under 2021 registrerades majoriteten av behandlingarna hos kvinnor (68 %) och med störst andel i åldersgruppen 26–35 år. Den yngsta i behandling var 7 år och den äldsta var 90 år.

Vi ser att en ökad andel av IKBT-program för unga registreras och uppfattar att en bidragande orsak är att Barn-Internet (BIP)-projektets behandlingsprogram inspirerar till användning och vårdutveckling i flera regioner.

Psykologisk behandling i rimlig tid

SibeR förtydligade definitioner av tidpunkt för behandlingsstart till det datum då patienten aktivt gjort något i behandlingsprogrammet och tidpunkt för vårdbegäran till det datum då patienten aktualiserades för bedömning till psykologisk behandling.

Tillgängligheten till psykologisk behandling via internet under 2021 var hög för majoriteten av patienterna, men ett fåtal fick vänta betydligt längre. Ledtiden mellan vårdbegäran och

behandlingsstart varierade mellan median 7 dagar i VGR primärvård till median 258 dagar i Västerbotten psykiatri.

Screening med AUDIT som stöd i bedömning

Användningen av AUDIT som ett sätt att screena för problematisk alkoholkonsumtion varierade mycket mellan regioner och vårdområden från 99–100 % i Uppsala primärvård och Örebro psykiatri, till 0 % i Stockholm primärvård, Sörmland primärvård och Uppsala psykiatri.

Precision av diagnostik och urval

Precision i diagnostik och urval till behandling är viktig för att patienten ska få ett behandlingsprogram som passar. Indikatoren för detta är andel behandlingar där man använt standardiserad intervjuguide i samband med bedömningen. Det kompletterades på grund av de nya indikationerna.

- För ADHD och ADD ska utredning ha skett enligt regionala eller nationella riktlinjer.
- För Funktionella magbesvär som IBS ska diagnos ha intygats av läkare.

Användning av strukturerad diagnostik varierade:

- För psykiatrin mellan 100 % i Örebro till 0–25 % i Skåne.
- För primärvården mellan 99–100 % (utom för sömn) i Uppsala till 0–25 % i Östergötland.

Stöd via video och fysiska besök ökade i behandlingarna

Under 2021 fick majoriteten av patienterna stöd i internetbehandling som ren textbaserad kommunikation via plattform (utan stöd i realtid) med sin behandlare (53 %). Cirka 41 % fick också stöd via telefonsamtal.

Den totala andelen som också fått stöd via videosamtal hade ökat från 0,7 % år 2019 till 4,7 % år 2020 och till 12 % år 2021. Under pandemiåren 2020–21 så ökade möjligheten till videosamtal brett inom vården.

Andelar som får stöd via fysiska möten hade också ökat från 5 % år 2020 till 12 % 2021. Detta verkar till stor del handla om att patienter får "blandad" ("digifysisk") behandling inom psykiatrin.

Psykolog var det vanligaste yrket att bedriva internetbehandling (kring 73 %), andra yrkesgrupper var socionom (kring 8 %), sjuksköterska, behandlingsassistent och fysioterapeut i fallande ordning. Fördelningen av yrkesgrupper var lite annorlunda i Uppsala psykiatri, VGR psykiatri och primärvård.

Generellt höga effekter på symtom men datakvaliteten varierar stort

Behandlingsresultaten var överlag mycket goda, inom både primärvård och psykiatri, med höga eller medelhöga effektstorlekar för alla diagnosgrupper beräknat på behandlingar där det fanns både för- och eftermätning med sjukdomsspecifika symtommått hos vuxna.

I några regioner var dock datakvaliteten bristfällig pga saknade eftermätningar och lägre täckningsgrad.

IKBT för barn och unga mättes under 2021 med behandlarens globala skattning av om patienten var mycket bättrad eller inte, motsvarande Clinical Global Impressions – Improvement (CGI-I) = 1-2, parallellt med att också skattningsdata med RCADS och OCI-CV samlades in. Behandlingsresultaten för ångestsyndrom var goda i Stockholm, lovande i Skåne men det saknades uppgifter för nästan 40 % i VGR.

Resultat för de nya indikationerna: ADHD hos vuxna, magtarmsbesvär hos barn och vuxna

ADHD hos vuxna infördes som indikation under 2021 på begäran från regioner där man bedriver IKBT för detta. Det var för få behandlingar som registrerades för att kunna utvärderas.

Resultaten för IKBT för magbesvär/IBS hos både barn och vuxna var goda med höga andelar förbättrade, höga effekter avseende minskat undvikande och kontrollbeteenden och hög effekt på förbättrad funktion och livskvalitet. Effekten på magtarm-symtom var lägre direkt efter behandlingen.

Nytt för i år är att kunna se medelhöga effekter på funktion och livskvalitet

Nytt för i år är att vi har beräknat effektstorlekar även gällande funktion mätt med WHODAS-12 frågor för vuxna och hälsorelaterad livskvalitet mätt med KIDSCREEN-10 för barn och unga. Där det fanns tillräckligt med eftermätningar ser vi medelhöga effekter på funktion och livskvalitet. Detta är ett centralt utfall och tillfredställande att korta behandlingar på i allmänhet 8–12 veckor kan ge sådan mätbar effekt. Det är önskvärt att verksamheterna hittar sätt få in mer eftermätningar avseende funktion.

Andelen som fullföljde planerad behandlingstid varierade mycket mellan regionerna

Nytt för i år är att vi redovisar andelen som fullföljer planerad behandlingstid med jämförelser över tre år. På så sätt kan regionerna följa sin utveckling över tid avseende en påverkbar behandlingskomponent. På hemsidans statistikvisning ser man andelen som gjort mer än 50 % av modulerna, vilket är ett annat mått på fullföljandegrad.

Vi ser att fullföljandegraden varierar ganska mycket mellan regioner, för olika program och vårdprocesser.

Läget i och reflektioner över resultaten i regionerna 2021

I årsrapporten beskrivs läget för anslutna regioner, och regioner som befann sig i anslutningsprocess: Stockholm, VGR, Örebro, Uppsala, Dalarna, Västernorrland, Skåne, Östergötland, Kalmar, Sörmland och Västerbotten.

Avsnitten för diagnosgrupperna avslutas med reflektioner över resultaten i respektive region. Reflektionerna avser att stödja utveckling och förbättringar i regionen.

Fördjupad läsning av årsrapporten

Årsrapporten ger en kort introduktion till internetbehandling och SibeR samt två artiklar om verksamhet i Dalarna och i Stockholm som vi hoppas ska vara inspirerande. Sedan följer en översikt av registrerade behandlingar i regioner och vårdgrenar och ett allmänt avsnitt med beskrivning av patienter, samt jämförelser av tillgänglighet till behandling, precision av diagnostik och vilka typer av stöd i internetbehandling som patienterna fått.

Rapporten innefattar sedan resultaten uppdelat på behandlingsprogram för unga och för vuxna.

- För unga: Ångestsyndrom och Magtarmsbesvär IBS.
- För vuxna: ADHD, magbesvär/IBS, depression, stressyndrom, sömnstörningar, dysmorfofobi, GAD och ospecifika ångesttillstånd, hälsoångest, paniksyndrom, social fobi och tvångssyndrom.

Ytterligare fördjupning med tabeller finns i appendix.

Om SibeR

Vad är internetbehandling?

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

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

Syfte och avgränsning

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

Mål med SibeR

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

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

Exempel på avsedda förbättringar med SibeR

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

Indikatorer i SibeR

För att driva utvecklings- och förbättringsarbete har SibeR formulerat fyra indikatorer som presenteras i statistikvisning online i realtid på SibeRs webbplats. På en övergripande nivå finns några av dessa också presenterade på webbplatsen Vården i Siffor (VIS). Årsrapporten kompletterar och

fördjupar analyser av det som redovisas online. Enskilda enheter kan använda sammanställningar i sina Resultatöversikter online för att få orensurerad statistik i inloggat läge. De fyra indikatorerna är:

Behandlingsresultat

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

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

Strukturerad diagnostik

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

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

Tillgänglighet

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

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

Fullföljandegrad

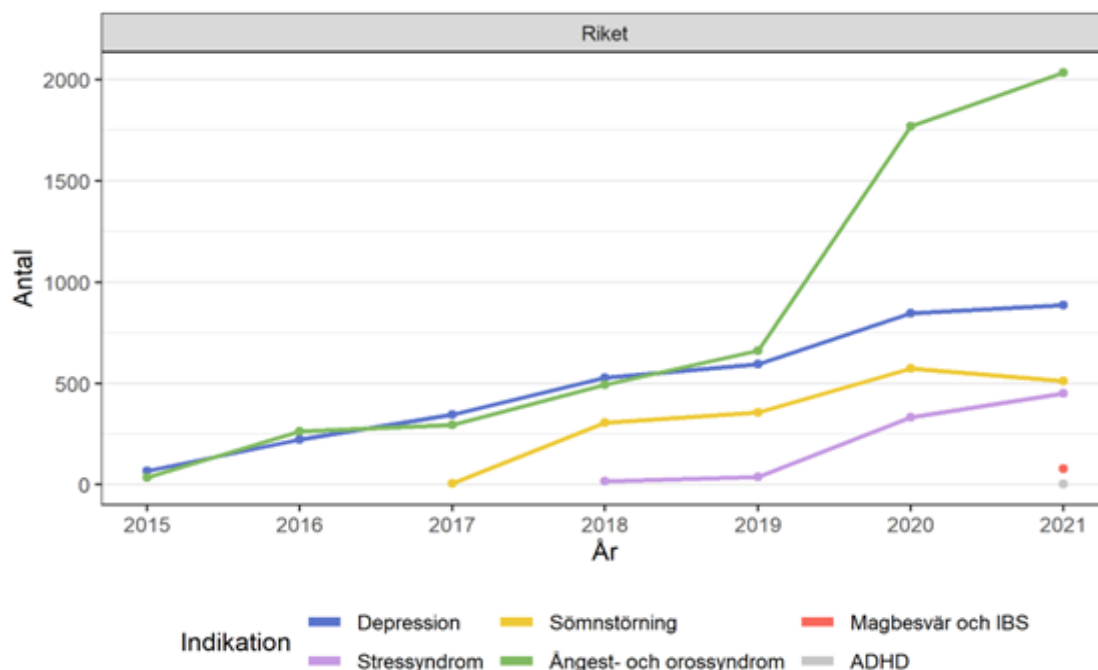
Fullföljandegrad definieras som andel behandlingar där patienten tagit del av mer än 50 % av avsnitten i behandlingsprogrammet i visning online. Alla behandlingar där patienter genomfört minst ett avsnitt ingår i resultatredovisningen.

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

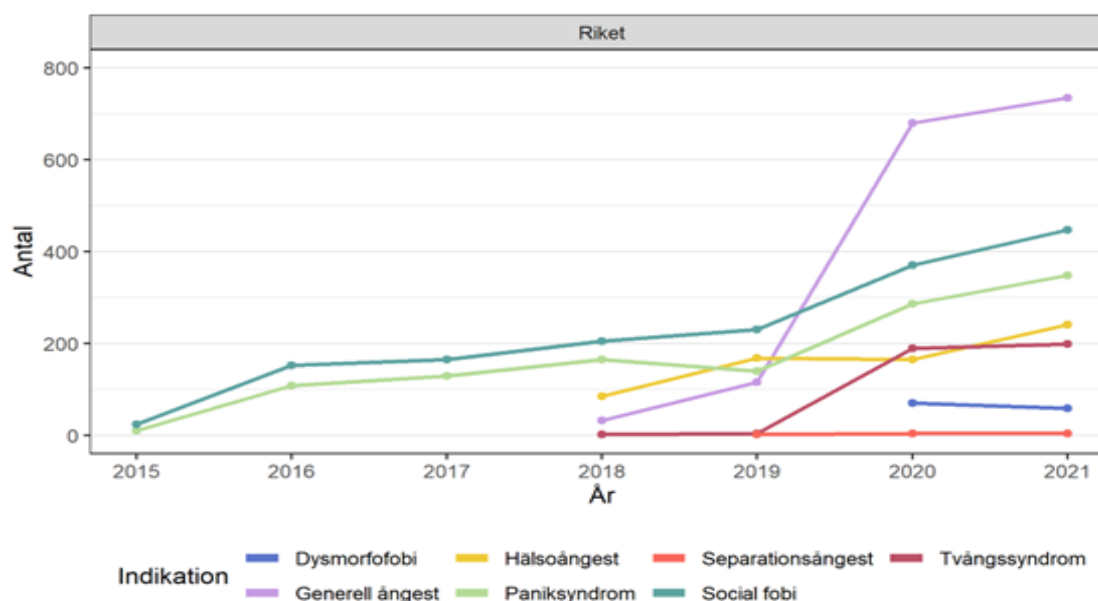
Omfattning av internetbehandling, i SibeR och i Riket

Utveckling av SibeR

Datauttagen för åren baseras på behandlingar som startade kvartalet innan kalenderåret (kvartal 4) till och med kvartal 3 för kalenderåret. I rapporten har vi använt denna definition om inte annat anges. Antalet registrerade behandlingar ökade måttligt under 2021, jämfört med den stora ökningen under 2020, se figur 1. Figur 2 visar indikationer inom gruppen Ångest- och oros-syndrom. Två nya indikationer, IBS/magbesvär och ADHD, introducerades under 2021.



Figur 1. Antal startade behandlingar som registrerats i SibeR 2015–2021* uppdelat i övergripande diagnosgrupper (*startat Q4 föregående år till och med Q3 innevarande år)



Figur 2. Antal startade behandlingar för indikationer som registrerats i SibeR 2015–2021 inom gruppen ängest- och orosyndrom

Utveckling i regionerna

Stockholm- utveckling med större utbud och av direktöverföring

Under 2021 skedde här en ökning av registreringar som avspeglade en ökning av behandlingar och utbud. Både på Internetpsykiatri och BUP Internetbehandling bedrivs IKBT för magbesvär/IBS som började registreras i SibeR under 2021. Även BUP startade behandling för OCD.

SibeRs arbetade med att bygga specifika journalmallar för IKBT i journalsystemet Takecare i samarbete med regionens informatikkompetens och förvaltning för regionens sökverktyg IVR. Det

ledde fram till att överföring från journalen till SibeR etablerades från den 1 april för den specialiserade enheten Internetpsykiatri, för OCD-mottagningen för vuxna från den 1 juni och för den specialiserade enheten BUP Internetbehandling från den 1 augusti 2021.

Akademiskt primärvårdscentrum vid Gustavsbergs vårdcentral började bedriva IKBT inom reguljär vård och gjorde ett antal manuella registreringar under 2021. Här har man utvecklat och vetenskapligt prövat ett IKBT-program för stress- och utmattningsproblematik som nu ges i reguljär vård. Deras IVR-överföring blev inte klar under 2021. IKBT bedrivs även inom Capio primärvård som inte registrerar i SibeR. För utvecklingen i regioner med hög täckningsgrad se figur 3. Med täckningsgrad avses andelen som registreras i SibeR av antal startade behandlingar. För psykiatri var täckningsgraden kring 73 %, totalt kring 50 % då större delen av primärvården inte registrerade i SibeR.

Västra Götalandsregionen – mer direktöverföring och kvalitetsdriven utveckling

I VGR, som hade stor ökning under 2020, så skedde det under 2021 en minskning antal startade behandlingar, se figur 2. I februari bytte man programleverantör från Livanda till Psykologpartners.

Under 2019–2020 etablerades en journalöverföring från Asynja Visph i den offentligt drivna primärvården till SibeR. Under 2021 hade SibeR ett fortsättningsprojekt med regionen att stödja vidareutveckling av journalöverföring så att även de privat drivna vårdcentralerna skulle ha samma möjlighet. Journalmallar och överföring via sökverktyget Medrave från journalsystemen Webdoc och J4 utvecklades. Ett antal nya enheter anslöt och SibeR hade många digitala möten med behandlare och vårdutvecklare kring kvalitetsuppföljning och förbättringsarbete av IKBT. Stödmaterial kring journalföring och kvalitetsdriven utveckling publicerades på regionens websida, vårdgivarwebben: <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/e-tjanster/sob/behandling/>.

Jämsides utvecklingen sågs svårigheter med att skala upp inom psykiatri och att flera enheter inom primärvården minskade att behandla med IKBT. Ungdomsmottagningarna omorganiserades till en central enhet för digital vård för alla ungdomar i regionen, Ungdomsmottagning Online. Täckningsgraden beräknades till cirka 53 %.

Uppsala – utveckling av en enhet för digital vård

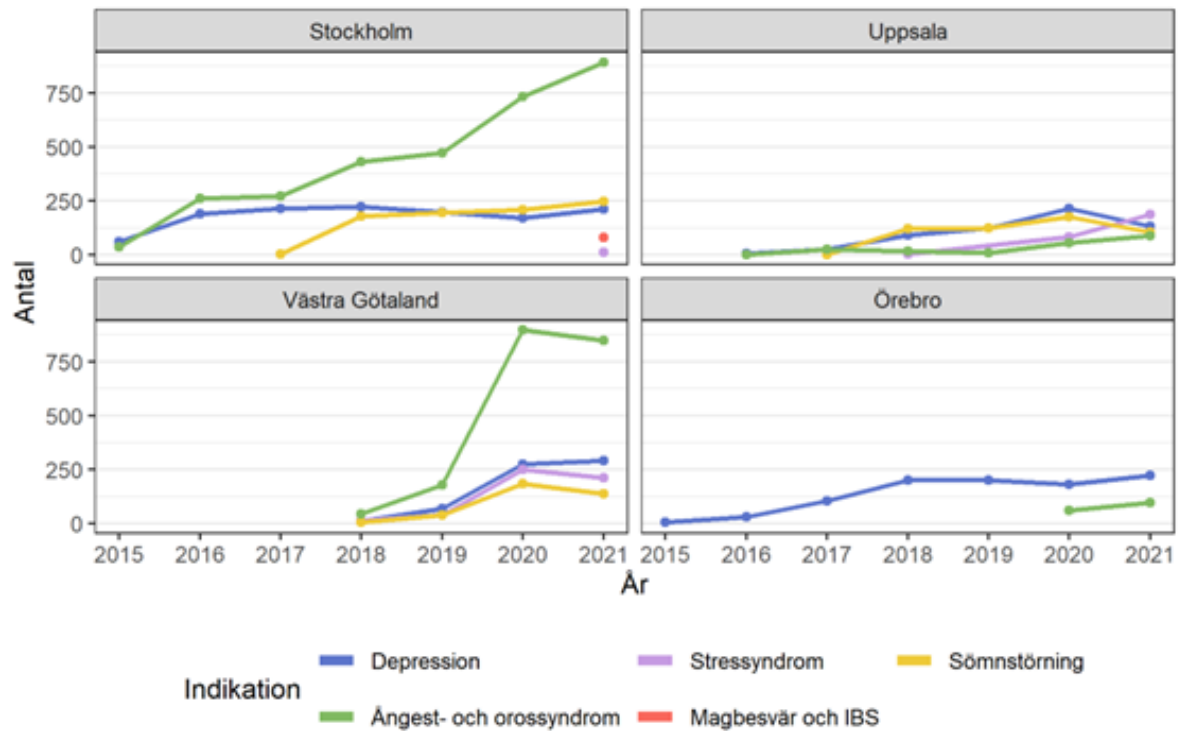
Under 2021 genomförde Region Uppsala en omorganisation av sin digitala vård inom primärvården. Från 2018 till första halvåret 2021 hade man bedrivit IKBT inom ramen för ett utvecklingsprojekt på ett antal vårdcentraler inom regionen med SibeR som samarbetspartner. Utvärdering av projektet ledde fram till ett regionalt beslut om att etablera en central enhet för digital vård för hela regionens befolkning, Nära Vård Digitalt. Under våren 2021 fungerade en av vårdcentralerna som central enhet under tiden som den digitala enheten etablerades.

Under tiden för projektet byggdes specifika journalmallar för IKBT i samverkan med SibeR och ett projekt för att bygga en journalöverföring med nationella tjänstekontrakt från regionens journalsystem Cosmic initierades. Ambitionen kunde inte fullföljas under 2021 så regionen registrerar manuellt i SibeR. Den manuella registreringen i SibeR utförs av administratörer med stöd av lathundar och specifika journalmallar vilket uppfattas vara grund för hög täckningsgrad (81 %) och god datakvalitet.

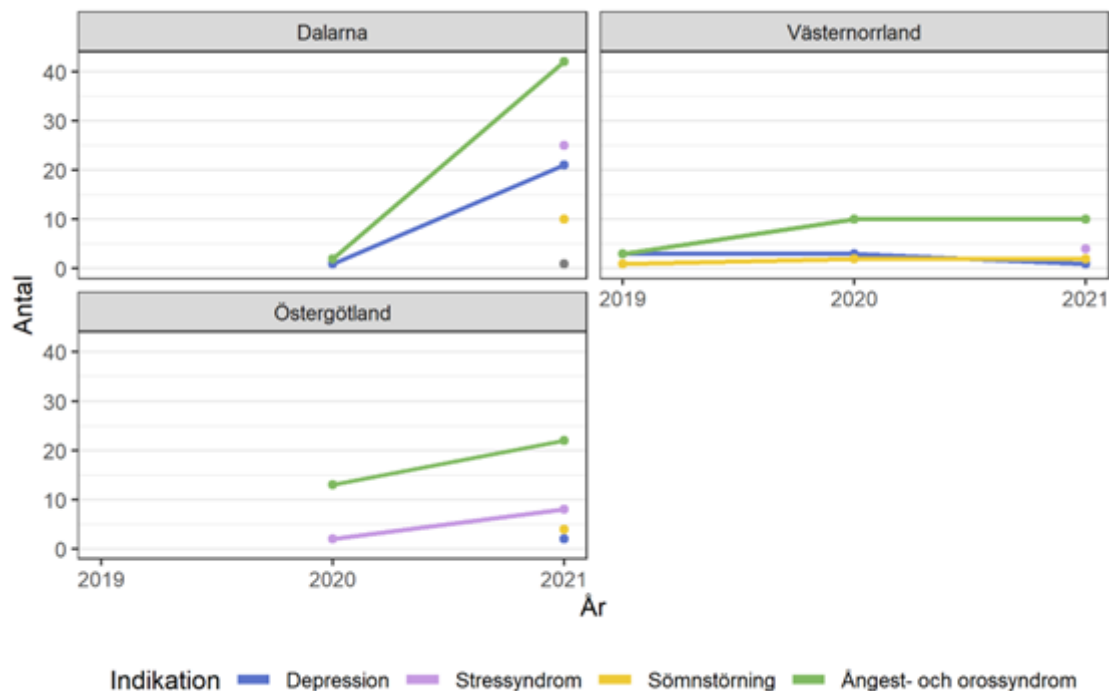
Örebro – utveckling med egna program för paniksyndrom och social fobi

Från starten 2015 så organiserades den digitala psykologiska behandlingen i form av IKBT för depression via en central enhet inom psykiatri i Region Örebro men i samverkan med primärvården. Alla invånare i regionen, oavsett vårdnivå, kan söka vård och man tar även emot patienter från andra regioner. Under 2020 introducerades behandling för paniksyndrom och under 2021 för social fobi.

Man registrerar manuellt med väl utarbetade rutiner och dokumenterar i journalsystemet Infomedix. Täckningsgraden är 91 %.



Figur 3. Antal startade behandlingar som registrerats i SibeR 2015–2021 uppdelat i övergripande diagnosgrupper för regioner med hög täckningsgrad



Figur 4. Antal startade behandlingar som registrerats i SibeR 2015–2021 uppdelat i övergripande diagnosgrupper för regioner med låg täckningsgrad

Dalarna- från piloter till bredare registrering i primärvård

Region Dalarna startade sin anslutningsprocess under 2019 och började registrera från en pilotenhet under kvartal 3 2020. Under 2020 hade specifika, SibeR-anpassade journalmallar för IKBT utvecklats i syfte att bygga en journalöverföring men regionen beslöt att inte genomföra denna utan att registreringar skulle ske manuellt. Man började komma i gång med sina manuella registreringar från vårdcentraler i primärvården under hösten 2021, se figur 4. Täckningsgraden för 2021 blev 9 %.

Under 2021 etablerades "Min Vård", en regiondriven enhet för videobaserad psykologisk behandling med stöd av egenutvecklade behandlingsprogram. Utvecklingsledaren Jeremy Wihdén tog kontakt med SibeR utifrån önskemålet om att behandlingarna skulle följas upp systematiskt. SibeR:s styrgrupp tog beslut att inkludera även denna typ av digital vård, dvs där det finns definierade behandlingsprogram som förmedlas digitalt och att kommunikationen mellan patient och behandlare även kan ske främst via videosamtal. Jeremy berättar mer om utvecklingen i Dalarna i en egen artikel längre fram i denna årsrapport.

Östergötland – fortsatt pilotfas

Östergötland anslöt i slutet av 2019 med två pilotenheter. Under 2020–21 byggdes specifika, SibeR-anpassade journalmallar för IKBT och syftet var att skapa en överföring via nationella tjänstekontrakt från Cosmic till SibeR. När Cambio Cosmics kundgrupp gjorde andra prioriteringar avbröts arbetet. Man har fortsatt registrera manuellt från pilotenheter men valt att inte bredda till hela primärvården där IKBT bedrivs decentraliserat på vårdcentraler i regionen. Det har förts diskussioner om alternativ till tjänstekontrakts-överföringar från journal till SibeR. Täckningsgraden för 2021 blev 2 %.

Kalmar – förberedelse för anslutning

Kalmar var i process för anslutning till SibeR under hela 2021 i samarbeten med psykiatrichefen i Oskarshamn, regional IT- och informatikkompetens samt vårdutvecklare och behandlare inom psykiatri, BUP och primärvård. Man noterade behov av att byta typ av behandlingsprogram för att kunna fånga patientens skattningar och behov av mer funktionella journalmallar. Eftersom både Kalmar och Östergötland ingår i Sydöstra sjukvårdsregionen som samarbetar inom e-hälsa så initierades återanvändning av Östergötlands IKBT-mallar med anpassning för Kalmar.

Västernorrland - enheter i vuxenpsykiatri

Västernorrland anslöt under 2019 med några vuxenpsykiatriska mottagningar där man bedriver IKBT som en kompletterande insats i utbudet. Det har funnits diskussioner om att vidga till IKBT som bedrivs inom primärvården, men regionala omorganisationer har hindrat. Man journalför i NCS Cross och registrerar manuellt.

Sörmland – inledde men pausade anslutning

Sörmland var i anslutningsprocess under 2020 där en pilotenhet inom primärvården anslöt och började registrera kvartal 4 2020. En diskussion kring direktöverföring och bygge av journalmallar inleddes, men man beslöt att avvakta med hänsyn till kommande byte av journalsystem. Därmed avbröts även anslutningen till SibeR då man inte heller var beredd att etablera manuell registrering.

Västerbotten – inledde men pausade anslutning

Västerbotten har haft införande av IKBT i omgångar sedan 2016 inom primärvård och psykiatri. SibeR har sedan 2018 haft dialog med nätverk för IKBT och chefer i regionen kring anslutning. Dialog har även förts med den regionala kunskapsstyrningen kring hur digitaliserad vård kan bidra till att uppnå kvalitetsmålen i nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom. Under 2020 fördes diskussionen främst med psykiatrin i Skellefteå, men även vårdutvecklare för psykiatrin i Umeå deltog. Under 2021 beslöt man att ansluta psykiatriska mottagningar i Södra Lappland och i Skellefteå. Två pilotenheter anslöt och började registrera. Ett stort digitalt uppstartsmöte

genomfördes september 2021 med mottagningar i Skellefteå. Verksamheten beslöt sedan att avbryta anslutningen på grund av prioriteringar och organisatoriska faktorer. Regionen har dock framfört önskemål om att SibeR prioriteras för inmatik inför Sussa-gruppens kommande journalsystem.

Skåne – utvecklingsprojekt inom BUP och vuxenpsykiatri

Skåne inledde sin anslutningsprocess under 2020 och startade registrering från pilotenheter inom vuxenpsykiatri i kvartal 4 2020. SibeR upprättade ett samarbetsprojekt med Förvaltning psykiatri, habilitering och hjälpmedel under 2021 i syfte att stödja implementering och kvalitetsuppföljning av IKBT inom vuxen-, barn- och ungdomspsykiatri i samverkan med vårdutvecklare och psykoterapiansvariga. Under året började 11 enheter att registrera.

Region Skåne är i färd med att byta journalsystem till Cerners Millenium i projektet Skånes Digitala Vårdsystem (SDV). Informatik kopplad till IKBT och SibeR har förts in till SDV-projektet. Under året inleddes även ett projekt med att se över behoven av IKBT-anpassade journalmallar i det befintliga journalsystemet Melior med engagemang från administratörer, informatiker, behandlare och vårdutvecklare.

Utveckling kalenderår

I tabellen nedan visas utveckling av antal deltagande regioner och registrerande enheter från starten av SibeR, redovisat för kalenderår.

Tabell 1. Antal deltagande regioner och registrerande enheter, kalenderår 2015–2021

År	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Antal deltagande regioner	2	3	3	4	6	9	10
Antal registrerande enheter	2	3	3	14	65	175	177

Tekniska plattformar och behandlingsprogram

Under 2021 bedrevs internetbehandlingar i reguljär vård i Sveriges alla regioner, men i varierande omfattning. Majoriteten bedrevs på den nationella plattformen Stöd och Behandling (SoB), inklusive Internetpsykiatri som migrerade över till SoB. Inera AB, som ägs av Sveriges Kommuner och Regioner, förvaltar SoB som en av sina digitala invånartjänster. SoB är en säker teknisk plattform som i sig inte har ett innehåll. Det är okänt i vilken omfattning nätbolagen bedriver internetbehandling.

Under 2021 upphandlade de flesta regioner behandlingsprogram från företag, men några hade egenutvecklade program. På Ineras websida presenteras statistik över vilka program som startat över tid i respektive region i SoB (Inera, https://www.inera.se/tjanster/stod_behandling/).

Vi ser en utveckling med att allt fler regioner vill utveckla egna behandlingsprogram och kunna använda sig av andra regioners vetenskapligt och i vården utprovade program. I viss mån har detta börjat ske eftersom man börjat se lösningar på de juridiska hinder som funnits. SibeR fyller viktiga funktioner genom att återkoppla kring hur programmen fungerar i olika vårdssammanhang och genom att man på SibeRs webbplats kan man ta del av beskrivningar av behandlingsprogrammen, se "Om SibeR", "Behandlingsprogram".

Täckningsgrad

Baserat på en uppskattning från Ineras statistik så bedömer vi att det startade cirka 17 800 internetbehandlingar totalt i Sverige under kalenderåret 2021. Med 4 128 registrerade behandlingsstarter i SibeR för kalenderåret (källa: Vården i Siffror) ger det en täckningsgrad på cirka 23 procent nationellt. I tabell A1 i appendix finns beräkningar av täckningsgrad för de anslutna regionerna.

Video- och Internetbehandling i Region Dalarna

Jeremy Wihdén,
Arbetsledare Min Vård
Utvecklingsledare IKBT



Videobehandling på Min Vård

Dalarnas digitala vårdenhet

Min Vård är Region Dalarnas digitala primärvårdsenhet dit vuxna patienter på egen hand kan boka videobesök till läkare, fysioterapeut eller för psykologisk behandling. Utvecklingsarbetet avseende psykologisk behandling startade under 2020, men var planerat redan före pandemin.

Vi riktar oss till befolkningen i Dalarna och är ett alternativ till att söka digital utomlänsvård. Utöver ett par psykologer som är anställda på Min Vård så deltar även behandlare från de flesta av Dalarnas 28 vårdcentraler i bemanningen, både från vårdcentraler som drivs regionalt och i privat regi.

Samverkan med den fysiska vården

Vi har utvecklat rutiner för samverkan med den fysiska vården i länet. En viktig samverkanspartner är den vårdcentral där patienten är listad. En central funktion vid samarbete med vårdcentralen är **vårdsamordnare psykisk hälsa**, vilket är en specialutbildad sjuksköterska som vi kan kontakta vid behov av dialog, teamarbete och gemensam vårdplanering.

Två typer av behandling

Den behandling som erbjuds på Min Vård kan något förenklat delas upp i två typer:

- **Behandlingsprogram** innebär att videobehandlingen utgår från ett egenutvecklat program med ett standardiserat innehåll med ett antal moduler med psykoedukation och övningar – alltså väldigt likt traditionell IKBT.
- **Individuell behandling** kallar vi den behandling som inte utgår från något av våra behandlingsprogram, vilket kan innebära att lämpligt behandlingsprogram saknas eller att det finns ett behov av mer långtgående anpassningar av behandlingen.

Behandlingsprogram kommer att registreras i SibeR, medan individuell behandling enbart utvärderas internt.

Videomöten kombinerat med textfiler

Under 2021 var det ungefär hälften av alla patienter som gick något av våra 10 behandlingsprogram och genomsnittligt antal sessioner var 8,6 (n=79, sd=4,1). Programmen skickas som textfiler till patienten och omfattningen är ca 30–50 sidor. Kommunikation med patienten sker huvudsakligen synkront via videomöten á 25 minuter. Behandlaren har dock möjlighet att aktivera en

meddelandefunktion där asynkron textkommunikation kan ske utifrån överenskommelse, t ex om patienten har frågor om någon övning eller modul.

Uppföljning är en prioriterad aktivitet

En ledstjärna i utvecklingsarbetet har varit kunskapsstyrningens mål om en kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. För att nå dessa mål behöver vi givetvis utgå från evidensbaserade metoder och bästa tillgängliga kunskap från t ex nationella och regionala vård- och insatsprogram. Men minst lika viktigt är att systematiskt följa upp vilka insatser som har erbjudits och dess behandlingseffekter. Därför har systematisk uppföljning med skattningsskalor redan från start varit en prioriterad aktivitet på Min Vård, trots att administreringen av skattningsskalor både är krånglig och tidskrävande med våra nuvarande system. En första utvärdering publicerades i mars 2022.

Transparens och jämförelser är centralt för bättre vård

Att ansluta oss till SibeR har varit självklart sedan vårt första behandlingsprogram utvecklades eftersom vi förstår att transparens och jämförelser är centralt när man vill förbättra vården. Vi är mycket glada över att "videobehandling med standardiserade behandlingsprogram" accepterades av styrgruppen och kan ingå i kvalitetsregistret. Utöver att jämföra oss med andra program och mot andra enheter som bedriver traditionell internetbehandling (med primärt asynkron skriftlig kommunikation) så hoppas vi även att fler mottagningar som också bedriver strukturerad videobehandling ansluter sig längre fram.

Framåt

I början på 2022 registrerades de första behandlingarna i SibeR parallellt med återkommande uppdateringar av vår lathund då nya frågor uppstår i samband med registrering. När pilotfasen är färdig ska fler behandlare börja registrera sina behandlingsprogram, preliminärt under hösten 2022.

Jämfört med flera "nätpsychologbolag" är Min Vård en mindre aktör avseende både personal och övriga resurser, men förhoppningen är att på lite längre sikt kunna skala upp verksamheten och bli förstahandsvalet för invånare i Dalarna. Vi tror att det ökar förutsättningarna för att kunna bedriva en god och nära vård i enlighet med målen i kunskapsstyrningen. Vidare är ett datadrivet kvalitetsarbete centralt vid psykologisk vård och därför kommer användningen av SibeR att vara en mycket viktig pusselbit i det fortsatta kvalitetssäkringsarbetet!

IKBT - bakgrund och nuläge

Historiken

Region Dalarna har bedrivit IKBT sedan 2016. Detta har skett med upphandlade program från privata leverantörer och utifrån en decentraliserad modell med ett stort antal vårdenheter. 2019 togs ett beslut om att inleda ett samarbete med SibeR och några pilotenheter startade upp. 2020 skedde ett byte av programleverantör, ett omtag kring informatik och bygge av journalmallar genomfördes. Ledningen för primärvården tog under 2020 ett beslut om att all IKBT bör registreras i SibeR men att detta behöver ske manuellt (dvs ingen överföring av data från journal). Under 2021 skrev så gott som alla vårdcentraler användaravtal med SibeR och en lathund för registrering publicerades.

Nuläget för IKBT

Idag bedrivs IKBT vid de flesta vårdcentraler, ungdomsmottagningar, samtalsmottagningar för barn och unga och öppenvård psykiatriska mottagningar. En uppskattning ger att cirka 40 enheter och uppemot cirka 100 behandlare arbetar med IKBT i någon utsträckning. De allra flesta behandlare har detta som en liten del i sitt kliniska arbete. Medan vissa enheter haft över hundra startade

behandlingar under 2021 finns det samtidigt några enheter som endast haft ett fåtal alternativt inga startade behandlingar alls.

Vad gäller följsamhet till beslutet att registrera i SibeR är den totala bilden att endast ca hälften av alla startade behandlingsmoment registreras i kvalitetsregistret. Och av dessa registreringar är det endast ca hälften som har både en för- och eftermätning. Här finns dock en variation där några enheter registrerar så gott som alla behandlingar medan några inte registrerar alls. En närmare granskning har tyvärr uppdatat att en hel del misstag gjorts i samband med registreringar.

Behov av ett omtag

Det finns behov av ett omtag på de flesta områden gällande IKBT i Region Dalarna. För att kunna bedriva ett kvalitetsförbättrande arbete med hjälp av SibeR så behöver datakvaliteten höjas.

Målet bör rimligtvis vara att **alla vårdenheter** ansluter sig till registret och registrerar **alla behandlingar** på ett korrekt sätt med både för- och eftermätning. Ett mål som vi i nuläget tyvärr befinner oss väldigt långt ifrån. När vi har tillräckligt med data för att kunna utvärdera vården på ett användbart sätt behöver dessutom strukturer för förbättringsarbete utvecklas, inklusive utbildning och metodstöd. Befintliga lathundar och journalmall är också i behov av revidering för att underlätta korrekt registrering.

Den decentraliserade modellen en utmaning

En decentraliserad modell i kombination med att återkommande behöva upphandla IKBT-program innebär särskilt stora utmaningar när det kommer till resurseffektivitet. Att med 3–4 års mellanrum behöva utbilda omkring 100 behandlare i nya program förbrukar ganska många timmar av arbetstid. Tid som annars hade kunnat gå till att träffa patienter. Dessutom kan man anta att både tidsåtgång och behandlingsresultat kan påverkas negativt i samband med byte och inläring av nya program. Att istället ha en fixerad uppsättning program över tid är sannolikt mer resurseffektivt. Jag noterar dessutom att Region Uppsala i årsrapporten från 2020 skriver att en av de viktigaste slutsatserna från deras projekt har varit att övergå från en decentraliserad modell till en centraliserad verksamhet för att leda, utveckla och kvalitetssäkra KBT via nätet. På sikt behöver vi nog överväga en sådan utveckling även i Dalarna.

I slutet av 2021 blev jag utvecklingsledare för IKBT. Jag konstaterar att vi har ett stort och viktigt arbete framför oss, men är hoppfull om en positiv utveckling!

Internetpsykiatri i Stockholm- utveckling och omställning



Erik Forssell,
Utvecklingspsykolog
Internetpsykiatri



Cecilia Svanborg,
F.d. Ledningsansvarig överläkare
Projektledare digital vård
Internetpsykiatri, Psykiatri Sydväst

Nationell och internationell pionjärverksamhet

Cecilia Svanborg

De tidiga åren

Internetpsykiatri startade sin reguljära kliniska verksamhet med internetförmiddad psykologisk behandling för hela regionens invånare 2007 som en vårdenhet inom Psykiatri Sydväst, en av de offentligt drivna psykiatriska klinikerna i Stockholm.

Det hade föregåtts av ett förberedande arbete under fem år i flera samarbeten: Karolinska Institutet där Nils Lindefors var adjungerad professor, professor Gerhard Andersson från Linköpings universitet, framsynta ledningspersoner inom regionen, psykolog Brjánn Ljótsson som utvecklade en teknisk plattform för forskning och klinik, och som tillsammans med psykologerna Jan Bergström och Erik Hedman utvecklade och studerade effekter av de första behandlingsprogrammen för depression, paniksyndrom, social fobi och IBS. Christian Rück var ledningsansvarig överläkare för två enheter med nära samarbete; internetpsykiatri och en specialmottagning för behandling av tvångssyndrom. För utveckling av säkra vårdprocesser och kvalitets- och uppföljningssystem var forskningssjuksköterska och koordinator Monica Hellberg och vårdutvecklare Liselotte Jansson viktiga.

Utvecklingen av ett nytt sätt att bedriva vård uppmärksammades och Nils Lindefors fick som dåvarande verksamhetschef ta emot både Guldkalpellén och Sveapriset 2011 för arbetet med Internetpsykiatri.

Vårdprocess för ökad tillgänglighet till evidensbaserad behandling

Ledstjärnan är att göra skillnad för patienterna genom att erbjuda evidensbaserad, patientsäker och resurseffektiv psykologisk behandling. Frånsett den allra första tiden har patienter fått göra egenanmälan från hela regionen och med införande av Patientlagen 2015 från hela landet. Under 2016 infördes program för Insomni och 2017 för IBS. Under 2018 infördes program för hälsoångest och startade internetbehandling för tvångssyndrom (OCD) och Upplevd fulhet (BDD) på OCD-mottagningen (f.d mottagningen för tvångssyndrom). En central funktion för tillgänglighet, patientinformation och kommunikation är den egna webplatsen: <https://www.internetpsykiatri.se/>.

För att säkra hållbarhet, effektiva flöden, arbetstrivsel och ständig vidareutveckling krävs genomtänkta vårdprocesser. En huvudprocess är att driften av internetförmedlad KBT (IKBT) ska ske med strukturerad och systematisk uppföljning av process och vårdresultat. För detta utvecklades ett kvalitetssystem där mål, metoder och ansvarsområden är beskrivna. Uppföljning av ledtider, resultat och utvecklingsprojekt har följts kontinuerligt via styrgruppsmöten.

Under åren har anpassningar av vårdprocessen skett med att testa effekter av att lägga till extra stöd, triagering, utvecklade sätt för anmälan, bedömningar via video och ändrad bemanning, med mera. Även behandlingsprogrammen har vidareutvecklats utifrån vunna erfarenheter och ny forskning.

Utveckling av och forskning om IKBT

Den andra huvudprocessen är att utveckla behandlingsprogram och studera effekter, innehåll och processer av IKBT. Forskningen bedrevs initialt inom ramen för Nils Lindefors forskargrupp, där bland andra Viktor Kaldo ingick och Gerhard Andersson var adjungerad. Numera bedrivs forskningen om IKBT på Psykiatri Sydväst främst i samverkan med "Kaldo group" (Viktor Kaldos forskargrupp) och "Rück lab" (Christian Rücks forskargrupp). Hittills har 12 avhandlingar producerats, varav den senaste juni 2022 var Oskar Flygares avhandling om "Improving access and outcomes in the treatment of obsessive-compulsive disorder". Hundratals vetenskapliga artiklar har publicerats inom områden som randomiserade studier av effekter, långtidsuppföljningar, hälsoekonomi, genetik, förändringar av signalsubstanser i hjärnan kopplat till behandlingsutfall, adaptiva behandlingsstrategier, lärande maskiner, med mera.

Det finns nationell och internationell samverkan kring forskning och vårdutveckling. Några internationella exempel är Mind Spot Clinic i Australien, eMeistring i Norge och IAPT i Storbritannien. Nationellt och regionalt har vi exempelvis utvecklingsprojekt med IKBT för sömnstörning hos patienter med psykos och IKBT för ADHD.

Utveckling av nationell plattform

Det fanns tidigt ett intresse för att man skulle utveckla en teknisk plattform som skulle kunna användas i alla regioner. Kring 2013 upprättade Center för eHälsa i Samverkan, sedermera Inera/1177, avtal med SKR att bygga en nationell plattform där man skulle kunna lägga in både stöd- och behandlingsprogram. Viktor Kaldo från Internetpsykiatri var en av kravställarna i bygget av Stöd- och behandlingsplattformen (SoB) som lanserades 2015. Tyvärr visade sig SoB i sina första versioner inte klara kraven från en verksamhet med hög produktion. Internetpsykiatri valde därför att fortsatt använda den egenförvaltade plattformen "P2". Internetpsykiatri medverkade dock i införandet av SoB med att förmedla kunskaper om bedömningsförande och vårdprocesser, samt i gap-analyser. När Stockholm anslöt till SoB så medverkade vi i flera SoB-test av videointegrationer och process-stöd.

Utveckling av nationellt kvalitetsregister

När jag, Cecilia, började som ledningsansvarig överläkare på Internetpsykiatri 2011 så fick jag frågan om jag kunde ansöka om och lägga kraft på att bygga ett nationellt kvalitetsregister för internetbehandling. Jag antog utmaningen eftersom frågorna om att göra evidensbaserad psykologisk behandling tillgänglig och arbetet med att sprida kunskaper till andra för "ordnat införande" är viktiga.

Det har varit en lärorik och spännande resa, med kontakter över hela landet med enskilda behandlare och chefer, SKR, Socialstyrelsen, kunskapsstyrningen, IT-kompetens och informatiker. Arbetet har oväntat väckt mitt intresse för hur IT-system kan kommunicera med varandra, och hur beroende de är av att vi i vården dokumenterar på ett strukturerat sätt. Men roligast är nog att se när verksamheter börjar använda sina resultat från SibeR i utveckling av sin vård till patienterna. En

extra bonus var tilldelningen av ett internationellt pris i november 2021 från eMental Health Collaborative (eMHIC) för "insatser för att forma framtiden för digital psykiatri inte bara i Sverige utan internationellt".

Omställning och vidareutveckling

Erik Forsell

Övergång till SoB

Stöd- och behandlingsplattformen (SoB) började användas allt mer i Stockholm och beställarna av vård förordade att Internetpsykiatri skulle gå över till att använda SoB senast årsskiftet 2020-21. Arbetet att migrera till SoB blev en stor utmaning. Den skraddarsydda plattformen P2 som vi lämnade hade flera verksamhetsanpassade funktioner som SoB saknade. Bland annat system för att hålla reda på vilka patienter som skulle besvaras eller kontaktas innevarande dag och huruvida dessa patienters ordinarie behandlare var i tjänst, eller om dessa ärenden skulle gå över till jouren (alltså bli besvarade av någon av de andra psykologerna). Även system för att hålla reda på hur många pågående patienter varje psykolog hade i förhållande till sitt tänkta max-antal, inklusive prognos för detta för ett antal veckor framöver. I en verksamhet med uppåt 300 pågående internetbehandlingar samtidigt, fördelat på 10-15 aktiva psykologer med olika tjänstgöringsgrad, är sådan funktionalitet viktig. Med vissa egenutvecklade sidosystem och en del trixande med funktionerna i SoB så kunde vi till slut matcha våra tekniska system till det vårdkvalitetssystem och de rutiner vi arbetat utifrån i alla år.

När övergången väl var ett faktum så upplevde vi en plötslig 100% ökning av vårt inflöde av vårdbegäran. Detta tror vi berodde på en kombination av rådande pandemi och att vi via 1177 blev mer synliga. Vår väntetid till bedömningssamtal sköt i höjden och var under fler månader 2021 på över tio veckor (normalt är 2-4). Under året som gått sedan dess har inflödet normaliserats något, men totalt sett så växte verksamheten i och med övergången till SoB. Idag behandlas omkring 1200 patienter årligen och vi träffar ca 2500 patienter för bedömning.

Uppgiftsväxling

I årsskiftet 2020–2021 gick Internetpsykiatri också över till bedömning inför behandling av psykolog. Tidigare har vi haft läkare under ST-utbildning placerade hos oss som gjort bedömningar med handledning av psykiater, med enstaka bedömningsinsatser av psykolog. Nu görs alla bedömningar av psykolog med handledning vid behov av psykiater. En fördel med det nya upplägget är att psykologerna efter en omställningsperiod nu kommer bygga på sig längre och längre erfarenhet av dessa bedömningar och hur det till slut blir när patienterna kommer till behandling. ST-läkarna blev väl upplärda, men eftersom de hela tiden byttes ut så var de alltid i någon mån nybörjare vad gäller just IGBT. En annan fördel är att psykologernas arbete blir mer varierat, vilket är välgörande i en verksamhet som helt och hållet ägnar sig åt IGBT. En uppenbar nackdel är dock att psykologens tid delas mellan behandlingsarbetet, som till stor del är reaktivt och varierar mycket från dag till dag, och bedömningarna som naturligtvis är låsta i tid och rum och måste bokas in i förväg, vilket kan göra det svårt att balansera ut arbetsbördan mellan veckans olika dagar. I samma veva övergick bedömningarna också till att vara digitala via Alltid Öppet vilket nu är standard för oss med endast enstaka undantag.

Användning av SibeR

Enheten använder både Resultatöversikten i SibeR och möjligheten till högupplösta datauttag i sin verksamhet. Sammanställningarna används som underlag för kvalitetsuppföljning och diskussioner kvartalsvis. Arbetsgruppen samlas i utvecklingsworkshops där kvalitet följs upp och vi identifierar problemområden, frågeställningar, behov eller önskemål för framtida utvecklingsprojekt. Det kan vara allt ifrån att problematisera varför en viss typ av data saknas i hög utsträckning i SibeR-sammanställningarna (vilket sannolikt beror på brister i våra rutiner kring journalföring och IVR-

överföring) till att fundera över om hur vi kan förklara skillnader över tid i behandlingseffekter och ifall det finns anledning att dra igång en fördjupad analys för att se om vi behöver åtgärda behandlingsinnehåll eller kliniska rutiner.

Sammanställningar från SibeR används också i kommunikation med brukare och andra vårdgivare. Exempelvis har vi under året lagt ut våra behandlingsresultat (andel förbättrade för var och en av våra sex behandlingar) på vår publika hemsida som en kvalitetsstämpel och för att öka transparens.

Aktuell utveckling

Efter en lång tids fokus på migrering till SoB och uppgiftsväxling ställer vi nu om till mer innehållsrelaterad utveckling. Internetpsykiatri har länge haft behov av ett behandlingsprogram för GAD, och nu pågår äntligen framtagande av behandlingsprogram för GAD inom ramen för ett forskningsprojekt, som också kommer leda till ytterligare en avhandling från enheten.

Under pandemin dök också frågan upp om det inte kan tänkas komma patienter med en symptombild som var mer blandad och nyuppkommen än vad våra program var skrivna för. Särskilt om patienter har allsköns praktiska bekymmer som kanske orsakats eller förvärrats av rådande restriktioner eller efterdyningarna av sjukdom, anhörigs dödsfall eller stora livsomställningar (som att bli isolerad, uppsagd, eller inte ha barnen i skola längre). Detta ledde till att vi utvecklade ett problemlösningssfokuserat krisstödsprogram med skraddarsydda fördjupningsmoduler för bland annat sorg, perfektionism, alkoholbruk och hälsoångest. Tanken var att ha något att erbjuda de som inte riktigt hör hemma i våra diagnosspecifika program och som kanske skulle klara sig med en mindre intensiv insats.

Ett annat spännande projekt är att vi utvecklar vårt första stöd-program (dvs. inte en behandling) på uppdrag av vaccinationsgruppen på hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Vi tar under augusti/september 2022 fram ett helt öppet och självgående stödprogram för de som undviker vaccination eller annan vård på grund av injektionsfobi (eller mildare spruträdsla). Invånare kommer att själva kunna starta och använda programmet som alltså utvecklas och förvaltas av Internetpsykiatri, men som inte innebär en behandlingsinsats. Vi är glada över möjligheten att använda vår nu gedigna erfarenhet av att framställa digitala interventioner till fler ändamål.

Registrerade behandlingar 2021

Antalet startade och registrerade behandlingar under 2021 visas i tabell 2 (för vuxna) och tabell 3 (för barn och unga). Urvalet av behandlingar baseras på om programmen är skapade för vuxna eller barn/unga. Det var 3 973 behandlingar som startade under kvartal 4 2020 fram till och med kvartal 3 2021 och för vilka den väglädda internetbehandlingen borde ha avslutats under kalenderåret 2021.

Tabell 2. Antal startade behandlingsprogram för vuxna i diagnosgrupper och totalt under 2021 i SibeR för anslutna regioner och vårdgrenar

Region	Vårdgren	*Saknade eftermätningar	Depression	Sömnstörning	Ångest och orossyndrom	Stressyndrom	Magbesvär IBS	ADHD	Totalt
Dalarna	Primärvård	15	21	10	42	25	0	1	99
Skåne	Psykiatri	15	2	3	13	2	0	1	21
Stockholm	Primärvård	5	2	9	2	11	0	0	24
	Psykiatri	12	211	238	815	0	48	0	1312
Sörmland	Primärvård	10	3	0	4	3	0	0	10
Uppsala	Primärvård	14	124	104	78	186	0	0	492
	Psykiatri	2	7	2	9	0	0	0	18
Västerbotten	Psykiatri	3	2	0	1	0	0	1	4
Västernorrland	Psykiatri	2	1	2	10	4	0	0	17
Västra Götaland	Primärvård	283	279	120	759	208	0	0	1366
	Psykiatri	5	7	19	5	2	0	0	33
Örebro	Psykiatri	0	223	0	97	0	0	0	320
Östergötland	Primärvård	2	2	4	19	8	0	0	33
Totalt	Totalt	368	884	511	1854	449	48	3	3749

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

Tabell 3. Antal startade behandlingsprogram för barn och unga i diagnosgrupper och totalt under 2021 i SibeR för anslutna regioner och vårdgrenar

Region	Vårdgren	Saknade eftermätningar	Ångestsyndrom unga	Magbesvär och IBS unga	Totalt
Skåne	Psykiatri	3	18	0	18
Stockholm	Psykiatri	19	76	31	107
Västra Götaland	Primärvård	33	89	0	89
Östergötland	Primärvård	0	3	0	3
Totalt	Totalt	55	186	31	217

Patienterna i SibeR

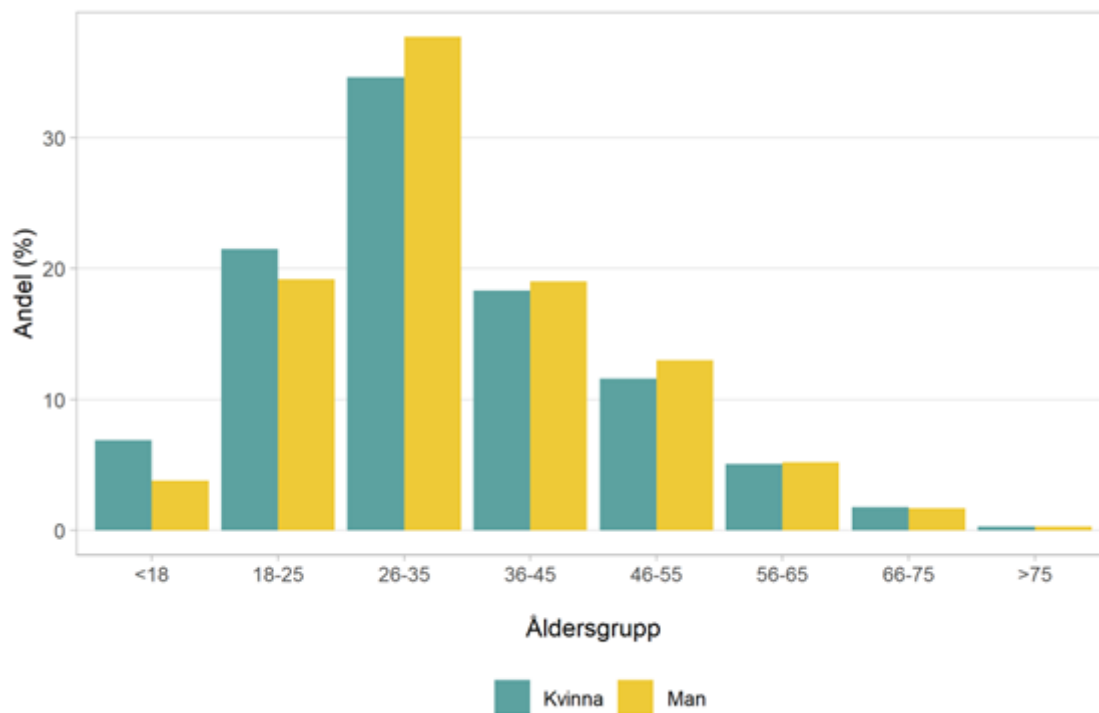
Kön och ålder

I SibeR registreras behandlingar vilket innebär att en patient kan ha gått i flera behandlingar och att dessa registrerats under samma år. Behandlingarna är i allmänhet kring 8–12 veckor långa. Under 2021 var det 1,8 % av patienterna som hade gått i mer än en internetbehandling under året.

Majoriteten av behandlingar hade startats av kvinnor (68 %) och för bägge könen var största andelen patienter inom åldersgruppen 26–35 år. Medelåldern var 34 år (SD 12,9) och medianåldern var 31 år. Den yngsta var 7 år och den äldsta var 90 år. Tabell A2 i appendix visar köns- och åldersfördelning för regioner och vårdgrenar.

Ålder- och könsfördelning hos de som registrerats uppfattas vara representativa för prevalensen hos vårdsökande; Medianålder har minskat något jämfört med föregående år, vilket uppfattas bero på ökad andel ungdomar som får IKBT.

I figur 5 visas andelar startade behandlingar för respektive kön i ålderskategorier.



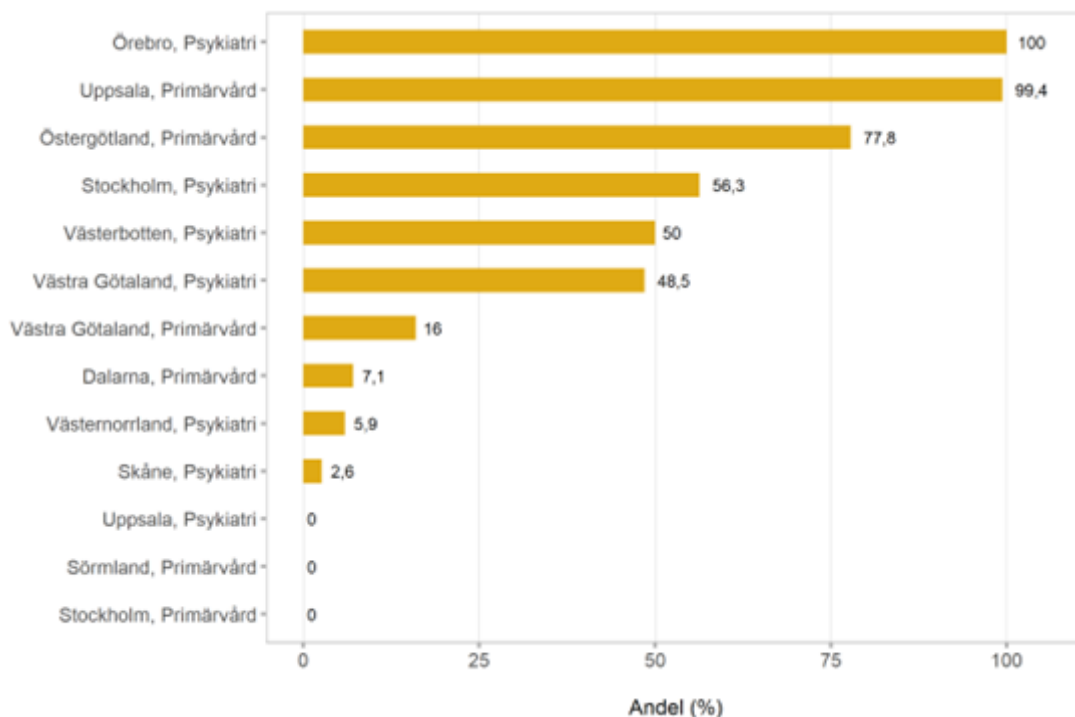
Figur 5. Andel startade behandlingar per åldersgrupp inom respektive kön (n=3 966; kvinnor: n= 2705, män: n=1261)

Alkoholbruk

Problematiserande alkoholanvändning kan vara relativt vanlig bland patienter som söker internetföremiddad 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.

Användning och registrering av AUDIT rekommenderas som ett hjälpmedel vid bedömning och för beskrivning av gruppen, så kallad case-mix-variabel. Användning av AUDIT vid bedömning är också en indikator som rekommenderas av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depression och ångest. För år 2021 har vi valt att inte redovisa andelar med riskbruk och skadligt bruk.

Under 2021 var det stor variation mellan regioner och vårdgrenar i vilken omfattning man använt AUDIT, se figur 6. Örebro psykiatri/primärvård var som föregående år ledande i att använda AUDIT vid bedömningen. Uppsala primärvård har ökat sin andel till nästan 100 procent. BUP, som inte använder AUDIT, har tillkommit i Stockholm psykiatri men det förklarar inte hela minskningen.



Figur 6. Andelar behandlingar med självrapporterad alkoholkonsumtion enligt AUDIT i regioner och vårdgrenar, 2021

Tillgänglighet och uppdatering av variabler

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

Begreppet ”**vårdbegäran för psykologisk behandling**” kan vara svårt att tolka ibland, utom när det handlar om att patienten gör en tydlig egen vårdbegäran. Även ”**tidpunkt för behandlingsstart**” behöver definieras. Inför direktöverföringar via journal till SibeR återupptogs arbete med informations-specifikation av SibeRs variabler enligt nationellt fackspråk. Informatiker ifrågasatte definitionen av ”tidpunkt för behandlingsstart” som då var datumet när patienten tilldelas programmet (jämför när läkaren skriver receptet). Det förekommer att patienter aldrig loggar in och eller gör något i den första modulen, eller att det dröjer innan patienten faktiskt startat även om man fått möjligheten.

Från primärvården inkom önskemål om att kunna registrera fler diagnoser som inte är specifika, från BUP att få registrera specifik fobi och från psykiatrin att kunna registrera samsjuklighet med PTSD och psykosjukdom.

Nya definitioner och variabler

Maj 2021 gick SibeR över till en ny definition av datum för behandlingsstart där patienten ska ha loggat in och gjort något i första modulen för att behandlingsstart anses ha skett (jämför ”lickat på tabletten första gången”). Den nya informatiken är mer personcentrerad genom att den betonar patientens egen aktivitet. Vi förtydligade även definitionen för vårdbegäran som det datum då vårdbegäran för psykologisk behandling aktualiserades, vilket i praktiken är det datum då beslut om att genomföra en bedömning fattas. SibeR införde ett antal nya diagnoser och samsjukliga diagnoser enligt önskemål från användare. Maj 2021 infördes sammanfattningsvis:

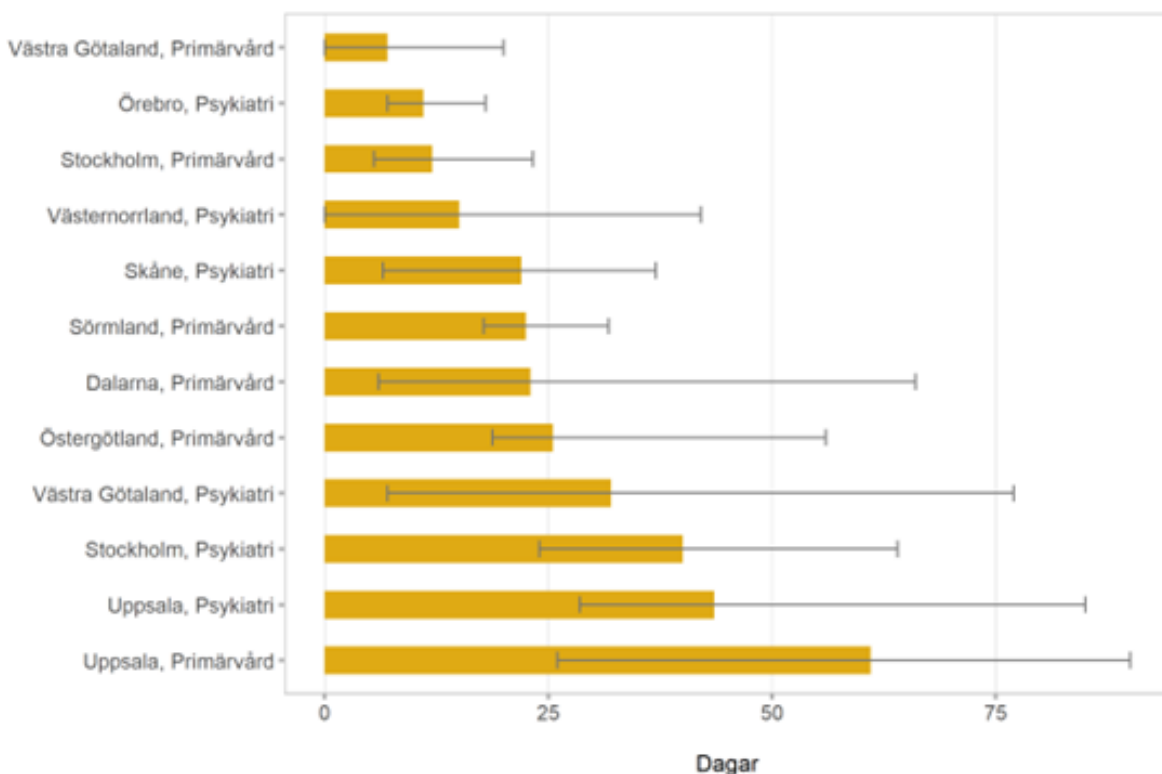
- **Vårdbegäran=datum då patienten aktualiserades för psykologisk behandling**
Tidpunkt då patienten genom egen vårdbegäran, genom vårdbegäran av närstående, genom remiss, eller i samverkan med vårdpersonal under pågående vårdåtagande aktualiseras för ställningstagande till psykologisk behandling. Med psykologisk behandling avses en systematisk intervention med psykologisk metod som syftar till förändring.
- **Behandlingsstart=datum då patienten aktivt gjort något i programmet**
Avser det första datum då patienten har loggat in och gjort något i behandlingsprogrammet. Det noteras typiskt genom att patienten besvarat frågor eller skattningar.
- **Nya indikationsdiagnoser (se hemsida för indikationsgrupper och kopplade diagnoser)**
F33.9 Recidiverande depression, ospecificerad, F40.2 Specifik fobi, F41.3 Andra blandade ångesttillstånd, F41.8 Andra specificerade ångesttillstånd, G47.2 Dygnsrytmstörning
- **Nya samsjuklighetsdiagnoser**
F20 Schizofreni, F22 Vanföreställningssyndrom, F25 Schizoaftektivt syndrom, F28 Andra icke organiska psykotiska störningar, F29 Ospecificerad icke organisk psykos, F43.1 Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), F93.0 Separationsångest, F95 Tics, samt några terminologiska korrigeringar.

Ledtid vårdbegäran-behandlingsstart

Medianen för antal dagar mellan vårdbegäran (aktualiserad) för psykologisk behandling och behandlingsstart vid internetbehandling, uppdelat på region och vårdgren visas i figur 7. Tabell A3 i Appendix anger antal dagar mellan Aktualiserad för psykologisk behandling och Behandlingsstart (minsta, median, maximalt och kvartiler; n=3966).

Vi ser att VGR primärvård har den kortaste ledtiden, men även att Örebro psykiatri och Västernorrland psykiatri har minskat ledtider jämfört med 2020 (se föregående årsrapport). Uppsala primärvård har ökat ledtiden vilket uppfattas beror på den omorganisation som man genomförde under året.

Överlag ser vi hög tillgänglighet, det vill säga att patienter får komma snabbt både till bedömning och till att starta sina internetbehandlingar. Det finns vissa skillnader mellan vårdgrenarna och några patienter som får vänta mycket längre än flertalet (se appendix).



Figur 7. Median antal dagar med kvartiler mellan vårdbegäran för psykologisk behandling och behandlingsstart vid internetbehandling i regioner och vårdgrenar, 2021

Precision i diagnostik och urval

Behandlingsprogrammen grundas vanligen på specifika modeller för specifika tillstånd och diagnoser. Det medför att rätt diagnos är en förutsättning för att programmet ska kännas meningsfullt och vara verksamt för patienten. Andra program har bredare så kallad transdiagnostisk inriktning.

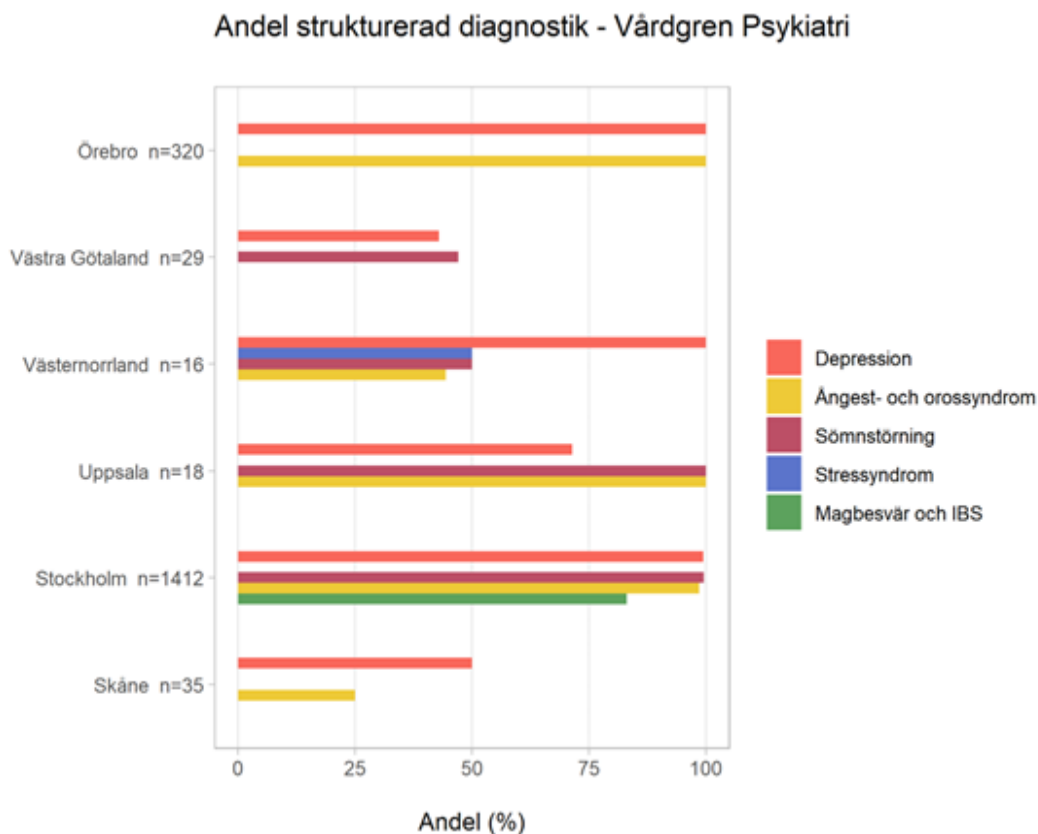
Diagnostiken är viktig även när sådana program används eftersom effekterna behöver utvärderas för transdiagnostiska program som har lägre grad av evidens. Andra faktorer än diagnos är självklart också viktiga vid bedömningen, som förutsättningar att klara formatet, utrymme och motivation för arbetet, eller om patienten skulle dra bättre nytta av annan tillgänglig behandling.

Samsjuklighet är vanligt och ställningstagandet till vilket program som är mest lämpligt i nuet är en kvalificerad bedömning. Träffsäkerheten i diagnostiken underlättas om man använder strukturerade intervjuguider, som exempelvis MINI och MINI-KID. Förutsättningarna för att bedriva diagnostik kan variera mellan primärvård och psykiatri och redovisas därför separat i figur 6 och 7.

Kompletterande definition för strukturerad diagnostik

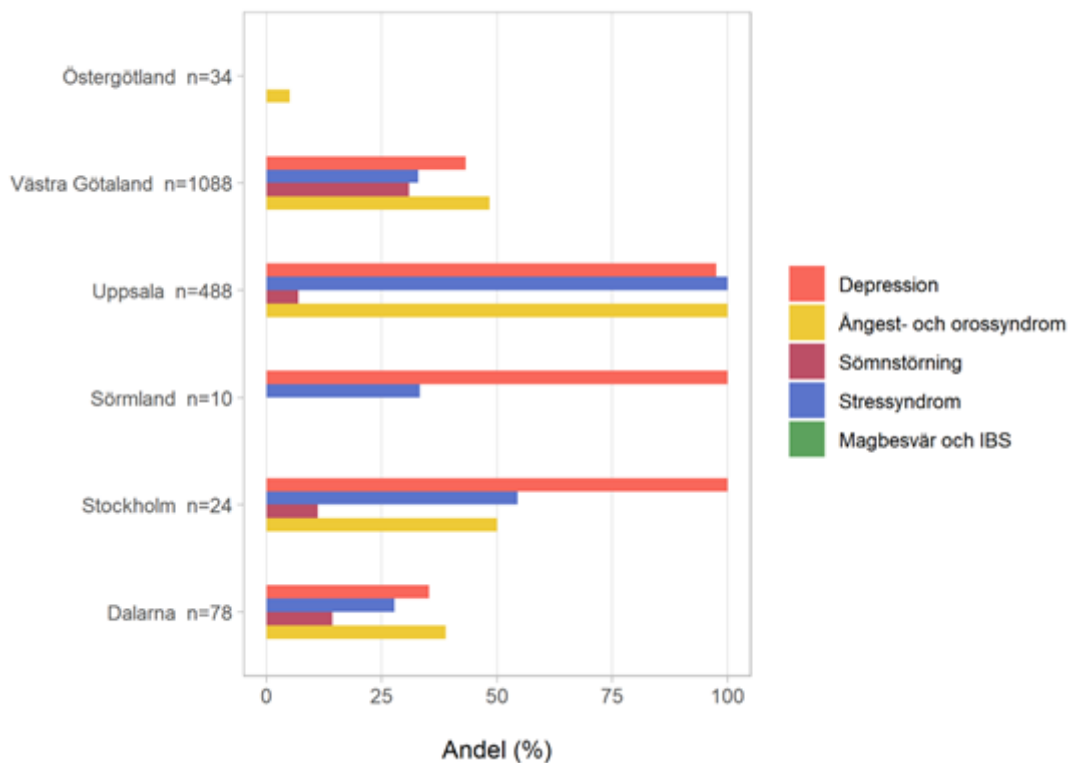
Definitionen har kompletterats för de nya indikationerna magbesvär/IBS och ADHD:

- Med strukturerat eller semi-strukturerat diagnostiskt instrument avses ett intervjuformulär som innehåller flera avsnitt för olika psykiska sjukdomar och som används som stöd för att ställa diagnos. Formuläret innehåller även en manual för hur frågorna ska besvaras och hur svaren ska tolkas. Tolkningarna av svaren bygger på ett diagnostiskt system som t.ex. DSM eller ICD. Instrumentet bör vara kvalitetssäkrat och brett använt.
- För ADHD och ADD ska utredning ha skett enligt regionala eller nationella riktlinjer.
- För Funktionella magbesvär som IBS ska diagnos ha intygats av läkare.
- Diagnostisk metod ska vara relevant i förhållande till huvuddiagnos.



Figur 6. Andelar behandlingar där intervjustöd använts för diagnostik i anslutning till beslut om internetbehandling i respektive diagnosgrupp och region, psykiatri, 2021

Andel strukturerad diagnostik - Vårdgren Primärvård



Figur 7. Andelar behandlingar där intervjustöd använts för diagnostik i anslutning till beslut om internetbehandling i respektive diagnosgrupp och region, primärvård, 2021

Vi ser att det finns stora variationer både inom psykiatri och primärvård. Särskilt när det gäller depression är noggrann bedömning inklusive bedömning av samsjuklighet angelägen. Man bör ta ställning till svårighetsgrad av depression eftersom patienter med svår depression bör ha annan behandling än IKBT. Några regioner behöver öka sin användning av intervjustöd, troligen även utbildning i användning av detta för sina bedömningar.

Stöd i behandlingen

Ren eller blandad internetbehandling

Under 2021 fick majoriteten (53 procent) av patienterna enbart stöd i internetbehandling som textbaserad kommunikation via plattform (utan stöd i realtid dvs synkront stöd), se tabell 4. Detta var oförändrat jämfört med 2020. En stor andel (41 %) hade fått kompletterande stöd via telefonsamtal.

Den totala andelen som också fått stöd via videosamtal hade ökat från 0,7 % år 2019 till 4,7 % år 2020 och 12 % år 2021 (se tabell 4 och föregående årsrapporter). Under pandemiåren 2020–21 så ökade möjligheten till videosamtal brett inom vården.

Andelar som får stöd via fysiska möten hade också ökat från 5 % år 2020 till 12 % 2021. Detta verkar till stor del handla om att patienter får blandad (eller digifysisk) behandling inom psykiatrin. Inom psykiatrin i region Skåne hade 57 % och i Västra Götaland hade 43 % fått fysiska besök parallellt. Inga patienter i region Skåne hade fått IKBT med enbart asynkront stöd. Men vi ser även ökning av stöd i realtid i primärvården i Uppsala och i VGR.

Tabell 4. Andelar internetbehandlingar utan kompletterande stöd i realtid och med realtidsstöd (synkront) i form av telefonkontakt, fysiska besök och videobesök, 2021

Region	Vårdgren	Totalt	Uppgift saknas	Utan synkront stöd	Stöd via telefon	Stöd via fysiskt besök	Stöd via videobesök
Dalarna	Primärvård	99	15	41.7% (n=35)	45.2% (n=38)	17.9% (n=15)	17.9% (n=15)
Skåne	Psykiatri	39	18	0.0% (n=0)	71.4% (n=15)	57.1% (n=12)	57.1% (n=12)
Stockholm	Primärvård	24	5	78.9% (n=15)	10.5% (n=2)	15.8% (n=3)	15.8% (n=3)
	Psykiatri	1419	31	65.1% (n=904)	32.2% (n=447)	4.5% (n=62)	4.5% (n=62)
Sörmland	Primärvård	10	10	-	-	-	-
Uppsala	Primärvård	492	14	49.6% (n=237)	49.0% (n=234)	14.2% (n=68)	14.2% (n=68)
	Psykiatri	18	2	56.2% (n=9)	43.8% (n=7)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Västerbotten	Psykiatri	4	3	0.0% (n=0)	100.0% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Västernorrland	Psykiatri	17	2	86.7% (n=13)	13.3% (n=2)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Västra Götaland	Primärvård	1455	316	39.8% (n=453)	47.8% (n=545)	21.3% (n=243)	21.3% (n=243)
	Psykiatri	33	5	14.3% (n=4)	71.4% (n=20)	42.9% (n=12)	42.9% (n=12)
Örebro	Psykiatri	320	0	60.0% (n=192)	40.0% (n=128)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Östergötland	Primärvård	36	2	67.6% (n=23)	26.5% (n=9)	8.8% (n=3)	8.8% (n=3)
Totalt	Totalt	3966	423	53.2% (n=1885)	40.9% (n=1448)	11.8% (n=418)	11.8% (n=418)

Behandlarens profession

För att få bedriva behandling med IKBT brukar krävas grundläggande utbildning i KBT. Under 2021 var psykolog generellt det vanligaste yrket att bedriva internetbehandling (73 procent), näst vanligast var kurator (8 procent). För 16 procent av behandlingarna saknades uppgift, högre i vissa regioner.

För VGR psykiatri var den vanligaste professionen kurator och i Uppsala psykiatri var andelen psykolog och behandlingsassistent (vanligen psykologstudent) jämnstora.

Tabell 5. Behandlarens yrke vid internetbehandling i regioner och vårdgrenar, 2021

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Psykolog	Kurator, Socionom	Sjuk- sköterska	Fysio- terapeut	Behandlings- assistent	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	86	26,7% (n=23)	26,7% (n=23)	9,3% (n=8)	2,3% (n=2)	10,5% (n=9)	24,4% (n=21)
Skåne	Psykiatri	39	43,6% (n=17)	0% (n=0)	10,3% (n=4)	0% (n=0)	0% (n=0)	46,2% (n=18)
Stockholm	Primärvård	24	75% (n=18)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	4,2% (n=1)	20,8% (n=5)
	Psykiatri	1418	95,6% (n=1356)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0,8% (n=11)	3,6% (n=51)
Sörmland	Primärvård	10	-	-	-	-	-	100% (n=10)
Uppsala	Primärvård	492	95,5% (n=470)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	1,2% (n=6)	3,3% (n=16)
	Psykiatri	18	44,4% (n=8)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	44,4% (n=8)	11,1% (n=2)
Västerbotten	Psykiatri	4	25% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	75% (n=3)
Västernorrland	Psykiatri	17	76,5% (n=13)	11,8% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	11,8% (n=2)
Västra Götaland	Primärvård	1448	48,3% (n=700)	14,5% (n=210)	3,9% (n=56)	0,1% (n=1)	0% (n=0)	33,2% (n=481)
	Psykiatri	32	28,1% (n=9)	53,1% (n=17)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	18,8% (n=6)
Örebro	Psykiatri	320	76,6% (n=245)	22,8% (n=73)	0% (n=0)	0% (n=0)	0,3% (n=1)	0,3% (n=1)
Östergötland	Primärvård	36	80,6% (n=29)	13,9% (n=5)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	5,6% (n=2)
Totalt	Totalt	3944	73,3% (n=2889)	8,4% (n=330)	1,7% (n=68)	0,1% (n=3)	0,9% (n=36)	15,7% (n=618)

Ångestsyndrom hos unga

IKBT för barn och unga

Internetförmiddad psykologisk behandling för unga inkluderades i SibeR under 2018 eftersom ett program för ångestbehandling av unga (13–19 år) då började användas i flera regioner. Under 2019 började i viss omfattning Första linjen och Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i VGR att registrera i SibeR. Våren 2020 startade enheten BUP Internetbehandling i Stockholm med att bedriva behandling med ett ångestprogram för barn i åldern 8–12 år, och senare med ett anpassat program för ungdomar. Östergötland bedriver IKBT för unga främst inom barn- och ungdomshälsan som ligger inom primärvården. Under 2021 introducerade man i BUP Stockholm behandlingsprogram för tvångssyndrom (OCD) och magbesvär/IBS (se separat redovisning för magbesvär). Region Skåne anslöt under 2021 och började registrera IKBT för unga framför allt för den så kallade första linjens vård för unga men också lite från specialist-BUP. För Skånes del ligger första linjens vård för psykisk ohälsa unga inom BUP.

Än så länge är det en liten andel av IKBT för unga som registreras i SibeR men utvecklingen är lovande. Behovet av att erbjuda bra hjälp för ångest och depression bland unga är stort. Internetförmiddad psykologisk behandling för barn och unga är ett nytt område inom svensk sjukvård som söker bidra till att avhjälpa bristen på behandling genom att både barn och föräldrar får stöd till självhjälp. En utmaning för förbättringsarbetet är en generellt större ovana och mindre utvecklad metodik för utvärdering av behandlingseffekter för barn jämfört med för vuxna.

Värdering av behandlingsresultat hos unga

Utfallsmått för ångestsyndrom hos unga i SibeR är formuläret Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) i den version som den unge skattar själv (RCADS-C; Chorpita et al, 2000), OCI-CV för tvångssyndrom och KIDSCREEN-10 för funktion och hälsorelaterad livskvalitet, i överensstämmelse med internationella riktlinjer (ICHOM, 2020; Krause et al, 2021). Man kan också registrera föräldraskattad version av RCADS, RCADS-P, av särskild relevans vid behandling av barn. RCADS med 47 frågor har delskalor för ångestsyndrom i DSM-systemet (social ångest, paniksyndrom, generell ångest, tvångssyndrom, separationsångest) och egentlig depression. Totalpoäng och en delskala som summerar alla ångestskalorna ingår liksom delskalepoäng.

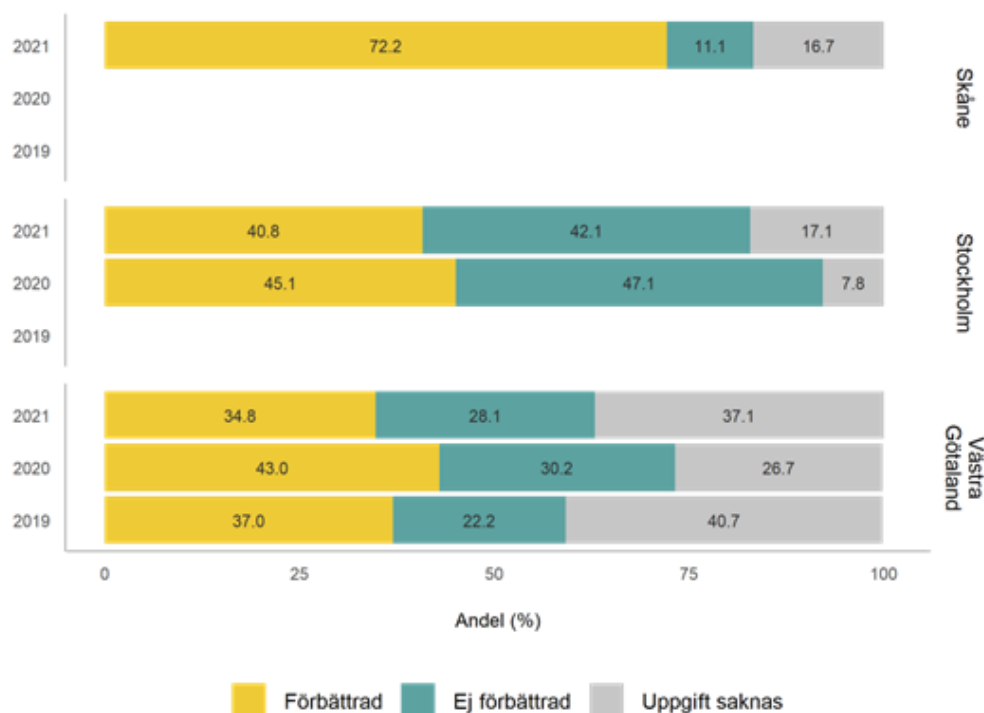
Under 2018–20 användes totalpoäng av RCADS som primärt utfallsmått i statistikvisningar och för årsrapport. Analyser visade att tentativ definition av respons inte fungerade så bra med totalpoängen. Under 2021 genomfördes en förändring så att det är behandlaren bedömning av klinisk effekt (Clinical Global Impression-Improvement, CGI-I; Guy et al., 1976) som är det primära utfallsmåttet i statistikvisningar online. Samtidigt är det viktigt att också få in skattningar med RCADS och OCI-CV för att utveckla förståelsen av hur totalpoäng och delskalor fungerar som utfallsmått. I nuläget uppfattar vi att behandlaren är den som är bäst skickad att sammanfoga informationen från barnet/den unge, förälder/vårdnadshavare och sina egna observationer.

Utveckling av skattning av patientupplevelser (PREM)

Det är angeläget att behandlaren bedömning kompletteras med barnets, och ofta också vårdnadshavarens, skattningar och upplevelser av behandlingen. Under 2021 tillsattes en arbetsgrupp för utveckling av ett formulär för patientens och vårdnadshavarens skattning av behandlingens hjälpsamhet och nöjdhet med behandlingen, ett så kallat Patient Reported Experiences Measure (PREM). Måttet har byggts så att det kan besvaras både av barn, unga och vuxna i en patientversion och i en version för vårdnadshavare. Formuläret testas under 2022 på några enheter, både för barn och deras föräldrar, unga och vuxna.

Behandlingseffekter

Vi redovisar behandlingseffekter för unga med grafen i figur 8 med *behandlarens bedömning* av andelar förbättrade för de anslutna regioner som under året registrerade minst 10 behandlingar.



Figur 8. Behandlingsresultat för ångestsyndrom unga mätt med behandlarens bedömning av om den unge var förbättrad eller inte, 2021

Tabell 6 visar behandlingsresultat i form av effektstorlekar (standardiserad medelvärdeskillnad) av RCADS-C dvs symtomförändring skattat av den unge. Behandlingarna hade hög effektstorlek i alla regioner utom i VGR, där det saknas eftermätning för 84 %. Data saknas även i andra regioner.

Tabell 6. Grad av ångest- och depressionssymtom mätt med RCADS-47 vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar för förändring inom individer, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	RCADS-47			RCADS-47 förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Skåne	BUP	Start	18	13	62.4	17.3	-	-	-	(-, -)
		Avslut	18	8	39.6	17.7	21.88	15.62	1.4	(-, -)
		Uppföljning	18	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	BUP	Start	76	59	61.9	22.7	-	-	-	(-, -)
		Avslut	76	40	48.8	24	16.15	17.77	0.91	(0.6, 1.22)
		Uppföljning	76	16	43.2	25.2	18.81	14.74	1.28	(0.79, 1.77)
Västra Götaland	Primärvård	Start	89	34	66.9	15.8	-	-	-	(-, -)
		Avslut	89	14	54.1	18.6	5.5	15.83	0.35	(-0.18, 0.87)
		Uppföljning	89	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	3	3	67.7	43.5	-	-	-	(-, -)
		Avslut	3	3	30.7	24.4	37	20.07	1.84	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar och diagnoser

Under 2021 registrerades 186 behandlingar med ångestprogram för unga. Det är än så länge för få behandlingar för att dela upp på specifika diagnoser. Fördelning av antal behandlingar för olika indikationsdiagnoser inom gruppen ångestsyndrom unga visas i tabell 7.

Tabell 7. Indikationsdiagnoser i respektive region vid behandling ångestsyndrom unga, 2021

Region	Vårdgren	Startade	F32 Depressiv episod	F32.9 Depression ospec	F40.1 Social fobi	F41.0 Paniksyndrom	F41.1. GAD	F41.9 Ångest ospecificerad.
Skåne	Psykiatri	18	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	22.2% (n=4)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	77.8% (n=14)
Stockholm	Psykiatri	76	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	40.8% (n=31)	13.2% (n=10)	17.1% (n=13)	11.8% (n=9)
Västra Götaland	Primärvård	89	2.2% (n=2)	2.2% (n=2)	19.1% (n=17)	11.2% (n=10)	3.4% (n=3)	57.3% (n=51)
Östergötland	Primärvård	3	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	33.3% (n=1)	0.0% (n=0)	33.3% (n=1)
Totalt	Totalt	186	1.1% (n=2)	1.1% (n=2)	28.0% (n=52)	11.3% (n=21)	8.6% (n=16)	40.3% (n=75)

Tabell fortsätter

Region	Vårdgren	Startade	F93.0 Separationsångest	F45.2 Hypokondri	F43.9 Reaktion på svår stress	F42.OCD	F42.9.OCD ospecificerad
Skåne	Psykiatri	18	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Stockholm	Psykiatri	76	6.6% (n=5)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	10.5% (n=8)	0.0% (n=0)
Västra Götaland	Primärvård	89	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	1.1% (n=1)	1.1% (n=1)	2.2% (n=2)
Östergötland	Primärvård	3	0.0% (n=0)	33.3% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Totalt	Totalt	186	2.7% (n=5)	0.5% (n=1)	0.5% (n=1)	4.8% (n=9)	1.1% (n=2)

Program

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

- **Stockholm:** Barninternetprojektets (BIP) program för ångestsyndrom hos unga och för OCD.
- **Skåne:** Psykologpartners program Ångesthjälpen Ung (n=6) och BIP:s ångestprogram (n=12).
- **VGR:** Psykologpartners program Ångesthjälpen Ung.
- **Östergötland:** Psykologpartners program Ångesthjälpen Ung.

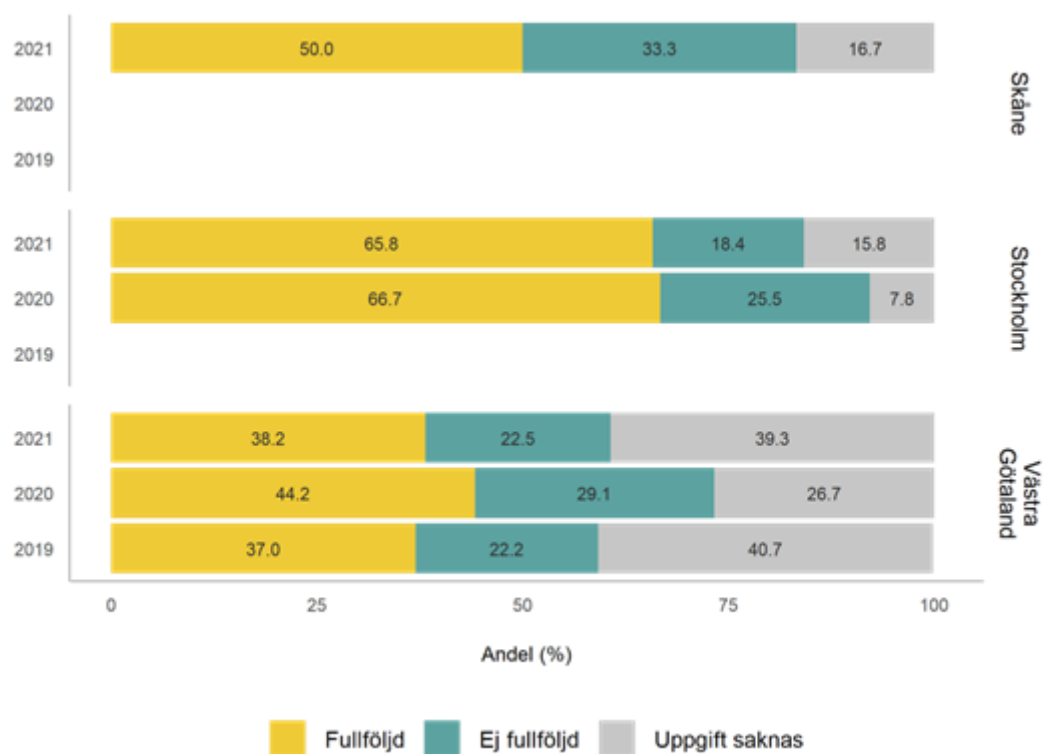
Samsjuklighet

Bedömning av samsjuklighet begränsas av att uppgift om detta saknades till viss del i alla regioner. Andelar patienter som saknade samsjuklig diagnos var i Skåne 83 %, Stockholm 47 %, VGR 46 %, Östergötland 100 %. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A4 i appendix.

Fullföljande

Överenskommen behandlingstid

Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara en överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses som ett avhopp, mer sällan att behandlingseffekten är uppnådd tidigare än förväntat. Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling ångestsyndrom hos unga visas i figur 9.



Figur 9. Andel behandlingar för ångestsyndrom hos unga där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid

Andelen som fullföljt behandlingstiden var högst i Stockholm. Andelen som fullföljde i VGR är osäker på grund av saknade data.

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

KIDSCREEN-10

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

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

Resultat KIDSCREEN-10

Under 2021 så användes KIDSCREEN-10 i alla regionerna. I Stockholm, som hade tillräckligt många behandlingar med för- och eftermätning, så förbättrades patienternas hälsorelaterade livskvalitet med medelhög effektstorlek. För värden, se tabell A5 i appendix.

Reflektion över resultaten för ångestsyndrom unga i regionerna

Resultaten för nykomlingen **Skåne** avseende ångestsyndrom hos unga ser lovande ut. Man bedriver största delen av IGBT för unga inom BUP för första linjens vård. Täckningsgraden är ännu låg och behöver öka för att återkopplingen ska bli användbar för utveckling av verksamheten.

Behandlingsresultaten för BUP internetbehandling i **Stockholm** är goda med cirka 40 % förbättrade enligt behandlarnas skattningar. Man bedriver noggrann diagnostik så vi kan se att det är en hög andel med social fobi, en diagnos som kan vara mer svårbehandlad. Behandlingseffekter mätt med RCADS är höga och effekter på hälsorelaterad livskvalitet är medelhöga. Med en ökad mängd behandlingar kommer det gå att dela upp i subgrupper och se var programmen har effekt respektive behöver förbättras. Redan nu kan statistik inspekteras uppdelat på diagnosgrupper online. Fullföljandegraden är hög vilket talar för att programmen uppskattas av barn och föräldrar.

Värderingen av behandlingarna i **VGR** försvåras av att det saknades bedömning av behandlingseffekt från behandlaren för 37 % och RCADS-skattningar för 84 % av behandlingarna. Det var ett mycket litet antal behandlingar i **Östergötland** och därmed svårt att kommentera.

Magbesvär/IBS hos unga

Indikationen funktionella magtarmbesvär för barn och unga inkluderades i SibeR 2021. Under 2020 etablerades ett internetbaserat program för behandling av IBS och funktionella magtarmbesvär hos barn 8–12 år i reguljär vård (BIP Ont i magen). Ett program för tonåringar med IBS eller funktionella magbesvär (FAP) lanserades under 2021 (BIP IBS).

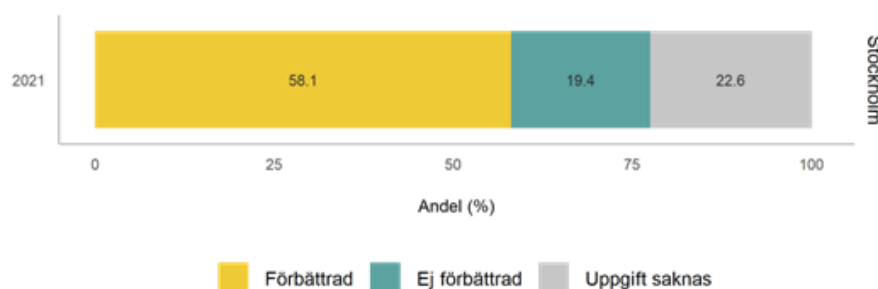
Värdering av behandlingseffekter

Det primära utfallsmåttet vid behandling av IBS och andra funktionella magbesvär hos unga är PedsQL Gastro som mäter nio vanliga gastrointestinala symtom enligt Rom II-kriterierna (ont i magen, diarré, förstoppning, illamående, kräkningar, obehag i magen, släppa gas, inte känna sig hungrig, känsla av uppblåsthet) (Varni et al, 2006). Frågorna besvaras på en fem-gradig skala, vänds och transformeras till en skala mellan 0 och 100 poäng. Lägre poäng indikerar mer symtom och besvär, högre poäng bättre livskvalitet avseende magtarmsymtom.

Ett kompletterande mått är Behavioral Responses Questionnaire - Child-adapted version (BRQ-C) som mäter undvikande och kontrollbeteenden relaterat till smärtrelaterad funktionell magtarmsjukdom (functional abdominal pain disorder; FAPD) hos barn och ungdom (Lalouni et al, 2021). BRQ-C innefattar 11 frågor. Totalpoängen varierar mellan 11 och 77.

Behandlingseffekter

Vi redovisar behandlingseffekter för unga med grafen i figur 10 med *behandlarens bedömning* av andelar förbättrade. Nästan 60 % var förbättrade, det var hög effekt avseende minskat undvikande och kontrollbeteenden men låg effekt avseende symtom vid avslut, men bättre vid uppföljning.



Figur 10. Behandlingsresultat för magbesvär hos barn mätt med behandlarens bedömning av om den unge var förbättrad eller inte, 2021

I tabell 8 finns behandlingsresultat i form av effektstorlekar av PedsQoL Gastro dvs symtomförändring skattat av den unge, och i tabell 9 det kompletterande måttet BRQ-C som visar beteendeförändring. Observera osäkerhet vid få behandlingar.

Tabell 8. Grad av magbesvär mätt med PedsQL Gastro vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar för förändring inom individer, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	PedsQL Gastro			PedsQL Gastro förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Stockholm	BUP	Start	31	31	43.3	25.3	-	-	-	(-, -)
		Avslut	31	22	39.5	30.9	2.82	11.9	0.24	(-0.18, 0.65)
		Uppföljning	31	8	75.9	16.7	35.38	29.67	1.19	(-, -)

Tabell 9. Undvikanden och kontrollbeteenden mätt med BRQ-C vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar för förändring inom individer, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	BRQ-C			BRQ-C förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Stockholm	BUP	Start	31	31	31.2	13.0	-	-	-	(-, -)
		Avslut	31	19	27.1	13.9	4.68	5.82	0.8	(0.35, 1.25)
		Uppföljning	31	8	26.2	15.1	9.62	9.78	0.98	(-, -)

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar och program

Under 2021 registrerades 31 behandlingar för magbesvär hos unga, alla på BUP Internetbehandling i Stockholm. Alla 31 behandlades med BUP:s behandlingsprogram för magbesvär hos barn.

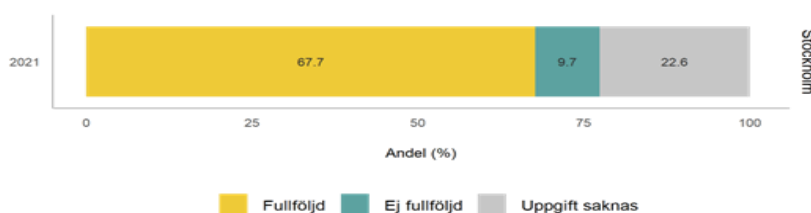
Samsjuklighet

Andelen som saknade samsjuklig psykiatrisk diagnos var 83 %. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A6 i appendix.

Fullföljande

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för magbesvär hos unga visas i figur 11.



Figur 11. Andel behandlingar för magbesvär hos unga där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Resultat KIDSCREEN-10

Under 2021 så förbättrades patienternas hälsorelaterade livskvalitet med medelhög effektstorlek, se tabell A7 i appendix.

Reflektion över resultaten för funktionella magbesvär

Det är första året som behandlingsresultat för funktionella magtarmsbesvär hos barn redovisas i SibeR. Resultaten ser mycket lovande ut i **Stockholm** med hög andel förbättrade enligt behandlarens bedömning och en hög andel som fullföljer behandlingstiden. För skattningar ser vi hög effekt på att barnen minskar undvikanden och kontrollbeteenden men att effekten på symtom är blygsam direkt vid behandlingsavslut. Det vore värdefullt att få en större andel med uppföljande skattning för att se om effekten på symtom kommer senare. Vidare uppföljning kommer ge bättre underlag.

Diagnosgrupp ADHD

Indikationen ADHD hos vuxna infördes i SibeR under 2021. Bakgrunden är att två IGBT-program, Livandas Internethjälpen vid ADHD och Psykologspartners Adhd-hjälpen, började användas i reguljär vård både inom psykiatri och primärvård.

Om ADHD

ADHD är en funktionsnedsättning som debuterar i barndomen och man beräknar att minst 2–4 % av den vuxna befolkningen har kvar funktionspåverkande symtom. Förutom kärnsymtomen vid ADHD, inkluderande regleringssvårigheter av uppmärksamhet, aktivitetsgrad och impulser, är svårigheter med känslomässig reglering vanligt hos både barn och vuxna med ADHD.

På grund av nedsättningar i arbetsminne och exekutiv förmåga, innebär ADHD i vardagen ofta svårigheter med att planera och organisera tillvaron, uppfatta tid, göra flera saker samtidigt, hålla ordning, uppfatta instruktioner och slutföra aktiviteter. Detta leder till ojämnt fungerande och kroniskt underutnyttjande av begåvningsresurser, med negativ inverkan på arbete, studier, fritid, personliga relationer och förmåga att sköta ekonomi och hemsysslor, vilket påverkar funktionsförmågan och livskvaliteten negativt. Sannolikheten för utveckling av sekundär psykiatrisk sjuklighet är hög och det är en påtagligt ökad risk för missbruk och beroende.

Majoriteten av vuxna med ADHD erbjuds farmakologisk behandling (främst centralstimulantia) som enda behandlingsalternativ. Dock är inte denna behandling tillräckligt effektiv för upp till 20–50% av vuxna som inte upplever tillräcklig symtomreduktion, alternativt har svårt att tolerera medicinen p.g.a. biverkningar

Värdering av behandlingseffekter

För ADHD används Adult Attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life Scale (AAQoL) som primärt utfallsmått. SibeR har valt ett ADHD-specifikt mått för livskvalitet eftersom psykologisk behandling för ADHD syftar till att lära ut kompenserande färdigheter, öka funktion och livskvalitet.

AAQoL har 29 frågor om de senaste två veckorna och består av fyra distinkta faktorer som korresponderar till de fyra delskalorna (Livsproduktivitet, Psykologisk hälsa, Livsutsikter och Relationer). Total och delskalepoäng transformeras till en 0–100 skala. Högre poäng på AAQoL indikerar bättre funktion och livskvalitet.

Behandlingar och program

Under kalenderåret 2021 registrerades 3 behandlingar i SibeR på indikation ADHD av de 281 behandlingsprogram som startades enligt Ineras statistik. Fördelning i regionerna visas i tabell 10.

Tabell 10. Antal startade och registrerade IKBT-program för ADHD i regioner, 2021

Region	Antal startade program	Antal registrerade i SibeR
Dalarna	91	1
Skåne	89	1
Västerbotten	60	1
Västernorrland	13	0
Östergötland	28	0
Totalt	281	3

Behandlingseffekter

Vi redovisar inte behandlingseffekter eller annat för ADHD under 2021 på grund av för få registrerade behandlingar på denna indikation.

Diagnosgrupp Magbesvär/IBS hos vuxna

Indikationen Irritable Bowel Syndrom (IBS)/funktionella magtarmsbesvär hos vuxna inkluderades i SibeR 2021. IBS har behandlats med IKBT i reguljär vård på Internetpsykiatri i Stockholm sedan 2015, men det var först 2021 det blev aktuellt att inkludera IBS som indikation i SibeR.

Om IBS

IBS är en vanligt förekommande funktionell mag-tarmsjukdom som definieras enligt Rom IV-kriterierna. Prevalensen skattas till 11 procent, och de flesta med IBS är kvinnor. IBS medför sänkt livskvalitet för drabbade individer och stora kostnader för samhället. Forskning med KBT och iKBT har visat att patienter med ihållande IBS som utvecklat mönster med undvikande, rädslor för smärta och skamkänslor kan dra god nytta av psykologisk behandling.

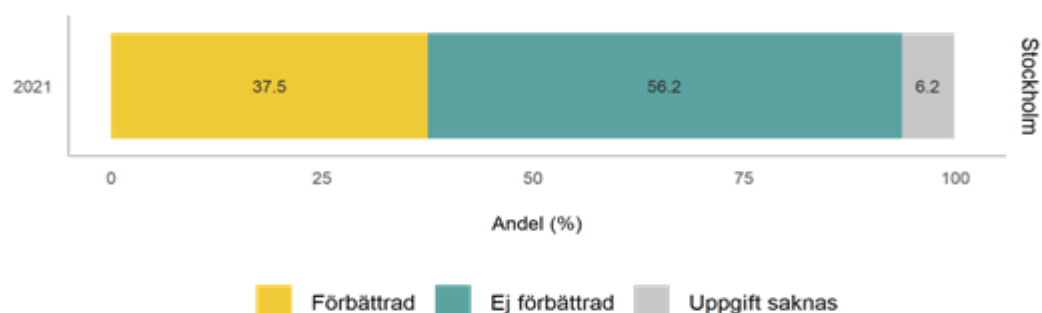
Värdering av behandlingseffekter

För IBS används Gastrointestinal Symptom Rating Scale för IBS som primärt utfallsmått. GSRS består av 13 frågor om besvär med mättnad, buksmärtor, diarré, förstoppning och uppblåsthet under den senaste veckan med en sjugradig skala från inga till mycket stora besvär. Totalpoängen varierar mellan 13 och 91 poäng. Respons definieras som minskning av GSRS $\geq 30\%$.

Ett kompletterande utfallsmått vid psykologisk behandling av IBS är Irritabel Bowel Syndrome-Behavioral Responses Questionnaire (IBS-BRQ), som fokuserar på vidmakthållande tanke- och beteendemönster. IBS-BRQ består av 26 frågor som besvaras på en Likert-skala från 1 (aldrig) till 7 (alltid). Totalpoängen varierar från 26 till 182.

Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för IBS mäts med det sjukdomsspecifika måttet Gastrointestinal Symptom Rating Scale för IBS (GSRS) och kriteriet $\geq 30\%$ minskning. Effekten på minskade undvikande och kontrollbeteenden var hög, medelstor för magbesvär (GSRS) och med detta mått var 38 % förbättrade.



Figur 12. Behandlingsresultat vid behandling för IBS hos vuxna mätt med GSRS, 2021

I tabell 11 finns behandlingsresultat i form av effektstorlekar av GSRS dvs patientskattad symtomförändring och i tabell 12 det kompletterande måttet BRQ som visar beteendeförändring.

Tabell 11. Grad av magbesvär mätt med GSRS vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar för förändring inom individer, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	GSRS			GSRS förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	48	48	49.3	13.0	-	-	-	(-, -)
		Avslut	48	45	41.7	15.2	7.93	11.82	0.67	(0.38, 0.96)
		Uppföljning	48	17	42.4	19.9	7.59	13.05	0.58	(0.11, 1.06)

Tabell 12. Undvikanden och kontrollbeteenden mätt med BRQ vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar för förändring inom individer, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	BRQ			BRQ förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	48	48	107.5	26.6	-	-	-	(-, -)
		Avslut	48	45	82.4	29.2	25.44	27.46	0.93	(0.63, 1.22)
		Uppföljning	48	17	77.0	33.7	33.65	28.92	1.16	(0.69, 1.64)

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar och program

Det var 48 behandlingar som registrerades under 2021 och alla hade behandlats med Internetpsykiatrins IBS-program.

Diagnoser

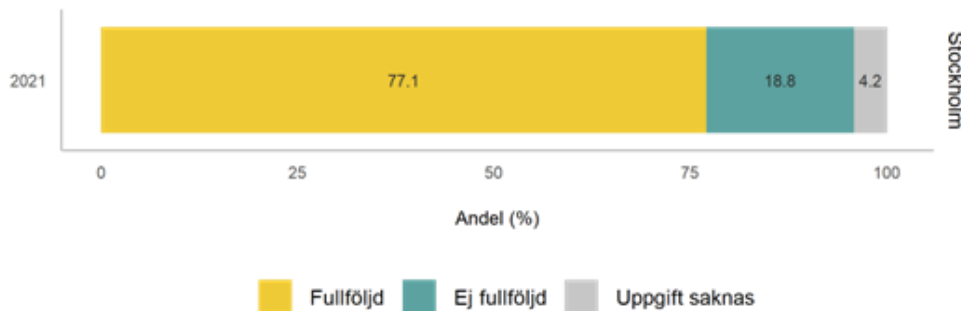
Diagnoserna var K58.1 Irritabel tam med diarré (n=21), K58.2 Irritabel tarm med förstoppning (n=2) och K58.3 Irritabel tam med blandade tarmvanor (n=25).

Samsjuklighet

Andelen som saknade samsjuklig psykiatrisk diagnos var 81 %. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A8 i appendix.

Fullföljandegrad

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för magbesvär hos vuxna visas i figur 13. Den höga andelen fullföljde, nästan 80 %.



Figur 13. Andel behandlingar för magbesvär hos vuxna där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Resultat WHODAS

Under 2021 så förbättrades patienternas funktion med medelhög effektstorlek, se tabell A9 i appendix.

Reflektion över resultaten för IBS hos vuxna

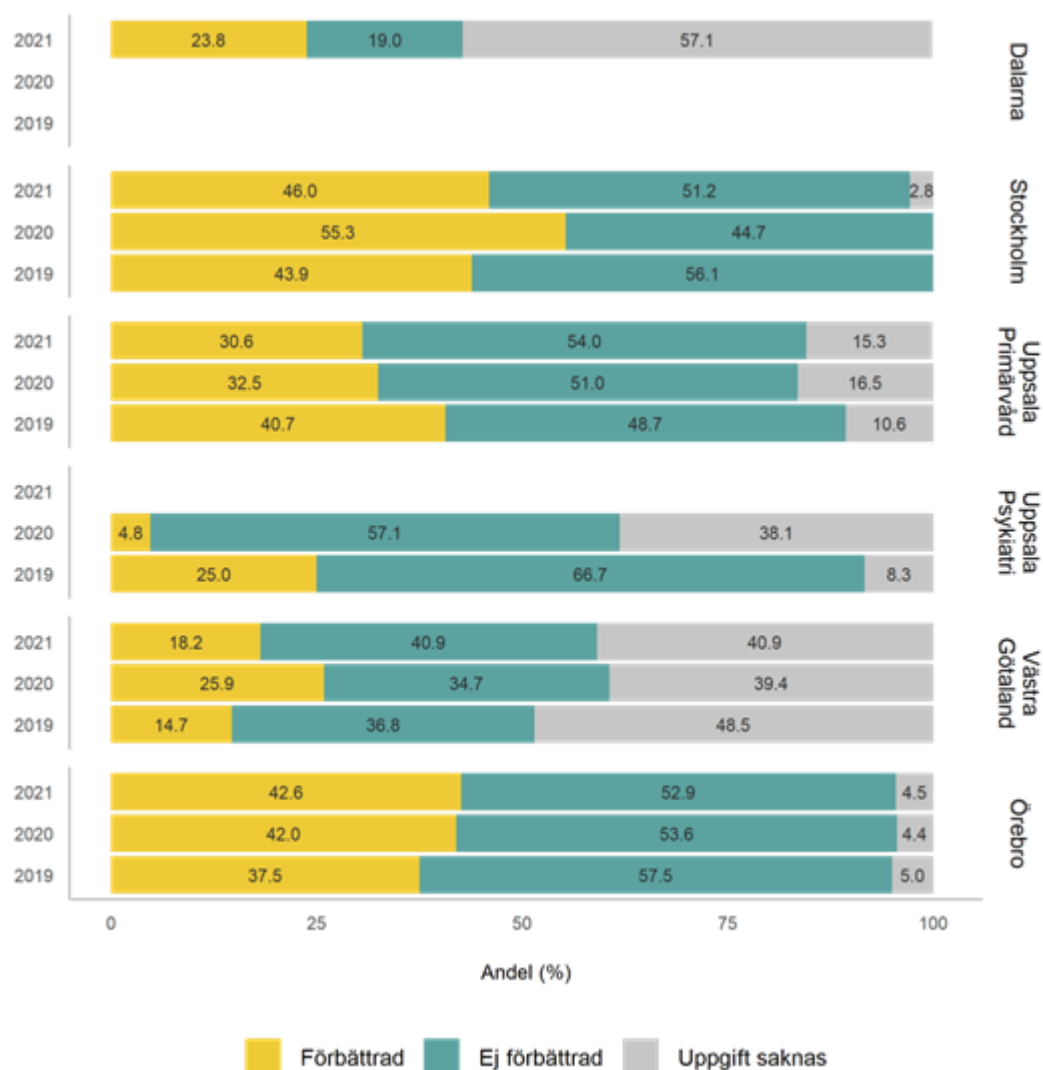
Det är första året som IKBT för IBS/funktionella magtarmbesvär hos vuxna registreras i SibeR. Resultaten i **Stockholm** är goda med medelhöga effekter på gastro-intestinala symtom och höga effekter på undvikande/kontrollbeteenden och medelhöga effekter på funktion. En hög andelen fullföljer behandlingstiden vilket talar för att programmet fungerar för de flesta som inkluderats.

Diagnosgrupp Depression

Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för depression mäts med det sjukdomsspecifika måttet Montgomery Åsberg Depression Rating Scale-Self Assessment (MADRS-S, Svanborg & Åsberg, 1994) och kriteriet $\geq 40\%$ minskning, för mer detaljerat underlag se dokumentet "Vuxna och unga från 16 år - Definitioner av klinisk förbättring" på SibeRs statistik-sida, <https://siber.registercentrum.se>.

Effektstorlekar och underlaget avseende MADRS-S-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för regioner och vårdgrenar 2021 finns i tabell A10 i appendix. Behandlingsresultaten för de tre senaste åren (2019–2021) visas för regioner och vårdgrenar i figur 14, om det finns minst 10 startade behandlingar.



Figur 14. Behandlingsresultat vid depressionsbehandling mätt med MADRS-S, 2019–2021

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2021 startade 884 behandlingar för depression (Dalarna, n=21; Stockholm psykiatri, n=211; Stockholm primärvård, n=2; Uppsala primärvård, n=124, Uppsala psykiatri, n=7; Västerbotten psykiatri, n=2; Västernorrland, n=1; Västra Götaland primärvård, n=279; Västra Götaland, psykiatri, n=7, Örebro, n=223; Östergötland, n=2).

Program

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

Patienterna fick behandling med följande program (n):

- **Dalarna:** Livandas depressionsprogram (14), Livandas korta depressionsprogram (3), Livandas ADHD-program (1), Livandas orosprogram (1), Livandas stressprogram (1)
- **Skåne:** Livandas depressionsprogram (1), Skånes depressionsprogram (2)
- **Stockholm primärvård:** Uppsalas depressionsprogram (2)
- **Stockholm psykiatri:** Internetpsykiatrins depressionsprogram (211)
- **Sörmland:** Psykologpartners depressionsprogram (3)
- **Uppsala primärvård:** Uppsalas depressionsprogram (118), Gustavsbergs stressprogram (4)

- **Uppsala psykiatri:** Uppsalas depressionsprogram (7)
- **Västerbotten:** Livandas depressionsprogram (2)
- **Västernorrland:** Livandas depressionsprogram (1)
- **VGR primärvård:** Psykologpartners depressionsprogram (161), Livandas depressionsprogram (102), Psykologpartners ångestprogram (9), Psykologpartners stressprogram (4) och Psykologpartners orosprogram (2).
- **VGR psykiatri:** Livandas depressionsprogram (7)
- **Örebro:** Örebros depressionsprogram (223)
- **Östergötland:** Psykologpartners depressionsprogram (2)

Diagnoser

Inom psykiatrin (Skåne, Stockholm, Uppsala, Västernorrland, Västerbotten, Västra Götaland, och Örebro) var andelen med recidiverande depression (F33) mellan 49–100 procent.

Inom primärvården (Dalarna, Stockholm, Sörmland, Västra Götaland och Uppsala) var andelen lägre, mellan 0–42 procent. Här var i stället andelen ospecifik depression och enstaka depressiv episod vanligare. Se tabell A11 i Appendix.

Samsjuklighet

Andelen utan samsjuklig psykiatrisk diagnos varierande mellan 50–70 procent för verksamheter med större mängd behandlingar. Andelen för VGR primärvård är svårbedömd eftersom det saknades uppgift för cirka 43 procent. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A12 i appendix.

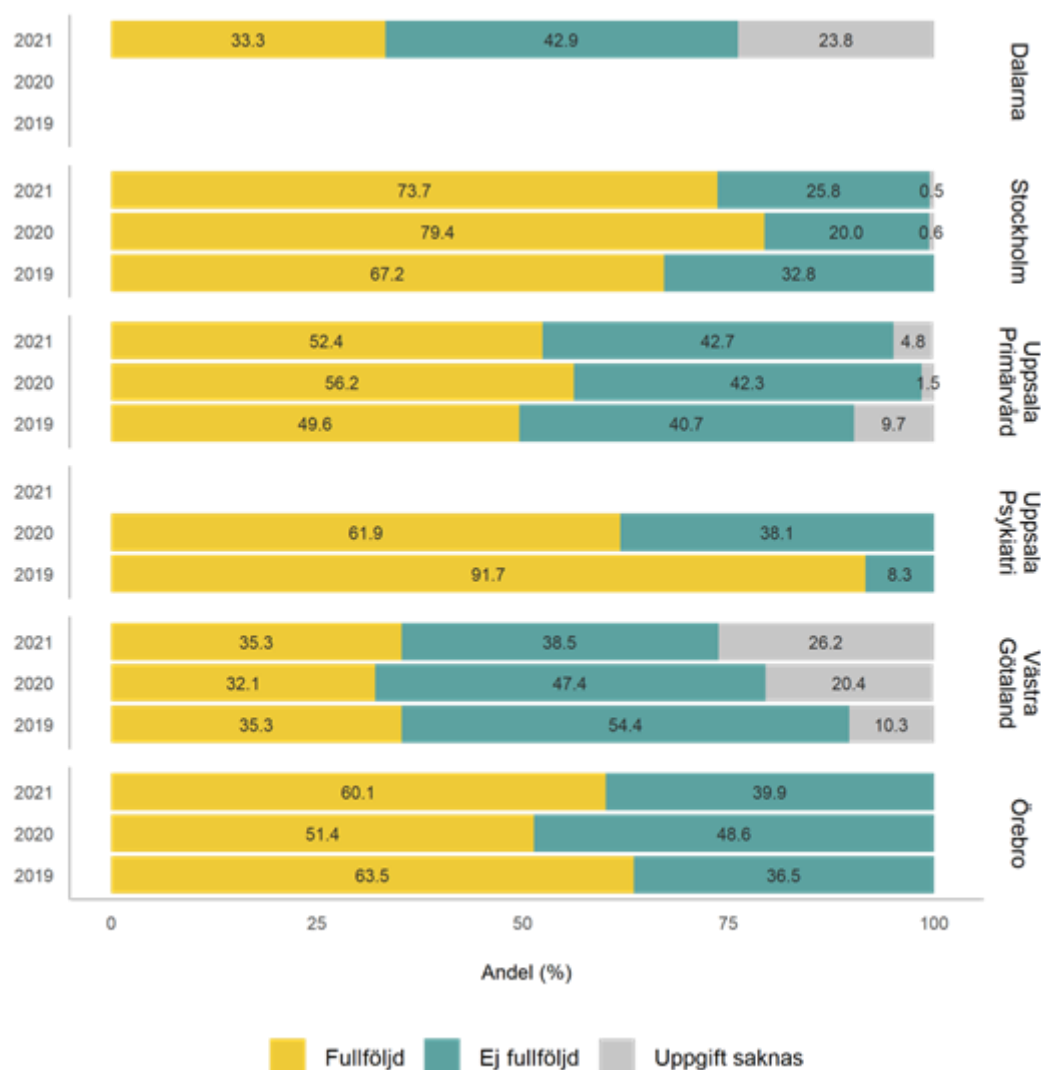
Fullföljandegrad - jämförelse över tre år

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

Nytt för årets rapport är att redovisa fullföljandegrad med jämförelser över tre år.

Överenskommen behandlingstid

Med överenskommen behandlingstid avses i allmänhet den tid som rekommenderas av programutvecklaren, men kan också vara en överenskommelse mellan patient och behandlare. Om patienten inte fullföljer behandlingstiden kan det vanligen ses som ett avhopp, mer sällsynt att behandlingseffekten uppnåtts tidigare än förväntat. Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid visas i figur 15 om det finns minst tio behandlingar.



Figur 15. Andel depressionsbehandlingar där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid i regioner och vårdgrenar, 2019–2021

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Under 2021 övergick alla regioner till att använda WHO:s ICF-baserade mått för funktion, World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) med 12 frågor. I SibeR används enkel poängberäkning och en 0–100 poängskala vilken brukar benämnas som "procent funktionsnedsättning". WHODAS har visat sig ha egenskaper som möjliggör parametriska beräkningar inklusive av effektstorlek (standardiserade medelvärdeskillnader mellan behandlingsstart och avslut, samt uppföljning).

Nytt för i år är att vi beräknat effektstorlekar av WHODAS. Verksamheter med lite större antal behandlingar visade allt från höga effekter på funktion (Dalarna), till medelhöga (Stockholm psykiatri, VGR primärvård, Örebro) och låga effekter (Uppsala primärvård). Observera att detta baseras på cirka 50 procent av behandlingarna. Medelvärden för WHODAS från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar visas i tabell A13 i Appendix.

Reflektion över resultaten för depression i regionerna

Resultaten för nykomlingen **Dalarna primärvård** ser lovande ut med höga effektstorlekar både avseende depressionssymtom och funktion mätt med WHODAS. Resultaten är samtidigt mycket

osäkra då det fattas eftermätningar av symtom och funktion för cirka 50 % och för cirka 25 % avseende fullföljandegrad. Man behöver utveckla rutiner för registrering.

Depressionsbehandlingarna i **Stockholm psykiatri** och **Örebro psykiatri** hade höga effektstorlekar avseende symtom och medelhög effekt på funktion samt ett stabilt antal förbättrade. Örebro förtjänar igen att lyftas fram för att man lyckas få in uppföljningar cirka 3 månader efter avslutad behandling för 50 % av behandlingarna. Här ser man ökade effekter både på symtom och funktion. Stockholm har högst andel som fullföljer överenskommen behandlingstid (cirka 75 %). För övriga varierar fullföljandegraden mellan 35 % i VGR (där det dock saknas uppgifter för cirka 25%) till 50–60 %. Stockholm kan ha något att lära ut kring hur man hjälper patienter att hålla motivationen uppe.

Behandlingarna i **Uppsala primärvård** och **VGR primärvård** hade medelhöga effekter på symtom och funktion. Uppsala visar negativ trend och relativt låg andel som fullföljer behandlingstiden vilket behöver analyseras lokalt. Datakvaliteten i VGR är försämrad med kring 40 % saknade eftermätningar. Man har ett arbete att utföra för att få in eftermätningar så att de mer säkert kan analysera sina resultat, men också för att kunna bedöma om den enskilda patienten med depression är återställd eller behöver fortsatt hjälp.

Övriga regioner och verksamheter, **Skåne psykiatri**, **Sörmland primärvård**, **Uppsala psykiatri**, **Västerbotten psykiatri**, **Västernorrland psykiatri**, **VGR psykiatri** och **Östergötland primärvård**, hade för få registrerade behandlingar för depression för att kommenteras.

Stressyndrom

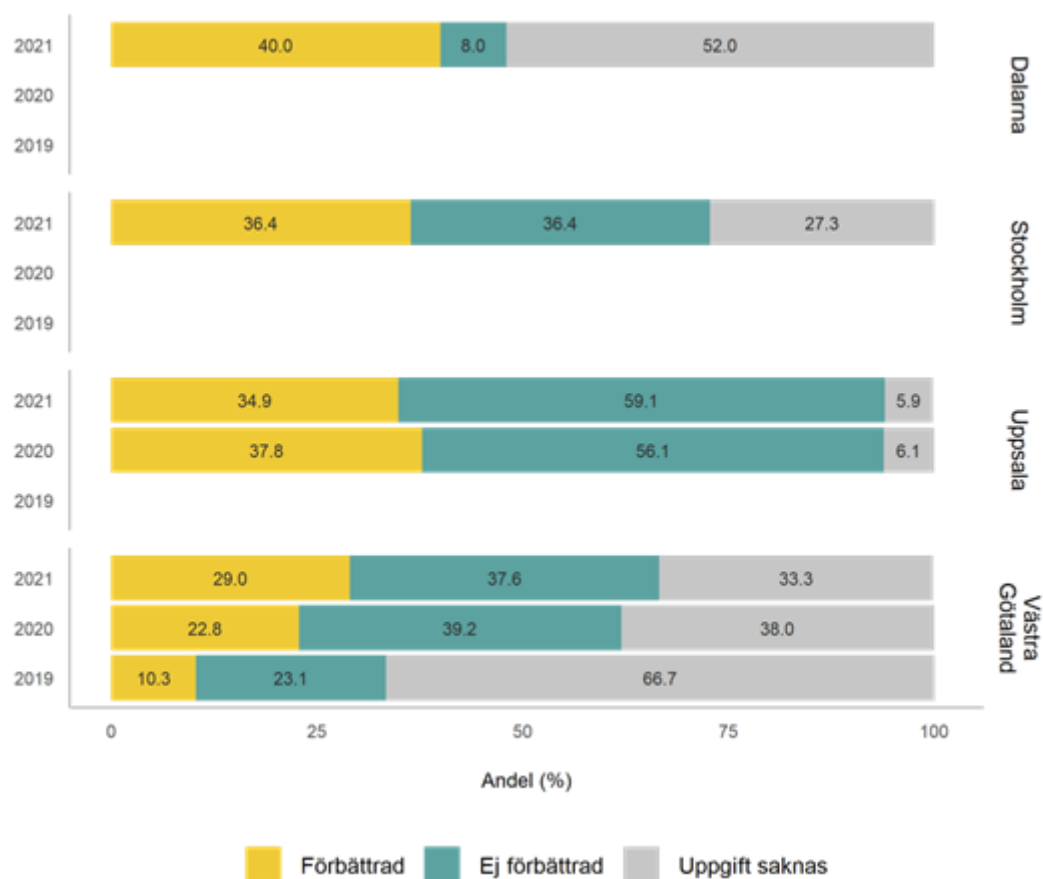
Behandlingsresultat

PSS-10

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

Effektstorlekar och underlaget avseende PSS-10-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2021 finns i tabell A14 i Appendix. Behandlingarna i Stockholm och Uppsala primärvård gav mätt med PSS-10 medelhög effekt. Behandlingarna i VGR, Dalarna och Östergötland gav mätt med PSS-10 hög effekt men där fanns stora bortfall av registrerade mätningar.

Behandlingsresultaten avseende andel förbättrade för de tre senaste åren (2019–2021) visas i figur 16.



Figur 16. Behandlingsresultat för stressyndrom, mätt med PSS-10, 2019–2021

KEDS

I gruppen stressyndrom ingår utmattningssyndrom som en av diagnoserna och Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS; Besér et al, 2014) som mäter grad av utmattningssyndrom kan registreras för uppföljning av detta.

Totalt var det 32 % av behandlingarna där patienten diagnostiserats med utmattningssyndrom. I Uppsala primärvård hade 62 % (115/186) och i Stockholm primärvård hade 46% (5/11) av patienterna diagnostiserats med utmattningssyndrom, se tabell A16 i appendix. Här hade behandlingarna mätta med KEDS hög effekt, se tabell A15 i Appendix.

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2021 registrerades 499 behandlingar för stressyndrom (Dalarna, n=25; Skåne, n=2; Stockholm, n=11, Sörmland, n=3, Uppsala, n=186, VGR primärvård, n=208; VGR psykiatri, n=2, Östergötland, n=8).

Program

Behandlingsprogrammen finns beskrivna på SibeRs websida: Om SibeR/Behandlingsprogram. Patienterna fick behandling med följande program (n):

- **Dalarna:** Livandas stressprogram (23), Livandas ADHD-program (1), Livandas korta depressionsprogram (1)
- **Skåne:** Livandas ångestprogram (1), Livandas insomnioprogram (1)

- **Stockholm:** Gustavsbergs program för stress och utmattning (11)
- **Sörmland:** Psykologpartners stressprogram (3)
- **Uppsala:** Gustavsbergs program för stress och utmattning (184), Uppsalas depressionsprogram (1), Uppsalas sömnprogram (1)
- **Västernorrland:** Livandas stressprogram (3), Livandas insomnioprogram (1)
- **VGR primärvård:** Psykologpartners stressprogram (115), Livandas stressprogram (80), Livandas ångestprogram (4), Psykologpartners ångestprogram (5), Psykologpartners depressionsprogram (2), Psykologpartners orosprogram (2).
- **VGR psykiatri:** Psykologpartners stressprogram (2)
- **Östergötland:** Psykologpartners stressprogram (3), Östergötlands program Livsbalansen för stress och återhämtning (5)

Diagnoser

Diagnosen F43.8A utmattningssyndrom dominerade i Uppsala (62 %), och var vanlig i Stockholm (46%) och Dalarna (32%). I VGR dominerade ospecifik reaktion på svår stress, F43.9 (53 %) samt andra specifika reaktioner på svår stress. För övrigt se tabell A16 i appendix.

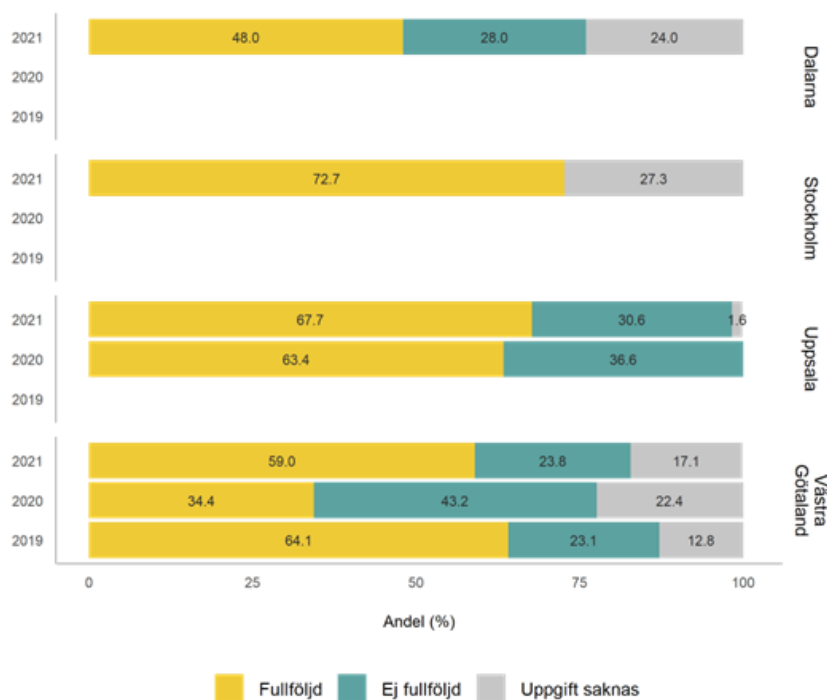
Samsjuklighet

Bedömning av samsjuklighet begränsas av att uppgift om detta saknades för 42 % av behandlingarna i VGR och 44 % i Dalarna. Totalt saknade 45 % samsjuklig diagnos. I Stockholm var andelen hög som inte hade samsjuklighet (90%). Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A17 i appendix.

Fullföljandegrad – jämförelse senaste tre åren

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid visas i figur 17 om det finns minst 10 behandlingar.



Figur 17. Andel behandlingar av stressyndrom där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid 2019–2021

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingarna i Uppsala och VGR gav medelhög effekt på funktion och i Dalarna gav de hög effekt. Övriga hade låga tal. Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A18 i Appendix.

Reflektion över resultaten för stressyndrom i regionerna

Stress- och utmattningssyndrom är stora folkhälsoproblem där patienterna till största delen söker vård inom primärvården. Det är bra att det nu finns fler tillgängliga internetbaserade behandlingsprogram för dessa tillstånd. I år ser vi fler registreringar med programmen från Gustavsbergs vårdcentral och från Östergötland som bägge har inriktning på utmattningssyndrom förutom på stresshantering. SibeR bör överväga att särskilja utmattningssyndrom som egen diagnosgrupp framöver.

Behandlingarna i **Stockholm och Uppsala primärvård**, alla med Gustavsbergs program för stress och utmattning, gav mätt med PSS-10 medelhög effekt och mätt med KEDS hög effekt, samt medelhög effekt på funktion. En stor andel patienter fullföljer behandlingstiden och Uppsala har mycket fin datakvalitet. Utmattningssyndrom anses svårbehandlade så det är lovande att se att detta program med 12 behandlingsavsnitt och 12 veckors behandlingstid har så pass fina resultat.

Behandlingarna i **VGR primärvård** har medelhög effekt på stressymptom mätt med PSS-10 och medelhög effekt på funktion. VGR har förbättrat sina resultat och datakvalitet men behöver arbeta vidare på det eftersom det ännu saknas eftermätning med PSS-10 för cirka 30 % av behandlingarna. En lägre andel patienter fullföljer överenskommen behandlingstid. Man har bytt programleverantör under året och det verkar finnas en osäkerhet över val av program i förhållande till indikation.

Värdering av behandlingarna i **Dalarna primärvård** begränsas att det saknas eftermätning för 52 %. Behandlingar som redovisats hade höga effekter på symptom mätt med PSS-10 och funktion mätt med WHODAS. Man har nyligen börjat registrera i SibeR i högre grad och behöver utveckla sina rutiner.

Behandlingarna i **Skåne, Sörmland, Västernorrland** och **VGR psykiatri** har för låga tal för att kunna kommenteras.

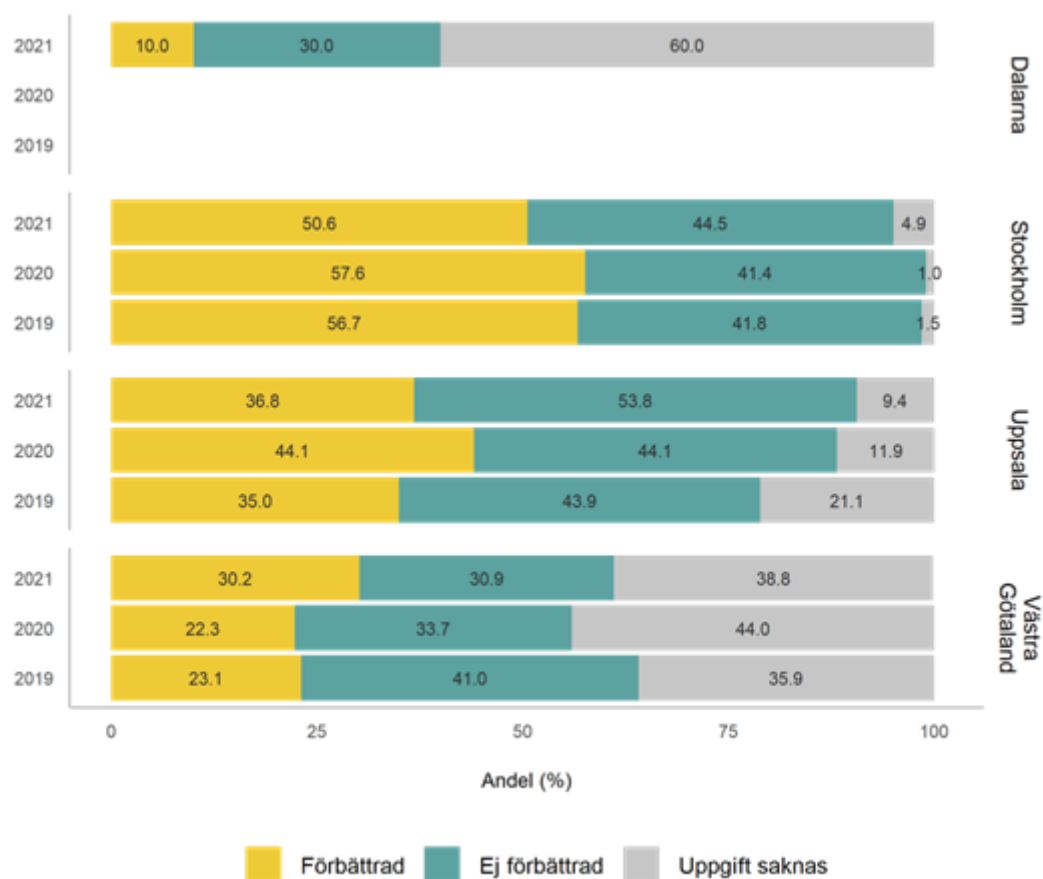
Diagnosgrupp Sömnstörningar

Behandlingsresultat

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

Behandlingarna för sömnstörning gav hög effekt i alla regioner, men för alla utom Stockholm psykiatri (Internetpsykiatri), Uppsala primärvård, VGR primärvård och psykiatri var det rätt få behandlingar. Det saknades eftermätningar för 39 % i VGR och 60 % i Dalarna. Effektstorlekar och underlaget avseende ISI-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för regioner och vårdgrenar 2021 finns i tabell A19 i appendix.

Behandlingsresultaten för de tre senaste åren (2019–2021) visas för regioner och vårdgrenar i figur 18, om det finns minst 10 startade behandlingar.



Figur 18. Behandlingsresultat för sömnstörning mätt med ISI, 2019–2021

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar och program

Under 2021 registrerades 511 behandlingar för sömnstörning (Dalarna primärvård n=10, Skåne psykiatri n=3, Stockholm primärvård n=9, Stockholm psykiatri n=238, Uppsala primärvård, n=104, Uppsala psykiatri n=2, Västernorrland n=2; VGR primärvård, n=120, VGR psykiatri n=19, Östergötland primärvård n=4).

- **Dalarna primärvård:** Livandas sömnprogram (10)
- **Skåne psykiatri:** Livandas sömnprogram (3)
- **Stockholm primärvård:** Uppsalas sömnprogram (9)
- **Stockholm psykiatri:** Internetpsykiatriins insomniprogram (238)
- **Uppsala primärvård:** Uppsalas sömnprogram (104)
- **Uppsala psykiatri:** Uppsalas sömnprogram (2)
- **Västernorrland psykiatri:** Livandas sömnprogram (2)
- **VGR primärvård:** Livandas sömnprogram (54), VGR:s insomniprogram (62), Psykologpartners stressprogram (1), Livandas stressprogram (2), Livandas ångestprogram (4), Psykologpartners orosprogram (2).
- **VGR psykiatri:** VGR:s insomniprogram (19)
- **Östergötland:** Psykologpartners sömnprogram (4)

Diagnoser

Diagnoserna G47.0 Insomni dominerade i psykiatrin och G47.9 Sömnstörning ospecificerad i primärvården. Fördelning av diagnoserna mellan olika regioner och vårdgrenar finns i tabell A20 i appendix.

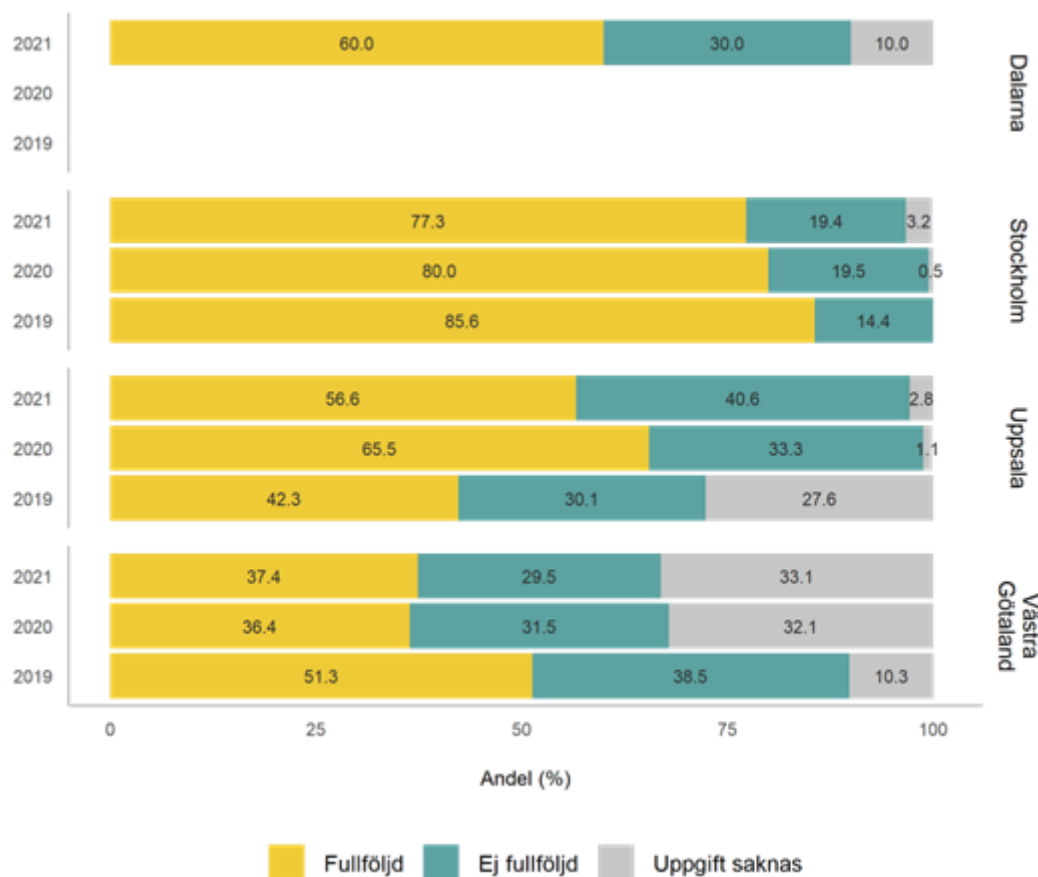
Samsjuklighet

Totalt hade 62 % av patienterna i sömnbehandling ingen samsjuklig psykiatrisk diagnos. Det varierade från 82 % på Internetpsykiatrin i Stockholm till 0 % eller uppgift saknas i psykiatrin i Skåne, Uppsala, Västernorrland och VGR. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A21 i appendix.

Fullföljandegrad - jämförelse tre år

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för sömnstörning visas i figur 19 med jämförelser för de tre senaste åren



Figur 19. Andel sömnbehandlingar där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid i regioner och vårdgrenar, 2019–2021

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingarna för sömn i Uppsala hade medelhög effekt på funktion. I Stockholm och VGR hade de låg effekt på funktion. Övriga regioner hade låga tal. Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A22 i Appendix.

Reflektion över resultaten för sömnstörning i regionerna

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

Sömnbehandlingen i **Dalarna** är svår att värdera eftersom eftermätningar saknades för 60 %. De behandlingar man redovisade hade höga effekter på symtom och funktion.

Sömnbehandlingen vid **Internetpsykiatri i Stockholm** har fortsatt god effekt med cirka 50 % förbättrade men har gått ned något. Andelen som fullföljer behandlingstiden är fortsatt hög kring 80 % men har även den minskat något. Trots de goda effekterna på sömn har funktionsförmågan påverkats till låg grad.

Behandlingseffekten för sömnbehandlingen i **Uppsala** och **VGR** är något lägre vilket kan ha att göra med en lägre andel som fullföljer behandlingstiden. VGR behöver förbättra sin datakvalitet eftersom eftermätning saknas för 39 % avseende sömnbesvär och 33 % avseende fullföljandegrad.

Det är ett för lågt antal behandlingar i **Skåne, Stockholm primärvård, Uppsala psykiatri, Västernorrland** och **Östergötland** för att kunna kommenteras.

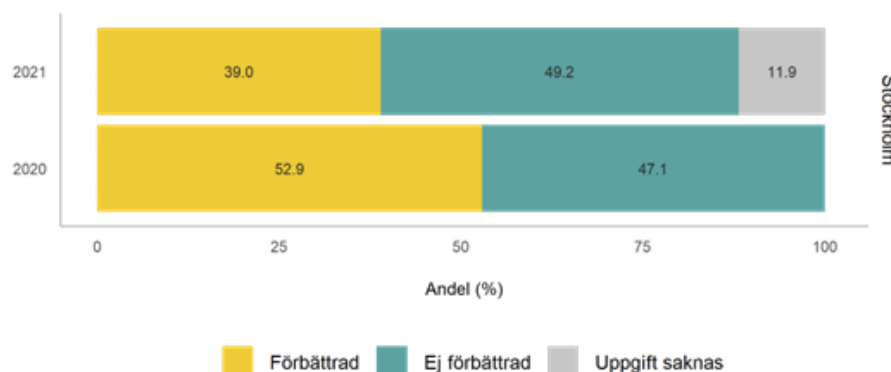
Diagnosgrupp Ängest- och orossyndrom

Dysmorfofobi (Upplevd fulhet)

Behandlingsresultat

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

Behandlingen för dysmorfofobi hade hög effektstorlek mätt med AAI. Andelen förbättrade hade minskat och det var större bortfall av eftermätningar under 2021. Behandlingsresultaten avseende andel förbättrade under 2020–2021 visas i figur 20 för Stockholm, som var den enda anslutna regionen som behandlade dysmorfofobi. Effektstorlekar och underlaget avseende AAI-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2021 finns i tabell A23 i Appendix.



Figur 20. Behandlingsresultat för dysmorfofobi mätt med AAI, Stockholm 2020–2021 (n=70, n=59)

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar och program

Under 2021 startade 59 behandlingar för dysmorfofobi (F45.2A) i Stockholm och alla patienterna fick behandling med Psykiatri Sydvästs program för dysmorfofobi. Programmet finns beskrivet på SibeRs websida: Om SibeR/Behandlingsprogram.

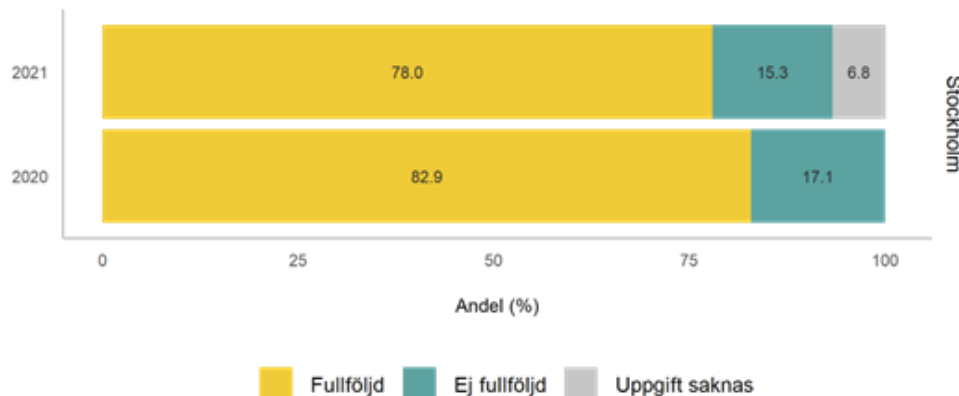
Samsjuklighet

Femtionio procent hade ingen samsjuklig psykiatrisk diagnos. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A24 i appendix.

Fullföljandegrad

Överenskommen behandlingstid

Andelen som fullföljt behandlingstiden var fortsatt hög men hade minskat något. Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för dysmorfofobi visas i figur 21.



Figur 21. Andel behandlingar för dysmorfofobi där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2020-2021

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingen för dysmorfofobi gav förbättrad funktion av medelstor effektstorlek. Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till avslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A25 i Appendix.

Reflektion över resultaten för dysmorfofobi

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

Behandling för dysmorfofobi har nu rapporterades i SibeR i två år från OCD-mottagningen i **Stockholm** som tar emot patienter från hela landet. Behandlingseffekten är god med hög effektstorlek men andelen förbättrade minskade något under 2021. Patienterna får förbättrad funktion av medelstor effektstorlek. Behandlingen verkar accepteras väl av patienterna med en hög andel som fullföljer överenskommen behandlingstid. Det vore önskvärt att få högre antal uppföljningar cirka 3 månader efter avslut så att det går att se om effekten är hållbar eller kanske till och med bättre en tid efter avslutad behandling.

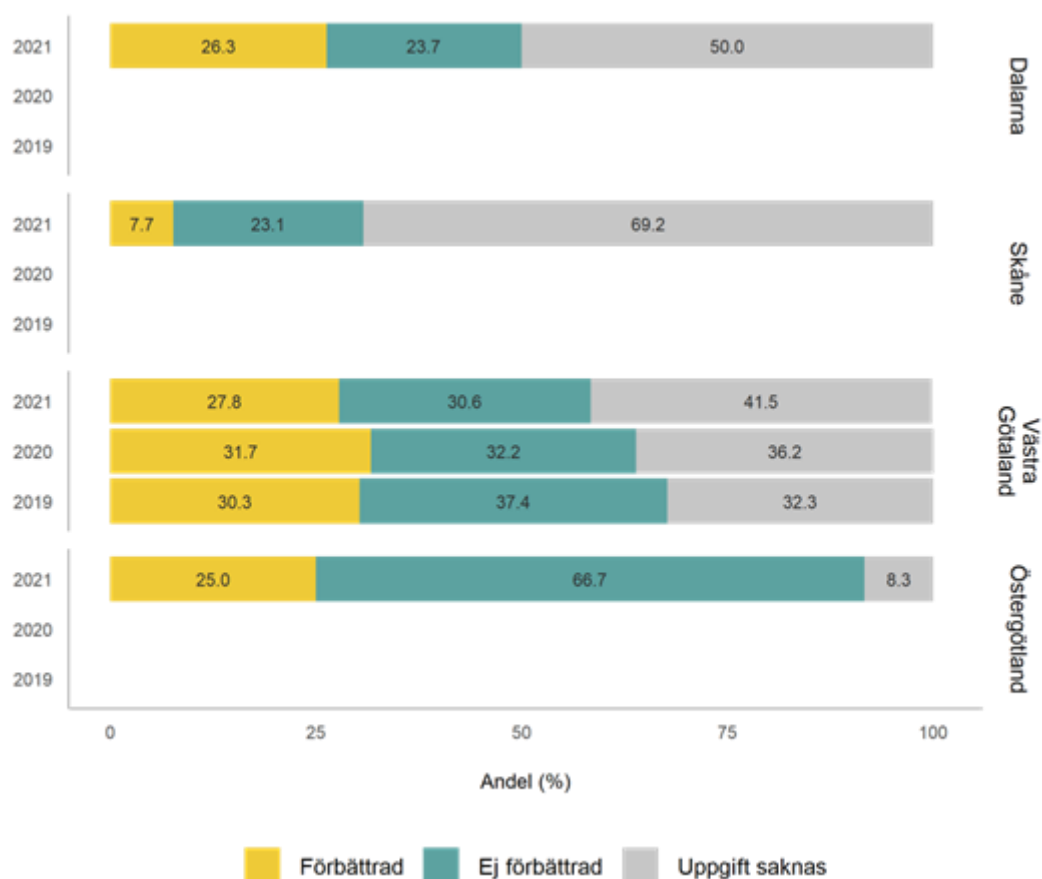
Generaliserat ångestsyndrom och Ospecifika ångesttillstånd

Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för generaliserat (GAD) och ospecifika ångesttillstånd 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 "Vuxna och unga från 16 år - Definitioner av klinisk förbättring" på SibeRs statistik-sida, <https://siber.registercentrum.se>.

För de redovisade behandlingarna i VGR och Dalarna var behandlingseffekten hög, men i VGR saknades eftermätning för drygt 40 % och i Dalarna 50 %. Behandlingseffekten var medelhög i Östergötland och låg i Skåne men det var små tal och mycket saknade mätningar.

Effektstorlekar och underlaget avseende GAD-7-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2021 finns i tabell A26 i Appendix. Behandlingsresultaten avseende andel förbättrade för de tre senaste åren visas i figur 18, om det finns minst 10 startade behandlingar.



Figur 22. Behandlingsresultat för generaliserat ångestsyndrom och ospecifika ångesttillstånd mätt med GAD-7, 2019-21 (n=99, n=550, n=644)

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2021 registrerades 644 behandlingar för generaliserat eller ospecifikt ångestsyndrom (Dalarna, n=38; Skåne, n=13; Stockholm primärvård, n=2; Stockholm psykiatri, n=1; Sörmland, n=1, Uppsala primärvård, n=3; Västerbotten, n=1; Västernorrland, n=5; VGR primärvård, n=566; VGR psykiatri, n=2; Östergötland, n=12).

Program

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

Patienterna fick behandling med följande program (n):

- **Dalarna primärvård:** Livandas orosprogram (21), Livandas ångestprogram (15), Livandas ADHD-program (2)
- **Skåne psykiatri:** Livandas orosprogram (3), Livandas ångestprogram (10)
- **Stockholm primärvård:** Gustavsbergs hälsoångestprogram (2) – troligen felregistrerat
- **Stockholm psykiatri:** Psykiatri Sydvästs OCD-program (1) – troligen felregistrerat
- **Sörmland primärvård:** Psykologpartners orosprogram (1)
- **Uppsala primärvård:** Uppsalas socialfobi-program (3) – troligen felregistrerat
- **Västerbotten:** Livandas orosprogram (1)
- **Västernorrland psykiatri:** Livandas sömnprogram (2), Livandas ångestprogram (1), Livandas stressprogram (3)
- **VGR primärvård:** Psykologpartners ångestprogram (203), Psykologpartners orosprogram (163), Livandas orosprogram (115), Livandas stressprogram (3), Livandas ångestprogram (69), Livandas social fobi-program (2)
- **VGR psykiatri:** Psykologpartners ångestprogram (1), Livandas ångestprogram (1).
- **Östergötland:** Psykologpartners ångestprogram (2), Psykologpartners orosprogram (10)

Diagnoser

Totalt bestod diagnosgruppen "Generell ångest" av ospecificerade ångesttillstånd (67 %) och GAD (33 %). Fördelning av diagnoserna mellan olika regioner och vårdgrenar visas i tabell A27 i appendix.

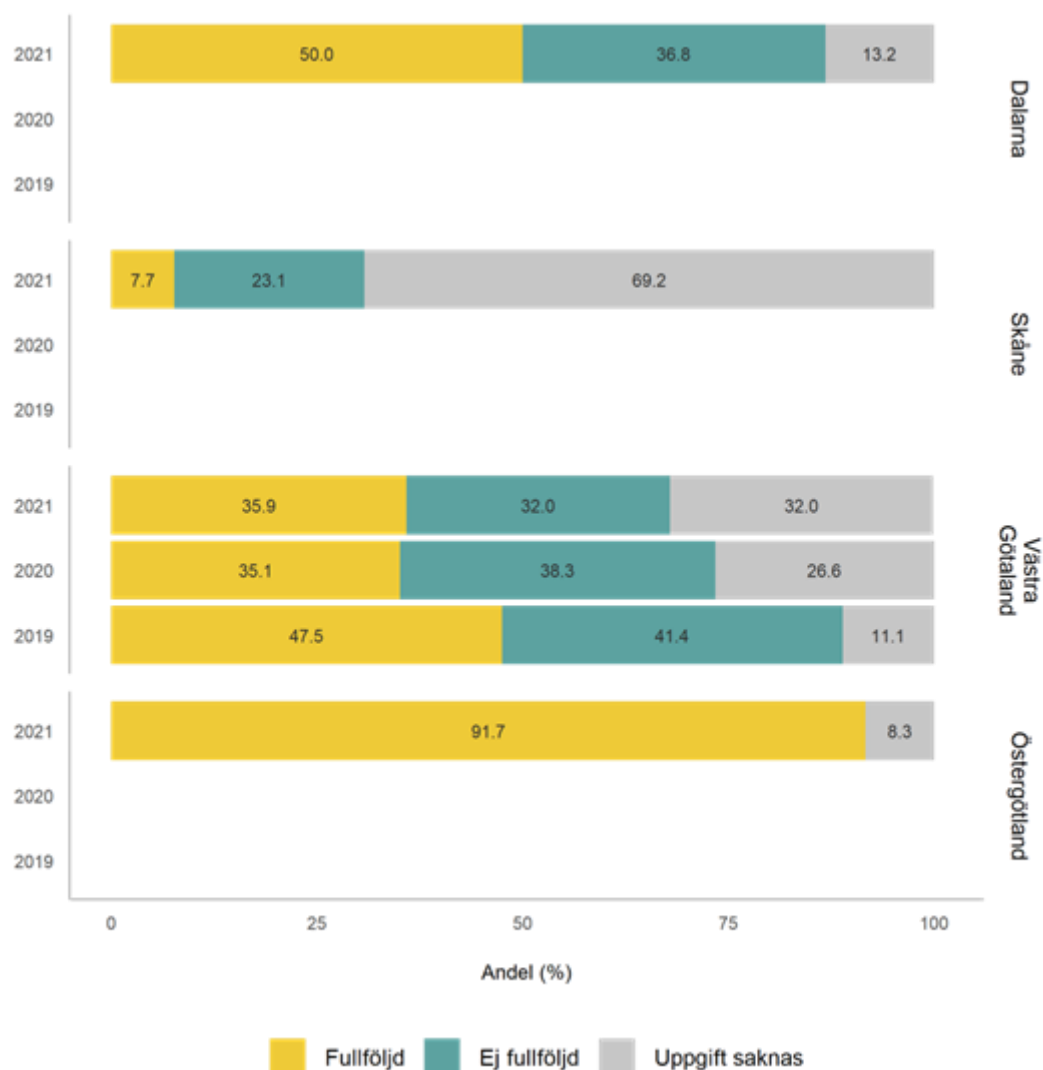
Samsjuklighet

Totalt var det 33 % som inte hade någon samsjuklig psykiatrisk diagnos. Bedömning av samsjuklighet begränsas av att uppgift om detta saknades för cirka 43 % av behandlingarna i VGR (som stod för 88 % av behandlingarna). Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A28 i appendix.

Fullföljandegrad

Överenskommen behandlingslängd

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingslängd vid behandling för GAD och ospecificikt ångestsyndrom visas i figur 21, om minst tio behandlingar.



Figur 23. Andel behandlingar för GAD och ospecifika ångesttillstånd där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2019–2021 (n=99, n=550, n=644)

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingarna för ospecifik ångest och GAD hade medelhög effekt på funktion i VGR och Dalarna för de patienter där man registrerat WHODAS även vid avslut. I Skåne hade de låg effekt på funktion. Övriga regioner hade låga tal. Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A29 i Appendix.

Reflektion över resultaten för generell och ospecifik ångest

Den största diagnosgruppen i SibeR 2021 är Generell ångest, bestående av GAD (33 %) och Ospecifika ångesttillstånd (67 %). Det finns skäl för att i framtiden dela upp dessa diagnosgrupper i SibeR men ändå använda samma utfallsmått, GAD-7.

Generaliserat ångestsyndrom (GAD) är vanligt med en prevalens på cirka 3 % i befolkningen och kan ha ett livslångt förlopp. Enligt nationella riktlinjer ska patienterna i första hand behandlas i primärvården med antidepressiva läkemedel eller KBT. Hittills har det inte funnits några specifika IKBT-program för GAD tillgängliga i reguljär vård utan man använder så kallade transdiagnostiska

program med allmänna principer för behandling av oro och ångest. Det sker nu en utveckling av IKBT-program med specifika behandlingsmodeller för GAD som börjat användas under 2022.

Det är mycket vanligt att ställa diagnosen Ospecificerat ångesttillstånd. Det är en heterogen grupp som sannolikt består av subkliniska tillstånd, ångest vid annan samtidig psykisk sjukdom, inte diagnostiserade specifika ångestsyndrom. Den höga andelen ospecifikt ångestsyndrom talar för att det kan finnas behov av utbildning i diagnostik och urvalskriterier.

Behandlingen för oro och ångest i **Dalarna primärvård** är svår att värdera eftersom eftermätningar saknades för 50 %. De behandlingar man redovisade hade höga effekter på symtom och funktion. Samma gäller för **Skåne psykiatri** där det saknades eftermätning för 70 %. Bägge regionerna är "nybörjare" i att registrera och följa upp behandlingseffekter. Här behövs återkoppling med fortsatt utbildning och utveckling av rutiner.

Behandlingarna i **VGR primärvård** utgör den stora gruppen. För de 60 % där det finns eftermätning är behandlingseffekterna höga för symtom och medelhöga för funktion. Det saknas uppgift om fullföljande för 30 %. Datakvaliteten har försämrats sedan föregående år då man hade den stora ökningen av behandlingar och registreringar. Under 2021 uppdaterades journalmallar för IKBT och underlag för överföring till SibeR från journal, man bytte leverantör av behandlingsprogram på grund av ny upphandling. Sådana förändringar är en stor utmaning när man bedriver IKBT decentraliserat på mer än 100 vårdcentraler. I workshops med ett antal enheter och områden, och på chefsnivåer, har SibeR belyst problematiken. Vårdgivare i regionen behöver förtydliga ägandeskapet för förbättringar av psykologisk behandling.

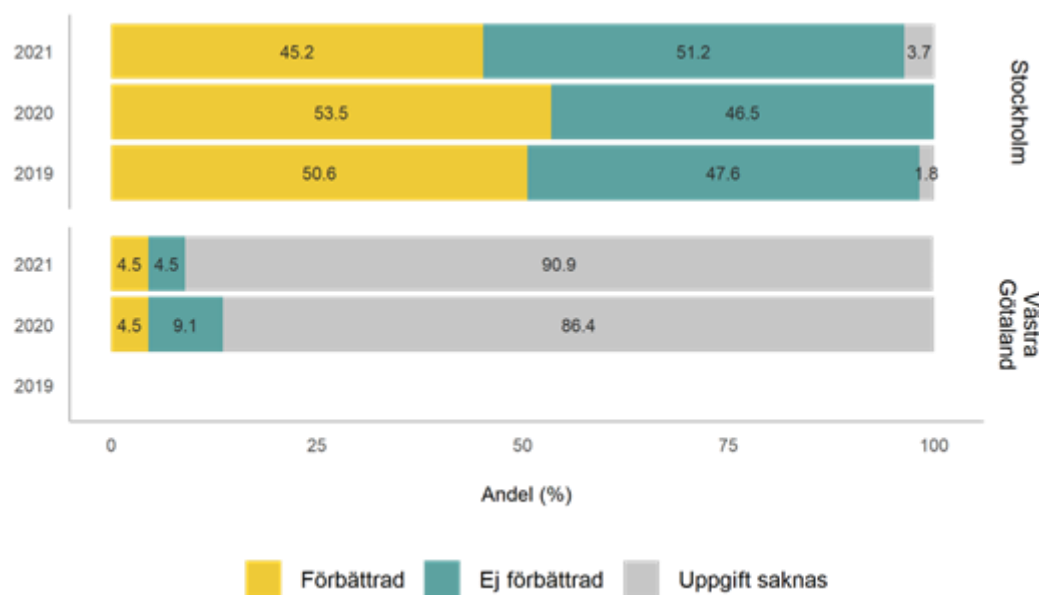
Behandlingen för generell ångest i **Östergötland primärvård** har medelhög effekt på symtom och låg effekt på funktion, cirka 25 % förbättras vilket är lågt. Datakvaliteten är bra, men täckningsgraden låg i regionen. I övriga regioner är det litet antal behandlingar och i vissa finns sannolikt felregistreringar.

Hälsoångest

Behandlingsresultat

Andelen förbättrade vid behandling för hälsoångest 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 "Vuxna och unga från 16 år - Definitioner av klinisk förbättring" på SibeRs statistik-sida, <https://siber.registercentrum.se>.

Effektstorlekar och underlaget avseende SHAI-värden samt antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2019–2021 finns i tabell A31 i Appendix. Behandlingsresultaten för de tre senaste åren visas i figur 24, om det finns minst 10 registrerade behandlingar under dessa år.



Figur 24. Behandlingsresultat för hälsoångest mätt med SHAI-14, 2019–2021

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2021 registrerades 240 behandlingar för hälsoångest (Stockholm, n=217, Västernorrland, n=1, VGR, n=22).

Program

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

Patienterna fick behandling med följande program (n):

- **Stockholm psykiatri:** Psykiatri Sydvästs Hälsoångest-program (217)
- **Västernorrland psykiatri:** Livandas orosprogram (1)
- **VGR primärvård:** Psykologpartners ångestprogram (3), Psykologpartners orosprogram (10), Livandas orosprogram (8), Livandas social fobi-program (1)

Diagnoser

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

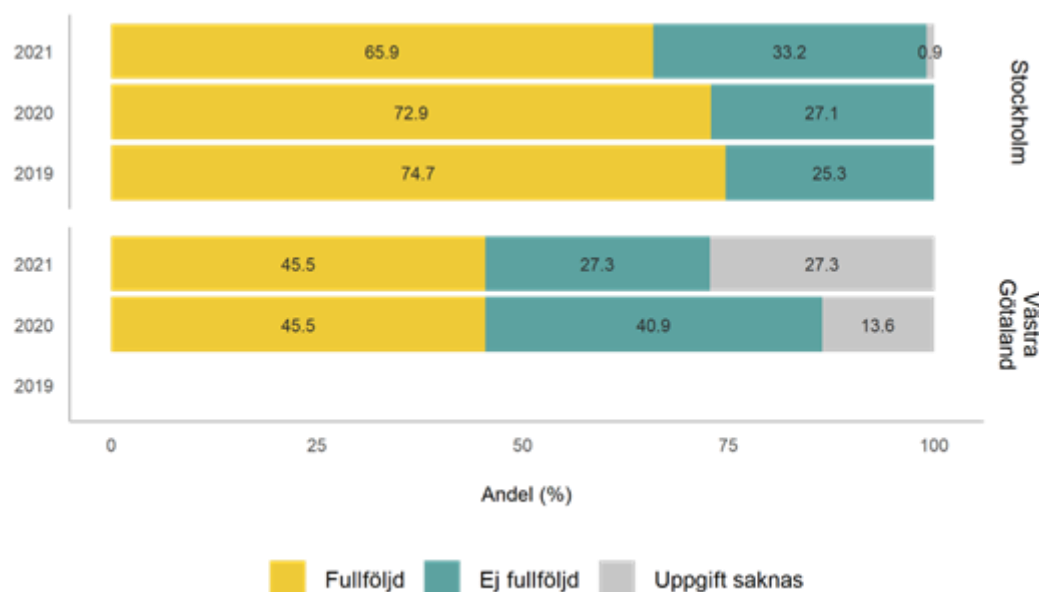
Samsjuklighet

Bedömning av samsjuklighet begränsas av att uppgift om detta saknades för 36 % av behandlingarna i VGR. I Stockholm rapporterade att 64 % saknade samsjuklig diagnos. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A32 i appendix.

Fullföljande

Överenskommen behandlingslängd

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingslängd vid behandling för hälsoångest visas i figur 25.



Figur 25. Andel behandlingar för hälsoångest där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2021

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingarna i Stockholm hade medelhög effekt på funktion. I VGR saknades uppgift om förändring av funktion för drygt 50 %.

Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A32 i Appendix.

Reflektioner över resultaten för hälsoångest i regionerna

Hälsoångest är vanligt med en prevalens kring 3 % i befolkningen. Behandling med KBT är en evidensbaserad behandling.

Behandlingen för hälsoångest vid Internetpsykiatri i **Stockholm** är tidigare testad i kontrollerade studier med goda resultat och har fungerat i reguljär vård sedan 2018. Vid årsskiftet 2020–2021 migrerade internetpsykiatri från sin gamla tekniska plattform till Stöd- och behandlingsplattformen. Vi ser en viss nedgång i antal som fullföljer och andel förbättrade under 2021. Eventuellt kan det ha samband med denna omställning, eventuellt kan covid-19 påverka. Fortsatt uppföljning av fullföljande och behandlingsresultat får visa om det var en temporär nedgång. Effekterna är dock fortsatt goda både avseende symtom och funktion.

I **VGR** saknades det eftermätningar med SHAI-14 för 91 % av behandlingarna vilket gör det svårt att värdera och återkoppla. Vi såg samma problem förra året. Det verkar finnas osäkerhet i val av program och val av uppföljningsmått som behöver åtgärdas. Regionen har inte tillgång till ett behandlingsprogram som är specifikt utvecklat för att behandla hälsoångest.

Paniksyndrom

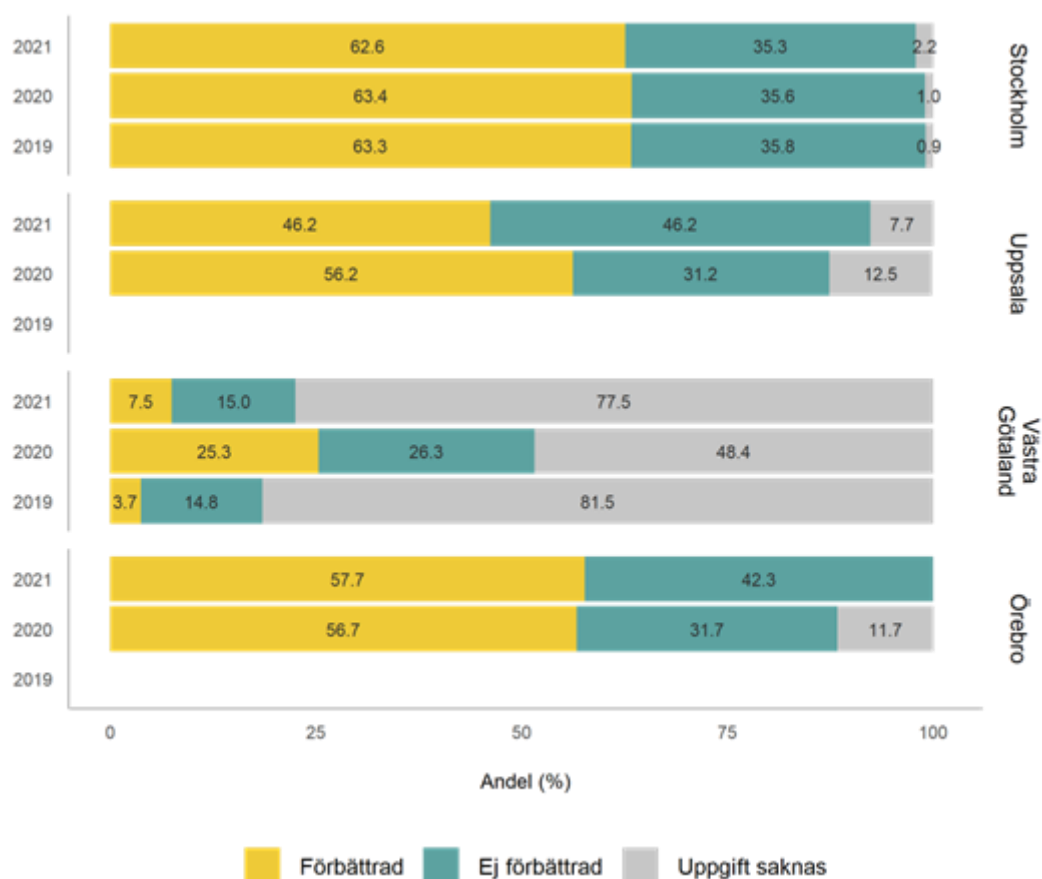
Behandlingseffekt

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

Behandlingarna i Stockholm och Örebro hade hög effekt med cirka 60 % förbättrade. Behandlingarna i Uppsala hade medelhög effekt med cirka 45 % förbättrade. I VGR saknades eftermätning för nästan 80 % av behandlingarna.

Effektstorlekar och underlaget avseende PDSS-SR-värden samt antal mätta vid behandlingsstart, behandlings-avslut och uppföljning för 2021 finns i tabell A33 i Appendix.

Behandlingsresultaten avseende andel förbättrade för de tre senaste åren visas i figur 26, om det finns minst 10 behandlade patienter.



Figur 26. Behandlingsresultat för paniksyndrom mätt med PDSS-SR, 2019–2021 (n=132, n=266, n=328)

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2021 registrerades 328 behandlingar för paniksyndrom (Dalarna, n=1, Stockholm, n=139, Sörmland, n=1, Uppsala primärvård, n=25; Uppsala psykiatri, n=1, Västernorrland, n=2, VGR primärvård, n=80; Örebro psykiatri, n=78, Östergötland, n=1).

Program

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

Patienterna fick behandling med följande program (n):

- **Dalarna primärvård:** Livandas ångestprogram (1)
- **Stockholm psykiatri:** Psykiatri Sydvästs paniksyndrom-program (139)
- **Sörmland primärvård:** Psykologpartners ångestprogram (1)
- **Uppsala primärvård:** Uppsalas paniksyndrom-program (25), Uppsalas socialfobi-program (6), Gustavsbergs stressprogram (3)
- **Uppsala psykiatri:** Uppsalas paniksyndrom-program (1)
- **Västernorrland psykiatri:** Livandas ångestprogram (2)
- **VGR primärvård:** Psykologpartners ångestprogram (45), Psykologpartners orosprogram (3), Livandas orosprogram (115), Livandas ångestprogram (28)
- **Örebro:** Örebros paniksyndromprogram (78)
- **Östergötland:** Psykologpartners ångestprogram (1)

Diagnoser

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

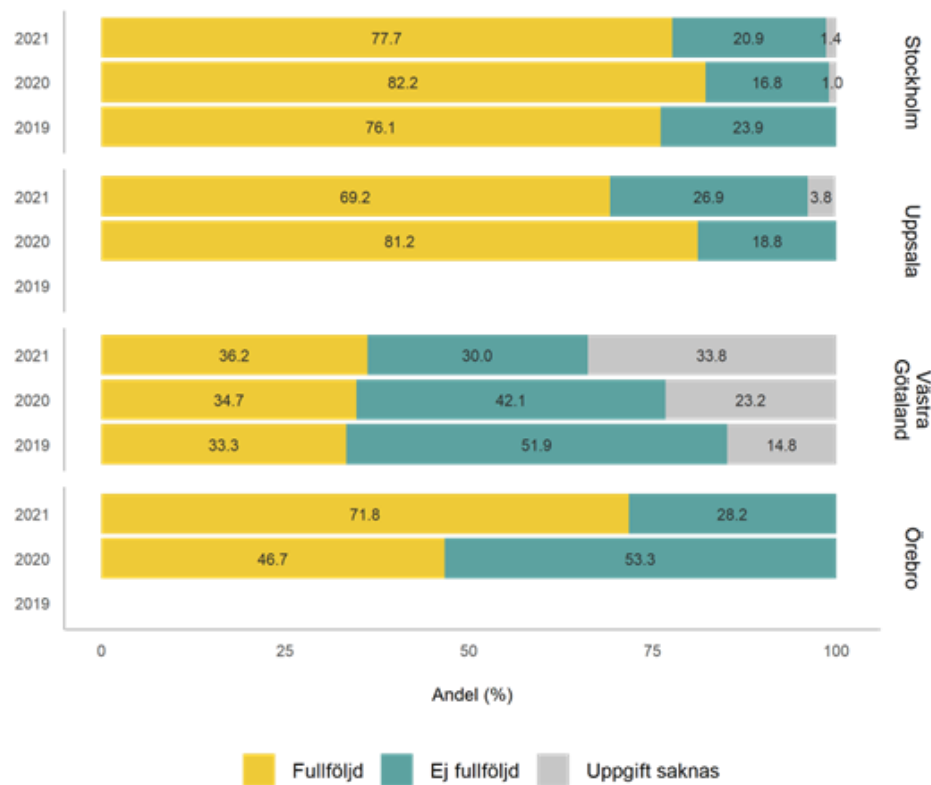
Samsjuklighet

Totalt var den cirka 30 % som saknades samsjuklighet men bedömning av samsjuklighet begränsas av att uppgift om detta saknades för 44 % av behandlingarna i VGR. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A34 i appendix.

Fullföljande

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för paniksyndrom visas i figur 27.



Figur 23. Andel behandlingar för paniksyndrom där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2019–2021

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingarna i Stockholm och Örebro förbättrade funktionen hos patienterna med hög effektstorlek. Behandlingarna i Uppsala hade låg effekt på funktion.

Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A35 i Appendix.

Reflektioner över resultaten för paniksyndrom i regionerna

Paniksyndrom är vanligt med livstidsprevalens kring 5 %. Under pågående episod kan funktionsförmågan vara kraftigt nedsatt bland annat på grund av undvikande (agorafobi). KBT enligt Clark & Salkovskis modell är en behandling med god evidens, förmedlad som traditionell KBT eller som IKBT.

Behandlingseffekten för paniksyndrom är mycket god i **Stockholm** och **Örebro**. Här ser vi även att behandlingarna förbättrar funktionen med hög effekt. Fullföljandegrad och effekt av behandlingen i **Uppsala** har gått ned något jämfört med föregående år. Här har man förutom program för paniksyndrom tilldelat program för social fobi och stress vilket kan ha påverkat. I **VGR** saknades eftermätning för cirka 80 %. I övriga regioner var det för litet antal behandlingar för att utvärdera.

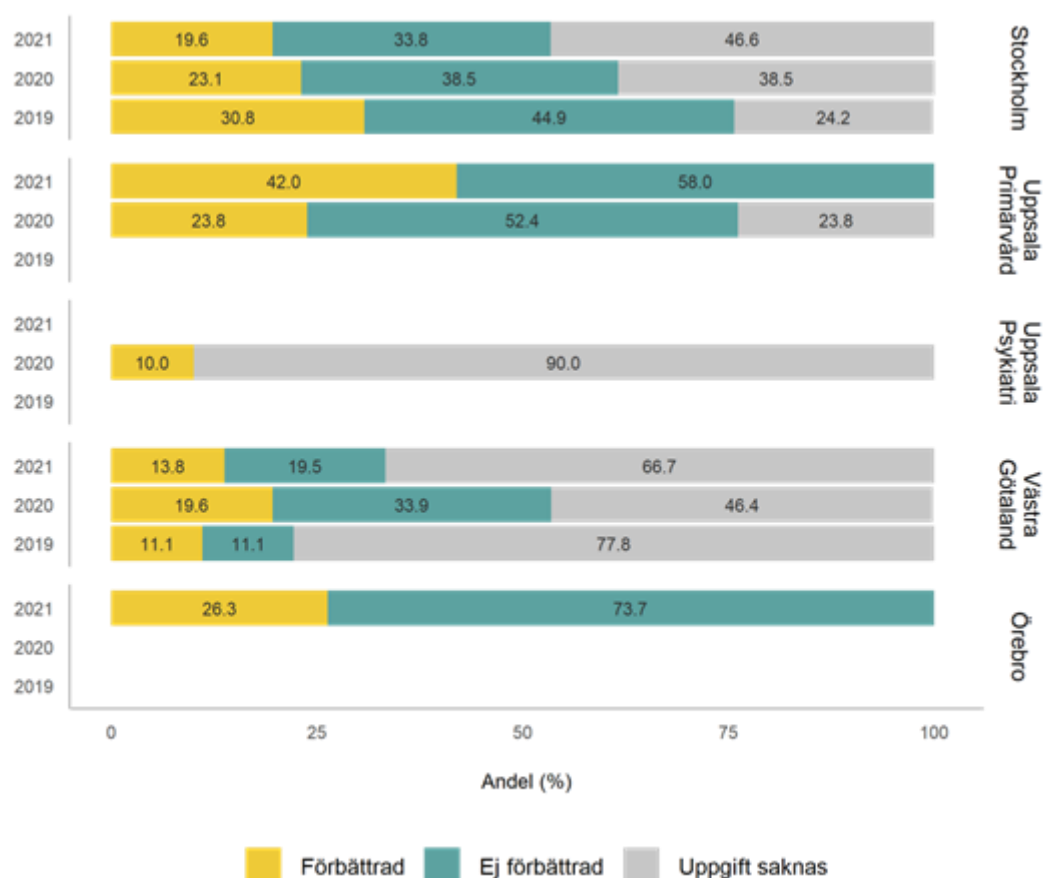
Social fobi

Behandlingsresultat

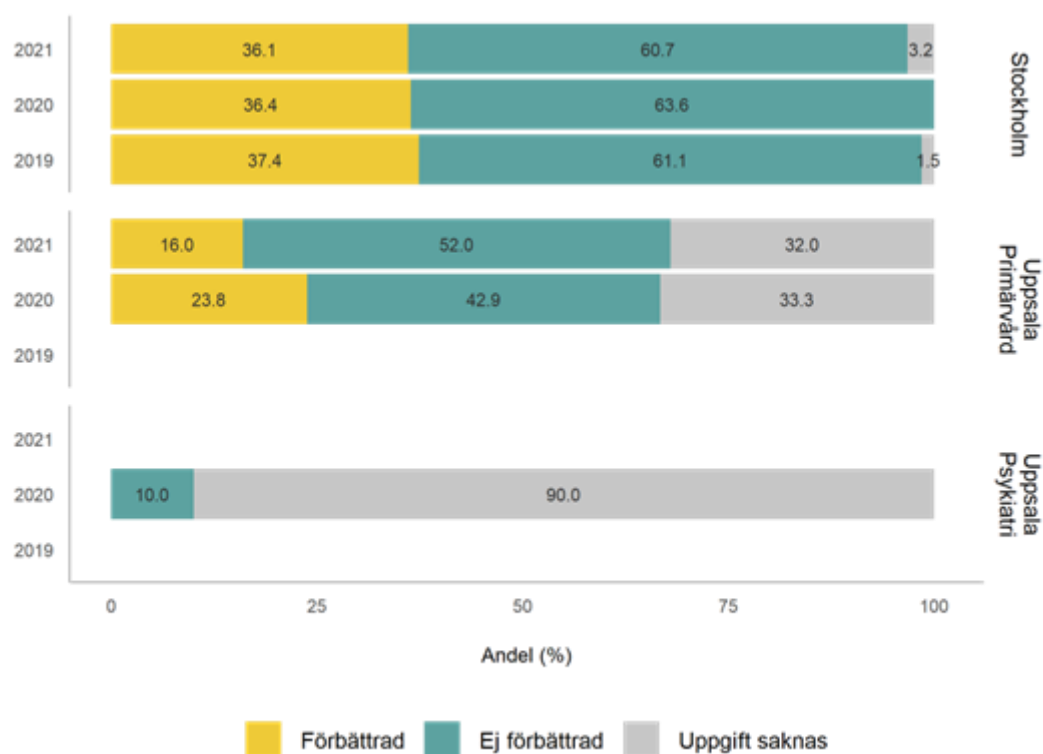
Andelen förbättrade vid behandling för social fobi mättes under 2021 med det sjukdomsspecifika måttet Social Phobia Inventory (SPIN; O'Connor et al, 2000) med 17 frågor och kriteriet $\geq 30\%$ minskning. Fram till 2020 hade Liebowitch Social Anxiety Scale-Self Assessment (LSAS-SR Fresco, 2001) med totalt 48 frågor används. Övergången motiverades med att antalet frågor i LSAS-SR är för omfattande för veckovis mätningar. Vi redovisar ändå data för LSAS-SR eftersom några verksamheter fortsatte använda LSAS-SR även under 2021. För mer detaljerat underlag avseende SPIN och LSAS-SR se dokumentet "Vuxna och unga från 16 år - Definitioner av klinisk förbättring" på SibeRs statistik-sida, <https://siber.registercentrum.se>.

Behandlingarna i Uppsala primärvård hade hög effekt mätt med SPIN och den högsta andelen förbättrade (42%). Även behandlingarna i Örebro hade hög effekt men lägre andel förbättrade (26%). I VGR saknades eftermätning för 67%. Behandlingarna i Stockholm hade medelhög effekt mätt med LSAS-SR och andelen 36% förbättrade.

Effektstorlekar och underlaget avseende SPIN-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlings-avslut och uppföljning för regioner och vårdgrenar 2021 finns i tabell A36 och motsvarande för LSAS-SR i tabell A37 i Appendix. Behandlingsresultaten avseende andel förbättrade för de tre senaste åren (2019–2021) visas för regioner och vårdgrenar i figur 28 för SPIN och figur 29 för LSAS-SR, om det finns minst 10 startade behandlingar. Observera att det inte är exakt samma individer för SPIN och för LSAS-SR.



Figur 28. Behandlingsresultat vid behandling av social fobi mätt med SPIN, 2019–2021



Figur 29. Behandlingsresultat vid behandling av social fobi mätt med LSAS-SR, 2019–2021

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2021 registrerades 395 behandlingar för social fobi (Dalarna, n=2; Stockholm, n=219; Sörmland, n=2; Uppsala primärvård, n=50; Uppsala psykiatri, n=8; Västernorrland, n=2; VGR primärvård, n=84; VGR psykiatri, n=3; Örebro, n=19; Östergötland, n=6).

Program

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

Patienterna fick behandling med följande program (n):

- **Dalarna primärvård:** Livandas ångestprogram (2)
- **Stockholm psykiatri:** Psykiatri Sydvästs social fobi-program (219)
- **Sörmland primärvård:** Psykologpartners ångestprogram (2)
- **Uppsala primärvård:** Uppsalas socialfobi-program (49), Uppsalas paniksyndrom-program (1)
- **Uppsala psykiatri:** Uppsalas social fobi-program (8)
- **Västernorrland psykiatri:** Livandas ångestprogram (2)
- **VGR primärvård:** Psykologpartners ångestprogram (41), Psykologpartners orosprogram (3), Livandas social fobi-program (39), Livandas ångestprogram (2). Livandas depressionsprogram (1)
- **VGR psykiatri:** Livandas social fobi-program (2), VGRs insomniprogram (1)
- **Örebro:** Örebros social fobi-program (19)
- **Östergötland:** Psykologpartners ångestprogram (1)
-

Diagnoser

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

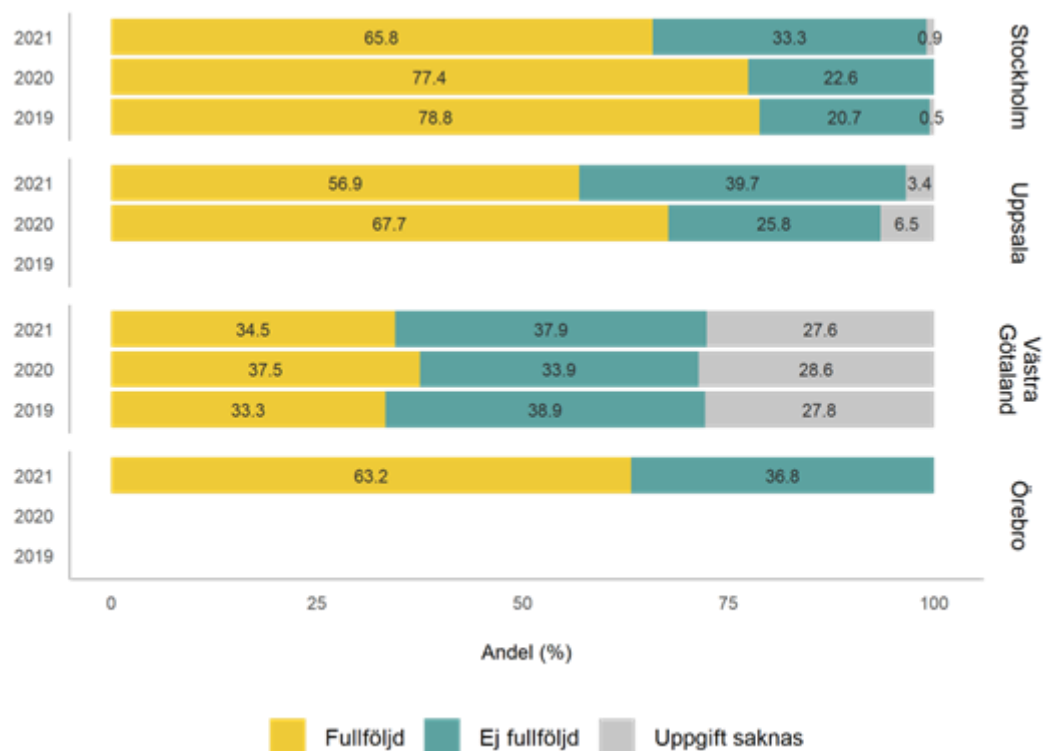
Samsjuklighet

Bedömning av samsjuklighet begränsas av att uppgift om detta saknades för 46 % av behandlingarna i VGR. Totalt hade 57 % ingen samsjuklig diagnos. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A38 i appendix.

Fullföljande

Överenskommen behandlingstid

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för social fobi visas i figur 30.



Figur 30. Andel behandlingar för social fobi där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2019–2021

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

För behandlingarna i Stockholm och VGR så förbättrades funktionen hos patienterna med medelhög effektstorlek. Observera dock bortfall i mätningar. Behandlingarna i Uppsala och Örebro hade låg effekt på funktion.

Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A35 i Appendix.

Reflektioner över resultaten för social fobi i regionerna

Social fobi är ett av de vanligaste ångestsyndromen med beräknad prevalens på cirka 15 %, varav svår social fobi beräknas uppgå till 2 %. Samsjuklighet med depression är hög och social fobi kan vara en påtaglig sårbarhetsfaktor för recidiverande depressioner. KBT prioriteras högt i nationella riktlinjer och det finns god evidens för IKBT för social fobi.

Behandlingen för social fobi vid Internetpsykiatri i **Stockholm** har funnits länge i drift, men vid årsskiftet 2020–21 migrerades programmet från egen plattform till SoB-plattformen. Man gick inte över till att följa veckomätningar med SPIN. Behandlingseffekten 2021 var medelhög avseende symtom och funktion men vi ser att andelen som fullföljer behandlingstiden har minskat senaste året. Det kan vara en temporär effekt men bör följas upp. Det är önskvärt att enheten går över till SPIN.

Uppsala primärvård började behandla social fobi 2020 och har under 2021 gjort en fin förbättring av resultaten avseende symtom, funktion och andel förbättrade. Uppsala gör något i sina program och/eller vårdprocess som andra regioner bör kunna lära sig av.

Örebro började behandla social fobi med ett eget utvecklat program under 2021. Man hade inte hunnit behandla mer än 19 patienter under året men resultaten ser lovande ut med hög behandlingseffekt avseende symtom, men lägre andel förbättrade och låg effekt på funktion.

För **VGR primärvård** saknades eftermätning för 67 % av behandlingarna. Här behövs en kraftsamling med utbildningsinsatser för att få in mätningar, bättre datakvalitet och ett ägarskap för förbättringsarbete.

För övriga regioner, **Dalarna, Sörmland, Uppsala psykiatri, Västernorrland, VGR psykiatri och Östergötland** var det ett litet antal behandlingar.

Tvångssyndrom

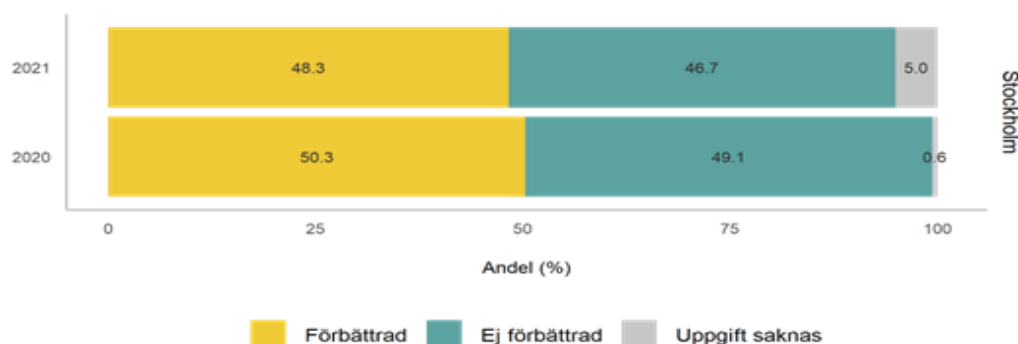
Behandlingsresultat

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

Behandlingarna i Stockholm gav hög effekt mätt med OCI-R och har nu under två år visat stabilt antal som svarade på behandlingen. Datakvaliteten hade försämrats något 2021.

Effektstorlekar och underlaget avseende OCI-R-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för 2021 finns i tabell A40 i Appendix.

Behandlingsresultaten avseende andel förbättrade för 2020–2021 visas i figur 31 för Stockholm, som var den enda anslutna regionen under året som registrerade minst 10 patienter.



Figur 31. Behandlingsresultat vid tvångssyndrom mätt med OCI-R, 2020–2021

Behandlingar, program och sammansättning av patientgrupper

Antal behandlingar

Under 2021 registrerades 188 behandlingar för tvångssyndrom, (Dalarna, n=1; Stockholm, n=180; VGR primärvård, n=7).

Program

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

Patienterna fick behandling med följande program (n):

- **Dalarna primärvård:** Livandas ångestprogram (1)
- **Stockholm psykiatri:** Psykiatri Sydvästs OCD-program (179), Psykiatri Sydvästs dysmorfofobi-program (n=1)
- **VGR primärvård:** Psykologpartners ångestprogram (2), Psykologpartners orosprogram (1), Livandas oros-program (1), Livandas ångestprogram (2)

Diagnoser

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

Samsjuklighet

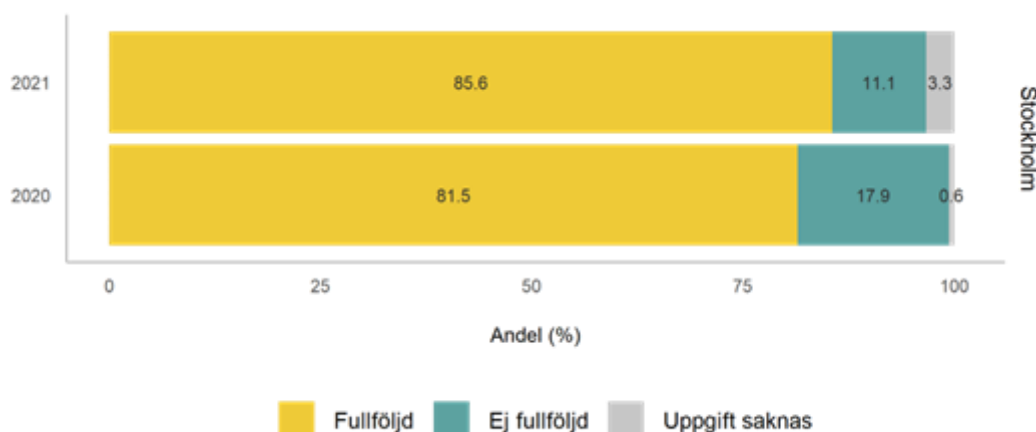
Bedömning av samsjuklighet begränsas av att uppgift om detta saknades för 43 % av behandlingarna i VGR. Andelar som saknade samsjuklig diagnos var totalt 72 %. Fördelning av samsjuklighet i grupper från Ingen, till En, Två, Tre eller flera samsjukliga diagnoser redovisas i tabell A45 i appendix.

Fullföljande

Överenskommen behandlingstid

Det var en hög andel, kring 86 %, som fullföljde behandlingstiden i Stockholm.

Andelar behandlingar där patienten fullgjort överenskommen behandlingstid vid behandling för tvångssyndrom visas i figur 32.



Figur 32. Andel behandlingar för tvångssyndrom där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid, 2020–2021

Funktion och hälsorelaterad livskvalitet

Behandlingarna i Stockholm gav hög effekt på förbättrad funktion. Även behandlingar i VGR gav hög effekt men det var få behandlingar.

Medelvärden för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor visas från behandlingsstart, till behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar i tabell A42 i Appendix.

Reflektioner över resultaten för tvångssyndrom i regionerna

Tvångssyndrom, som man numera benämner OCD även i Sverige, är vanligt med cirka 2 % prevalens och med jämn könsfördelning. Funktionsnedsättningen kan variera från lätt till mycket svårt hindrade. KBT i form av exponering med responsprevention är den högst prioriterade insatsen enligt nationella riktlinjer men tillgången till utbildade behandlare är mycket låg i förhållande till behoven. IKBT för OCD har visats fungera i kontrollerade studier och bör spridas så att patienter i hela Sverige kan få tillgång till evidensbaserad behandling.

Behandling för tvångssyndrom hos vuxna har nu rapporterats i SibeR i två år och vi kan nu följa hur behandlingen fungerar i reguljär vård. Behandlingen på OCD-programmet i **Stockholm** med Internetpsykiatri program för tvångssyndrom verkar accepteras väl av patienterna med en hög andel som fullföljer överenskommen behandlingstid. Behandlingseffekten ter sig god med hög effektstorlek och med cirka 50 procent förbättrade, samt även hög effekt på förbättrad funktion. Det vore önskvärt att få högre antal uppföljningar cirka 3 månader efter avslut så att det går att se om effekten är hållbar en tid efter avslutad behandling.

Det var ett fåtal behandlingar för tvångssyndrom i **VGR primärvård** och **Dalarna primärvård** och därför svårt att utvärdera. Regionerna har inte tillgång till behandlingsprogram som är specifikt utprovade för OCD.

Metod

I årsrapporten används huvudsakligen beskrivande statistik med jämförelser av medelvärden med spridningsmått.

För definitioner av förbättring och referenser hänvisas till SibeRs hemsida, fliken statistik, där det finns pdf-dokument för utfall hos vuxna och hos barn/unga. I dokumenten beskrivs skattningsformulären mer ingående med psykometriska data.

Effektstorlek

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

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

APPENDIX

Allmänt

Tabell A1-A3

Tabell A1. Skattad täckningsgrad i anslutna regioner, 2021. Baseras på statistik från Inera om behandlingsprogram i Stöd och behandlingsplattformen, SoB kalenderår 2021.

Region	Vårdgren	Antal startade program	Registrerade i SibeR	Täcknings-grad
Dalarna	Primärvård	1020	99	10 %
	Psykiatri	87	0	0 %
	BUP	3	0	0 %
	Totalt	1100	99	9 %
Skåne	Primärvård	1490	0	0 %
	Psykiatri	360	21	6 %
	BUP inkl första linjen	350	18	5 %
	Totalt	2200	39	2 %
Stockholm	Primärvård	970	24	2 %
	Psykiatri	1800	1312	73 %
	BUP	150	107	71 %
	Totalt	2920	1443	49 %
Sörmland	Primärvård	950	10	1 %
	Psykiatri	0	0	-
	BUP	150	0	0 %
	Totalt	1100	10	1 %
Uppsala	Primärvård	620	492	79 %
	Psykiatri	20	18	90 %
	BUP	0	0	-
	Totalt	640	520	81 %
Västerbotten	Primärvård	580	0	0 %
	Psykiatri	80	4	5 %
	BUP	0	0	-
	Totalt	660	4	1 %
Västernorrland	Primärvård	115	0	0 %
	Psykiatri	39	17	44 %
	Totalt	154	17	11 %
Västra Götaland	Primärvård	2750	1455	53 %
	Psykiatri	135	33	24 %
	BUP	20	0	0 %
	Totalt	2783	1488	53 %
Örebro	Psykiatri/primärvård	321	320	100 %
	BUP	18	0	0 %
	Totalt	339	320	94 %
Östergötland	Primärvård	1440	33	3 %
	Psykiatri	20	0	0
	BUP	40	0	0
	Totalt	1500	33	2 %
Alla	Anslutna vårdgrenar	7 785	3 973	50 %
	Alla vårdgrenar	13 436	3 973	30 %

Tabell A2. Kön och ålder hos patienter som startade internetbehandling 2021

Region	Vårdgren	Totalt	Andel kvinnor	Ålder Medel	Ålder SD	Ålder Median	Ålder Min	Ålder Max
Dalarna	Primärvård	99	73.7	40.5	15.1	36.0	18	82
Skåne	Psykiatri	39	74.4	25.3	12.5	23.0	12	57
Stockholm	Primärvård	24	79.2	38.1	12.6	36.5	20	70
	Psykiatri	1419	67.7	33.8	13.3	31.0	7	90
Sörmland	Primärvård	10	60.0	31.0	7.3	30.0	19	44
Uppsala	Primärvård	492	69.3	35.0	11.5	32.0	18	74
	Psykiatri	18	72.2	24.7	6.9	23.0	19	44
Västerbotten	Psykiatri	4	75.0	40.2	8.5	38.5	32	52
Västernorrland	Psykiatri	17	88.2	34.8	10.8	35.0	18	55
Västra Götaland	Primärvård	1455	68.6	34.0	13.0	31.0	11	81
	Psykiatri	33	45.5	38.1	10.1	35.0	21	62
Örebro	Psykiatri	320	66.2	32.9	11.2	30.0	18	80
Östergötland	Primärvård	36	55.6	30.9	14.8	26.0	15	79
Totalt	Primärvård	2116	68.9	34.5	12.8	31.0	11	82
Totalt	Psykiatri	1850	67.5	33.5	12.9	31.0	7	90
Totalt	Totalt	3966	68.2	34.0	12.9	31.0	7	90

Tabell A3. Antal dagar mellan Aktualiserad för psykologisk behandling och Behandlingsstart (minsta, median, maximalt och kvartiler; n=3966)

Region	Vårdgren	N	Min	Median	Max	Q1	Q3
Dalarna	Primärvård	99	0	23.0	323	6.00	66.00
Skåne	Psykiatri	39	0	22.0	202	6.50	37.00
Stockholm	Primärvård	24	0	12.0	56	5.50	23.25
	Psykiatri	1419	0	40.0	192	24.00	64.00
Sörmland	Primärvård	10	3	22.5	43	17.75	31.75
Uppsala	Primärvård	492	0	61.0	211	26.00	90.00
	Psykiatri	18	4	43.5	164	28.50	85.00
Västerbotten	Psykiatri	4	147	257.5	360	153.00	360.00
Västernorrland	Psykiatri	17	0	15.0	147	0.00	42.00
Västra Götaland	Primärvård	1455	0	7.0	307	0.00	20.00
	Psykiatri	33	0	32.0	364	7.00	77.00
Örebro	Psykiatri	320	0	11.0	47	7.00	18.00
Östergötland	Primärvård	36	0	25.5	182	18.75	56.00

Ångestsyndrom unga

Tabell A4-A5

Tabell A4. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för ångestsyndrom hos unga, 2021

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Skåne	Psykiatri	18	83.3% (n = 15)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	16.7% (n = 3)
Stockholm	Psykiatri	76	47.4% (n = 36)	38.2% (n = 29)	7.9% (n = 6)	1.3% (n = 1)	5.3% (n = 4)
Västra Götaland	Primärvård	89	46.1% (n = 41)	24.7% (n = 22)	1.1% (n = 1)	1.1% (n = 1)	27% (n = 24)
Östergötland	Primärvård	3	100% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	186	51.1% (n = 95)	27.4% (n = 51)	3.8% (n = 7)	1.1% (n = 2)	16.7% (n = 31)

Tabell A5. Effektstorlekar och hälsorelaterad livskvalitet mätt med KIDSCREEN-10 (10-50 poäng där 50 är högst livskvalitet) vid behandling av ångestsyndrom hos unga i regioner och vårdgrenar, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	KIDSCREEN			KIDSCREEN förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Skåne	BUP	Start	18	11	33.4	4.7	-	-	-	(-, -)
		Avslut	18	7	37.4	6	3.57	8.9	0.4	(-, -)
		Uppföljning	18	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	BUP	Start	76	71	34.9	6.2	-	-	-	(-, -)
		Avslut	76	41	36.4	6.1	2.8	5.06	0.55	(0.25, 0.86)
		Uppföljning	76	14	37.1	7	3	5.32	0.56	(0.04, 1.09)
Västra Götaland	Primärvård	Start	89	15	29.8	6.8	-	-	-	(-, -)
		Avslut	89	6	31.7	3.3	0.17	5.56	0.03	(-, -)
		Uppföljning	89	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	3	2	40	7.1	-	-	-	(-, -)
		Avslut	3	2	41.5	6.4	1.5	0.71	2.12	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)

Magbesvär/IBS hos unga

Tabell A6-A7

Tabell A6. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för magbesvär hos unga, 2021

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Stockholm	BUP	31	83.9% (n = 26)	9.7% (n = 3)	0% (n = 0)	3.2% (n = 1)	3.2% (n = 1)
Totalt	Totalt	31	83.9% (n = 26)	9.7% (n = 3)	0% (n = 0)	3.2% (n = 1)	3.2% (n = 1)

Tabell A7. Effektstorlekar och hälsorelaterad livskvalitet mätt med KIDSCREEN-10 vid behandling av magbesvär hos unga i regioner och vårdgrenar, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	KIDSCREEN			KIDSCREEN förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Stockholm	BUP	Start	31	31	37.3	6.6	-	-	-	(-, -)
		Avslut	31	17	40.5	4.4	1.59	3.41	0.47	(-0.01, 0.94)
		Uppföljning	31	8	41.5	4.7	3.12	3.44	0.91	(-, -)

Magbesvär/IBS hos vuxna

Tabell A8-A9

Tabell A8. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för IBS hos vuxna, 2021

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Stockholm	Psykiatri	48	81.2% (n = 39)	8.3% (n = 4)	8.3% (n = 4)	0% (n = 0)	2.1% (n = 1)
Totalt	Totalt	48	81.2% (n = 39)	8.3% (n = 4)	8.3% (n = 4)	0% (n = 0)	2.1% (n = 1)

Tabell A9. Effektstorlekar och funktionsnedsättning mätt med World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0 – 12 frågor; 0–100 poängskala) vid behandling av IBS hos vuxna, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	48	42	33.0	16.4	-	-	-	(-, -)
		Avslut	48	33	24.0	18.1	8.61	10.69	0.8	(0.46, 1.15)
		Uppföljning	48	17	26.2	21.0	10.29	16.95	0.61	(0.13, 1.08)

Depression

Tabell A10-A13

Tabell A10. Effektstorlekar och symtom mätt med Montgomery Åsberg Depression Rating Scale- Self Assessment, MADRS-S vid behandling av depression i regioner och vårdgrenar, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	MADRS-S			MADRS-S förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	21	17	22.5	6.3	-	-	-	(-, -)
		Avslut	21	9	16.1	7.7	9.89	6.94	1.43	(-, -)
		Uppföljning	21	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	2	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	2	2	31.5	12	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	2	26.5	19.1	5	7.07	0.71	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	211	210	23.3	6.5	-	-	-	(-, -)
		Avslut	211	205	15.5	9.6	7.78	8.54	0.91	(0.77, 1.05)
		Uppföljning	211	61	13.1	10.1	9.97	9.43	1.06	(0.81, 1.31)
Sörmland	Primärvård	Start	3	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	124	117	22.5	8.6	-	-	-	(-, -)
		Avslut	124	105	16.5	10.1	6.45	8.72	0.74	(0.55, 0.93)
		Uppföljning	124	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	7	7	26	7.4	-	-	-	(-, -)
		Avslut	7	6	24	11.9	2.17	9.47	0.23	(-, -)
		Uppföljning	7	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västerbotten	Psykiatri	Start	2	2	26	2.8	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	1	1	24	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	21	-	3	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	279	233	22.3	8.2	-	-	-	(-, -)
		Avslut	279	164	17.3	9.5	4.94	7.71	0.64	(0.49, 0.79)
		Uppföljning	279	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	7	7	30.7	14.1	-	-	-	(-, -)
		Avslut	7	5	29.2	17.5	-3.4	11.59	-0.29	(-, -)
		Uppföljning	7	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	223	223	25.8	6	-	-	-	(-, -)
		Avslut	223	213	16.8	9.8	8.96	8.68	1.03	(0.9, 1.17)
		Uppföljning	223	115	13.7	9.3	11.95	9.11	1.31	(1.13, 1.49)
Östergötland	Primärvård	Start	2	2	28.5	4.9	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	2	16.5	9.2	12	4.24	2.83	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)

Tabell A11. Fördelning av ICD-diagnoser inom diagnosgrupp depression för regioner och vårdgrenar, 2021

Region	Vårdgren	Startade	F32 Depressiv	F33 Recidiverande	F34.1 Ihållande	F32.9 Ospezifisk
		behandlingsar	episod	depression	depression dystymi	depression
Dalarna	Primärvård	21	66.7% (n=14)	0.0% (n=0)	4.8% (n=1)	28.6% (n=6)
Skåne	Psykiatri	2	50.0% (n=1)	50.0% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Stockholm	Primärvård	2	50.0% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	50.0% (n=1)
	Psykiatri	211	48.3% (n=102)	49.3% (n=104)	1.9% (n=4)	0.5% (n=1)
Sörmland	Primärvård	3	100.0% (n=3)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Uppsala	Primärvård	124	41.9% (n=52)	41.9% (n=52)	0.0% (n=0)	16.1% (n=20)
	Psykiatri	7	14.3% (n=1)	71.4% (n=5)	14.3% (n=1)	0.0% (n=0)
Västerbotten	Psykiatri	2	0.0% (n=0)	50.0% (n=1)	50.0% (n=1)	0.0% (n=0)
Västernorrland	Psykiatri	1	0.0% (n=0)	100.0% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Västra Götaland	Primärvård	279	52.7% (n=147)	29.4% (n=82)	0.7% (n=2)	17.2% (n=48)
	Psykiatri	7	14.3% (n=1)	85.7% (n=6)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Örebro	Psykiatri	223	47.5% (n=106)	52.5% (n=117)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Östergötland	Primärvård	2	50.0% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	50.0% (n=1)
Totalt	Totalt	884	48.5% (n=429)	41.7% (n=369)	1.0% (n=9)	8.7% (n=77)

Tabell A12. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för depression i regioner och vårdgrenar, 2021

Region	Vårdgren	Startade	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
		behandlingsar					
Dalarna	Primärvård	21	52.4% (n = 11)	19% (n = 4)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	28.6% (n = 6)
Skåne	Psykiatri	2	50% (n = 1)	0% (n = 0)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Stockholm	Primärvård	2	50% (n = 1)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
	Psykiatri	211	64.9% (n = 137)	28.4% (n = 60)	4.3% (n = 9)	1.9% (n = 4)	0.5% (n = 1)
Sörmland	Primärvård	3	100% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	124	59.7% (n = 74)	28.2% (n = 35)	5.6% (n = 7)	4.8% (n = 6)	1.6% (n = 2)
	Psykiatri	7	14.3% (n = 1)	14.3% (n = 1)	57.1% (n = 4)	14.3% (n = 1)	0% (n = 0)
Västerbotten	Psykiatri	2	0% (n = 0)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	50% (n = 1)
Västernorrland	Psykiatri	1	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	279	30.5% (n = 85)	24.4% (n = 68)	2.5% (n = 7)	0% (n = 0)	42.7% (n = 119)
	Psykiatri	7	28.6% (n = 2)	42.9% (n = 3)	28.6% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Örebro	Psykiatri	223	69.5% (n = 155)	23.8% (n = 53)	4.9% (n = 11)	1.8% (n = 4)	0% (n = 0)
Östergötland	Primärvård	2	0% (n = 0)	100% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	884	53.2% (n = 470)	25.9% (n = 229)	4.6% (n = 41)	1.7% (n = 15)	14.6% (n = 129)

Tabell A13. Effektstorlekar och funktionsnedsättning mätt med World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0 – 12 frågor; 0–100 poängskala) vid behandling av depression i regioner och vårdgrenar, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	21	15	32.1	19.1	-	-	-	(-, -)
		Avslut	21	7	21.1	12	12.14	10.27	1.18	(-, -)
		Uppföljning	21	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	2	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	2	2	47	36.8	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	2	50	32.5	-3	4.24	-0.71	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	211	180	32.4	16.5	-	-	-	(-, -)
		Avslut	211	122	21.1	16.5	9.12	12.46	0.73	(0.55, 0.91)
		Uppföljning	211	42	19.7	17.9	10.21	11.52	0.89	(0.58, 1.19)
Sörmland	Primärvård	Start	3	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	124	116	35.2	15.5	-	-	-	(-, -)
		Avslut	124	69	29.1	15.5	5.04	14.48	0.35	(0.11, 0.58)
		Uppföljning	124	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	7	6	42.5	10.3	-	-	-	(-, -)
		Avslut	7	5	40.6	17.7	2	10.79	0.19	(-, -)
		Uppföljning	7	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västerbotten	Psykiatri	Start	2	1	29	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	1	1	17	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	279	229	32.1	17.1	-	-	-	(-, -)
		Avslut	279	112	25.2	16.5	6.88	12.49	0.55	(0.37, 0.74)
		Uppföljning	279	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	7	5	37	16.4	-	-	-	(-, -)
		Avslut	7	5	36.4	15.7	0.6	22.12	0.03	(-, -)
		Uppföljning	7	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	223	223	41	14.9	-	-	-	(-, -)
		Avslut	223	118	29.7	17.4	10.47	16.26	0.64	(0.46, 0.82)
		Uppföljning	223	111	23.5	17.7	17.85	16.35	1.09	(0.91, 1.28)
Östergötland	Primärvård	Start	2	2	25	21.2	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	2	23	12.7	2	8.49	0.24	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)

Stressyndrom

Tabell A14-A18

Tabell A14. Effektstorlekar och symtom mätt med Perceived Stress Scale-10 vid behandling av stressyndrom i regioner och vårdgrenar, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	PSS-10			PSS-10 förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	25	18	25.1	4.2	-	-	-	(-, -)
		Avslut	25	12	13.6	4.1	11.67	6.29	1.86	(1.29, 2.42)
		Uppföljning	25	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	2	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	11	11	22	2.7	-	-	-	(-, -)
		Avslut	11	8	13.9	10.4	8.38	11.06	0.76	(-, -)
		Uppföljning	11	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Sörmland	Primärvård	Start	3	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	186	181	21	6.6	-	-	-	(-, -)
		Avslut	186	175	16.5	7.9	4.47	7.27	0.62	(0.47, 0.76)
		Uppföljning	186	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	4	2	23.5	3.5	-	-	-	(-, -)
		Avslut	4	2	13	8.5	10.5	12.02	0.87	(-, -)
		Uppföljning	4	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	208	168	24.1	5.5	-	-	-	(-, -)
		Avslut	208	138	17.7	6.4	6.35	6.19	1.03	(0.86, 1.19)
		Uppföljning	208	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	2	2	14	2.8	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	2	15	1.4	-1	1.41	-0.71	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	8	8	23.2	4.8	-	-	-	(-, -)
		Avslut	8	6	15.2	7.5	6.33	6.62	0.96	(-, -)
		Uppföljning	8	4	15.5	1.3	8	1.15	6.93	(-, -)

Tabell A15. Effektstorlekar och grad av symtom mätt med Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS) vid behandling av utmattningssyndrom i regioner och vårdgrenar, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	KEDS			KEDS förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	25	5	30.2	7.5	-	-	-	(-, -)
		Avslut	25	3	19	7.5	11	12.77	0.86	(-, -)
		Uppföljning	25	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	2	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	11	11	31.1	5.1	-	-	-	(-, -)
		Avslut	11	8	21.8	11.6	10.38	10.81	0.96	(-, -)
		Uppföljning	11	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Sörmland	Primärvård	Start	3	1	23	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	186	183	28.3	7.9	-	-	-	(-, -)
		Avslut	186	138	21.5	9.1	6.9	7.85	0.88	(0.71, 1.05)
		Uppföljning	186	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	4	2	27	0	-	-	-	(-, -)
		Avslut	4	2	7	2.8	20	2.83	7.07	(-, -)
		Uppföljning	4	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	208	24	27.6	9.2	-	-	-	(-, -)
		Avslut	208	3	19.7	9	3.33	5.77	0.58	(-, -)
		Uppföljning	208	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	2	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	8	2	26	2.8	-	-	-	(-, -)
		Avslut	8	2	25	7.1	1	4.24	0.24	(-, -)
		Uppföljning	8	2	13	5.7	13	8.49	1.53	(-, -)

Tabell A16. Fördelning av diagnoser inom stressyndrom, 2021

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	F43.2	F43.8	F43.8W	F43.9	F43.8A
Dalarna	Primärvård	25	28.0% (n=7)	16.0% (n=4)	8.0% (n=2)	16.0% (n=4)	32.0% (n=8)
Skåne	Psykiatri	2	0.0% (n=0)	50.0% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	50.0% (n=1)
Stockholm	Primärvård	11	45.5% (n=5)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	9.1% (n=1)	45.5% (n=5)
Sörmland	Primärvård	3	100.0% (n=3)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Uppsala	Primärvård	186	21.5% (n=40)	5.9% (n=11)	0.5% (n=1)	10.2% (n=19)	61.8% (n=115)
Västernorrland	Psykiatri	4	25.0% (n=1)	0.0% (n=0)	25.0% (n=1)	25.0% (n=1)	25.0% (n=1)
Västra Götaland	Primärvård	208	17.8% (n=37)	18.8% (n=39)	5.3% (n=11)	53.4% (n=111)	4.8% (n=10)
	Psykiatri	2	0.0% (n=0)	50.0% (n=1)	50.0% (n=1)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
Östergötland	Primärvård	8	62.5% (n=5)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	12.5% (n=1)	25.0% (n=2)
Totalt	Totalt	449	21.8% (n=98)	12.5% (n=56)	3.6% (n=16)	30.5% (n=137)	31.6% (n=142)

F43.2.Anpassningsstörning, F43.8.Andra specificerade reaktioner på svår stress, F43.8W. Andra specificerade reaktioner på svår stress än utmattningssyndrom, F43.9.Reaktion på svår stress ospecificerad, F43.8A.Utmattningssyndrom

Tabell A17. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för stressyndrom i regioner och vårdgrenar, 2021

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	25	44% (n = 11)	12% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	44% (n = 11)
Skåne	Psykiatri	2	50% (n = 1)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Stockholm	Primärvård	11	90.9% (n = 10)	9.1% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Sörmland	Primärvård	3	66.7% (n = 2)	0% (n = 0)	33.3% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	186	53.2% (n = 99)	29.6% (n = 55)	11.8% (n = 22)	3.8% (n = 7)	1.6% (n = 3)
Västernorrland	Psykiatri	4	50% (n = 2)	25% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	25% (n = 1)
Västra Götaland	Primärvård	208	35.6% (n = 74)	18.8% (n = 39)	2.9% (n = 6)	0.5% (n = 1)	42.3% (n = 88)
	Psykiatri	2	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	50% (n = 1)
Östergötland	Primärvård	8	50% (n = 4)	12.5% (n = 1)	12.5% (n = 1)	12.5% (n = 1)	12.5% (n = 1)
Totalt	Totalt	449	45.4% (n = 204)	22.5% (n = 101)	6.7% (n = 30)	2% (n = 9)	23.4% (n = 105)

Tabell A18. Effektstorlekar och funktionsnedsättning mätt med World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0 – 12 frågor; 0–100 poängskala) vid behandling av stressyndrom i regioner och vårdgrenar, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	25	16	33.9	17.1	-	-	-	(-, -)
		Avslut	25	11	14.4	9.2	16.09	18.55	0.87	(0.28, 1.46)
		Uppföljning	25	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	2	1	21	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	30	-	-9	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	11	9	30.7	11.2	-	-	-	(-, -)
		Avslut	11	5	21.6	21.6	12.8	30.29	0.42	(-, -)
		Uppföljning	11	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Sörmland	Primärvård	Start	3	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	186	180	33.5	16.4	-	-	-	(-, -)
		Avslut	186	135	24.2	16.8	9.7	14.78	0.66	(0.49, 0.83)
		Uppföljning	186	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	4	3	28.7	9.5	-	-	-	(-, -)
		Avslut	4	1	4	-	25	-	-	(-, -)
		Uppföljning	4	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	208	164	29.7	16.5	-	-	-	(-, -)
		Avslut	208	104	21.9	16.1	6.4	11.72	0.55	(0.35, 0.74)
		Uppföljning	208	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	2	2	12	9.9	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	2	9.5	6.4	2.5	3.54	0.71	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	8	6	31.7	17.6	-	-	-	(-, -)
		Avslut	8	4	22.2	20.8	4	3.27	1.22	(-, -)
		Uppföljning	8	3	21.7	18.2	8	11.53	0.69	(-, -)

Sömnstörningar

Tabell A19-A22

Tabell A19. Effektstorlekar och symtom mätt med Insomnia Severity Index (ISI) vid behandling av sömnstörning i regioner och vårdgrenar, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	ISI			ISI förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	10	8	18.5	3.3	-	-	-	(-, -)
		Avslut	10	4	13.8	5.4	6.5	3.32	1.96	(-, -)
		Uppföljning	10	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	3	2	14	1.4	-	-	-	(-, -)
		Avslut	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	9	8	14	4.8	-	-	-	(-, -)
		Avslut	9	6	6.5	3.8	6.5	3.94	1.65	(-, -)
		Uppföljning	9	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	238	238	18.1	4.4	-	-	-	(-, -)
		Avslut	238	229	10.8	5.5	7.17	5.48	1.31	(1.18, 1.44)
		Uppföljning	238	66	8.9	4	8.8	5.17	1.7	(1.46, 1.94)
Uppsala	Primärvård	Start	104	102	15.2	4.1	-	-	-	(-, -)
		Avslut	104	94	10.6	5.2	4.9	4.89	1	(0.8, 1.21)
		Uppföljning	104	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	2	2	11	1.4	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	2	8.5	3.5	2.5	4.95	0.51	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	2	2	20.5	0.7	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	2	13.5	0.7	7	1.41	4.95	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	120	104	19.1	4.3	-	-	-	(-, -)
		Avslut	120	73	12.1	6.3	6.86	6.14	1.12	(0.89, 1.35)
		Uppföljning	120	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	19	19	18.9	5.4	-	-	-	(-, -)
		Avslut	19	12	11.8	6.2	6.08	5.92	1.03	(0.46, 1.59)
		Uppföljning	19	1	10	-	11	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	4	4	20.5	4.4	-	-	-	(-, -)
		Avslut	4	4	6.2	1	14.25	5.19	2.75	(-, -)
		Uppföljning	4	1	17	-	1	-	-	(-, -)

Tabell A20. Fördelning av diagnoser inom sömnstörningar, 2021

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	F51.0.Icke.organisk.sömlöshet	G47.0.Insomni	G47.9.Sömnstörning.ospecificerad
Dalarna	Primärvård	10	10.0% (n=1)	30.0% (n=3)	60.0% (n=6)
Skåne	Psykiatri	3	0.0% (n=0)	66.7% (n=2)	33.3% (n=1)
Stockholm	Primärvård	9	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	100.0% (n=9)
	Psykiatri	238	0.0% (n=0)	100.0% (n=238)	0.0% (n=0)
Uppsala	Primärvård	104	2.9% (n=3)	17.3% (n=18)	79.8% (n=83)
	Psykiatri	2	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	100.0% (n=2)
Västernorrland	Psykiatri	2	50.0% (n=1)	50.0% (n=1)	0.0% (n=0)
Västra Götaland	Primärvård	120	26.7% (n=32)	20.0% (n=24)	53.3% (n=64)
	Psykiatri	19	21.1% (n=4)	57.9% (n=11)	21.1% (n=4)
Östergötland	Primärvård	4	0.0% (n=0)	50.0% (n=2)	50.0% (n=2)
Totalt	Totalt	511	8.0% (n=41)	58.5% (n=299)	33.5% (n=171)

Tabell A21. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för sömnstörning i regioner och vårdgrenar, 2021

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	10	30% (n = 3)	30% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	40% (n = 4)
Skåne	Psykiatri	3	0% (n = 0)	33.3% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	66.7% (n = 2)
Stockholm	Primärvård	9	55.6% (n = 5)	33.3% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	11.1% (n = 1)
Stockholm	Psykiatri	238	81.9% (n = 195)	13% (n = 31)	3.4% (n = 8)	1.3% (n = 3)	0.4% (n = 1)
Uppsala	Primärvård	104	66.3% (n = 69)	2.9% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	30.8% (n = 32)
	Psykiatri	2	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 2)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	2	0% (n = 0)	50% (n = 1)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	120	35.8% (n = 43)	18.3% (n = 22)	0.8% (n = 1)	0.8% (n = 1)	44.2% (n = 53)
	Psykiatri	19	0% (n = 0)	68.4% (n = 13)	5.3% (n = 1)	15.8% (n = 3)	10.5% (n = 2)
Östergötland	Primärvård	4	50% (n = 2)	50% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	511	62% (n = 317)	15.5% (n = 79)	2.2% (n = 11)	1.8% (n = 9)	18.6% (n = 95)

Tabell A22. Effektstorlekar och funktionsnedsättning mätt med World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0 – 12 frågor; 0–100 poängskala) vid behandling av sömnstörning i regioner och vårdgrenar, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	10	7	23.4	12	-	-	-	(-, -)
		Avslut	10	3	11.3	4.7	16.33	13.65	1.2	(-, -)
		Uppföljning	10	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	3	1	17	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	9	8	21.2	15.9	-	-	-	(-, -)
		Avslut	9	6	14.3	15.8	2.83	6.77	0.42	(-, -)
		Uppföljning	9	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	238	198	15.2	14.8	-	-	-	(-, -)
		Avslut	238	143	10.7	12.3	3.4	8.86	0.38	(0.22, 0.55)
		Uppföljning	238	49	10	11.4	3.78	12.22	0.31	(0.03, 0.59)
Uppsala	Primärvård	Start	104	94	26.7	13.2	-	-	-	(-, -)
		Avslut	104	61	19.4	14.4	5.49	9.24	0.59	(0.34, 0.85)
		Uppföljning	104	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	2	2	47	22.6	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	2	32	1.4	15	24.04	0.62	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	2	2	61.5	13.4	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	2	58.5	14.8	3	1.41	2.12	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	120	101	22.4	14.5	-	-	-	(-, -)
		Avslut	120	43	13.1	13.7	2.67	13.29	0.2	(-0.1, 0.5)
		Uppföljning	120	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	19	16	28.3	17.4	-	-	-	(-, -)
		Avslut	19	7	27.3	18.6	-0.14	18.16	-0.01	(-, -)
		Uppföljning	19	1	10	-	15	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	4	4	10.5	10.3	-	-	-	(-, -)
		Avslut	4	3	7	5.2	-0.67	2.31	-0.29	(-, -)
		Uppföljning	4	1	33	-	-10	-	-	(-, -)

Dysmorfofobi

Tabell A23-25

Tabell A23. Effektstorlekar och symtom mätt med Appearance Anxiety Inventory (AAI) vid behandling av dysmorfofobi i regioner och vårdgrenar, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	AAI			AAI förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	59	58	27.1	5.3	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Avslut	59	52	17.1	8.0	10.04	7.34	1.37	(1.1, 1.64)
Stockholm	Psykiatri	Uppföljning	59	2	14.0	14.1	14	14.14	0.99	(-, -)

Tabell A24. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för dysmorfofobi, 2021

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Stockholm	Psykiatri	59	59.3% (n = 35)	28.8% (n = 17)	10.2% (n = 6)	0% (n = 0)	1.7% (n = 1)
Totalt	Totalt	59	59.3% (n = 35)	28.8% (n = 17)	10.2% (n = 6)	0% (n = 0)	1.7% (n = 1)

Tabell A25. Effektstorlekar och funktionsnedsättning mätt med World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0 – 12 frågor; 0–100 poängskala) vid behandling av dysmorfofobi, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	59	52	28.5	15.5	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Avslut	59	36	18.6	12.3	8.17	12.98	0.63	(0.3, 0.96)
Stockholm	Psykiatri	Uppföljning	59	2	22.5	17.7	21.5	17.68	1.22	(-, -)

Generaliserat ångestsyndrom och Ospecificerade ångesttillstånd

Tabell A26-A30

Tabell A26. Effektstorlekar och symtom mätt med Generalised Anxiety Disorder scale-7 vid behandling av generell och ospecifik ångest i regioner och vårdgrenar, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	GAD7			GAD7 förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	38	27	10	4.6	-	-	-	(-, -)
		Avslut	38	19	5.9	4.8	4.05	4.12	0.98	(0.53, 1.43)
		Uppföljning	38	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	13	9	13	4.2	-	-	-	(-, -)
		Avslut	13	4	13	8.1	1.75	3.77	0.46	(-, -)
		Uppföljning	13	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	2	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	1	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Sörmland	Primärvård	Start	1	1	13	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	3	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västerbotten	Psykiatri	Start	1	1	4	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	5	4	14.8	2.9	-	-	-	(-, -)
		Avslut	5	2	6.5	2.1	9	0	-	(-, -)
		Uppföljning	5	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	566	474	12.5	4.8	-	-	-	(-, -)
		Avslut	566	330	8	5.3	4.45	5.06	0.88	(0.77, 0.99)
		Uppföljning	566	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	2	2	14	5.7	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	2	16.5	4.9	-2.5	10.61	-0.24	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	12	12	10	5.2	-	-	-	(-, -)
		Avslut	12	11	6.8	4.9	2.36	4.39	0.54	(-, 0.05, 1.13)
		Uppföljning	12	4	7.2	4.6	0.5	1.29	0.39	(-, -)

Tabell A27. Fördelning av diagnoser inom generell ångest, 2021

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	F41.1 Generaliserat ångestsyndrom	F41.9 Ospecifikt ångestsyndrom
Dalarna	Primärvård	38	18.4% (n=7)	81.6% (n=31)
Skåne	Psykiatri	13	38.5% (n=5)	61.5% (n=8)
Stockholm	Primärvård	2	0.0% (n=0)	100.0% (n=2)
	Psykiatri	1	100.0% (n=1)	0.0% (n=0)
Sörmland	Primärvård	1	100.0% (n=1)	0.0% (n=0)
Uppsala	Primärvård	3	33.3% (n=1)	66.7% (n=2)
Västerbotten	Psykiatri	1	0.0% (n=0)	100.0% (n=1)
Västernorrland	Psykiatri	5	40.0% (n=2)	60.0% (n=3)
Västra Götaland	Primärvård	566	33.7% (n=191)	66.3% (n=375)
	Psykiatri	2	0.0% (n=0)	100.0% (n=2)
Östergötland	Primärvård	12	41.7% (n=5)	58.3% (n=7)
Totalt	Totalt	644	33.1% (n=213)	66.9% (n=431)

Tabell A28. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för generellt och ospecifikt ångestsyndrom, 2021

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	38	47.4% (n = 18)	21.1% (n = 8)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	31.6% (n = 12)
Skåne	Psykiatri	13	30.8% (n = 4)	15.4% (n = 2)	7.7% (n = 1)	7.7% (n = 1)	38.5% (n = 5)
Stockholm	Primärvård	2	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	50% (n = 1)
	Psykiatri	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Sörmland	Primärvård	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	3	66.7% (n = 2)	33.3% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västerbotten	Psykiatri	1	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	5	20% (n = 1)	60% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	20% (n = 1)
Västra Götaland	Primärvård	566	31.4% (n = 178)	23% (n = 130)	2.5% (n = 14)	0.5% (n = 3)	42.6% (n = 241)
	Psykiatri	2	0% (n = 0)	50% (n = 1)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Östergötland	Primärvård	12	83.3% (n = 10)	0% (n = 0)	16.7% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	644	33.4% (n = 215)	22.7% (n = 146)	3% (n = 19)	0.6% (n = 4)	40.4% (n = 260)

Tabell A29. Effektstorlekar och funktionsnedsättning mätt med World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0 – 12 frågor; 0–100 poängskala) vid behandling av generell ångest, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	38	22	24	14.4	-	-	-	(-, -)
		Avslut	38	16	14.3	14.4	7.38	11.32	0.65	(0.16, 1.14)
		Uppföljning	38	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	13	7	38.3	24	-	-	-	(-, -)
		Avslut	13	2	33	21.2	0	2.83	0	(-, -)
		Uppföljning	13	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	2	2	9.5	4.9	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	2	1	1.4	8.5	3.54	2.4	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	1	1	67	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	48	-	19	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Sörmland	Primärvård	Start	1	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	3	3	42	32.2	-	-	-	(-, -)
		Avslut	3	1	52	-	0	-	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västerbotten	Psykiatri	Start	1	1	8	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	5	4	34.2	8.1	-	-	-	(-, -)
		Avslut	5	2	12.5	3.5	23.5	4.95	4.75	(-, -)
		Uppföljning	5	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	566	455	25.7	15.5	-	-	-	(-, -)
		Avslut	566	224	20.8	15.9	5.92	11.67	0.51	(0.38, 0.64)
		Uppföljning	566	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	2	2	64.5	17.7	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	52	-	0	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	12	10	21.3	12.1	-	-	-	(-, -)
		Avslut	12	9	17.6	12.7	2.22	9.81	0.23	(-, -)
		Uppföljning	12	2	15.5	13.4	8	5.66	1.41	(-, -)

Hälsöångest

Tabell A30-A32

Tabell A30. Effektstorlekar och symtom mätt med Short Health Anxiety Inventory-14 vid behandling av hälsöångest i regioner och vårdgrenar, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	SHAI			SHAI förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	217	217	28.5	6.4	-	-	-	(-, -)
		Avslut	217	209	19.6	7.5	8.72	7	1.24	(1.11, 1.38)
		Uppföljning	217	62	16.4	7.4	10.32	7.58	1.36	(1.11, 1.61)
Västernorrland	Psykiatri	Start	1	1	40	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	35	-	5	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	22	5	31	6.1	-	-	-	(-, -)
		Avslut	22	2	28.5	17.7	2	8.49	0.24	(-, -)
		Uppföljning	22	0	-	-	-	0	-	(-, -)

Tabell A31. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för hälsöångest, 2021

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Stockholm	Psykiatri	217	63.6% (n = 138)	25.3% (n = 55)	8.3% (n = 18)	1.8% (n = 4)	0.9% (n = 2)
Västernorrland	Psykiatri	1	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	22	36.4% (n = 8)	22.7% (n = 5)	4.5% (n = 1)	0% (n = 0)	36.4% (n = 8)
Totalt	Totalt	240	60.8% (n = 146)	25.4% (n = 61)	7.9% (n = 19)	1.7% (n = 4)	4.2% (n = 10)

Tabell A32. Effektstorlekar och funktionsnedsättning mätt med World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0 – 12 frågor; 0–100 poängskala) vid behandling av hälsöångest, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	217	187	19.3	14.5	-	-	-	(-, -)
		Avslut	217	125	10.6	11	6.75	9.16	0.74	(0.56, 0.91)
		Uppföljning	217	46	10.7	13	5.54	10.21	0.54	(0.25, 0.83)
Västernorrland	Psykiatri	Start	1	1	48	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	22	16	17.2	12.8	-	-	-	(-, -)
		Avslut	22	10	16.8	16.5	1.2	8.6	0.14	(-, 0.48, 0.76)
		Uppföljning	22	0	-	-	-	0	-	(-, -)

Paniksyndrom

Tabell A33-A35

Tabell A33. Effektstorlekar och symtom mätt med Panic Disorder Severity Scale-Self Assessment vid behandling av paniksyndrom i regioner och vårdgrenar, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	PDSS-SR			PDSS-SR förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	1	1	13	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	11	-	2	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	139	139	13	5.2	-	-	-	(-, -)
		Avslut	139	136	7	5.2	5.87	4.75	1.24	(1.07, 1.4)
		Uppföljning	139	45	5.8	4.8	6.98	5.27	1.32	(1.03, 1.62)
Sörmland	Primärvård	Start	1	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	25	24	10.2	4.8	-	-	-	(-, -)
		Avslut	25	23	6.7	5.4	3.35	5.16	0.65	(0.24, 1.06)
		Uppföljning	25	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	1	1	15	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	10	-	5	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	2	1	23	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	22	-	1	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	80	32	11.7	4.3	-	-	-	(-, -)
		Avslut	80	18	8.5	4.4	3.61	5.4	0.67	(0.21, 1.13)
		Uppföljning	80	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	78	78	14.6	5	-	-	-	(-, -)
		Avslut	78	78	8.1	5.9	6.51	6.13	1.06	(0.84, 1.28)
		Uppföljning	78	39	6.5	5.7	9	5.84	1.54	(1.23, 1.86)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	17	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)

Tabell A34. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för paniksyndrom, 2021

Region	Vårdgren	Startade behandlingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)
Stockholm	Psykiatri	139	30.9% (n = 43)	46.8% (n = 65)	16.5% (n = 23)	5.8% (n = 8)	0% (n = 0)
Sörmland	Primärvård	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	25	52% (n = 13)	36% (n = 9)	12% (n = 3)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Uppsala	Psykiatri	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	2	0% (n = 0)	50% (n = 1)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	80	26.2% (n = 21)	21.2% (n = 17)	5% (n = 4)	3.8% (n = 3)	43.8% (n = 35)
Örebro	Psykiatri	78	28.2% (n = 22)	46.2% (n = 36)	19.2% (n = 15)	5.1% (n = 4)	1.3% (n = 1)
Östergötland	Primärvård	1	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	100% (n = 1)
Totalt	Totalt	328	30.5% (n = 100)	39% (n = 128)	14% (n = 46)	4.9% (n = 16)	11.6% (n = 38)

Tabell A35. Effektstorlekar och funktionsnedsättning mätt med World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0 – 12 frågor; 0–100 poängskala) vid behandling av paniksyndrom, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	1	1	23	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	25	-	-2	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	139	116	28.6	18.6	-	-	-	(-, -)
		Avslut	139	85	17.7	14.4	11.13	10.38	1.07	(0.86, 1.28)
		Uppföljning	139	33	13.5	17.3	16.42	15.72	1.04	(0.7, 1.39)
Sörmland	Primärvård	Start	1	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	25	24	26	16	-	-	-	(-, -)
		Avslut	25	20	18.6	11.8	4.3	11.01	0.39	(-0.05, 0.83)
		Uppföljning	25	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	1	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	2	2	39	12.7	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	30	-	0	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	80	59	27.5	18.7	-	-	-	(-, -)
		Avslut	80	29	20.9	17	5.97	11.34	0.53	(0.16, 0.89)
		Uppföljning	80	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	78	78	37.8	16.2	-	-	-	(-, -)
		Avslut	78	51	27.7	16.8	10.08	12.49	0.81	(0.53, 1.08)
		Uppföljning	78	39	21.9	19.8	21.15	19.14	1.11	(0.79, 1.42)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	33	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)

Social fobi

Tabell A36-A39

Tabell A36. Effektstorlekar och symtom mätt med Social Phobia Inventory (SPIN) vid behandling av social fobi i regioner och vårdgrenar, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	SPIN			SPIN förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	2	1	44	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	219	205	38.7	10.3	-	-	-	(-, -)
		Avslut	219	117	31.2	13.6	9.51	12.17	0.78	(0.6, 0.96)
		Uppföljning	219	40	26.5	13.7	12.78	13.85	0.92	(0.61, 1.23)
Sörmland	Primärvård	Start	2	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	50	50	37.9	12.1	-	-	-	(-, -)
		Avslut	50	50	27.4	14.8	10.46	12.01	0.87	(0.59, 1.15)
		Uppföljning	50	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	8	6	37.2	16.7	-	-	-	(-, -)
		Avslut	8	5	35.6	21.7	3.2	6.38	0.5	(-, -)
		Uppföljning	8	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	2	2	48.5	14.8	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	63	-	-4	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	84	44	40.8	11.1	-	-	-	(-, -)
		Avslut	84	27	33	15.8	8.26	13.27	0.62	(0.25, 1)
		Uppföljning	84	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	3	2	36.5	0.7	-	-	-	(-, -)
		Avslut	3	2	25	8.5	11.5	7.78	1.48	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	19	19	43.1	11.2	-	-	-	(-, -)
		Avslut	19	19	36.9	13.6	6.11	7.51	0.81	(0.36, 1.26)
		Uppföljning	19	5	28.6	12.6	13.4	7.4	1.81	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	6	5	31.2	15.5	-	-	-	(-, -)
		Avslut	6	4	21.5	10.5	12	12.3	0.98	(-, -)
		Uppföljning	6	1	3	-	28	-	-	(-, -)

Tabell A37. Effektstorlekar och symtom mätt med Liebowitch Social Anxiety Scale-Self Assessment vid behandling av social fobi i regioner och vårdgrenar, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	LSAS-SR			LSAS-SR förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	2	1	88	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	68	-	20	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	219	219	71.1	23.1	-	-	-	(-, -)
		Avslut	219	212	55.9	25.9	15.09	20.63	0.73	(0.6, 0.87)
		Uppföljning	219	52	48.8	26	24.44	25.16	0.97	(0.7, 1.24)
Sörmland	Primärvård	Start	2	2	87	22.6	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	50	49	71.7	23.3	-	-	-	(-, -)
		Avslut	50	34	60.1	27.7	12.24	23.34	0.52	(0.19, 0.86)
		Uppföljning	50	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	8	8	74	36.7	-	-	-	(-, -)
		Avslut	8	4	85.8	53.7	2	7.35	0.27	(-, -)
		Uppföljning	8	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	2	2	122	14.1	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	2	113.5	17.7	8.5	3.54	2.4	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	84	2	85	41	-	-	-	(-, -)
		Avslut	84	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	84	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	3	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	19	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	19	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	19	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	6	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	6	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	6	0	-	-	-	0	-	(-, -)

Tabell A38. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling för social fobi, 2020

Region	Vårdgren	Startade behand- lingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	2	100% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Stockholm	Psykiatri	219	71.2% (n = 156)	22.4% (n = 49)	5.5% (n = 12)	0.5% (n = 1)	0.5% (n = 1)
Sörmland	Primärvård	2	50% (n = 1)	0% (n = 0)	50% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Uppsala	Primärvård	50	64% (n = 32)	18% (n = 9)	10% (n = 5)	8% (n = 4)	0% (n = 0)
Uppsala	Psykiatri	8	0% (n = 0)	50% (n = 4)	37.5% (n = 3)	12.5% (n = 1)	0% (n = 0)
Västernorrland	Psykiatri	2	0% (n = 0)	100% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	84	25% (n = 21)	21.4% (n = 18)	6% (n = 5)	1.2% (n = 1)	46.4% (n = 39)
Västra Götaland	Psykiatri	3	0% (n = 0)	66.7% (n = 2)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	33.3% (n = 1)
Örebro	Psykiatri	19	52.6% (n = 10)	26.3% (n = 5)	10.5% (n = 2)	5.3% (n = 1)	5.3% (n = 1)
Östergötland	Primärvård	6	33.3% (n = 2)	66.7% (n = 4)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Totalt	Totalt	395	56.7% (n = 224)	23.5% (n = 93)	7.1% (n = 28)	2% (n = 8)	10.6% (n = 42)

Tabell A39. Effektstorlekar och funktionsnedsättning mätt med World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0 – 12 frågor; 0–100 poängskala) vid behandling av social fobi, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	2	2	23	8.5	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	17	-	0	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	219	157	25.7	16.7	-	-	-	(-, -)
		Avslut	219	98	19.5	14.8	6.29	10.96	0.57	(0.38, 0.77)
		Uppföljning	219	34	18.4	16.4	11.06	12.54	0.88	(0.55, 1.22)
Sörmland	Primärvård	Start	2	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	50	46	26	15	-	-	-	(-, -)
		Avslut	50	33	22.8	15.3	4.36	10.04	0.43	(0.09, 0.78)
		Uppföljning	50	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	8	6	40.3	20.1	-	-	-	(-, -)
		Avslut	8	4	41	34.9	3.5	15.55	0.23	(-, -)
		Uppföljning	8	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	2	2	31.5	9.2	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	31	-	-6	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	84	65	30.6	15.3	-	-	-	(-, -)
		Avslut	84	30	22.6	16.5	5.93	9.45	0.63	(0.27, 0.99)
		Uppföljning	84	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	3	3	47.3	21	-	-	-	(-, -)
		Avslut	3	2	29.5	17.7	7	4.24	1.65	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	19	19	34.3	16.6	-	-	-	(-, -)
		Avslut	19	12	26	16.9	2.42	6.27	0.39	(- 0.18, 0.95)
		Uppföljning	19	5	25.6	23.1	5.8	7.95	0.73	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	6	5	32.6	19.8	-	-	-	(-, -)
		Avslut	6	4	21.5	17.3	12.5	12.77	0.98	(-, -)
		Uppföljning	6	1	0	-	23	-	-	(-, -)

Tvångssyndrom

Tabell A40-A42

Tabell A40. Effektstorlekar och symtom mätt med Obsessive Compulsive Inventory-Revised vid behandling av tvångssyndrom i regioner och vårdgrenar, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	OCI-R			OCI-R förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	1	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	180	178	22.1	11.4	-	-	-	(-, -)
		Avslut	180	171	14.1	10.3	8.05	7.74	1.04	(0.89, 1.19)
		Uppföljning	180	13	15.7	11	12.38	12.13	1.02	(0.48, 1.56)
Västra Götaland	Primärvård	Start	7	0	-	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	7	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	7	0	-	-	-	0	-	(-, -)

Tabell A41. Samsjuklighet med psykiatrisk diagnos vid behandling av tvångssyndrom, 2021

Region	Vårdgren	Startade behandlingslingar	Ingen	En	Två	Tre eller fler	Uppgift saknas
Dalarna	Primärvård	1	100% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Stockholm	Psykiatri	180	72.8% (n = 131)	18.3% (n = 33)	7.2% (n = 13)	1.7% (n = 3)	0% (n = 0)
Västra Götaland	Primärvård	7	42.9% (n = 3)	14.3% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)	42.9% (n = 3)
Totalt	Totalt	188	71.8% (n = 135)	18.1% (n = 34)	6.9% (n = 13)	1.6% (n = 3)	1.6% (n = 3)

Tabell A42. Effektstorlekar och funktionsnedsättning mätt med World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0 – 12 frågor; 0–100 poängskala) vid behandling av tvångssyndrom, 2021

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ			
				N	Medel	SD Medel	Differens	SD Differens	Cohen's dz	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	1	1	4	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	0	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	180	147	24.1	17	-	-	-	(-, -)
		Avslut	180	115	15.4	14.8	8.24	9.98	0.83	(0.64, 1.01)
		Uppföljning	180	12	18.8	15.7	9.5	15.4	0.62	(0.05, 1.18)
Västra Götaland	Primärvård	Start	7	6	24	6.9	-	-	-	(-, -)
		Avslut	7	4	13.2	7.1	8.25	5.74	1.44	(-, -)
		Uppföljning	7	0	-	-	-	0	-	(-, -)