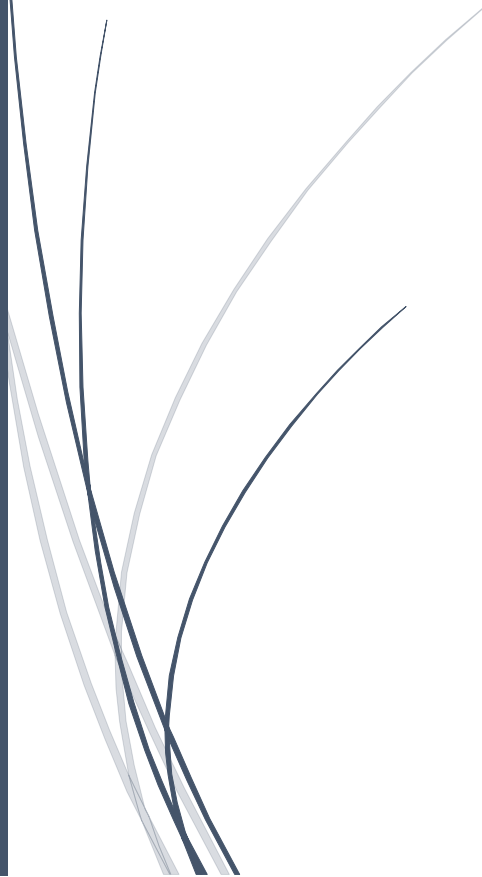




2016

# SibeR

Årsrapport



Nationellt register för internetbaserad  
psykologisk behandling i hälso- och sjukvården

Svenska Internetbehandlingsregistret SibeR, Psykiatri Sydväst, M46 141 86 Stockholm

# Årsrapport 2016

## Kvalitetsregister SibeR

---

### Registerhållare

Cecilia Svanborg

### Koordinator

Samir El Alaoui

### Författare till årsrapport

Cecilia Svanborg och Samir El Alaoui

### Statistisk bearbetning

Samir El Alaoui

Ludwig Andersson, Statistiker  
Registercentrum Västra Götaland

### Utgivare

Cecilia Svanborg

### Huvudman

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)  
Box 17914  
118 95 Stockholm

### Styrgrupp 2016

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

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

**Olof Johansson**, doktorand, psykolog,  
Allmänpsykiatriska kliniken Malmö, Region  
Skåne

**Viktor Kaldo**, docent, psykolog,  
Internetpsykiatrienheten, Psykiatri Sydväst,  
Stockholm

**Nils Lindfors**, professor, psykiater,  
Psykiatri Sydväst, Stockholm

**Kristina Lindwall-Sundel**, psykiater,  
Medicinsk rådgivare Registercentrum Västra  
Götaland

**Åsa Törnkvist**, psykolog, bitr.  
verksamhetschef, psykiatri, Akademiska  
sjukhuset, Landstinget i Uppsala län

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

**Hugo Wallén**, psykolog, strateg med  
inriktning psykiatrirfrågor och digitalisering  
vid Sahlgrenska universitetssjukhuset

## Innehåll

<b>Årsrapport 2016 Kvalitetsregister SibeR .....</b>	<b>i</b>
Registerhållare .....	i
Koordinator .....	i
Författare till årsrapport .....	i
Statistisk bearbetning .....	i
Utgivare .....	i
Huvudman .....	i
Styrgrupp 2016.....	i
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>1</b>
<b>Inledning.....</b>	<b>3</b>
Ökad tillgänglighet.....	3
Ordnat införande.....	4
Nationell spridning .....	4
<b>Syfte och indikationer .....</b>	<b>6</b>
<b>Täckningsgrad .....</b>	<b>8</b>
Antal patienter som fått internetbehandling i Sverige.....	8
SibeR täckningsgrad under 2016 .....	8
<b>Indikation för internetbehandling.....</b>	<b>9</b>
<b>Patienterna i SibeR .....</b>	<b>10</b>
Åldersfördelning .....	10
Könsfördelning .....	11
År sedan första debut.....	12
<b>Processmått .....</b>	<b>13</b>
Tillgänglighet till internetbehandling.....	13
Patienter bör få effektiv behandling i rimlig tid .....	13
Tillgänglighet i SibeR 2016.....	13
<b>Effektmått .....</b>	<b>14</b>

---

<b>Behandlingseffekter avseende symtom</b> .....	<b>14</b>
Depression .....	14
Paniksyndrom .....	15
Social fobi.....	15
<b>Klinisk förbättring</b> .....	<b>16</b>
<b>Hälsorelaterad livskvalitet</b> .....	<b>17</b>
Aktivitet/Sysselsättning.....	18
Smärtor/besvär.....	18
Oro/nedstämdhet.....	18
<b>Fullföljandegrad</b> .....	<b>19</b>
Fullföljandegrad underlättar värdering och är en kvalitetsindikator .....	19
Låd-diagram .....	19
Fullföljandegrad 2016 .....	20
<b>Case-mix</b> .....	<b>21</b>
Andel med recidiverande depression.....	21
Alkoholbruk mätt med AUDIT-C.....	21
Samsjuklighet .....	22
<b>Integration mellan behandlings-plattform, journal och kvalitetsregister</b> .....	<b>23</b>
<b>Örebro i SibeR- en reflektion</b> .....	<b>24</b>
<b>SibeR 2017</b> .....	<b>25</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>26</b>
<b>Kontaktinformation</b> .....	<b>28</b>

# Sammanfattning

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

Införandet av internetbehandling underlättas genom att en nationell behandlingsplattform (Stöd och Behandling; SoB) lanserades 2015. Alla landsting har startat implementering under 2015-16 med fokus på att bygga vårdprocesser under 2016.

Svenska Internetbehandlingsregistret (SibeR) lanserades sommaren 2015 och årsrapporten för 2016 redovisar resultaten från två av de tre anslutna enheterna; Internetpsykiatri på Psykiatri Sydväst (PSV) i Stockholm, psykiatri/primärvård Örebro och psykiatri i Uppsala. I denna rapport redovisas resultat med samma behandlingsprogram för depression vid Internetpsykiatri och i Örebro, utförd via Internetpsykiatriens tekniska plattform på bägge orterna. Vårdprocesserna har dock skilt sig åt. Behandlingar för social fobi och paniksyndrom genomfördes endast på

Internetpsykiatri-PSV. Örebro bytte plattform till SoB under 2016. Uppsala bytte till SoB under 2015-16 och avvaktade med registreringar pga bytet samt pga lokal- och personalproblem.

Under 2016 inkluderades 459 patienter i åldern 17 till 78 år i SibeR som hade inlett IKBT för depression, social fobi och paniksyndrom. Könsfördelningen var ganska jämn mellan kvinnor och män (63 % kvinnor). Tillgängligheten var hög med ungefär 82 procent som kunde starta behandling inom 30 dagar från vårdbegäran. Medianen (typvärdet) för antalet dagar till behandlingsstart var 22. Behandlings-effekterna var höga för depression och paniksyndrom samt måttligt höga för social fobi. Uppföljningar vid cirka 3 månader efter avslut visade på behållen eller förbättrad effekt. Varannan patient hade nedsatt förmåga att klara sysselsättning vid behandlingsstart vilket hade minskat vid uppföljningar till knappt var fjärde patient. Förändring av behandlingseffekt i depressionsbehandling i Örebro jämfört med 2015 har lett till insikter kring registreringsrutiner.

Anslutningen till SibeR måste öka. Förutsättningar för detta är förbättrade funktioner för registrering av indata och återkoppling av utdata samt ökad dialog med enheter.



# Inledning

I Sverige utgör psykisk ohälsa cirka 38 procent av all ohälsa, varav ångestsjukdomar, depression och sömnstörningar är de vanligaste tillstånden. Andelen med psykisk ohälsa är högst i åldersgruppen 15-29 år och psykisk ohälsa är den dominerade orsaken till sjukskrivning mer än 14 dagar. Kognitiv-beteendeterapi (KBT) rekommenderas som effektiv behandling för dessa tillstånd (Socialstyrelsen, 2010; 2017), men tillgången till evidensbaserad psykologisk behandling är begränsad. Majoriteten av patienterna med depression och ångestsyndrom söker inom primärvården, en del inte alls via traditionell sjukvård, och en del till psykiatri. Det har skett viss utveckling av så kallad första linjens psykiatri i primärvården men mycket återstår innan behoven kan mötas.

## Ökad tillgänglighet

Sedan millenieskiftet har internet-förmedlade behandlingar utvecklats i Sverige med syfte att öka tillgängligheten till evidensbaserad behandling. En SBU-översikt från 2013 sammanfattade att det fanns stöd för att Internetförmedlad KBT (IKBT) har effekt för social fobi, lindrig-måttlig depression, paniksyndrom och

generaliserat ångestsyndrom (SBU, 2013). Man förmedlade att det behövs fler studier, särskilt hos unga, och att man bör studera hur IKBT fungerar när det tillämpas i vården, med effekter och eventuella risker.

Evidensen från kontrollerade kliniska prövningar för att IKBT är lika effektivt som traditionellt förmedlad KBT ökar kontinuerligt (Andersson et al, 2011; Andersson et al, 2009, Andersson et al, 2005; Spek et al 2007). Studier bedrivs och publiceras kontinuerligt för IKBT vid många tillstånd, och för nya grupper som barn, ungdomar och äldre.

Det finns många fördelar med IKBT jämfört med traditionell KBT (Andersson et al, 2007). Hinder för tillgängligheten med långa avstånd kan överbryggas och patienter och terapeuter kan arbeta med behandlingen mer flexibelt, på tider när det passar dem bäst. Detta ger ökad tidseffektivitet och bekvämlighet, och patienter slipper ta ledigt från arbete för behandlingen. Regelbundna vecko-mätningar av patienters mående i IKBT passar med fördel att administreras via internet genom online-formulär. Detta tillåter att data systematiskt kan samlas in så att behandlare och behandlingseenheter får återkoppling angående behandlingseffekt och så att avvikelser i förväntat utfall kan upptäckas.

## Ordnat införande

Då internetbehandling är en ny metod för att ge psykologisk behandling behöver den kontinuerligt utvärderas. Själva införandet ställer specifika krav på verksamheterna för att det ska fungera som sjukvårdande behandling. Två grundläggande förutsättningar är tillgång till en teknisk plattform där kommunikation mellan behandlare och patient kan ske på ett säkert sätt och tillgång till behandlingsprogram som är avpassade för målgruppernas behov. Lika oundgängligt är det att bygga en vårdprocess som innefattar lämpliga bedömningsrutiner, strukturer för stöd från behandlare, rutiner för patientsäkerhet och uppföljning. Ett ordnat införande kräver förutom säker teknik, bra behandlingsprogram och genomtänkta vårdprocesser alltså även systematisk utvärdering.

## Nationell spridning

April 2015 lanserades den nationella behandlings-plattformen Stöd och Behandling (SoB) som hade utvecklats av 1177 vårdguiden som en e-tjänst på 1177.se. Tjugo av 21 landsting anslöt sig och påbörjade en process för införande under 2015. Under 2016 anslöt sig även Stockholm.

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

Även psykiatri i Uppsala har utvecklat behandlingsprogram och haft tillgång till en lokal behandlingsplattform. Uppsala anslöt sig till SibeR under 2015 men man avvaktade med registrering i samband med att man gick över till den nationella plattformen SoB. Under 2016 startade internetbehandling för depression och social fobi i SoB. Man har en positiv inställning till kvalitetsregister men har inte registrerat under 2016 pga lokalevakueringar som tagit mycket tid och kraft samt att sjukskriven personal medfört prioritering av direkt patientarbete.

Internetbehandling i Örebro har skett i samverkan mellan psykiatri och primärvården. Diagnostiken utförs på Utvecklingsenheten för psykoterapi och psykologisk behandling (UPP) inom psykiatri och själva behandlingen har utförts i både psykiatri och primärvård. Behandlingsprogrammen har dels bestått av Depressionsprogrammet från Internetpsykiatri-PSV, dels av en



kondenserad version i ett forskningsprojekt. Under första halvåret 2016 använde man Internetpsykiatrins tekniska plattform, för att under andra halvåret fokusera på en övergång till användning av SoB och då utfördes inte internetbehandlingar. Endast resultaten från behandlingen med det ursprungliga depressionsprogrammet har rapporterats in till SibeR under 2016.

Under 2016 har det skett ett införande av internetbehandling inom Sveriges landsting, framför allt i primärvården. SibeR har bidragit med workshops om kvalitetssäkring och utvärdering i införandeprogrammet för arbetsgrupperna från landstingen. Även medverkat i projekt som syftat till integrationslösningar mellan SoB och journalsystem samt i nationellt programråd för internetbehandling i arbete med att utveckla värderingsmodeller för behandlingsprogram. Förberedande kontakter med enheter i landstingen inför eventuell anslutning har tagits.

# Syfte och indikationer

SibeR har sedan 2012 arbetat för att skapa ett nationellt kvalitetsregister och kunde lanseras sommaren 2015. SibeR är ett interventionsregister som initialt fokuserar på fem psykiatriska diagnoser – depression, paniksyndrom, social fobi, generaliserat ångestsyndrom och insomni. Indikationen generaliserat ångestsyndrom (GAD) infördes under 2015 och indikationen insomni (sömlöshet) under 2016 eftersom internetbehandling används på dessa indikationer i Sverige och att studier visat att internetförmedlad KBT har effekt på GAD och på insomni. Ingen av de anslutna enheterna erbjöd dock reguljärt program för GAD eller insomni under 2016. Indikationerna kommer att utökas allt eftersom fler behandlingsprogram införs i reguljär vård.

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

Genom att ansluta sig till SibeR stöds enheter att beskriva sina behandlingsprogram och sina vårdprocesser, samt stimuleras till att använda standardiserade

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

Registerdata ska främst ge återkoppling till den lokala enheten som bedriver internetbehandling och på så sätt ge underlag till förbättringsarbete i daglig drift. Under 2016 kunde anslutna enheter följa behandlingseffekter och andra relevanta mått i realtid via så kallade registersidor i anslutning till registerplattformen INCA.

Uppföljning av väntetider mellan anmälan till behandlingsstart (tillgänglighet), aktivitetsgrad i behandlingen/fullföljande, och redovisning av behandlingseffekter bör kunna stimulera till förändrade vårdprocesser och förbättringar i behandlingsprogram.

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

Registerdata ska även utgöra en grund för öppna jämförelser. Genom att vård-

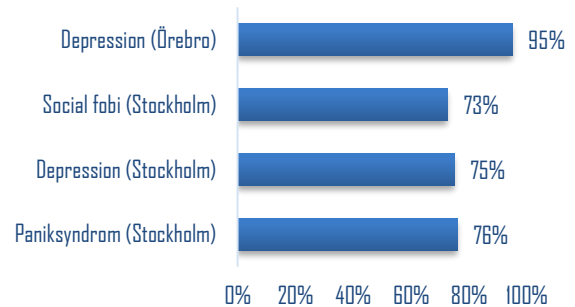
processer och behandlingsprogram beskrivs på ett noggrant och standardiserat sätt ökar förutsättningar för att resultaten från öppna jämförelser kan analyseras och leda till förbättringar.

Nationell statistik kommer att kunna visa på skillnader i tillgänglighet och behandlingseffekter samt i viss mån faktorer som kan påverka dessa som samsjuklighet, grad av alkoholbruk, grad av fullföljande av programmen. Detta kan i sin tur bidra till att förbättra behandlingsstrategierna och göra tillgången till internetbehandling mer likvärdig.

# Täckningsgrad

## Antal patienter som fått internetbehandling i Sverige

Redovisning av hur många patienter som fick internetbehandling för de indikationer som registret innefattar under 2016 kan bara baseras på en uppskattning utifrån kännedom om den implementering som pågår. Socialstyrelsens patientregister (PAR) registrerar hittills endast specialiserad vård som bedrivs av läkare, och psykologisk behandling bedrivs framför allt av andra yrkesgrupper. Vår uppskattning är att cirka 1500 patienter fick internetbehandling under 2016. Anslutningsgraden till SibeR är alltså ännu låg men kan förstås utifrån att enheterna fokuserat på implementering av vårdprocesser. Utifrån detta och att behandlingsformen är ny beräknas täckningsgrad i SibeR som andelen patienter som accepterat registrering till SibeR av dem som började internetbehandling för respektive indikation och enhet. Registret hade under 2015 valt så kallad "opt-in" det vill säga att patienterna ska lämna uttryckligt samtycke till registrering efter noggrann skriftlig och muntlig information. Under 2016 skedde ett byte till "opt-out" för att öka täckningsgraden och därmed få bättre återkoppling.



**Figur 1. Täckningsgrad Kvalitetsregister SibeR.** 439 av 592 i Stockholm och 20 av 21 i Örebro samtycker till deltagande i kvalitetsregister SibeR under 2016.

## SibeR täckningsgrad under 2016

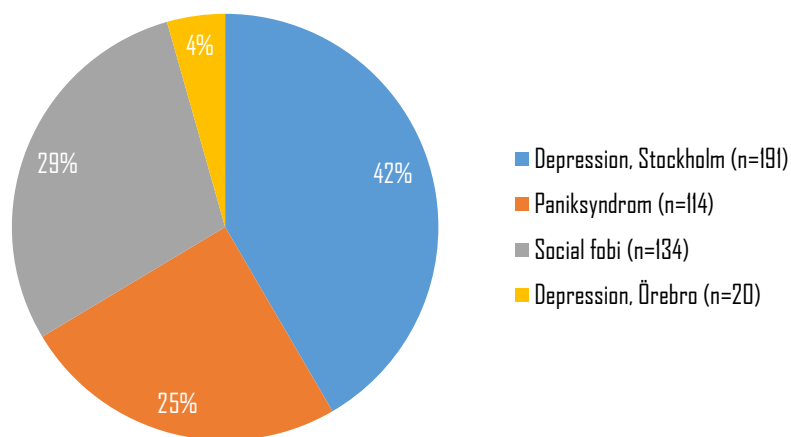
Täckningsgrad har beräknats utifrån antalet patienter som påbörjade internetbehandling under 2016 och som avslutade sin behandling senast under kvartal 1 2017.

Under 2016 inkluderades på Internetpsykiatri totalt 592 patienter (social fobi 212, paniksyndrom 163, depression 217). Av dessa inkluderades totalt 439 i SibeR (191 med depression, 114 med paniksyndrom och 134 med social fobi).

Under 2016 startades 21 behandlingar i det längre depressions-programmet i Örebro. Av dessa kom 20 patienter att ge sitt samtycke till att registreras i SibeR vilket ger en täckningsgrad på 95 %.

Totalt var täckningsgraden 75 % vilket var en ökning med 10 % jämfört med 2015.

## Indikation för internetbehandling



Figur 2. Fördelning av indikationer, 2016.

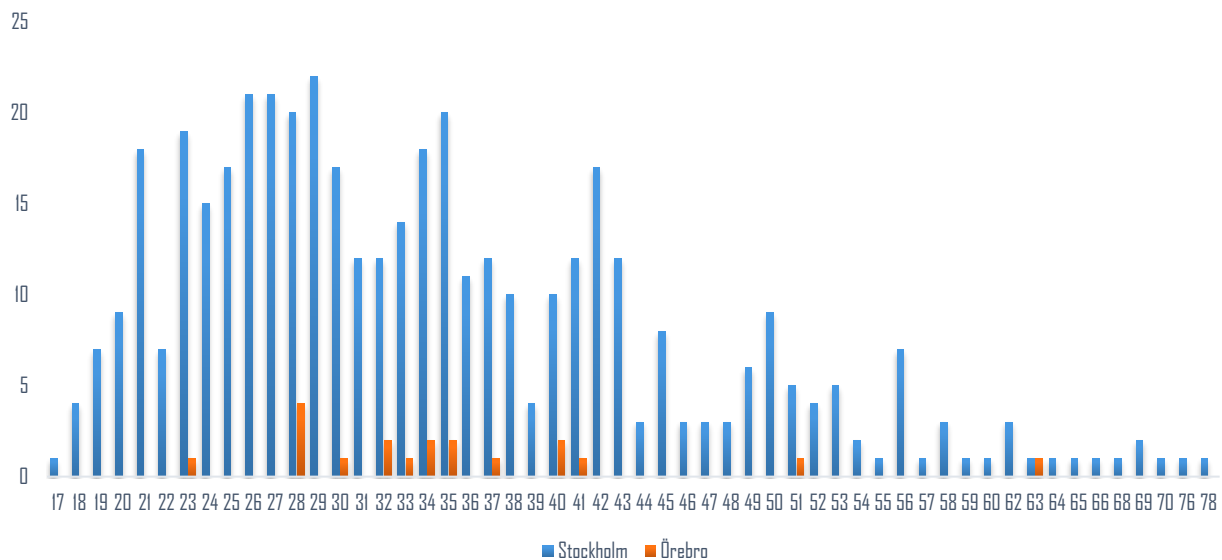
Den vanligaste indikationen för internetbehandling var egentlig depression; depressiv episod (F32) och recidiverande depression (F33). Av dem som behandlats för depression hade 191 behandlats i Stockholm och 20 i Örebro. Behandlingarna för paniksyndrom och för social fobi skedde alla i Stockholm.

# Patienterna i SibeR

## Åldersfördelning

Bland de patienter som fick internetbehandling mot depression i Örebro var medelåldern 36,4 år (min 23, max 63). Bland patienterna på Internetpsykiatri i Stockholm var medelåldern hos dem i depressions-behandling 34 år (min 18, max 78), social fobi-behandling 31 år (min 17- max 62) och paniksyndrom-behandling 34 år (min 18 – max 70), se figur 3.

Internetbehandling verkar alltså kunna vara tillämplig i breda åldersgrupper, men man ser att majoriteten av sökande var mellan 20-40 år under 2016.

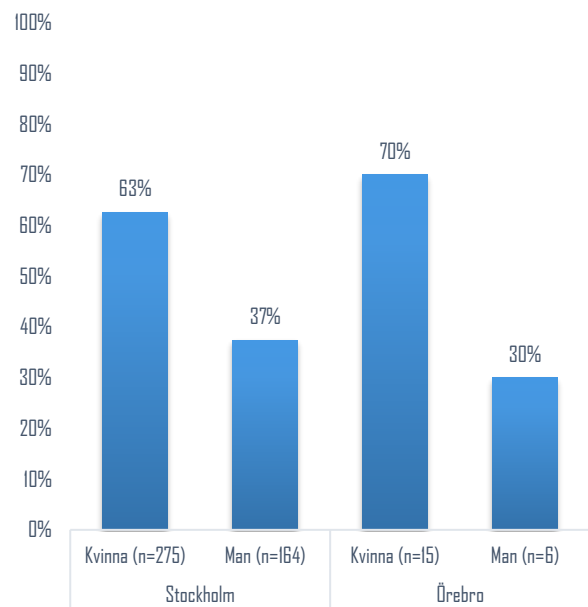


Figur 3. Åldersfördelning, antal unika patienter i Stockholm (n=439) och Örebro (n=20), 2016.

## Könsfördelning

Totalt var det en något högre andel kvinnor än män som fick internetbehandling (63 %). Könsfördelningen i Örebro och Stockholm redovisas i figur 4. Könsfördelningen verkar ändå vara något jämnare än för psykologisk behandling ansikte-mot-ansikte. Som jämförelse redovisade SKL att 73 procent kvinnor och 27 procent män tagit del av psykologisk och multimodal behandling inom ramen för Rehabiliteringsgarantin i Sverige 2014 (SKL, Rapport Rehabiliteringsgarantin, 2015). Det är möjligt att tröskeln för att söka psykologisk behandling minskar för män om den kan förmedlas via internet.

Underlaget avseende internetbehandling är dock väldigt litet men även under 2015 var könsfördelningen ganska jämn (56 % kvinnor). För att dra slutsatser om könsdelningen jämfört med andra administrationsformer för psykologisk behandling bör detta fortsättningsvis följas upp under kommande år.

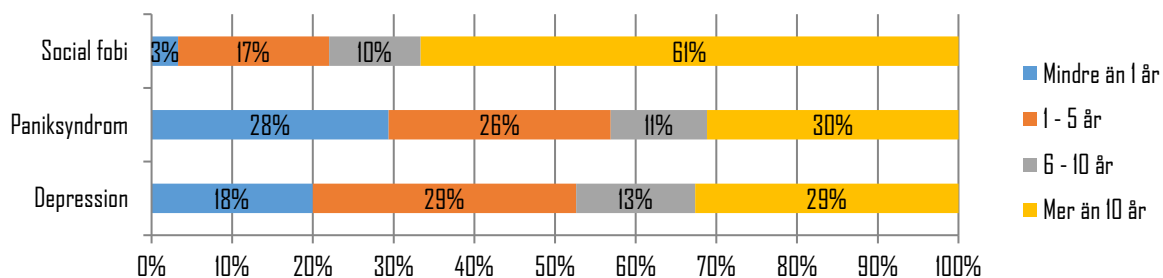


**Figur 4. Könsfördelning av unika patienter, 2016.**

## År sedan första debut

Ett sätt att karaktärisera grupper av patienter som påbörjar internetbehandling är att undersöka antal år sedan första debut. Första debut definieras här som det år då symtomen för första gången hade kliniskt signifikant grad och valör. Om besvären funnits under längre tid, d.v.s. är mer kroniska, kan man exempelvis förvänta sig att det kan ta längre tid att uppnå effekt av behandling.

Under 2016 hade en stor andel av patienterna som börjat internetbehandling för social fobi haft dessa besvär sedan mer än 10 år (61 %). För den största gruppen av patienter med paniksyndrom hade besvären varat i mindre än 1 år (28 %). För patienter med depression var spridningen i tid sedan första debut av depression ganska jämnt fördelad mellan kort till mycket lång tid, se figur 5.



Figur 5. År sedan första debut



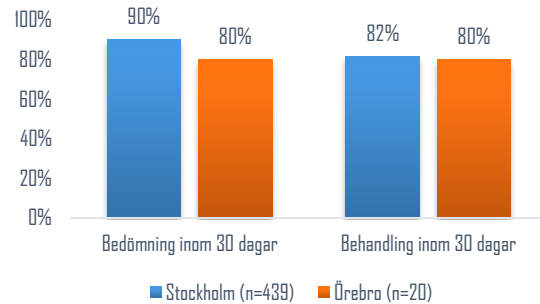
# Processmått

## Tillgänglighet till internetbehandling

### Patienter bör få effektiv behandling i rimlig tid

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

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

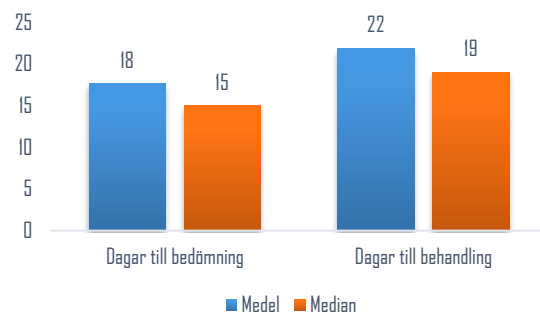


**Figur 6. Tillgänglighet till internetbehandling.** Andel patienter som får bedömning respektive behandlingsstart inom 30 dagar från vårdbegäran.

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

### Tillgänglighet i SibeR 2016

Ungefär 82 procent kunde starta behandling inom 30 dagar från vårdbegäran, se figur 6. I snitt tog det 22 dagar från vårdbegäran till behandlingsstart men medianen (typvärdet) för antalet dagar var 19 dagar, se figur 7.

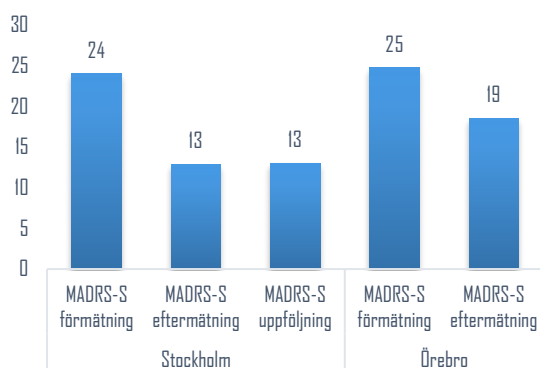


**Figur 7. Genomsnittlig ledtid från vårdbegäran till bedömning resp. behandlingsstart från vårdbegäran (dagar). N=459**

# Effektmått

## Behandlingseffekter avseende symtom

Målet med behandling är att patienten ska bli fri från sina symtom och återvinna funktionsförmågan. För att mäta förändring av symtom får patienten skatta sin symtomnivå i samband med behandlingsstart och vid behandlingsavslut samt 6 månader efter behandlingsstart. För de olika indikationerna har sjukdomsspecifika mått valts som är väl validerade, fritt tillgängliga och känsliga för förändring. För beräkning av behandlingseffekter i 2016 års rapport inkluderades patienter som startade behandling under 2016 och avslutade inom kvartal1 2017.



**Figur 8. Självsfattning med MADRS-S före, efter och vid 6-månadersuppföljning vid internetbehandling för depression. 2016.**

## Depression

För depression används Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S; Svanborg & Åsberg, 1994) som är den mest använda symtomskattningsskalan för depression i Sverige. Vägledning för tolkning av tröskelvärden för MADRS-S är 0-12 ingen depression, 13-19 lindrig depression, 20-34 medelsvår depression och  $\geq 35$  poäng svår depression. En alternativ skattningsskala som rekommenderas för att mäta förändring av depression är PHQ-9 (Kroenke et al, 2010).

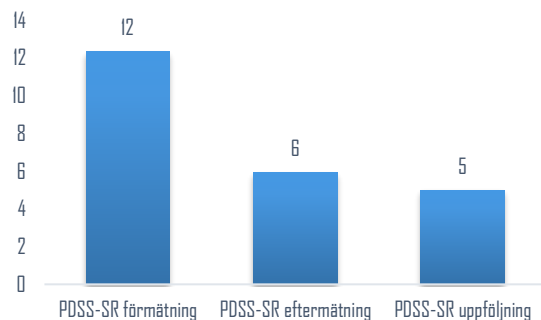
Av 191 patienter som började internetbehandling för depression i Stockholm fanns registrerat patientens egenskattning av MADRS-S även vid behandlingens avslut (eftermätning) för 158 av dessa patienter (17 % bortfall) samt 104 vid 6-månadersuppföljning (46 % bortfall). För 15 av 20 patienter i Örebro fanns både förmätning och eftermätning, men man hade där registrerat den sista veckomätningen för resten (totalt  $n=19$ ). Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdeskillnad var stor för både dem som fått behandling mot depression i Stockholm ( $n=158$ ) och i Örebro ( $n=15$ ) (Cohen's  $d$ : 1,52 (1,28 - 1,76) och 0,87 (0,38 - 1,36)) och signifikant ( $p < 0.01$ ).

Medelvärden för MADRS-S vid förmätning, eftermätning och vid 6-månadersuppföljning

illustreras i figur 8. För enheten i Stockholm ser man att behandlingseffekten kvarstod cirka 3 månader efter behandlingsavslut, men bortfallet var stort och uppgiften därför osäker.

## Paniksyndrom

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



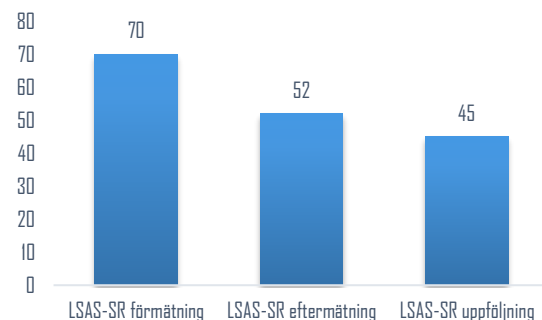
**Figur 9. Självskattning med PDSS-SR före, efter och vid 6-månadersuppföljning vid internetbehandling för paniksyndrom (N=114 vid förmätning). 2016.**

Av de 114 patienter som påbörjade internetbehandling för paniksyndrom fanns registrerat patientens egen skattning av PDSS-SR även vid behandlingsavslut för 89

patienter (22 % bortfall) samt 55 patienter (48 % bortfall) vid 6-månadersuppföljning. Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdeskillnad var stor (Cohen's  $d$ : 1,37 (1,04- 1,71) och signifikant ( $p < 0.01$ )), se figur 9. Behandlingseffekten kvarstod cirka 3 månader efter behandlingsavslut, men bortfallet var stort och uppgiften därför osäker.

## Social fobi

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



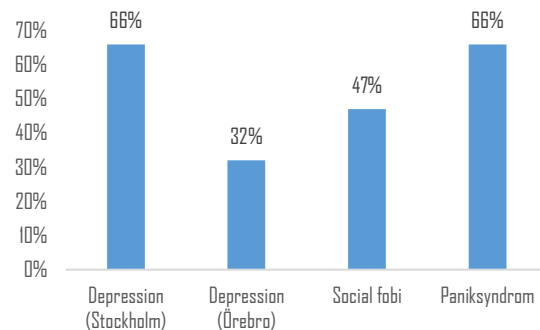
**Figur 10. Självskattning med LSAS-SR före, efter och 6-månadersuppföljning vid internetbehandling för social fobi (N=133 vid förmätning). 2016.**

Av de 133 patienter som påbörjade internetbehandling för social fobi fanns registrerat patientens egen skattning av LSAS-SR även vid behandlingsavslut för 102 patienter (23 % bortfall) samt för 49 patienter (37 % bortfall) vid 6-månaders-uppföljning. Behandlingseffekten beräknad som standardiserad medelvärdes-skillnad var måttligt stor (Cohen's  $d$ : 0,66 (0,48-0,85) och signifikant ( $p < 0.01$ ). Behandlingseffekten tenderade att förbättras ytterligare cirka 3 månader efter behandlingsavslut, vilket överensstämmer med resultaten av långtidsuppföljningar för internetbehandling av social fobi (Hedman et al, 2014).

## Klinisk förbättring

Ett annat sätt att mäta behandlingseffekt är att undersöka hur stor andel av patienterna som bedöms ha genomgått en kliniskt relevant förbättring. I SibeR har kriterierna för klinisk förbättring definierats utifrån litteraturgenomgång för de valda skattningsskalorna. Minskning av MADRS-S  $\geq 40$  % (Bandelow et al, 2009), minskning av PDSS-SR  $\geq 40$  % (Furukawa et al, 2009) och minskning av LSAS-SR  $\geq 30$  %

(Bandelow, 2009) bedöms vara etablerade kriterier för klinisk förbättring (respons).



**Figur 11. Klinisk förbättring.** Andel patienter som förbättrats vid internetbehandling för depression i Stockholm och i Örebro, för paniksyndrom och social fobi i Stockholm. 2016. N=367.

Enligt dessa kriterier var andelen förbättrade i depressionsbehandling i Stockholm 66 procent (54 av 158) och i Örebro 32 procent (6 av 19), i behandling för paniksyndrom 66 procent (59 av 89) och i behandling av social fobi 47 procent (47 av 101), se figur 11. Symtommått vid behandlingsavslut saknades för 16 procent (depression), 22 procent (paniksyndrom) och 25 procent (social fobi) i Stockholm. I Örebro hade man ersatt uteblivna eftermätningsvärden med veckoskattningar dvs personer som hoppat av tidigt är inkluderade i analysen.

## Hälsorelaterad livskvalitet

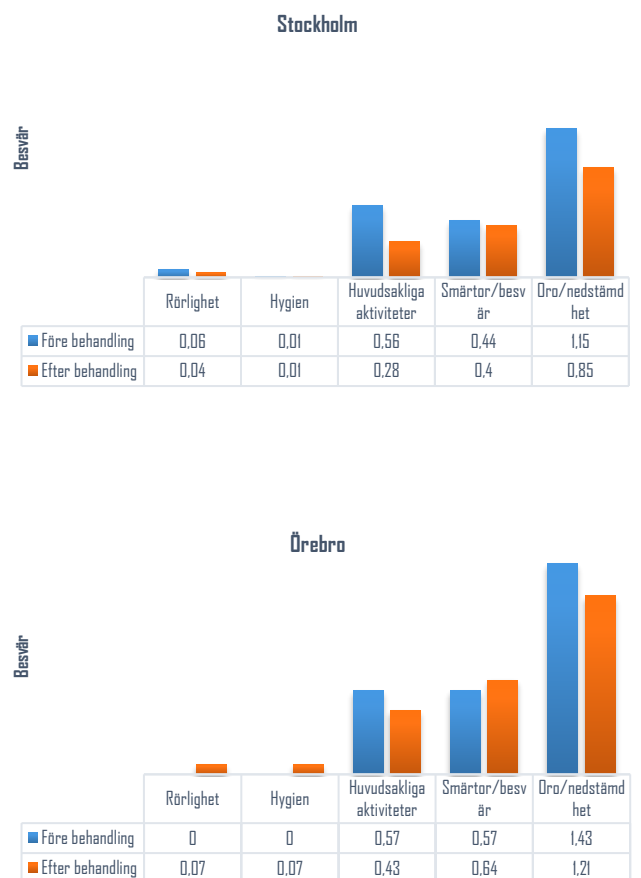
Vid behandling är det väl så angeläget att förbättra funktionsförmåga och hälsorelaterad livskvalitet som att minska symtom. Med funktion brukar man avse förmågan till att leva ett självständigt liv, arbetskapacitet, förmåga till återhämtning, och förmåga att vidmakthålla adekvata sociala relationer.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

EuroQol- 5-dimensions (EQ-5D) är ett standardiserat instrument som mäter diagnos-oberoende hälsorelaterad livskvalitet (Euroqol, 1990). Patienten skattar fem frågor med tre svarsalternativ för domänerna förmåga till rörlighet, hygien/ADL och aktivitet, samt upplevelser av smärtor/besvär och oro/nedstämdhet. Även aktuell upplevd hälsa skattas på en VAS-skala mellan 0-100.

EQ-5D ger ett viktat indexvärde baserat på svaren från de fem frågorna. Det viktade medelvärdet motsvarar 1 för en helt frisk person till -0,512 för en extremt sjuk och funktionsnedsatt individ. Förändring av det så kallade index-värdet kan vara svårtolkat och vi har istället valt att presentera resultat från de fem frågorna: rörlighet, hygien, aktivitet/sysselsättning, smärta/besvär och

oro/nedstämdhet. 0 poäng betyder inga problem, 2 poäng maximala problem.

Totalt hade 456 patienter (437 i Stockholm och 19 i Örebro) skattat de fem frågorna i EQ-5D före behandling. Av dessa hade 336 patienter (322 i Stockholm och 14 i Örebro) även skattat efter behandling. I figur 12 är det parade jämförelser dvs samma patienter vid för- och eftermätning (n=336).



**Figur 12. Påverkan av hälsotillstånd.** Parade jämförelser av hälsorelaterad livskvalitet enligt EQ-5D för fem dimensioner, före respektive efter behandling. 2016.

## Aktivitet/Sysselsättning

Före behandling skattade 37,7 % vissa problem med att klara sin huvudsakliga sysselsättning, och 9 % att de inte klarade sina huvudsakliga aktiviteter, totalt **46,7 %** angav nedsättning av aktivitet. Efter behandlingen motsvarades det av 21,7 % och 3,6 %, totalt 25,3 %. Vid 6-månadersuppföljning motsvarades det av 20,3 % och 1,9 %, totalt **22,2 %** (n=207).

## Smärtor/besvär

Före behandling skattade 37,7 % att de hade måttliga smärtor eller besvär och 2,6 % att de hade svåra smärtor eller besvär, totalt angav **40,3 %** att de hade smärtor eller besvär. Efter behandlingen motsvarades det av 36 % och 2,4 %, totalt 38,4 %. Vid 6-månadersuppföljning motsvarades det av 34,8 % och 4,3 %, totalt **39,1 %** (n=207).

## Oro/nedstämdhet

Före behandling skattade 66,4 % att de var oroliga eller nedstämda i viss utsträckning och 25,2 % att de i högsta grad var oroliga eller nedstämda, totalt angav **91,6 %** att de var oroliga eller nedstämda. Efter behandling motsvarades det av 66,9 % och 8,9 %, totalt 75,8 %. Vid 6-månadersuppföljning motsvarades det av 55,3 % och 10,7 %, totalt **66 %** (n=206)

# Fullföljandegrad

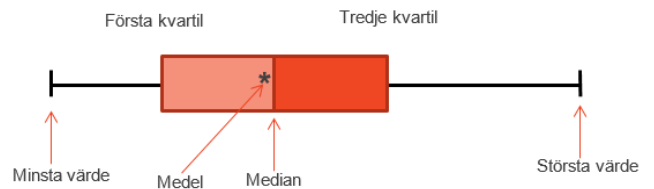
## Fullföljandegrad underlättar värdering och är en kvalitetsindikator

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

Det finns en koppling mellan behandlingseffekt och hur många moduler patienten fullföljer. Vissa tillstånd kan vara lättare att komma tillrätta med på kortare tid än andra, och människor behöver olika mycket tid i en lärandeprocess. Grad av fullföljande kan också säga något om själva programmet. En beskrivning av antalet fullföljda moduler underlättar värdering av skillnader i behandlingseffekter mellan olika enheter, särskilt om samma behandlings-program används. Andelen patienter som påbörjat mer än 50 procent av maximalt antal

moduler i programmet är en kvalitetsindikator i SibeR.

Figur 13. Förklaring av Låd-diagram.



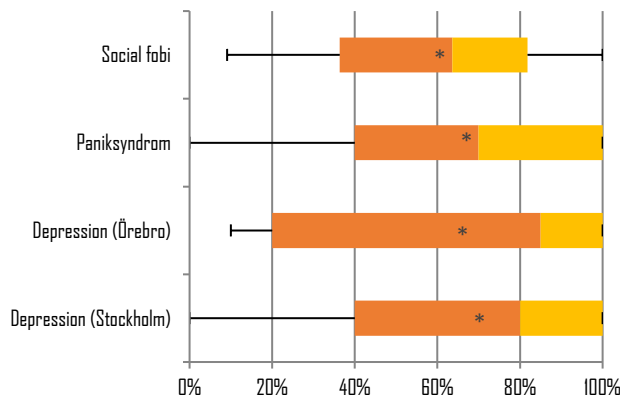
## Låd-diagram

Genom att illustrera antalet fullföljda moduler med ett så kallat Låd-diagram (box-and-whisker-plot) får man en bra bild av hur spridningen ser ut inom gruppen.

Låddiagrammet enligt bilden åskådliggör att 50 procent ryms inom lådan med typvärdet i mitten (medianen). "Morrhåren" visar minsta och största värdet, förutom extremvärden.

## Fullföljandegrad 2016

Andelen patienter som påbörjat mer än 50 procent av maximalt antal moduler var för depression i Stockholm 75 procent, i Örebro 60 procent, för paniksyndrom 70 procent och för social fobi 63 procent.



**Figur 14. Fullföljandegrad vid internetbehandling.** Låddiagram som visar spridningen av antal påbörjade moduler. N=171 (Depression Stockholm), n=20 (Depression Örebro), n=102 (Paniksyndrom) och n=118 (social fobi).



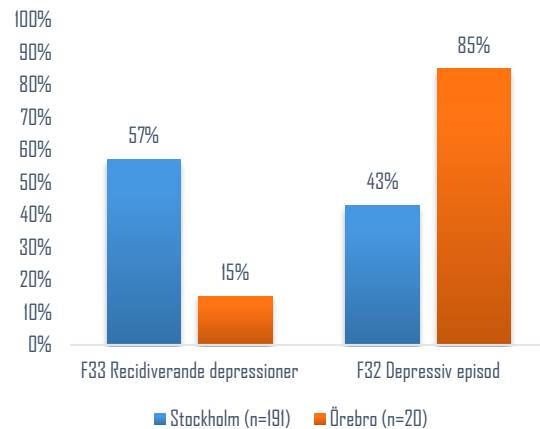
# Case-mix

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

De tre aspekter som vi valt att belysa i SibeR är andel med recidiverande depression, alkoholbruk och förekomst av samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser.

## Andel med recidiverande depression

En hög andel av befolkningen har en egentlig depression vid ett enstaka tillfälle i livet (Eaton et al, 2008). När depression blir återkommande (recidiverande) ökar risken för ytterligare återfall och påverkan av livet; ett mer kroniskt förlopp som kan vara mer svårbehandlat. Figur 15 visar andel med recidiverande depression i Stockholm och Örebro.



**Figur 15. Andel depressionspatienter med recidiverande depression per enhet.**

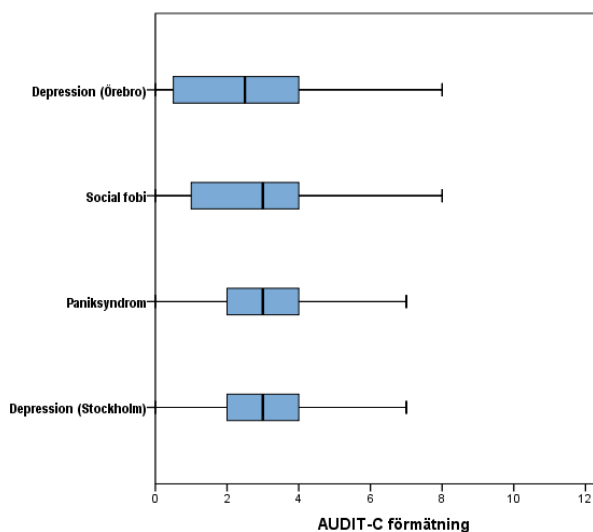
## Alkoholbruk mätt med AUDIT-C

Personer med psykisk ohälsa har dubbelt så hög risk att ha problem med överkonsumtion av alkohol och fyra gånger så hög risk att ha drog-relaterade problem jämfört befolkningen utan psykisk ohälsa (Grant et al, 2004). En undersökning har visat att problematisk alkohol- eller droganvändning var relativt vanligt (hos ca 30 %) bland patienter som sökte internetförmiddlad KBT och att detta kunde försämra effekten av IKBT för patienter med social fobi och paniksyndrom (Gajecki et al, 2014).

Ett väl etablerat mått för mätning och screening av alkoholkonsumtion är Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) som innefattar 10 frågor och har nivåer för

att definiera riskbruk, skadligt bruk och beroende.

Under 2016 registrerades AUDIT-C i SibeR som ett sätt att fånga riskbruk av alkohol. AUDIT-C innefattar de tre första frågorna i AUDIT som handlar om personens aktuella konsumtion. Figur 16 visar spridning och median-värden av alkoholkonsumtion enligt AUDIT-C för diagnosgrupperna.



**Figur 16. Spridning och median värde av AUDIT-C hos registrerade patienter.** Maxpoäng för AUDIT-C är 12. Fem poäng och högre hos män talar för riskbruk, 4 poäng och högre hos kvinnor talar för riskbruk.

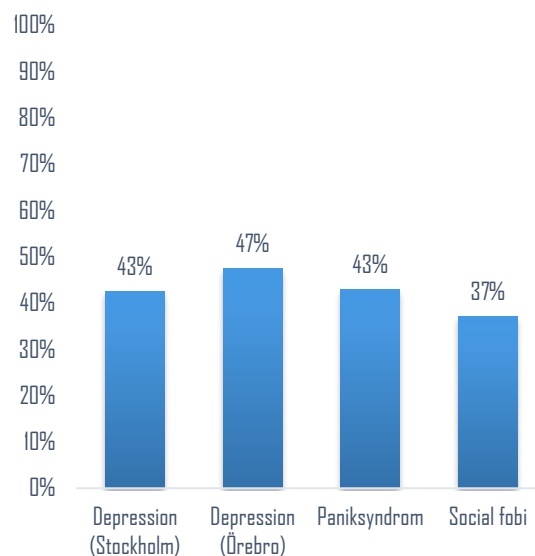
## Samsjuklighet

Samsjuklighet, d.v.s. förekomst av flera ångestsyndrom och/eller depression hos samma individ, är mycket vanligt. Ungefär 30-40 % av personer med ångestsyndrom har en depression, och vice versa. I vissa

fall kan depression ses som ett resultat av de begränsningar som ett ångestsyndrom medför. I andra fall är det fristående fenomen.

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

För diagnosgrupperna förekom under 2016 samsjuklighet i frekvensen 37- 47 %, se figur 17. Någon mer detaljerad beskrivning av samsjuklighet görs inte här.



**Figur 17. Förekomst av samsjuklighet fördelat per indikation och enhet.**

# Integration mellan behandlings- plattform, journal och kvalitetsregister

Det främsta syftet med SibeR är att utdata från registret ska kunna ge återkoppling till den lokala enheten som bedriver internet-behandling och på så sätt ge underlag till förbättringsarbete i daglig drift.

Standardisering av mått och definitioner medför att det går att göra meningsfulla jämförelser med andra enheter och mellan olika typer av program och vårdprocesser.

Under 2016 skedde inmatning till registret via ett webformulär, så kallad direkt-inmatning, till register-plattformen INCA på Registercentrum Västra Götaland. Att förutom att dokumentera i journalen också rapportera samma uppgifter till ett kvalitetsregister via ett webformulär innebär ett dubbelarbete. För att komma ifrån detta har arbete med att ta fram integrations-lösningar mellan plattformar, journal och SibeR bedrivits.

Med den nationella plattformen SoB så kommer personuppgifter att gallras efter avslutad vårdepisod. Detta innebär att relevant vårddokumentation behöver kunna bevaras och överföras till primärt journalsystem. Valda uppgifter behöver därefter kunna överföras från elektronisk journal till kvalitetsregisterplattformen för SibeR då systematisk uppföljning är nödvändig för den vidare utvecklingen.

Registerhållaren för SibeR har i samarbete med SoB-förvaltning och nyutvecklingsprojekt samt med stöd från SKL:s kvalitetsregisterkansli, drivit arbete med målsättning att datainsamling till SibeR ska kunna ske via överföring från elektronisk journal. Frågeuppsättningen till SibeR har harmoniserats med nationellt fackspråk i samarbete med informatiker från Nationella projektet för dataintegration (NPDi). Hösten 2015 genomfördes ett projekt i Sydöstra sjukvårds-regionen med journalleverantör Cambio Cosmic. Hösten 2016 genomfördes ett projekt med Dalarna och Stockholm med journalleverantören CGM Takecare.

Förberedelser för integrationer är alltså genomförda men man måste arbeta mera på regional verksamhetsnivå för att komma vidare.

## Örebro i SibeR- en reflektion

---

Att rapportera behandlingar till SibeR blir en kvalitetssäkring för verksamheten i Örebro. Det blir också en motivation till att uppdatera rutiner eftersom vi vill kunna jämföra med andra enheter i landet på sikt. Arbetet med SibeR öppnar också en kanal för att ta in ny kunskap och blir ett sätt att ta del av andras erfarenheter. Det blir också en källa till statistik där man kan jämföra hur patientunderlaget är sammansatt i olika delar av landet.

Örebros depressionsbehandlingar hade en större effekt under 2015 jämfört med 2016. Det är oklart varför effekten ser ut att minska. En tänkbar förklaring är att täckningsgraden förbättrades kraftigt och därmed inkluderades möjligen patienter som skiljer sig i något avseende från de som kom med i analyserna 2015. En annan tänkbar förklaring är förstås att behandlingarna utfördes sämre i något avseende. Det är också värt att notera att medelåldern på de som behandlats i Örebro sjönk med ca 8 år mellan 2015-2016. Men eftersom det är så små antal så är det rimligt att anta att slumpen spelar en stor roll för förändringen i effekt.

I januari 2017 startade internetbehandling med en ny teknisk lösning och ett nytt behandlingsprogram i Region Örebro län. Ett nytt kondenserat behandlingsprogram som utvecklats i Örebro började användas, och ett byte skedde till den nationella plattformen Stöd och Behandling (SoB). Samtidigt byttes flera av behandlarna ut, men även fortsättningsvis arbetar man enligt modellen att psykologer inom psykiatri gör alla bedömningar, men att det finns behandlare både inom psykiatri och inom primärvård. I Örebro används också en öppen anmälan där alla invånare i länet som fyllt 18 år kan anmäla intresse för behandlingen genom en anmälningsfunktion som nås via patientens startsida i inloggat läge på 1177. Under de första åtta månaderna med den nya behandlingen mottogs cirka 200 intresseanmälningar och 90 behandlingar startades. I Örebro avser man att fortsätta rapportera in till SibeR.

*Fredrik Holländare*

kontaktperson för SibeR i Örebro län

# SibeR 2017

Svenska Internetbehandlingsregistret startade som kvalitetsregister 2015 i sluttampen av den statliga satsningen på nationella kvalitetsregister. År 2017 kommer medföra förändringar av finansiering och sammanhang för kvalitetsregister. SibeR verkar inom området som syftar till att e-hälsa, här psykologisk behandling via internet, ska bidra till mer jämlik och lättillgänglig evidensbaserad vård. Under 2017 kommer landstingen implementera internetbehandling brett framför allt inom primärvården, men även andra tillämpningar inom psykiatri och somatisk vård är på väg att införas. När internetbehandling införs ska det göras på ett sätt så att kvaliteten säkerställs.

Anslutningen till SibeR måste öka. För att det ska ske måste registrering underlättas och återkoppling av utdata göras mer tillgänglig än under 2016. SibeR måste bli mer aktivt i uppsökande av enheter och landsting som nu bedriver och implementerar internetbehandling.

Eftersom årsrapporten skrivs under kvartal 3 2017 kan vi redan här berätta att vår handlingsplan för 2017 är på väg att realiserar kvartal 4. SibeR byter registerplattform till Stratum, får en förenklad

frågeuppsättning, ny hemsida och mer öppen tillgång till utdata för registrerande enheter. Kartläggning av internetbehandling i landstingen är inledd och en biträdande registerhållare har rekryterats för att kunna föra dialog med enheterna i landet.

Vi har under 2016 sett att ändring från "opt-in" till "opt-out" har ökat täckningsgraden. I årsrapporten för 2016 kunde Örebro notera försämrad behandlingseffekt jämfört med 2015. Undersökning av case-mix-variabler kunde inte förklara skillnaden mot föregående år eller mot behandlingen i Stockholm som bedrevs med samma plattform och behandlingsprogram. Det fick oss att uppmärksamma att enheterna haft olika rutiner för hantering om patienter inte genomfört eftermätning. Vi rekommenderar nu att det sista veckomätningvärdet används och att rutiner för uppföljningsregistreringar trimmas.

Sammanfattningsvis så har vi under 2015-16 finslipat in- och utdaturutiner för SibeR och anser oss rustade att ge stöd till kvalitetsförbättringar för många fler anslutna enheter. Det pågår flera studier kring process och resultat i internetbehandling som när täcknings- och anslutningsgrad så tillåter kan göras med nationella registerdata. Forskning som idag utförs från lokala register bedöms i framtiden kunna göras med registerdata från SibeR.

# Referenser

Andersson G. Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*. 2009 Mar;47(3):175-80.

Andersson G, Ljótsson B, Weise C. Internet-delivered treatment to promote health. *Current Opinions in Psychiatry*. 2011 Mar;24(2):168-72

Andersson G, Bergström J, Carlbring P, Lindefors N. The use of Internet in the treatment of anxiety disorders. *Current Opinions in Psychiatry*. 2005;18:73-77

Bandelow B, Baldwin DS, Dolby OT, Friis Andersen H, Stein DJ. What is the threshold for symptomatic response and remission for major depressive disorder, panic disorder, social anxiety disorder, and generalized anxiety disorder? *Journal of Psychiatry* 2006;67:1428-34.

Eaton WW, Shao H, Nestadt G, Lee HB, et al. Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry* 2008;65:513-20.

EuroQol-Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *The EuroQol Group. Health policy* 1990;16(3):199-208.

Fresco DM, Coles ME, Heimberg RG, Liebowitz MR, Hami S, Stein MB, Goetz D. *Psychological Medicine* 2001;31:1025-35.

Gajecki M, Berman AH, Sinadinovic K, Andersson C, Ljótsson B, Hedman E, Rück C, Lindefors N. Effects of baseline problematic alcohol and drug use on internet-based cognitive behavioural therapy outcomes for depression, panic disorder and social anxiety disorder. *PLoS ONE* 2014;9(8):e104615.  
doi:10.1371/journal.pone.0104615

Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety-disorders – Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry* 2004;61:807-816.

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

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

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

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

SKL. Rapport rehabiliteringsgarantin 2014. Erfarenheter och resultat. SKL, 2015.

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

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2010. ISBN 978-91-86301-94-1. Reviderade riktlinjer 2017, remissversion.

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

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

# Kontaktinformation

---



**Cecilia Svanborg**  
Registerhållare  
**Mail** [cecilia.svanborg@sll.se](mailto:cecilia.svanborg@sll.se)



**Samir El Alaoui**  
Koordinator  
**Mail** [samir.el-alaoui@sll.se](mailto:samir.el-alaoui@sll.se)



**Jon Fahlberg**  
Utvecklingsledare (2016)  
**Mail** [jon.fahlberg@registercentrum.se](mailto:jon.fahlberg@registercentrum.se)



**Camilla Lansvén**  
Utvecklingsledare (2017)  
**Mail** [camilla.lansven@registercentrum.se](mailto:camilla.lansven@registercentrum.se)