

Årsrapport 2024

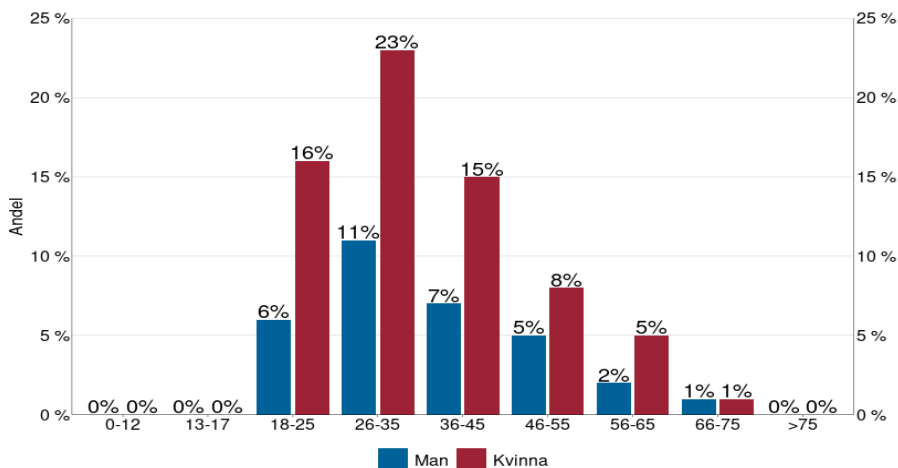
Övergripande & Program för vuxna

Diagram Tabell Trend Trendtabell Beskrivning

Ålder och kön

Ladda ner png

Kön uppdelat på åldersgrupp



Visar statistik för alla diagnosgrupper, Vuxenprogram.
Behandlingar startade år 2024.
Data uppdaterades senast 2025-10-01.

Diagram och tabell för deskriptiv statistik visar

Diagrammet visar fördelning av kön uppdelat på åldersgrupper

Tabellen visar underlaget för diagrammet

Trenddiagrammet visar medelålder, uppdelat på kön över tid

Trendtabellen visar medelålder samt högst och lägsta ålder, uppdelat på kön över tid

Författare:

Cecilia Svanborg, registerhållare

Pontus Bjurner, biträdande registerhållare

Innehållsförteckning

Övergripande om SibeR	4
SibeR och SoB 10 år	4
Utveckling 2015–2024 och läget 2024	6
Värmland - ett exempel på verksamhetsutveckling med stöd av SibeR	7
”Blended” – blandat format	8
Hur går det med tillgängligheten?	10
Anslutnings- och täckningsgrad.....	13
Anslutning.....	13
Definition av täckningsgrad	13
Betydelsen av täckningsgrad och rapporteringsgrad	13
Behandlingsprogram för vuxna 2024.....	13
ADHD	15
Utfallet för adhd-behandling svårt att tolka	15
Lärandeteam IKBT-ADHD	15
Alkoholbrukssyndrom	16
Förbättrade rutiner och resultat på eStödsenheten	16
Depression	17
Utfall för depressionsbehandling 2024	17
Hur tolka resultaten av depressionsbehandling i Uppsala?	17
Reflektion över resultaten för depression.....	20
Dysmorfofobi (upplevd fulhet)	21
Utfall för BDD-behandling 2024.....	21
Generaliserat ångestsyndrom (GAD)	22
Utfall av behandling för GAD	22
Reflektion över resultaten för GAD.....	23
Hetsätning.....	24
Utfall av behandling för hetsätning	24
SCÄ:s digitala enhet - omorganisation gav stora vinster.....	25
Hälsoångest	26
Utfall för hälsoångestbehandling.....	26
Magbesvär/IBS.....	27
Utfall av behandling för IBS och inverkan av samsjuklighet	27
Reflektion över resultaten för IBS	28
Paniksyndrom.....	29
Utfall av panikbehandling 2024	29

Tillfällig svacka i Örebro?	30
Socialt ångestsyndrom.....	31
Utfall av behandling för social ångest 2024	31
Reflektion över resultaten för social ångest	32
Stressyndrom	33
Utfall av behandling för stressyndrom 2024	33
Reflektion utfall stressyndrom	34
Utmattningssyndrom	35
Utfall av behandling för utmattningssyndrom.....	35
Sömnstörning	36
Utfall av behandling för insomni	36
Stabilt cirka 60% förbättrade.....	37
Tvångssyndrom.....	38
Utfall av behandling för OCD	38
Reflektion över utfallet.....	38
Ångesttillstånd	39
Utfall av behandling för ospecificerade ångesttillstånd	39
Reflektion över utfallet.....	40
Metod	41
APPENDIX.....	42
ADHD	42
Alkoholbrukssyndrom	42
Depression	43
Dysmorfofobi.....	45
Generaliserat ångestsyndrom.....	45
Hetsätning hos vuxna	47
Hälsoångest	47
Magbesvär/IBS.....	48
Paniksyndrom.....	49
Social fobi	50
Stressyndrom	51
Utmattningssyndrom	53
Sömnstörningar	54
Tvångssyndrom.....	55
Ångesttillstånd, ospecificerade	56

Övergripande om SibeR

Med årsrapporten 2024 har vi önskat underlätta läsningen genom att dela upp den i en delrapport för behandlingsprogram för barn och unga, och en rapport för behandlingsprogram för vuxna som även innefattar en övergripande del. I bägge delrapporterna finns en pedagogisk ambition med att visa användare i regionerna hur de kan dra nytta av SibeRs öppna statistikvisning där små tal är censurerade. Enheter med mindre antal behandlingar kan använda visningarna under Processkontroll. På Vården i siffor (VIS) finns några sammanfattade mått.

Inledningsvis ges en översikt av var registret står idag, 10 år efter starten, och den utveckling som skett sedan dess, samt lite övergripande om patienter och behandlingar 2024.

För 2024 har vi valt att fokusera på några områden:

- **Region Värmland** har gjort en intressant och framgångsrik omorganisering av hur de ger internetbehandling till sina invånare under 2023–2024 i primärvården. Deras resa beskrivs som ett inspirerande exempel av att ta stöd från SibeR i verksamhetsutveckling.
- Hur ser förekomst och utveckling av ”**blandat format**” ut, det vill säga att kombinera ett digitalt program och asynkrona textmeddelanden med vårdkontakter i realtid?
- En fördjupning kring hur man kan undersöka och arbeta med **tillgänglighet och ledtider**.
- Övergripande om **anslutnings-, täcknings- och rapporteringsgrad**

Andra områden som vi brukat rapportera om i tidigare årsrapporter lämnar vi åt sidan och hänvisar till statistikvisningen eller får lyftas fram ett annat år.

Avsnittet om behandlingsprogram för vuxna omfattar följande diagnosområden med exempel på dataanalys och förbättringsarbete: Adhd, Alkoholbrukssyndrom, Depression, Dysmorforfobi (BDD), Generaliserat ångestsyndrom (GAD), Hetsätning (med beskrivning av omorganiserad digital vård inom specialiserad psykiatrisk vård), Hälsoångest, Magbesvär/IBS, Paniksyndrom, Socialt ångestsyndrom, Stressyndrom, Utmattningssyndrom, Sömnstörning/Insomni, Tvångssyndrom (OCD) och Ångesttillstånd.

I Appendix redovisas behandlingar som startade kvartal 4 2023 till kvartal 3 2024 med tabeller för behandlingsresultat med effektstorlekar avseende sjukdoms-specifika utfallsmått och funktion mätt med WHODAS 2.0–12 frågor för diagnosgrupperna. Årets rapport använder grafer från nya statistikvisningen, avgränsat för behandlingar startade 2024.

SibeR och SoB 10 år

Samhället digitaliseras och vården är del i en utveckling som ger många möjligheter till ökad tillgång till vård. 2015/2016 lanserades Ineras tekniska plattform [1177 Stöd och behandling \(SOB\)](#) för att på ett säkert sätt erbjuda digitala stöd, behandlingar och utbildningar till invånare i alla regioner. Plattformen har inget innehåll utan kan fyllas med innehåll som regionerna väljer.

SibeR lanserades samtidigt som SOB för att stödja ordnat införande och utveckling av internetförmedlad behandling, som då handlade om internetbehandling med KBT, IKBT. Vi startade SibeR med erfarenheter i bagaget av att bedriva IKBT i reguljär vård sedan 2007 på Internetpsykiatri-enheten på Psykiatri Sydväst, en specialiserad klinik för alla invånare i Stockholm. Även Örebro startade internetbehandling för sina invånare och gick med i registret.

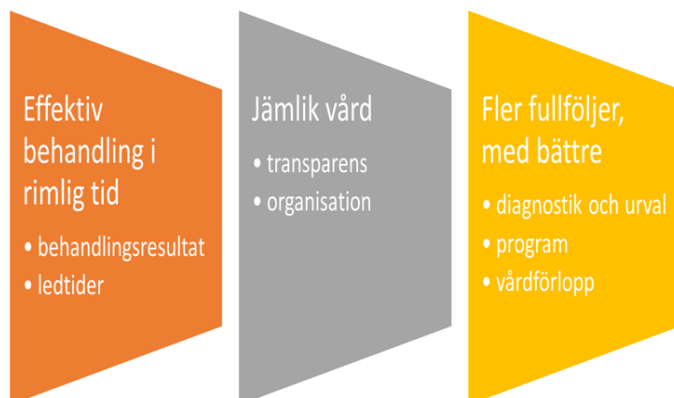
Vid starten juni 2015 fanns det program för tre indikationer, depression, paniksyndrom och socialt ångestsyndrom för vuxna. Juni 2025 fanns cirka 90 behandlingsprogram med inriktning på 16 indikationer för vuxna och 11 indikationer för barn och unga. Viktiga händelser i utvecklingen var när primärvården i Uppsala och i Västra Götaland anslöt 2018. En annan viktig milstolpe var när internetbehandling för unga började bedrivas i VGR 2019 och i Stockholm 2020, vilket självklart medförde att SibeR skulle bistå med uppföljning av program för barn och ungdomar. Förutom psykologisk behandling för psykisk ohälsa ser vi allt fler program för beteendemedicinska tillstånd som skadligt bruk/beroende, magbesvär/IBS och smärttillstånd.

Antalet program och indikationer som kan utvärderas utökas ständigt i takt med lansering i reguljär vård. En viktig aspekt i detta är att i samverkan med nationella experter ensa utfallsmått för att möjliggöra öppna jämförelser av resultat. Regioner kan med stöd av SibeR utveckla vårdprocesser så att resultaten från forskningen kommer till nytta i vården på ett systematiskt och kvalitetssäkrat sätt. Med digitala program, utbildning och återkoppling kan flera yrkesgrupper ge effektiv psykologisk behandling vilket bidrar till kompetensförsörjningen i vården. Sedan 2024 är SibeR certifierat på nivå 2 som nationellt kvalitetsregister.

Lärandet är centralt

Målen för SibeR beskrivs i bilden nedan. I regelbundna webinarier, möten och arbetsgrupper sker erfarenhetsutbyte och lärande inom och mellan regioner med stöd av insamlade data.

Vad vill SibeR?



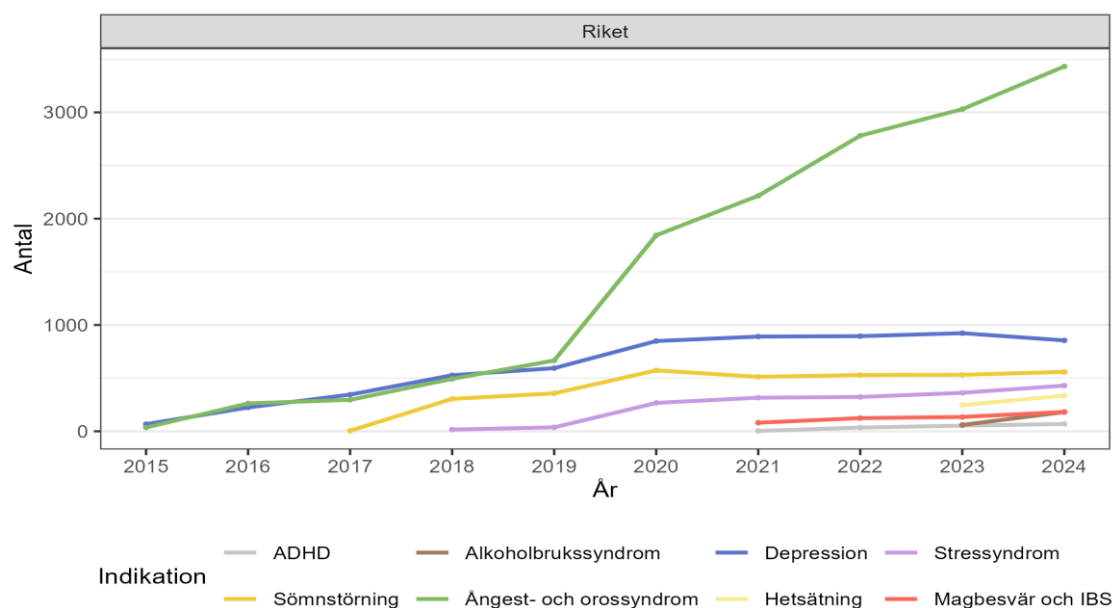
- Öka andel patienter som får effektiv behandling i rimlig tid
- Minska ojämlikhet till vård
- Skapa grund för kvalitetsdriven utveckling, förbättringsteam
- Lärande inom och mellan regioner
- Transparens kring behandlingsprogram, processer och effekter bidrar till utveckling av bättre program och vårdförlopp
- Bättre diagnostik och urval så att färre patienter hoppar av
- Bidra till nära och effektiv vård
- Bidra till metodutveckling inom psykiatri

Reflektion idag

Vi ser idag ett antal aktiva regioner som följer upp sina internetbehandlingar och konkret arbetar med förbättringar av digital vård. Det är en fin utveckling med superbra täckningsgrad och datakvalitet i några regioner, och andra regioner som behöver förbättra datakvalitet och troligen hitta annan organisation för sina digitala behandlingsinsatser. Tyvärr är flera regioner inte med, men det är en stor glädje att se hur anslutna regioner samverkar alltmer, att program och kunskaper sprids. Förutsättningarna för ordnat införande av internetbehandling varierar så påtagligt i de 21 regionerna. Det handlar om kunskaper, ekonomi och hur IT-förvaltningen fungerar. Byten av journalsystem och osäkerhet kring informationsförsörjning är påtagliga hinder. Framgångsfaktorer verkar vara strategiska och ledningsstarka chefer som arbetar ihop med regionala samordnare. Regionernas uppgift som primära insamlare av hälsodata bör stimulera. Nationell kunskapsstyrning är också en kraft som kan dra utvecklingen åt mer rätt jämnt håll.

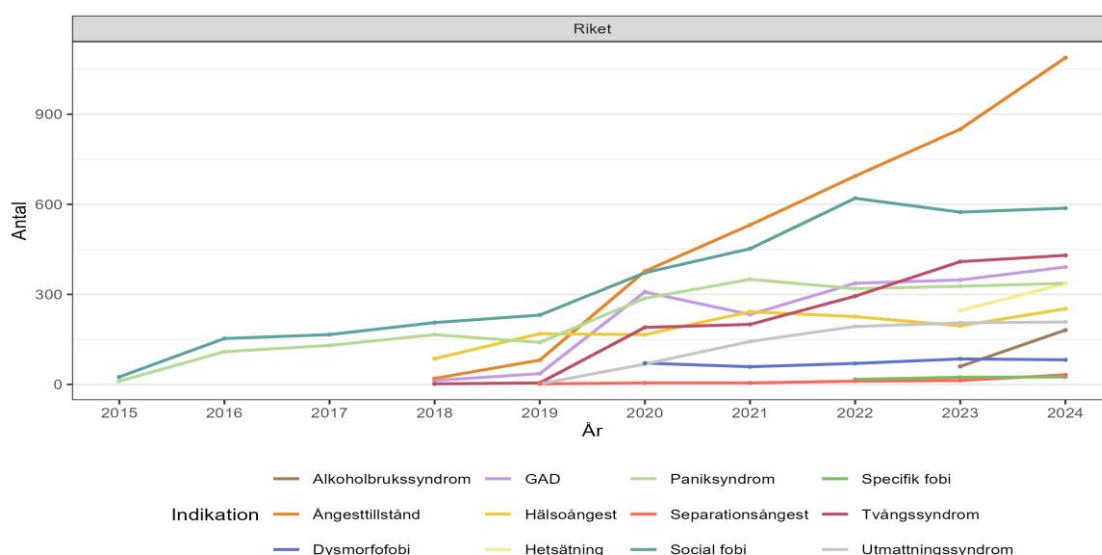
Utveckling 2015–2024 och läget 2024

Under 2024 fortsatte antalet registrerade behandlingar att öka, se figur 1, främst för ångest- och orossyndrom men också för nya indikationer som hetsätning och alkoholbrukssyndrom.



Figur 1. Antal startade behandlingar som registrerats i SibeR 2015–2024* uppdelat i övergripande diagnosgrupper (*startat Q4 föregående år till och med Q3 innevarande år)

Under 2024 registrerades 6044 nya behandlingar. Av patienterna var 69 % kvinnor, och medelåldern var 33,4 år (SD 13,7 år), median 32 år. Den yngsta patienten var 7 år och den äldsta 84 år. Figur 2 visar utveckling av indikationer inom gruppen ångest- och oros-syndrom samt alkoholbrukssyndrom, hetsätning och utmattningssyndrom för att underlätta läsning.



Figur 2. Antal startade behandlingar för indikationer som registrerats i SibeR 2015–2024 inom gruppen ångest- och oros-syndrom, samt för hetsätning, alkohol- och utmattningssyndrom

Värmland - ett exempel på verksamhetsutveckling med stöd av SibeR

Primärvården i Värmland anslöt till SibeR september 2023 och har på kort tid uppnått fina resultat efter en genomtänkt omorganisation för IKBT för regionens alla invånare i primärvård. Regionen började med IKBT redan 2016 med Psykologpartners program. Johanna Friberg, sjukvårdskurator och samordnare för KBT på nätet, har intervjuats av registerhållaren Cecilia.

Cecilia: Vad är det ni har gjort för att lyckas så bra?

Johanna: Under hösten 2023 organiserade vi oss kring [appen Vård i Värmland](#) där patienter själva kan boka in bedömningsbesök. Alla behandlare jobbar minst 20 % med IKBT för Vård i Värmland men sitter mest på sina egna vårdcentraler eller hemma. Vi har blivit bättre på att bedöma och behandla jämfört med tidigare då man kunde ha ett fåtal behandlingar per år. Vi har samordnat rutiner, handledning och uppföljning. Vi har en hel del videobesök som komplement och har blivit bra på att individanpassa stödet till patienterna.

Cecilia: Varför ville ni göra omtag kring IKBT?

Johanna: Vi såg minskat antal behandlingar, behandlare försvann, det fanns inte rutiner, handledning eller samordning. Vården var ojämlik, på vissa vårdcentraler fanns ingen tillgång till IKBT och långa köer till psykologisk behandling. Vi visste inte om behandlingarna gav resultat eller om patienter fick problem.

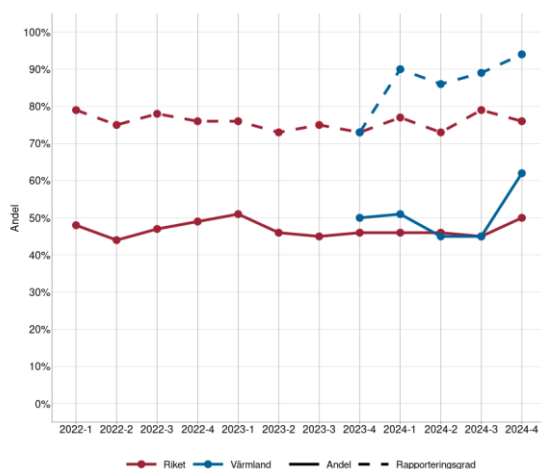
Cecilia: Hur bar ni er åt för att göra omställningen?

Johanna: Jag har haft fint samarbete med Anna-Karin utvecklingsledare i psykiatri, Birgitta utvecklingsledare för digital vård och en bra chef Åsa som stöttat oss hela vägen. Vi fick åka på SibeRs inspirationsdag januari 2023, skapade en vision som förankrades i regionen. Det blev en bra startpunkt med intresseenkäter till behandlare och utbildningsdag i september med Psykologpartners och SibeR kring att använda patientskattningar och jobba med datadriven utveckling.

Cecilia: Har du några råd att ge till andra regioner?

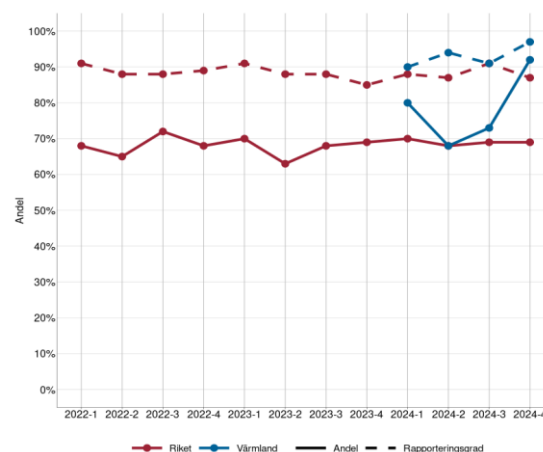
Johanna: Vi är nu 10 behandlare som arbetar cirka 20%, cirka 2 tjänster totalt, och ger mycket vård. Utan vår organisation, samordningsrollen och ett helhjärtat stöd från ledningen skulle det inte fungera. Våga ge patienterna kommandot, använd regionbaserade videolösningar tillsammans med IKBT, fundera över organisationen!

Andel behandlingar där patienten var förbättrad



Figur 3. Behandlingsresultat och rapportering, Riket och Värmland 2022–2024

Andel behandlingar där patienten fullföljt mer än 50 % av modulerna i behandlingsprogrammet



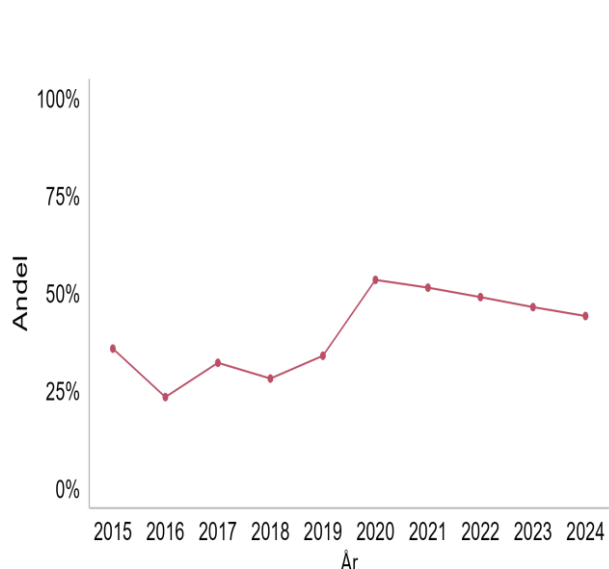
Figur 4. Fullföljande av mer än 50% av moduler, Riket och Värmland 2022–2024

”Blended” – blandat format

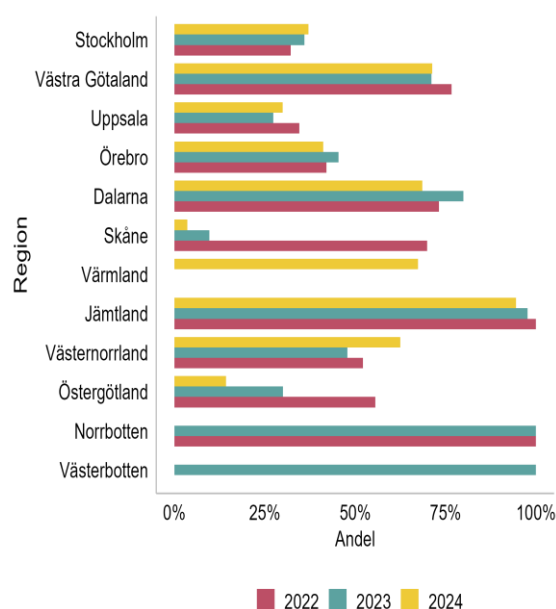
Med internetbehandling avser vi att man använder ett digitalt förmedlat program som delas till en patient i syfte att bidra till en beteendeförändring och att patienten får stöd i arbetet från en behandlare, dvs vägledde självhjälp. Det klassiska stödet sker som kommunikation mellan patient och behandlare enbart som textmeddelanden via en behandlingsplattform där programmet är inlagt och där man också delar arbetsyta.

I blandat format, ”blended”, förekommer också vårdkontakter i realtid med video, telefon eller fysiska besök. Vi är intresserade av hur vanligt det är och hur det påverkar process och resultat. I SibeR registreras därför antal vårdkontakter via telefon, video och fysiska möten som ingår i behandlingen.

Från 2015 ser vi att andelen behandlingar med någon form av realtidskontakt ökade under pandemin, för att sedan minska något och låg 2024 på en något högre nivå än 2015, se bild 5.



Figur 5. Andel behandlingar med realtidskontakt, 2015–2014

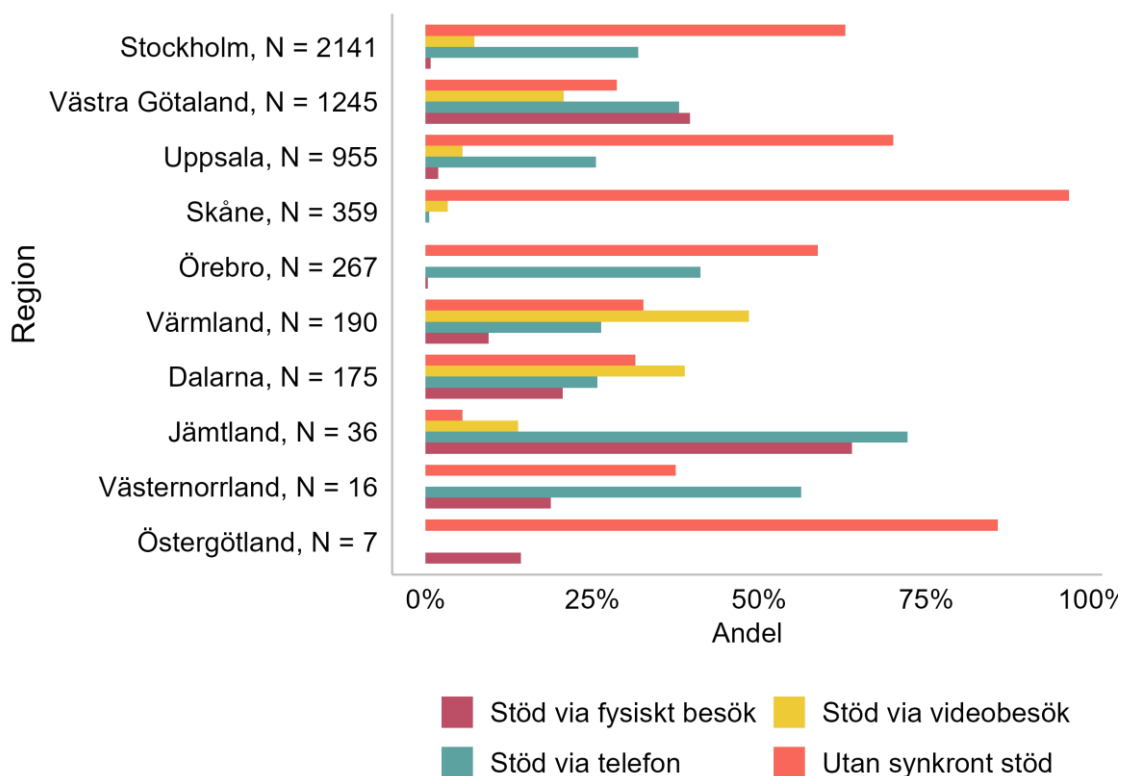


Figur 6. Andel behandlingar med realtidskontakt i regionerna, 2022–2024

I figur 6 ser vi rätt stora skillnader avseende andel realtidskontakter mellan regionerna. Jämtland har stabilt en hög andel vilket kan förstås utifrån att det här främst handlar om IGBT för barn och ungdomar i en region med stora avstånd. Dalarna ger både IGBT och videobaserad KBT (VKBT) som standardupplägg. Vi ser att behandlingarna hos nykomlingen Värmland kombineras med realtidskontakter till cirka 70 procent.

Stockholm, Uppsala och Örebro har realtidskontakter i kring 30–50 procent av behandlingarna vilket tolkas som att det inte ingår som obligatorisk del utan beror på särskilda händelser. Östergötland, Norrbotten och Västerbotten har haft piloter med mindre antal behandlingar. Skånes kraftiga minskning av realtidskontakter förklaras av att man gick över till överföring av data från journal och i den lösningen inte kunde registrera realtidskontakter. Den totala ökningen

mellan 2015–2024 uppfattas bero på att regioner som regelmässigt jobbar med blandat format har anslutit. För att fördjupa förståelsen kan vi undersöka fördelning av typ av vårdkontakt i regionerna 2024, se bild 7.



Figur 7. Fördelning av typ av vårdkontakter i realtid (synkront) och utan synkront stöd 2024

Mest intressant i figur 7 är den höga andelen av realtidskontakter i Västra Götaland där den största andelen av behandlingarna stöds av möte med behandlaren vid fysiska besök i primärvården. Även patienterna i Jämtland stöds till stor andel med fysiska vårdmöten i sina behandlingar, vilket motsäger hypotesen om videokontakter i glesbygd.

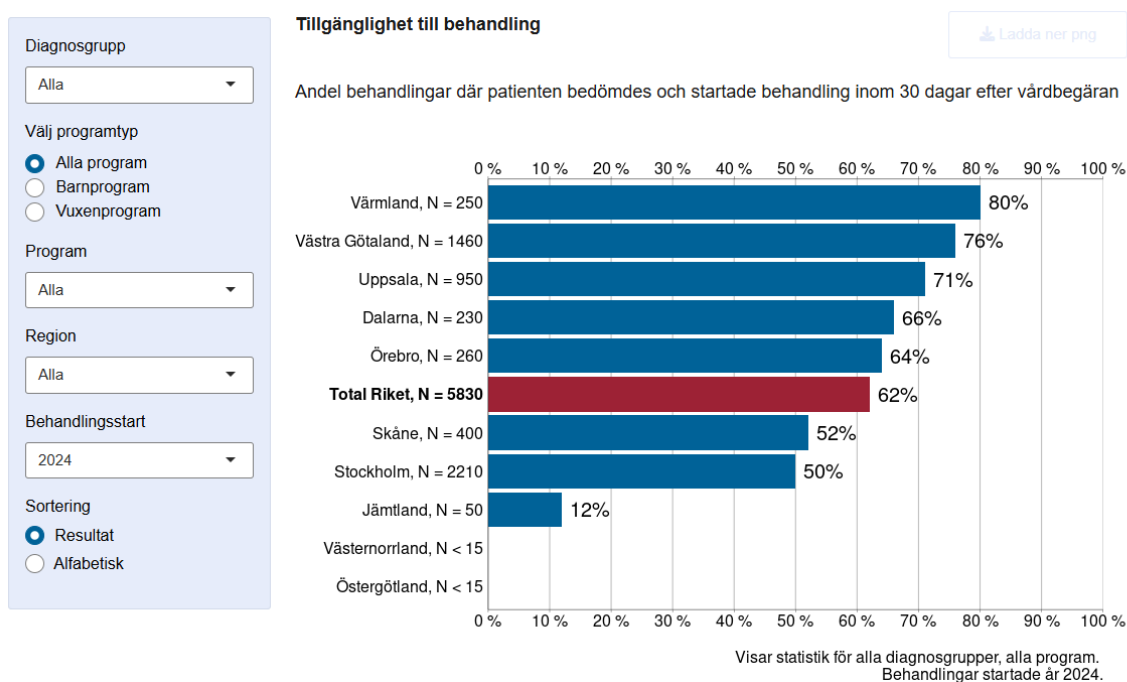
Frågan om vilken betydelse realtidskontakter har på process och utfall kan inte bevaras här, men vi har underlag för att prata med varandra om skillnader och anledningar till att man gör som man gör.

Hur går det med tillgängligheten?

En central 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. Eftersom man kunnat visa att långa väntetider ger sämre effekt av psykologisk behandling är det viktigt för enheter att bygga vårdprocesser som gör att tillgängligheten är god.

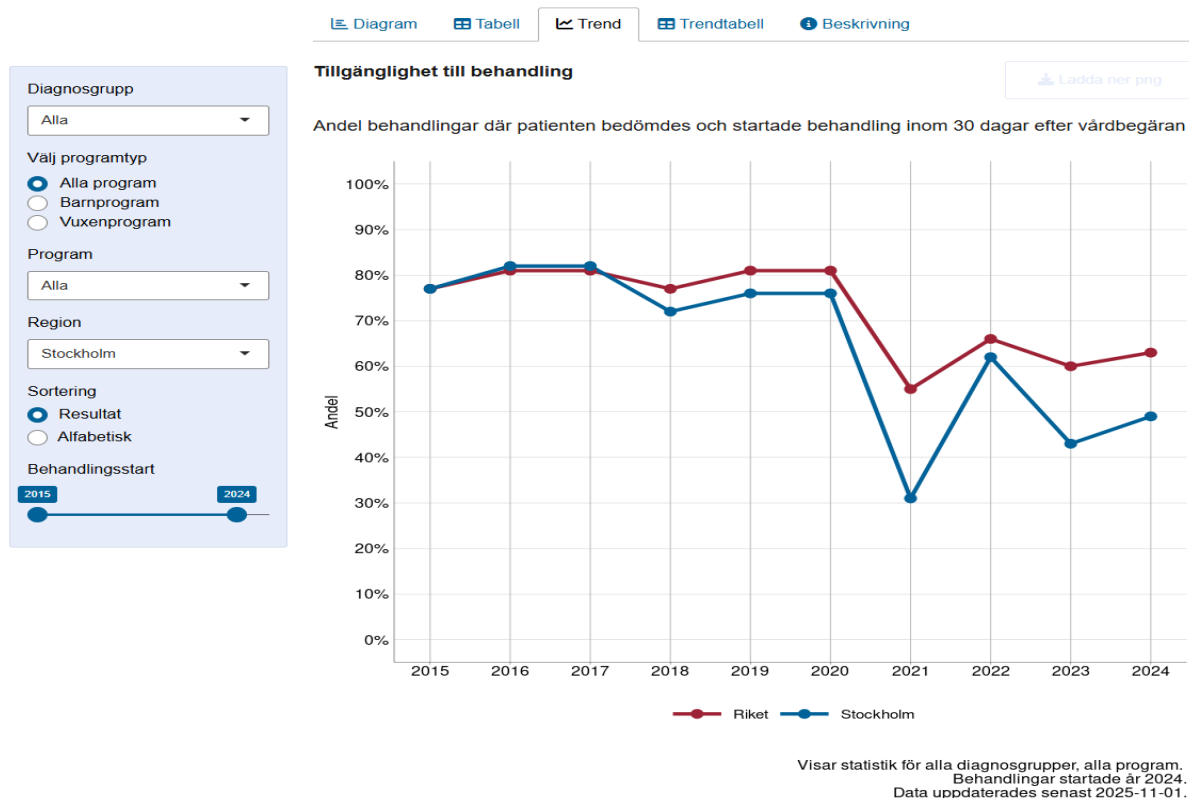
Ett av SibeRs processmått är kvalitetsindikatorn **tillgänglighet** som definieras som andelen behandlingar som startat inom 30 dagar från vårdbegäran om psykologisk behandling. Med **vårdbegäran** avses här det datum då beslut fattats att patienten skulle få bedömning för ställningstagande till psykologisk behandling. Vanligen sker det när patienter gör en egenanmälan eller när en remiss accepteras på en väntelista för bedömning. Med **behandlingsstart** avses när patienten aktivt börjat göra något i det behandlingsprogram de tilldelats. Eftersom datum för vårdbegäran och för behandlingsstart är obligatoriska variabler finns här inget bortfall.

I SibeRs statistikvisning visas indikatorn tillgänglighet till behandling. Där går det att sortera på program för vuxna respektive barn/unga, region, samt tidsperiod för behandlingsstart. Figur 8 visar indikatorn tillgänglighet till behandling under 2024 för alla behandlingar.



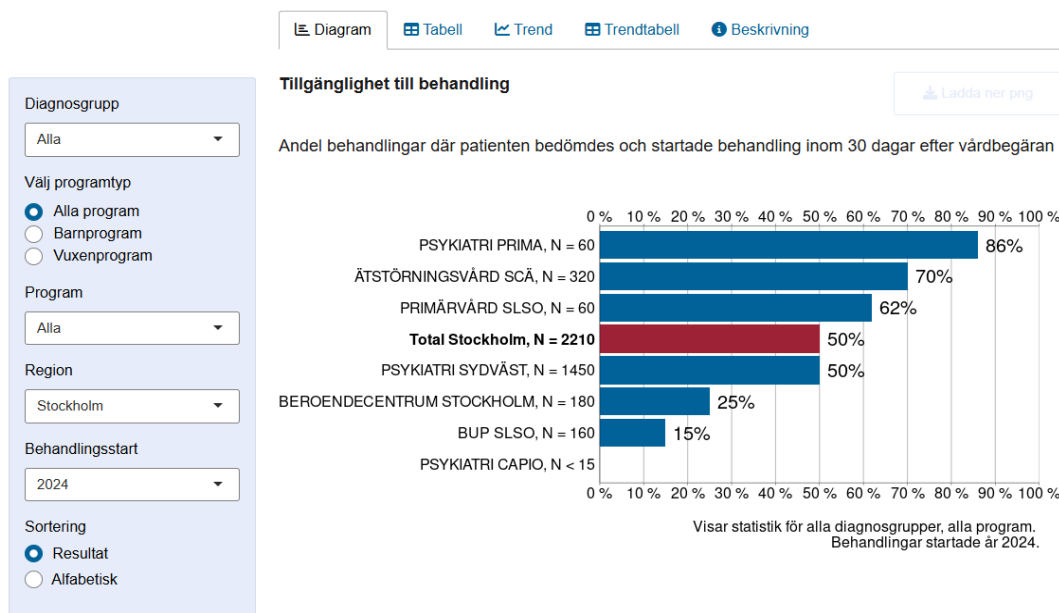
Figur 8. Indikator tillgänglighet mätt med andel som startat behandling inom 30 dagar från vårdbegäran, alla behandlingar 2024

Under fliken **Trend** i statistikvisningen visas hur utvecklingen av tillgänglighet har sett ut över tid, illustrerat i figur 9. Även om Stockholm utgör en stor andel av totalen, så visar en vidare analys i statistikvisningen av olika regioner att det inte enbart var Stockholm som hade en nedgång i tillgänglighet kring 2021.



Figur 9. Tillgänglighet till behandling, Riket och Stockholm, 2015–2024

En vidare analys av Stockholm visar att tillgängligheten varierade mycket mellan olika enheter i regionen under 2024, se figur 10.

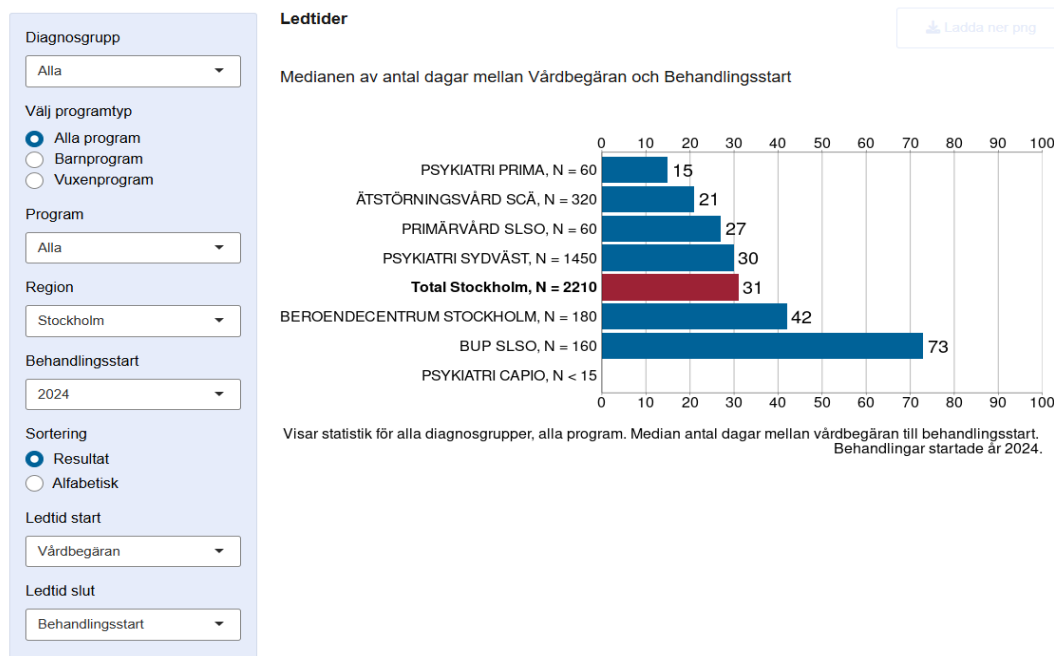


Figur 10. Tillgänglighet till behandling inom Stockholm, 2024

Utöver kvalitetsindikatorn **Tillgänglighet** kan man också i statistikvisningen få en fördjupad bild i **Processmått / Ledtider**. Här visas medianen för antal dagar mellan **Ledtid start** och **Ledtid slut**. I statistikvisningen går det att göra olika val för **Ledtid start** och **Ledtid slut**, mellan alternativen: *Vårdbegäran*, *Beslut*, *Behandlingsstart* och *Behandlingsavslut*.

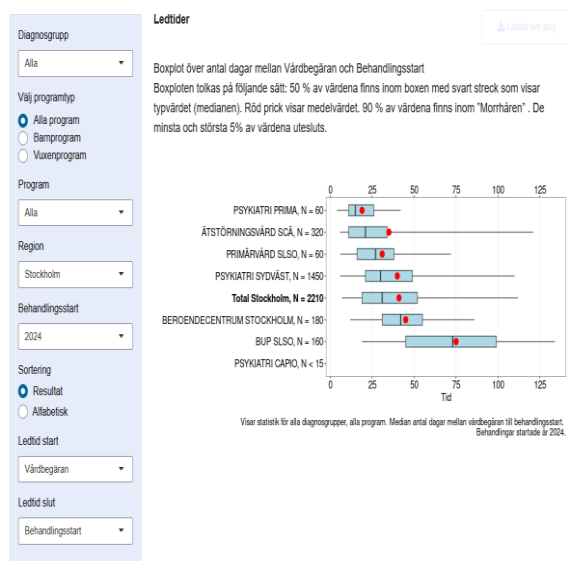
Ledtider ger en bild av hur flödet ser ut mellan olika steg i vårdprocessen. Långa eller ojämna ledtider kan visa **VAR** det finns problem i enhetens rutiner och vårdprocessen. Ledtider kan påverka behandlingsresultat och fullföljande.

I figur 11 är visningen inställd på **Ledtid start: Tidpunkt för vårbegäran**, och **Ledtid slut: Behandlingsstart**, vilket ger en bild av skillnader i median av antal dagar mellan verksamheterna.



Figur 11. Ledtiden median av antal dagar vårbegäran-behandlingsstart Stockholm 2024

DETALJERAT DIAGRAM för **Processmått / Ledtider** visar en så kallad Boxplot över fördelning och spridning av antal dagar mellan **Ledtid start** och **Ledtid slut**.



Vi kan bland annat se att BUP både har långa ledtider i genomsnitt och att det är en stor spridning, medan Psykiatri Prima hade korta ledtider med liten spridning mellan de kortaste och längsta ledtiderna.

Det kan finnas flera olika orsaker bakom det här, vilket kan vara viktigt för en enhet att undersöka.

Anslutnings-och täckningsgrad

Anslutning

Implementering och utveckling av internetbehandling sker ojämnt i landet. Det är omöjligt att beräkna anslutningsgrad på enhetsnivå eftersom internetbehandling bedrivs på allt från enskilda vårdcentraler i skiftande samverkansformer till specialiserade enheter och inom flera olika vårdgrenar. Det är nu cirka 380 enheter anslutna till SibeR.

Regioner som var aktivt anslutna till SibeR under 2024 var Dalarna, Jämtland/Härjedalen, Skåne, Stockholm, Uppsala, VGR, Värmland, Västernorrland och Örebro. Några andra regioner har gjort piloter men bestämt sig för att avvakta, mycket på grund av problem kring informationsförsörjning som byten av journalsystem och kapacitetsbrist, men även av andra skäl. Deltagande i uppföljning av vård via kvalitetsregister är ju frivilligt för regionerna.

Definition av täckningsgrad

Täjlare är antalet registrerade behandlingar i SibeR som startades under kvartal 4 föregående år till och med kvartal 3 för året. På så sätt fångas de behandlingar som bör ha avslutats under kalenderåret med behandlingsresultat. Nämnare är antalet startade behandlingar i aktivt anslutna verksamheter under motsvarande tidsperiod. Med aktivt ansluten avses att det inte är nystartat, pilottest eller paus i registreringar. Uppgifter för nämnaren baseras på data över av invånare startade behandlingsprogram från *Ineras statistik* med sortering på de behandlingsprogram som används i regionerna.

Betydelsen av täckningsgrad och rapporteringsgrad

När man jämför och tolkar behandlingsresultat i figurer och tabeller är det viktigt att ta hänsyn till täckningsgrad och rapporteringsgrad.

Täckningsgrad är andelen registrerade behandlingar av de som startats på aktivt anslutna enheter. På ett övergripande plan kan den uppgiften avläsas i tabellen för täckningsgrad i regionerna, men är svår att se på indikationsnivå.

Rapporteringsgrad är andelen behandlingar som har registrerad eftermätning av resultat 90 dagar efter behandlingsstart.

När man granskar en figur över behandlingsresultat i SibeRs utdatavisning på hemsidan så bör man alltid även granska tabellen som visar underlaget för grafen inklusive rapporteringsgrad. Risker är annars stor att misstolka resultaten. Målsättningen är att både täcknings- och rapporteringsgrad ska vara **minst 80 procent** (**gulmarkerat**) och med stjärna nedan där det förekommer).★

Behandlingsprogram för vuxna 2024

Övergripande var **täckningsgraden** för vuxenprogram **71%** och **rapporteringsgraden 89%** vilket är rätt bra, men bägge måtten varierar en hel del mellan regioner och verksamheter.

Behandlingsresultat för indikationsgrupperna för vuxenprogrammen mäts med sjukdoms-specifika patientrapporterade utfallsmått. Tabell 1 visar registrerade behandlingar med täcknings- och rapporteringsgrad för vuxenprogram i regionerna.

Tabell 1. Antal registrerade behandlingsprogram* för vuxna i diagnosgrupper och totalt med täcknings- och rapporteringsgrad under 2024 i SibeR för anslutna regioner och vårdgrenar

Region	Vårdgren	Ej eftermätning (Rapporteringsgrad)	Depression	Sömnstörning	Ångest- och orossyndrom	Stresssyndrom	Magbesvär, IBS	ADHD	Alkoholbrukssyndrom	Hetsätning	Totalt (Täckningsgrad)
Dalarna	Primärvård	13 (92%) 59/72	32	13	90	32	0	5	0	0	172 (48%)** 172/362
	Psykiatri	12 (66%) 15/27	6	1	10	0	0	10	0	0	27 (44%, 27/62)
Skåne	Primärvård	3 (83%) 19/22	2	1	13	6	0	0	0	0	22 (NA)
	Psykiatri	24 (72%) 50/85	1	0	57	1	0	26	0	0	85 (33%, 85/255)
Stockholm	Primärvård	35 (53%) 39/74	25	12	10	27	0	0	0	0	74 (67%, 74/110)
	Psykiatri	40 (98%) 1945/1985	240	278	810	0	119	22	181	335	1985 (91%) 1985/2180
Uppsala	Primärvård	0 (100%) 925/925	132	133	540	120	0	0	0	0	925 (100%) 925/925
	Psykiatri	0 (100%) 3/3	0	0	3	0	0	0	0	0	3
Värmland	Primärvård	26 (88%) 187/213	18	15	149	31	0	0	0	0	213 (71%) 213/300
Väster-norrland	Psykiatri	3 (84%) 16/19	2	5	9	0	0	3	0	0	19 (68%) 19/60
Västra Göt-land	Primärvård	385 (74%) 1132/1517	242	83	980	208	0	3	0	1	1517 (52%) 1538/2981
	Psykiatri	1 (95%) 20/21	5	3	11	2	0	0	0	0	21
Örebro	Psykiatri	0 (100%) 267/267	145	0	122	0	0	0	0	0	267 (87%) 267/308
Öster-götland	Primärvård	1 (88%) 7/8	1	1	5	1	0	0	0	0	8 (NA)
Totalt		543 (89%) 4795/5338	851	545	2809	428	119	69	181	336	5338 (71%) 5305/7521

* startade kvartal 4 2023 - kvartal 3 2024, ** täckningsgrad beräknad från av invånare startade program i Ineras statistik motsvarande period

ADHD

Problem med uppmärksamhet, svårigheter med att organisera sin vardag och med att reglera känslor och beteenden är vanliga i befolkningen. Trycket på utredningar och behandling för ADHD är stort inom både primärvård och psykiatri, vilket resulterar i långa köer. Socialstyrelsen förordar nu stegvisa insatser och att tillgången till psykologiska insatser behöver öka. Internetförmedlade insatser har visat sig effektiva i studier, men behöver utvärderas i klinisk praxis (Kenter, et al, 2023).

Under 2024 (kvartal 4 2023 – kvartal 3 2024) så **startades 676 program** med digitala behandlingsprogram för personer med ADHD-symtom i riket enligt Ineras statistik (Skåne 253, Västerbotten 80, Dalarna 68, Jönköping 84, Kronoberg 68, Jämtland/Härjedalen 18, Stockholm 64, Västernorrland 3, Östergötland 41). Program och utgivare var Internethjälpen vid ADHD (Livanda), ADHD-hjälpen (Psykologpartners) och ADHD-skolan (Västerbotten). I SibeR **registrerades totalt 69 behandlingar** med adhd som indikationsdiagnos, varav 15 i Dalarna, 26 i Skåne, 22 i Stockholm, 3 i Västra Götaland (ej ADHD-program), och 3 i Västernorrland. Alla behandlingar, utom i VGR, hade startats med Livandas program Internethjälpen vid ADHD. Av alla behandlingar i riket var det alltså cirka 10 procent som följdes upp via SibeR, vilket är synd eftersom det finns ett stort behov av att utvärdera och vidareutveckla insatser för patientgruppen.

Utfallet för adhd-behandling svårt att tolka

Utfallsmåttet för psykologiska behandlingar för ADHD i SibeR är **Adult Attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life Scale (AAQoL; Brod et al, 2006)**. AAQoL består av 29 frågor om senaste 14 dagar och valdes eftersom det rekommenderas för uppföljning av psykologiska behandlingar för ADHD som syftar till att lära ut kompenserande färdigheter, öka funktion och livskvalitet. AAQoL är dock för långt för att kunna besvaras av patienterna vid varje modul eller varje vecka så den finns enbart vid uppstart och avslut av behandlingen.

Eftermätning med AAQoL fanns registrerad hos 27 procent av de 69 startade behandlingarna. För dessa cirka 20 patienter var 35 procent förbättrade enligt kriteriet att adhd-relaterad livskvalitet mätt med AAQoL hade ökat med 20 %. Kring 60 procent av patienterna hade genomfört minst hälften av modulerna i programmet. Täckningsgraden och datakvaliteten är för låg för att dra några större slutsatser av resultaten än att det behövs metodutveckling. Tabell A1 i Appendix visar antal startade behandlingar i regioner och vårdgrenar med resultat för AAQoL.

Lärandeteam IKBT-ADHD

Under 2024 samlade SibeR medarbetare från psykiatriska mottagningar i Dalarna, Skåne och Stockholm till två digitala lärande-team om IKBT för ADHD tillsammans med program-leverantören Lasse Ström på Livanda och samordnare i Dalarna och Skåne. Syftet var att reflektera över resultaten, och byta erfarenheter kring vad som fungerar bra och mindre bra.

Behandlarna delade upplevelsen av att vissa patienter drar stor nytta av programmet men att det också är rätt stora problem med avhopp och vacklande motivation. Man diskuterade urval, innehåll i programmet och metoder för att stödja patienten i behandlingsarbetet. Några slutsatser var att enklare utfallsmått för löpande återkoppling vore bra och för att öka andelen behandlingar med eftermätningar, samt att ha en formaliserad avstämning med uppföljningsskattningar och realtidskontakt tidigt i vårdprocessen.

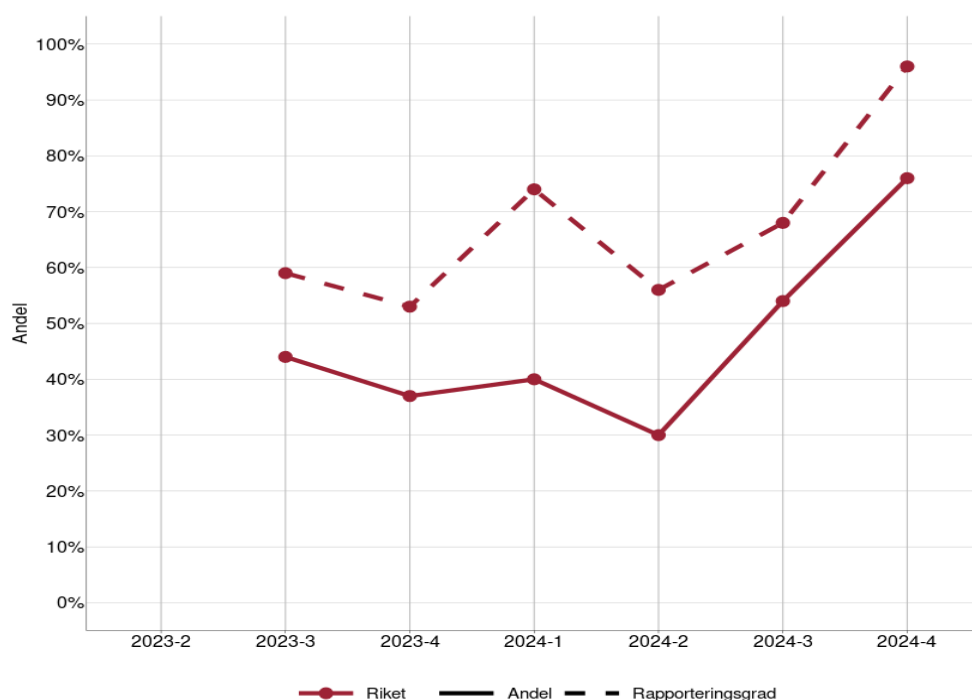
Alkoholbrukssyndrom

Indikationen Alkoholbrukssyndrom infördes i SibeR 2022 inför anslutning av eStödsenheten inom Beroendecentrum Stockholm. I samråd med nationella experter valdes självskattad total **alkoholkonsumtion senaste sju dagar, mätt med Timeline Follow-Back-metoden (TLFB;** Sobell et al, 2003) som utfallsmått och kriteriet 30 % minskning av antal glas per vecka. Under 2024 registrerades 181 behandlingar i Stockholm med ett eget utvecklat behandlingsprogram som är utvärderat i forskning med grundreferens Johansson et al. Internet-Based Therapy versus Face-to-Face Therapy for Alcohol Use Disorder, a Randomized Controlled Non-Inferiority Trial. Addiction 2020.

Förbättrade rutiner och resultat på eStödsenheten

e-Stödsenheten registrerade behandlingar från 2023 och under det året hade man problem med att cirka hälften av patienterna inte fullföljde överenskommen behandlingstid (avhopp) och att det saknades eftermätningar för dessa patienter. Under 2024 arbetade man hårt och framgångsrikt på att förbättra rutiner för dokumentation och uppföljning i samarbete med SibeR. Andelen behandlingar med eftermätningar ökade till 75 % och behandlingsresultaten förbättrades. Av alla som startade behandling blev 53 procent förbättrade och av de som fullföljde behandlingstiden blev 57 procent förbättrade. Tabell A2 i Appendix visar utfallet för 181 startade behandlingar i Stockholm. Figur 12 visar trenden för resultat och datakvalitet.

Andel behandlingar där patienten var förbättrad



Visar statistik för diagnosgruppen: Alkoholbrukssyndrom, alla program.
Behandlingar startade år 2024.

Figur 12. Alkoholbrukssyndrom. Förändring av andel förbättrade och andel med eftermätning (rapporteringsgrad) 2023–2024

Depression

Indikationen depression har följts upp allt sedan starten av SibeR 2015. Här finns anledning att i mer detalj visa vilken information man kan utvinna från den öppna statistikvisningen på SibeRs websida och att vara pedagogisk kring tolkning av data.

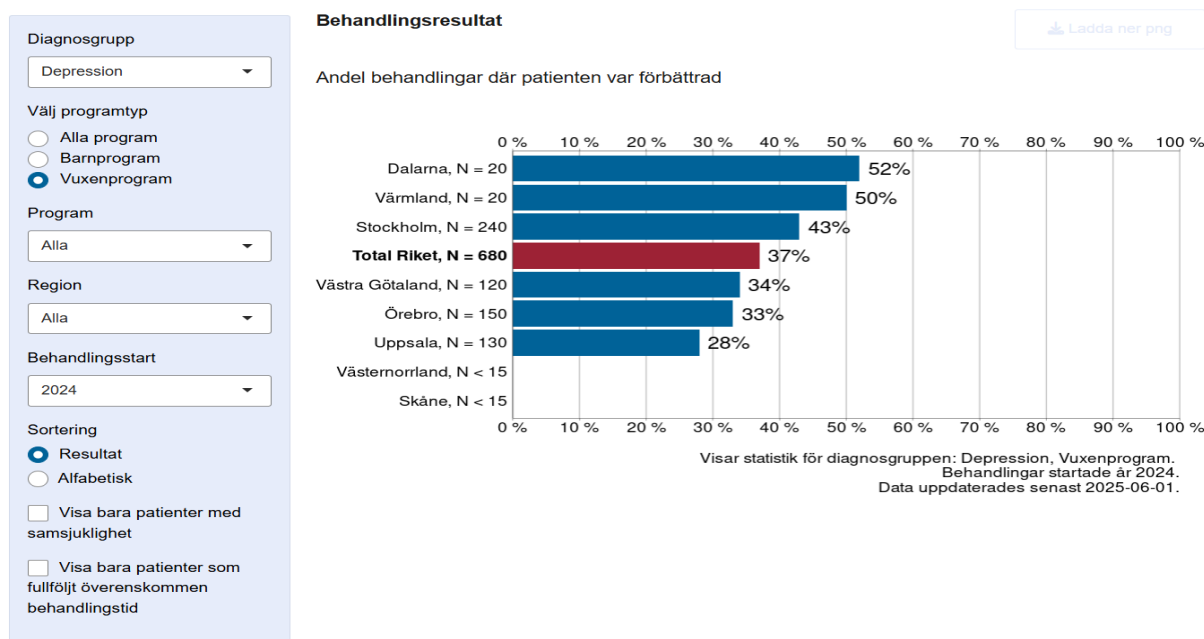
MADRS-S

För depression mäts andelen förbättrade med det sjukdomsspecifika måttet Montgomery Åsberg Depression Rating Scale-Self Assessment (MADRS-S, Svanborg & Åsberg, 1994) och med kriteriet $\geq 40\%$ minskning.

Utfall för depressionsbehandling 2024

Under 2024 registrerades cirka 680 behandlingar för depression, varav Stockholm, Uppsala, VGR och Örebro stod för merparten. Andel förbättrade av startade behandlingar var i Dalarna 52 procent (rapporteringsgrad 40 %), Värmland 50 procent (rapporteringsgrad 95 %), Stockholm 43 procent (rapporteringsgrad 88 %), Västra Götaland 34 procent (rapporteringsgrad 52 %), Örebro 33 procent (rapporteringsgrad 98 %), och Uppsala 28 procent (rapporteringsgrad 100 %). Figur 13 visar behandlingsresultat för depressionsprogram för behandlingar med eftermätning.

Effektstorlekar och underlaget avseende MADRS-S-värden och antal vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för regioner och vårdgrenar 2024 finns i tabell A3 i Appendix. Motsvarande uppgifter för förändring av funktion mätt med WHODAS 2.0–12 frågor finns i tabell A4 i Appendix.



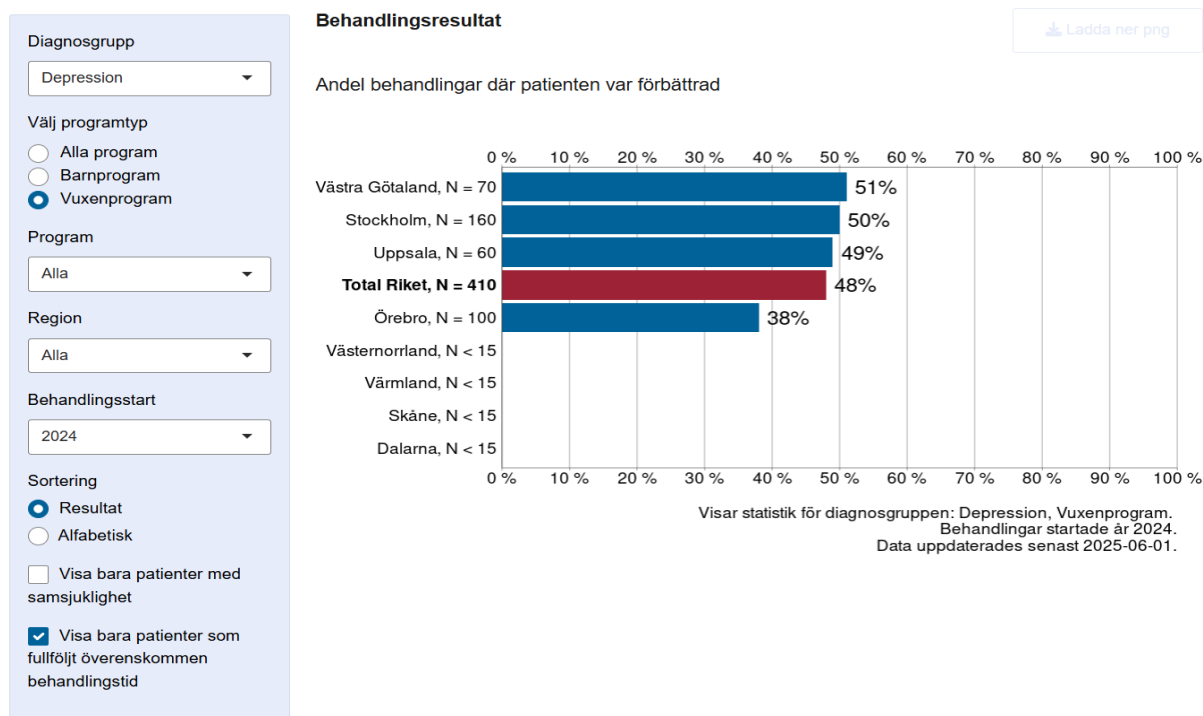
Figur 13. Andel förbättrade vid depressionsbehandling för vuxna mätt med MADRS-S, 2024

Hur tolka resultaten av depressionsbehandling i Uppsala?

IKBT i Uppsala bedrivs på en välfungerande central enhet för regionens alla invånare inom primärvården. Man har en mycket god datakvalitet med registrering av eftermätning för alla behandlingar. Hur ska resultatet tolkas att andelen förbättrade i depressionsbehandling är 9 procentenheter lägre än riksgenomsnittet?

Den första grafen som visas på SibeRs öppna statistikvisning anger behandlingsresultat för alla som startar behandling, oavsett fullföljande av behandlingen. Kan utfallet vara annorlunda för de patienter som fullföljt överenskommen behandlingstid?

Om man klickar i rutan Sortering för fullföljt överenskommen behandlingstid får vi grafen i figur 14 som visar att Uppsalas patienter som fullföljt behandlingstiden hade samma andel förbättrade som riksgenomsnittet, dvs kring 50 procent.



Figur 14. Andel förbättrade vid depressionsbehandling för vuxna mätt med MADRS-S, endast patienter som fullföljt överenskommen behandlingstid, 2024

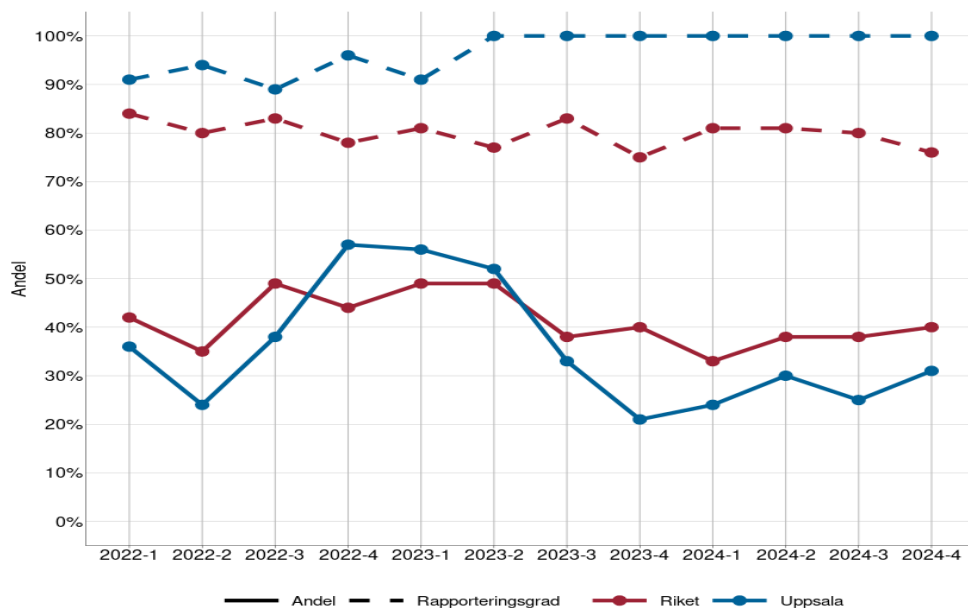
Låt oss därför återvända till hela gruppen, både de som hoppat av och de som fullföljt behandlingstiden, och undersöka hur utvecklingen sett ut över tid. Trenddiagrammet i Figur 15 visar att behandlingsresultaten varierat över åren 2022–2024 med tidvis höga resultat i Uppsala. Det mest markanta är kanske den höga andelen eftermätningar (100%) sedan kvartal två 2023.

Vi vet att Uppsala har samma egenutvecklade behandlingsprogram för depressionsbehandling sedan 2018. För att gå vidare i analysen bör vi undersöka om fullföljandegraden av antal moduler skiljer sig mot andra regioner och över tid för Uppsala.

SibeR definierar fullföljandegrad på två sätt: 1) fullföljd överenskommen behandlingstid (sorteringsvariabel) och 2) andel behandlingar där patienten tagit del av (exv. visat genom att ha läst eller fyllt i övningar) mer än 50 % av modulerna (avsnitten) i behandlingsprogrammet (indikator).

Man kan klicka i rull-listan under Resultat för Fullföljande och får då jämförelser mellan regioner för indikatorn i ett stapeldiagram. Om man istället väljer fliken trenddiagram och klickar i Uppsala som region går det att undersöka hur fullföljandegraden varierat över tid för Uppsala och för Riket. Figur 16 visar att indikatorn för fullföljandegrad varierat en del, och att resultatet snarare tidvis varit högre än riksgenomsnittet och med en hög rapporteringsgrad (100%).

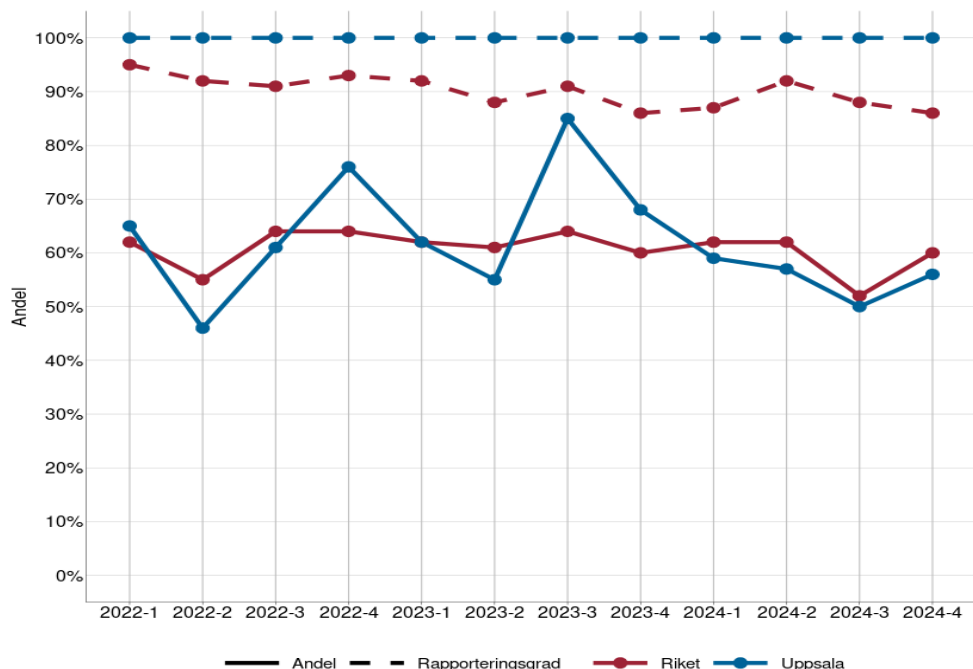
Andel behandlingar där patienten var förbättrad



Visar statistik för diagnosgruppen: Depression, Vuxenprogram.
Behandlingar startade alla år.

Figur 15. Trenddiagram andel förbättrade patienter, samt rapporteringsgrad för indikation depression, 2022 – 2024

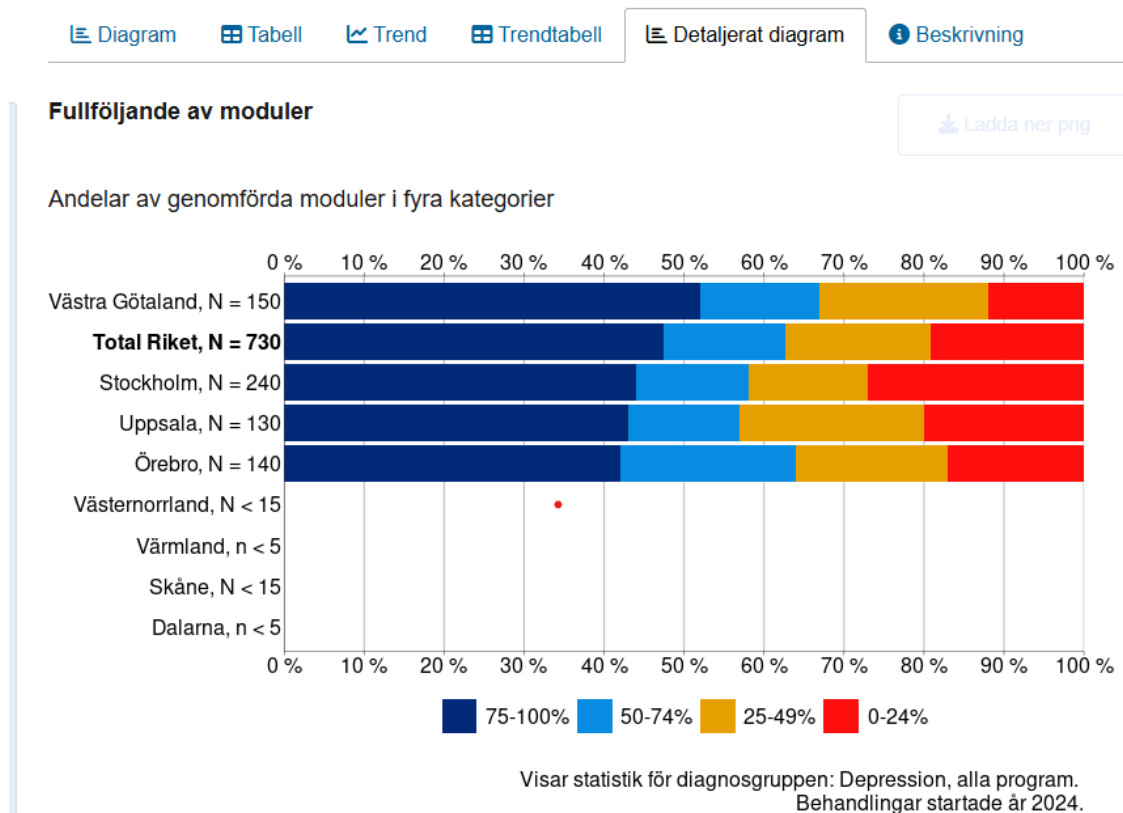
Andel behandlingar där patienten fullföljt mer än 50 % av modulerna i behandlingsprogrammet



Visar statistik för diagnosgruppen: Depression, Vuxenprogram.
Behandlingar startade alla år.

Figur 16. Andelar behandlingar med mer än 50 % genomförda moduler, samt rapporteringsgrad i behandling för depression, 2022–2024

Som fördjupning finns ett detaljerat diagram där kategorier av antal moduler framgår. Varken indikatorn eller det detaljerade diagrammet, figur 17, talar för att lägre fullföljande är förklaringen.



Figur 17. Andelar av genomförda moduler i depressionsbehandling 2024

Reflektion över resultaten för depression

Ungefär hälften av patienterna som fullföljer behandlingstiden förbättrades enligt kriteriet $\geq 40\%$ minskning av MADRS-S. Det är ungefär vad som kan förväntas, men det ger också utrymme för att förbättra vårdprocesser och program så att fler kan bli hjälpta.

Värmland, Stockholm, Örebro och Uppsala har alla hög rapporteringsgrad och därmed god datakvalitet. Dalarna och Västra Götaland visar lägre rapporteringsgrad och har även lägre täckningsgrad, vilket medför att deras resultat blir mer osäkra att analysera och tolka.

Vi undersökte resultaten för Uppsala som hade lägst andel förbättrade av startade behandlingar. För patienter som fullföljde behandlingstiden var inte resultaten sämre och man hade inte lägre andel som fullföljt moduler i programmet. Man hade 100 procent uppföljning med eftermätning och vår rekommendation är att Uppsala undersöker sina rutiner. Verksamheten kan ha kännedom om förändringar av vårdprocess och dokumentationsrutiner av betydelse för utfall. Exemplet depression visar hur man kan fördjupa undersökning av skillnader i effekt om man ser något som förvånar.

Dysmorfofobi (upplevd fulhet)

Dysmorfofobi (på engelska Body dysmorphic disorder; BDD) är ofta förbisett i vården fastän undersökningar visat att cirka 1,5 procent av befolkningen lider av detta. En systematisk litteraturoversikt, publicerad juni 2024, drar slutsatsen att KBT för BDD, antingen ansikte mot ansikte eller via internet, är den mest effektiva behandlingen för BDD (Caponnetto, P et al. Body dysmorphic disorder and psychotherapeutic interventions: a systematic literature review. *Health Psychology Research*, 12, 2024).

Sedan 2020 erbjuder OCD-mottagningen på Psykiatri Sydväst i Stockholm IGBT för BDD för hela landet med ett evidensbaserat program. Under 2024 började Nära Vård Digitalt i Uppsala erbjuda IGBT för BDD för invånare i Uppsala med ett program med samma ursprung som programmet på Psykiatri Sydväst (Enander, J. et al. Therapist guided internet based cognitive behavioural therapy for body dysmorphic disorder: Single blind randomised controlled trial. *BMJ*, 2016)

AAI

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.

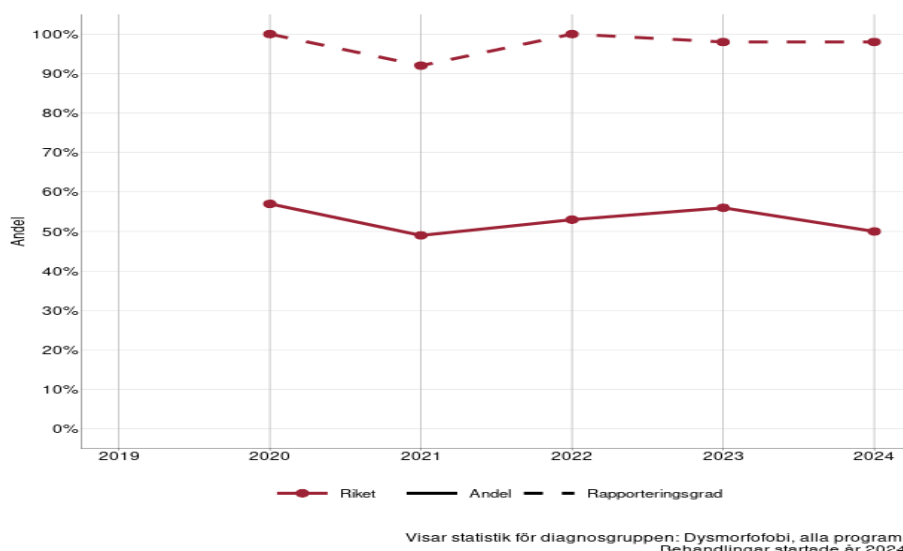
Utfall för BDD-behandling 2024



Under 2024 registrerades 75 behandlingar från Stockholm (rapporteringsgrad 97%) och 7 behandlingar från Uppsala. Effektstorlekar och underlaget avseende AAI- värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt motsvarande för funktion mätt med WHODAS-12 frågor finns i Appendix, tabell A5 och A6.

Andel behandlingar där patienten fullföljt mer än 50 % av modulerna i behandlingsprogrammet var 67 procent. Av alla startade var 37 procent förbättrade, och av de som fullföljt behandlingstiden var 49 procent förbättrade. Resultaten ter sig stabila för de som fullföljer behandlingstiden, se Figur 18. Det kommer bli intressant att även följa utvecklingen i Uppsala.

Andel behandlingar där patienten var förbättrad



Figur 18. Trenddiagram av andel förbättrade vid behandling för dysmorfofobi, 2020–2024

Generaliserat ångestsyndrom (GAD)

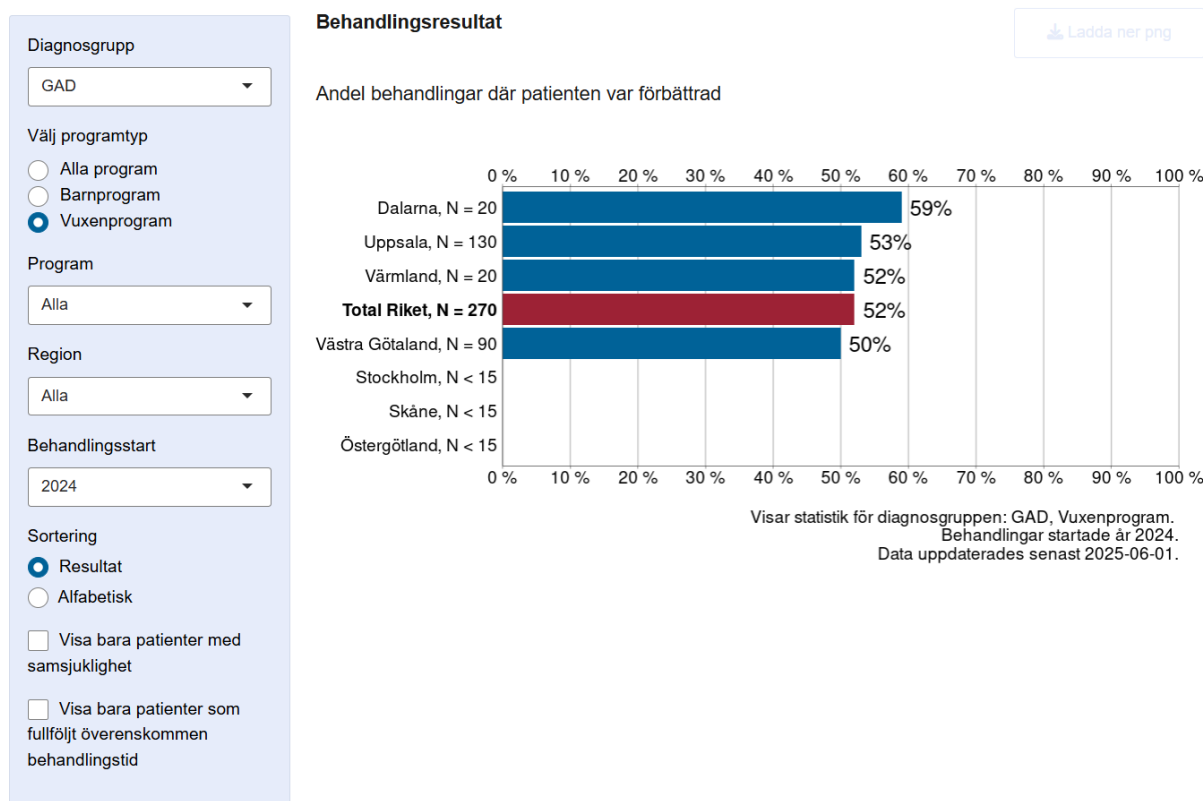
Indikationen GAD infördes i SibeR 2019. GAD är vanligt med en prevalens på cirka 3 % i befolkningen och kan ha ett livslångt förlopp. Enligt nationella riktlinjer ska patienterna i första hand behandlas i primärvården med antidepressiva läkemedel eller KBT. Tidigare fanns inte specifika IGBT-program för GAD tillgängliga i reguljär vård utan man använde så kallade transdiagnostiska program med allmänna principer för behandling av oro och ångest.

Det sker nu en utveckling av IGBT-program med specifika behandlingsmodeller för GAD som började användas under 2022 i Uppsala och i Dalarna. Livandas oros-program har också uppdaterats till modellen kring intolerans för osäkerhet som antas vara en av mekanismerna vid GAD.

GAD-7

Andelen förbättrade vid behandling för generaliserat ångestsyndrom (GAD) mäts med det sjukdomsspecifika måttet Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7; Spitzer et al, 2006) och kriteriet ≥ 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>.

Utfall av behandling för GAD



Figur 19. Andel förbättrade vid GAD-behandling för vuxna mätt med GAD-7, 2024

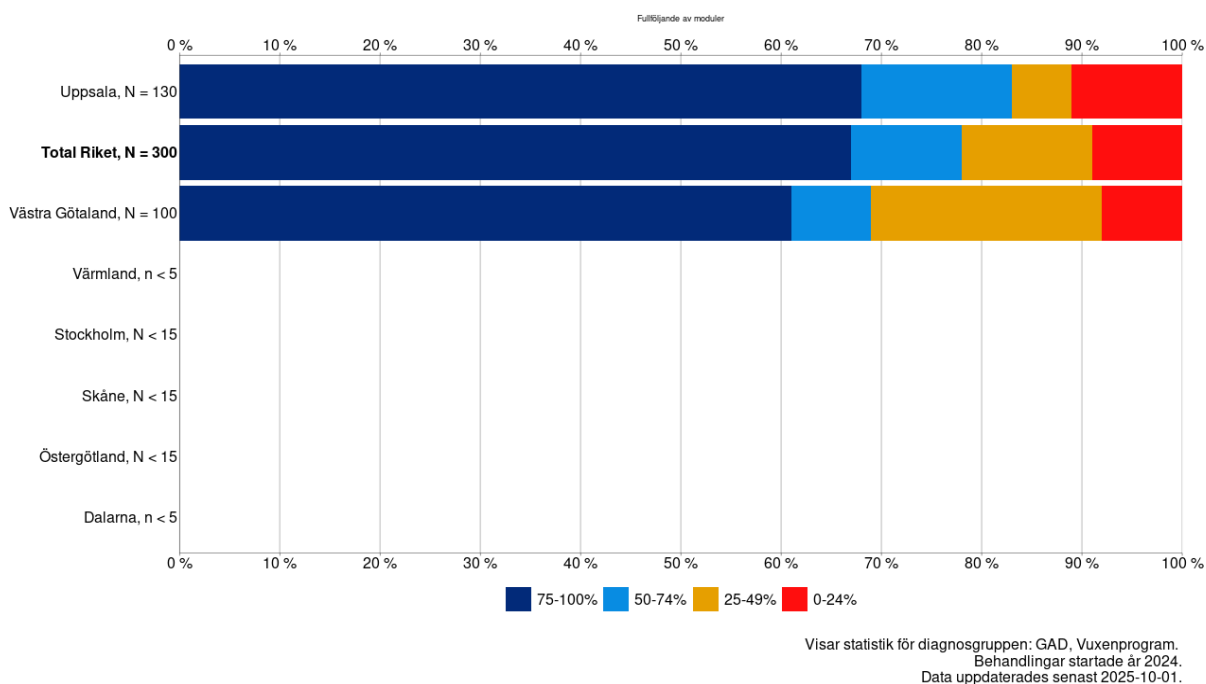
Figur 19 visar behandlingsresultat för vuxna behandlade för GAD 2024 och andelen förbättrade var i Dalarna 59 procent (rapporteringsgrad 65 %), Uppsala 53 procent (rapporteringsgrad 100 %), Värmland 52 procent (rapporteringsgrad 88 %), och Västra Götaland 50 procent (rapporteringsgrad 56 %).

Effektstorlekar och underlaget avseende GAD-7-värden och antal vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för alla regioner finns i tabell A7, och motsvarande för funktion mätt med WHODAS-12 frågor i tabell A8 i Appendix. För de som fullföljt behandlingstiden var andelen förbättrade 62 procent för riket och för Uppsala till 67 procent. Eftersom Uppsala har 100 % rapportering är resultaten tillförlitliga.

Uppsala har också en hög andel som fullföljer många moduler i programmet. Nästan 70 procent genomförde minst 75% av modulerna och drygt 80 procent genomförde minst 50 % av modulerna, se figur 20 som visar ett detaljerat diagram över fullföljande av moduler i kategorier.



Uppsala hade 100 procent och VGR 70 procent rapportering av fullföljande av moduler.



Figur 20. Andelar genomförda moduler i behandling för GAD, 2024

Reflektion över resultaten för GAD

Resultatet för GAD-behandling med Uppsalas program är fina och något bättre är resultaten med transdiagnostiska program som används i VGR (Ångesthjälpen och Oroshjälpen). Resultaten i VGR är också mycket osäkra pga låg täcknings- och rapporteringsgrad, 52% och 56%, vilket innebär att man där hade resultat för cirka en fjärdedel av sina behandlingar för GAD.

Hetsätning

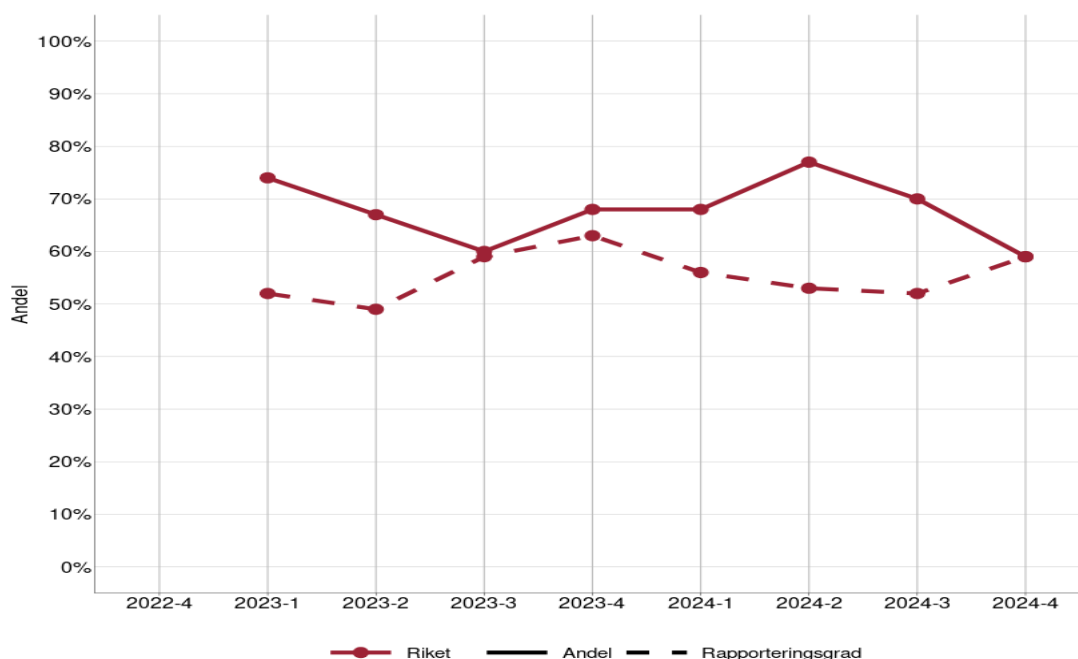
Hetsätning inkluderades som indikation i SibeR 2022 och december 2022 började IKBT-behandlingar registreras från Stockholms Centrum för Ätstörningar (SCÄ) i Stockholm. Man behandlar med programmet NÄRA, byggt enligt Fairburns behandlingsmanual för CBT-E och i samverkan med brukare. Programmet har preliminärt utvärderats vetenskapligt (Wiberg, A. C. et al, 2022, Internet-based cognitive behavior therapy for eating disorders–Development and feasibility evaluation. *Internet Interventions*, 30, 100570).

EDE-Q

Andelen förbättrade vid behandling för hetsätning mäts med det sjukdomsspecifika måttet Eating Disorders Examination – Questionnaire (EDE-Q 6.0) enligt nationella riktlinjer och kriteriet $\geq 30\%$ minskning. EDE-Q mäter ätstörningspatologi under de senaste 28 dagarna med fyra delskalor. Varje delskala mäts med 0 - 6 poäng, totalpoängen är ett medelvärde av de fyra delskalorna. Totalpoängen varierar mellan 0,00 – 6,00 poäng där 2,76 och högre indikerar kliniska symtom. Formuläret innehåller även ett antal fler frågor om beteenden men svaren på dessa frågor ingår inte i poängberäkningen för totalpoängen som är den som redovisas i SibeR. En svårighet med EDE-Q är många och komplexa frågor samt att tidsramen 28 dagar gör att den inte kan användas för löpande veckomätningar.

Utfall av behandling för hetsätning

Det var 335 patienter som startade behandling för hetsätning i Stockholm, varav 188 hade eftermätning med EDE-Q (rapporteringsgrad 51%). Effektstorlekar och underlaget avseende EDE-Q värden och antal vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning finns i tabell A9. Det var mycket fina resultat med 76 procent förbättrade av dem som fullföljt behandlingstiden och att 69 procent av alla som startade behandling fullföljde mer än hälften av modulerna. Trenddiagrammet i figur 21 illustrerar svårigheten med rapportering av eftermätning för behandlingar som avbryts innan sista moduler.



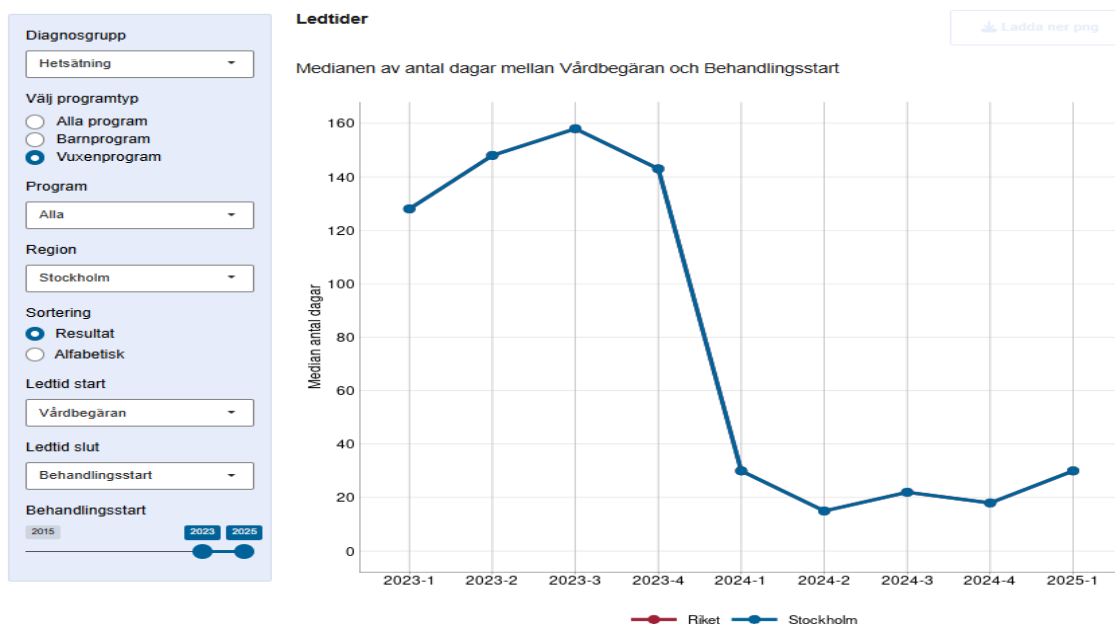
Figur 21. Trenddiagram andel förbättrade och rapporteringsgrad för hetsätning 2023–2024

SCÄ:s digitala enhet - omorganisation gav stora vinster

Med tanken att SCÄs omorganisation för digital vård kan ge inspiration till andra regioner så intervjuade registerhållaren Magdalena Jansson, enhetschef för den digitala enheten på SCÄ, och har sammanfattat intervju och ledtidsdata här.

SCÄ startade internet-KBT med programmet NÄRA för hetsättningsstörningar 2018 som del av behandlingsutbudet i öppenvård. Det blev ett slumpmässigt erbjudande och mycket varierande kvalitet på grund av varierande kunskap och engagemang hos behandlarna. Verksamhetschefen gav stöd till att starta en digital enhet med mål att korta långa väntelistor (var 1,5 år för hetsätning) och syfte att vara till nytta för hela kliniken. Den digitala enheten etablerades under 2022–23 till en central *enhet för digital behandling inom SCÄ* där man tar emot patienter från hela landet. Man ändrade rutiner så att IKBT blev ett förstahandsval och rekryterade en fast grupp av medarbetare att arbeta med bedömningar och behandling med IKBT.

Man har lyckats förbättra ledtider mellan vårdbegäran och behandlingsstart från 160 dagar kvartal 3 2023 till kring 20 dagar under 2024, se figur 22. Något år innan var ledtiden kring 500 dagar. Magdalena beskriver att ”det tog tid att skala upp och beta av jättekön”, men att det ”har blivit en stor vinst för oss, och för patienterna, även som alternativ till dagvård exempelvis för de som har svårt att komma iväg.” Även de som inte fullföljer hela programmet har nytta av psykopedagogiken vilket kan underlätta vidare insatser.



Figur 22. Förändring av ledtiden Median antal dagar mellan vårdbegäran och behandlingsstart för behandling av hetsätning i Stockholm 2023–2024

Enheten tar både emot region- och utomlänspatienter, utvecklar och sprider program och kunskaper till andra, men kostnaderna för detta är inte helt täckta.

Magdalenas Take-home-message: 1. Våga satsa digitalt och tro på stegvis vård, 2. Egen plats i organisationen för digital enhet, 3. Det är kostnadseffektivt och roligt!

Hälsoångest

Hälsoångest är vanligt med en prevalens kring 3 % i befolkningen. Behandling med KBT är en evidensbaserad behandling. IKBT för hälsoångest vid Internetpsykiatri i Stockholm är tidigare testad i kontrollerade studier med goda resultat och har fungerat i reguljär vård sedan 2018 (Österman S, Axelsson E, Forsell E, Svanborg C, Lindefors N, Hedman-Lagerlöf E, Ivanov VZ. Effectiveness and prediction of treatment adherence to guided internet-based cognitive behavioral therapy for health anxiety: A cohort study in routine psychiatric care. Internet Interv. 2024)

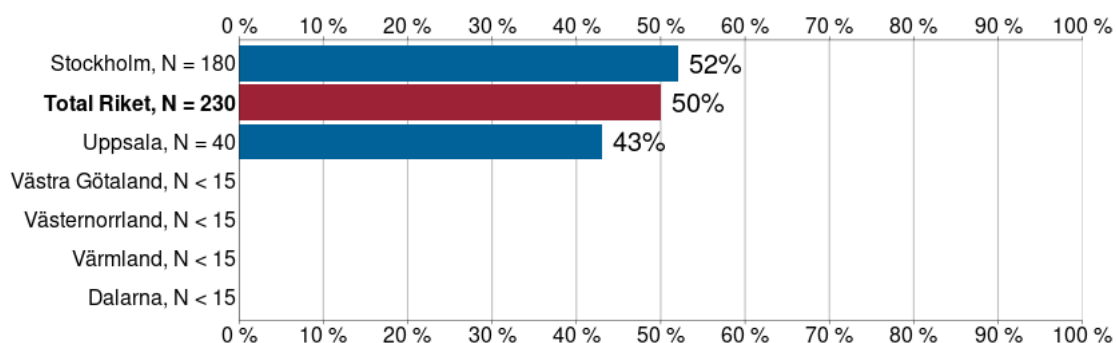
Sedan 2023 finns även ett program för hälsoångest från Gustavsbergs vårdcentral till användning där och i Uppsala. Min Vård i Dalarna har också utvecklat ett program för hälsoångest. Både Psykologpartners och Livandas orosprogram har indikationen lindrig hälsoångest, men det är ett fåtal behandlingar som bedrivs på denna indikation i VGR och i andra regioner.

Utfall för hälsoångestbehandling

SHAI

Andelen förbättrade vid behandling för hälsoångest mäts med det sjukdomsspecifika måttet Short Health Anxiety Inventory (SHAI-14; Salkovskis et al, 2002) och kriteriet är $\geq 30\%$ 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 vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för alla regioner finns i tabell A10, och motsvarande för funktion mätt med WHODAS-12 frågor i tabell A11 i Appendix.



Figur 23. Andel förbättrade vid hälsoångestbehandling för vuxna mätt med SHAI-14, 2024



Figur 23 visar behandlingsresultat för vuxna med hälsoångest där andelen förbättrade i Uppsala var 43 procent (rapporteringsgrad 100 %) och Stockholm 53 procent (rapporteringsgrad 90 %). Det var lika hög andel som genomfört mer än 50 procent av modulerna, 68% (rapporteringsgrad: Uppsala 100 %, Stockholm 92 %.) och för behandlingar med fullföljd behandlingstid var resultaten likvärdiga (52% och 53%).

Magbesvär/IBS

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

Sedan 2015 har IBS hos vuxna behandlats med IGBT i reguljär vård på Internetpsykiatri i Stockholm efter egenanmälan för rikets invånare, men det var först 2021 som det blev aktuellt att inkludera IBS som indikation i SibeR. 2025 publicerades en studie som visade att behandlingen med Internetpsykiatriens program fungerar väl i reguljär vård och att en viktig behandlingsmekanism är minskning av undvikande beteenden (Wallén H, Ljótsson B, Lindfors P, Forsell E, Hesser H, Svanborg C. Internet-Delivered Exposure-Based Cognitive Behavior Therapy for Irritable Bowel Syndrome: A Clinical Effectiveness Study. Am J Gastroenterol. 2025 Apr 1;120(4):856-863).

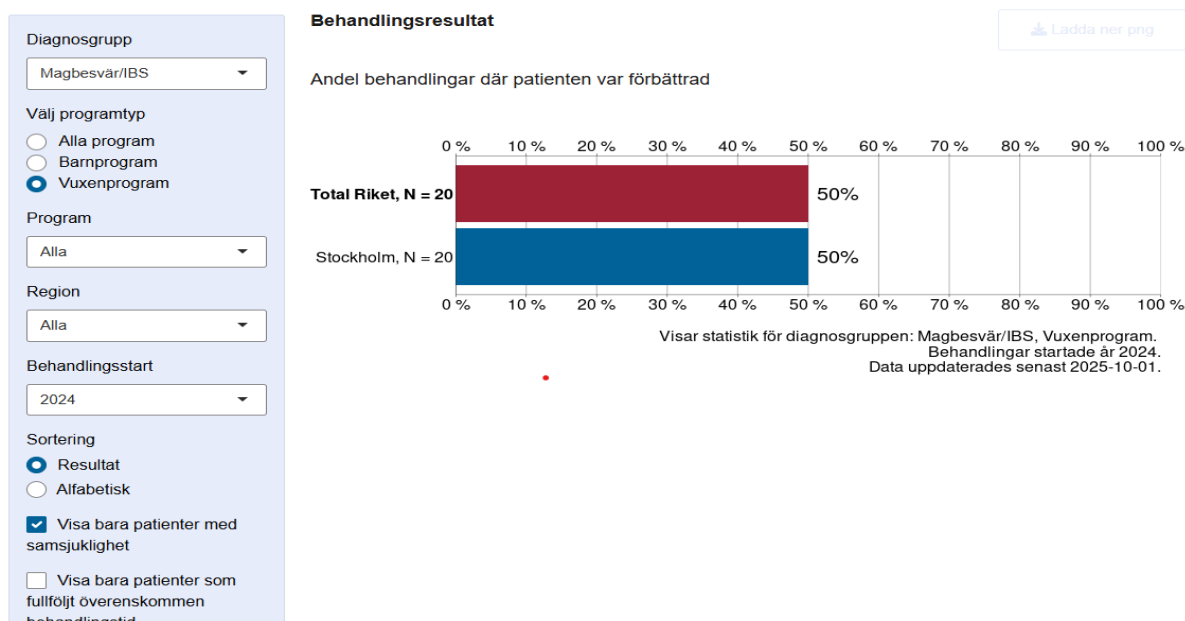
GSRS och BRQ

Andelen förbättrade vid behandling för IBS mäts med det sjukdomsspecifika måttet Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) och kriteriet $\geq 30\%$ minskning. 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. Ett kompletterande utfallsmått vid psykologisk behandling av IBS är Irritable Bowel Syndrome- Behavioral Responses Questionnaire (IBS-BRQ), som fokuserar på vidmakthållande tanke- och beteendemönster.

Utfall av behandling för IBS och inverkan av samsjuklighet



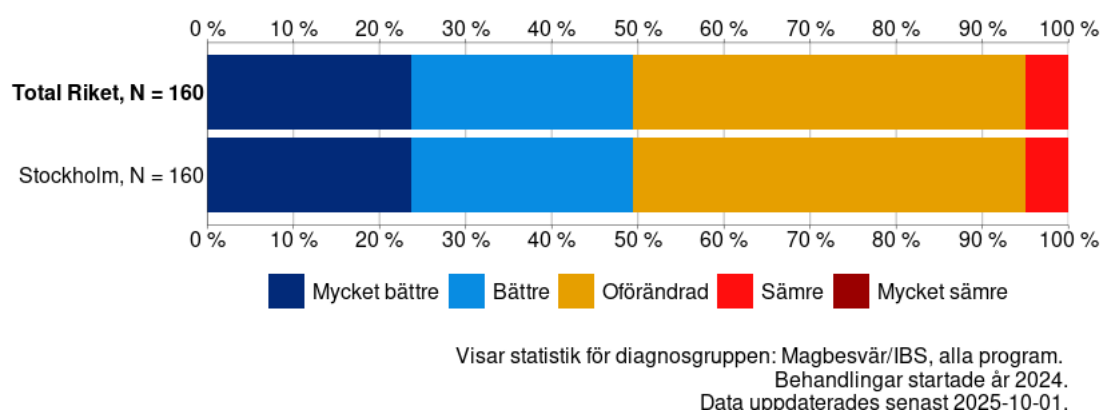
Under 2024 var 42 procent förbättrade mätt med förändring av GSRS (rapporteringsgrad 99%). Med sortering för urval patienter med samsjuklighet så ökar andelen förbättrade till 50 procent, se figur 24.



Figur 24. Andel förbättrade vid IBS-behandling av patienter med samsjuklig psykiatrisk diagnos mätt med GSRS, 2024

I appendix, tabell A12 finns behandlingsresultat i form av effektstorlekar av GSRS dvs patientskattad symtomförändring och i tabell A13 det kompletterande måttet BRQ som visar beteendeförändring. Tabell A14 visar effekter på funktion mätt med WHODAS-12 frågor. I dessa tabeller noteras höga effekter på symtom, beteenden och funktion.

Fördjupad beskrivning av utfall i detaljerat diagram ger att 50 procent av patienterna fick minst 25% minskning av symtom från mage-tarm mätt med GSRS och cirka 5 procent blev försämrade (25–49% ökning av symtom), figur 25.



Figur 25. Kategorier av förändring efter behandling för IBS mätt med GSRS, 2024

Fliken ”Förklaring” ger upplysningar som hjälper tolkningen av tabeller och grafer i statistikvisningen. Nedan inklippt förklaring för detaljerat diagram:

Detaljerat diagram visar

Kategorier med förändringsgrad efter avslutad behandling för patienter som skattat besvär vid eftermätning och som behandlats med vuxenprogram.

Kategorier

- Mycket bättre= 50-100 % förbättrad symtomskattning
- Bättre= 25-49 % förbättrad symtomskattning
- Oförändrad= -24 % till +24% förändring av symtom
- Sämre= 25 % till 49 % försämrad symtomskattning
- Mycket sämre= 50 till 100% försämrad symtomskattning

Reflektion över resultaten för IBS

Behandlingsresultaten för IBS-behandlingen är goda avseende symtom, undvikande- och kontrollbeteende samt funktion. Med mycket hög täcknings- och rapporteringsgrad går det att uttala sig om effekterna. Cirka 5 procent upplever försämring vilket ligger i linje med de flesta studier av psykologisk behandling.

Vanligtvis brukar psykiatrisk samsjuklighet minska behandlingseffekter. För patienter i IBS-behandlingen förefaller det vara tvärtom; de har bättre effekt. Här var det ett 20-tal patienter så vi behöver undersöka detta mera så att det inte bara är ett slumpmässigt utfall. Den vanliga samsjukligheten vid IBS är depression. Det skulle kunna vara så att interventionerna i programmet som syftar till att bryta undvikanden och öka delaktighet i livet medför effekt både på depression och magbesvär.

Paniksyndrom

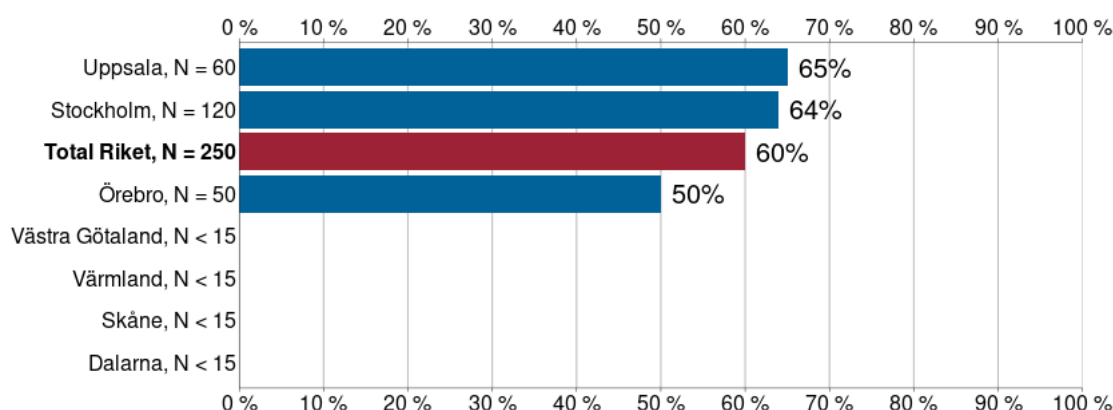
Paniksyndrom är vanligt med livstidsprevalens kring 5 %. Under pågående episod kan funktionsförmågan vara kraftigt nedsatt bland annat på grund av undvikande (agorafobi). KBT enligt *Clark & Salkovskis modell* är en behandling med god evidens, förmedlad som traditionell KBT eller som IKBT. Stockholm, Uppsala och Örebro har byggt egna behandlingsprogram baserade på denna modell. Dalarna har också byggt egna program som ges för videobaserad KBT, och för IKBT. Skåne och Västernorrland använde Livandas ångestprogram. VGR och Värmland använde Psykologpartners ångestprogram.

PDSS-SR

Andelen förbättrade vid behandling för paniksyndrom mäts med det sjukdomsspecifika måttet Panic Disorder Severity Scale-Self Rated (PDSS-SR; Shear, 2001) och kriteriet är ≥ 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>.

Utfall av panikbehandling 2024

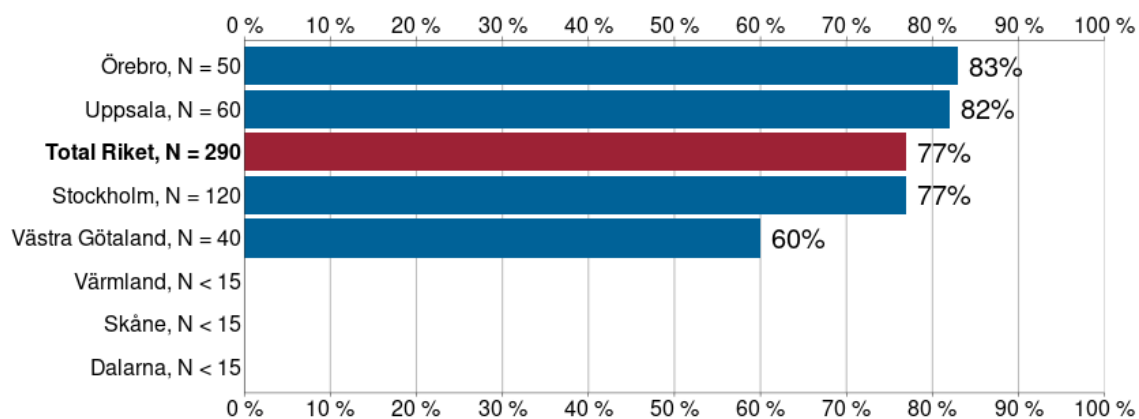
★ Figur 26 visar behandlingsresultat för paniksyndrom där andelen förbättrade i Uppsala var 65 procent (rapporteringsgrad 97 %), Stockholm 64 procent (rapporteringsgrad 93 %), och Örebro 50 procent (rapporteringsgrad 100 %). För de som fullföljt behandlingstiden ökade andelen förbättrade till 66 procent för Riket (Uppsala 79%, Stockholm 68%, Örebro 50%).



Figur 26. Andel förbättrade vid behandling för paniksyndrom mätt med PDSS-SR, 2024

Effektstorlekar och underlaget avseende symtomnivå mätt med PDSS-SR samt antal vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för alla regioner finns i tabell A15, och motsvarande för funktion mätt med WHODAS-12 frågor i tabell A16 i Appendix.

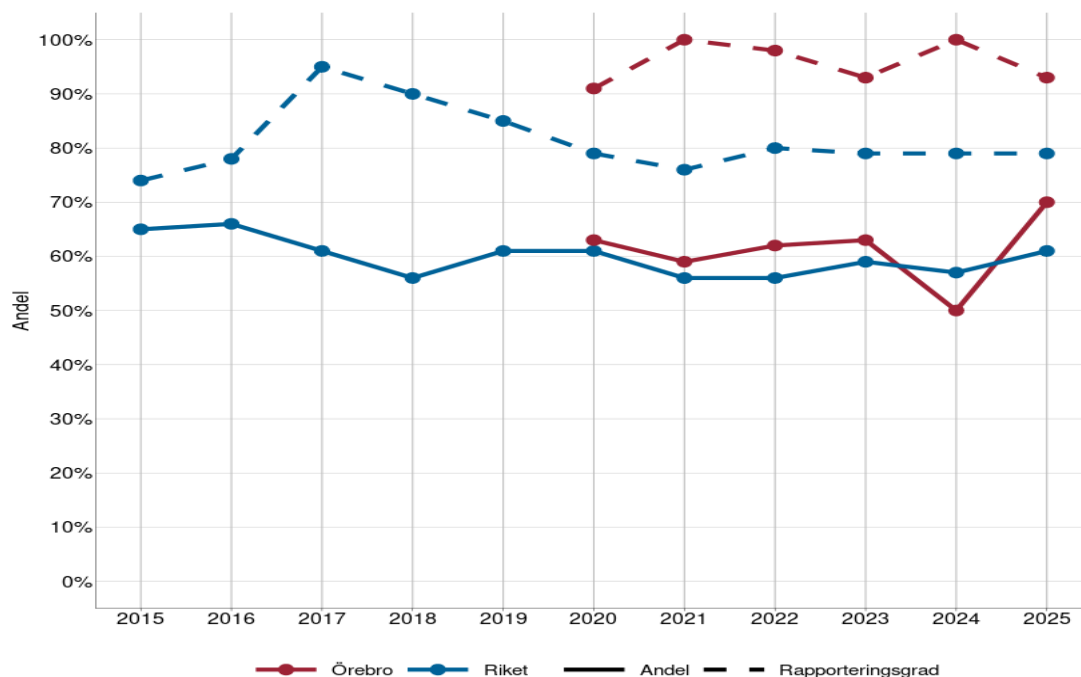
★ Figur 27 visar att andelen som genomfört mer än 50% av modulerna var 83 procent i Örebro (rapporteringsgrad 100%), 82 procent i Uppsala (rapporteringsgrad 98%), 77 procent i Stockholm (rapporteringsgrad 95%) och 60 procent i VGR (rapporteringsgrad 65%)



Figur 27. Andel behandlingar där patienten fullföljt mer än 50 % av modulerna i behandling för paniksyndrom, 2024.

Tillfällig svacka i Örebro?

Behandlingsresultaten var oväntat låga i Örebro 2024 med hänsyn till tidigare resultat och hög andel behandlingar som fullföljt mer än 50% av modulerna. Eftersom årsrapporten skrivs under 2025 kan vi skaffa oss en överblick i trenddiagram över behandlingseffekter över åren. Det tycks ha varit en tillfällig svacka som verksamheten åtgärdat, se figur 28.



Figur 28. Andel förbättrade och rapporteringsgrad vid behandling för paniksyndrom mätt med PDSS-SR för Riket och Örebro, 2015–2025

Socialt ångestsyndrom

Social fobi eller socialt ångestsyndrom är ett av de vanligaste ångestsyndromen med beräknad prevalens på cirka 15 %, varav svår social fobi beräknas uppgå till 2 % i befolkningen.

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.

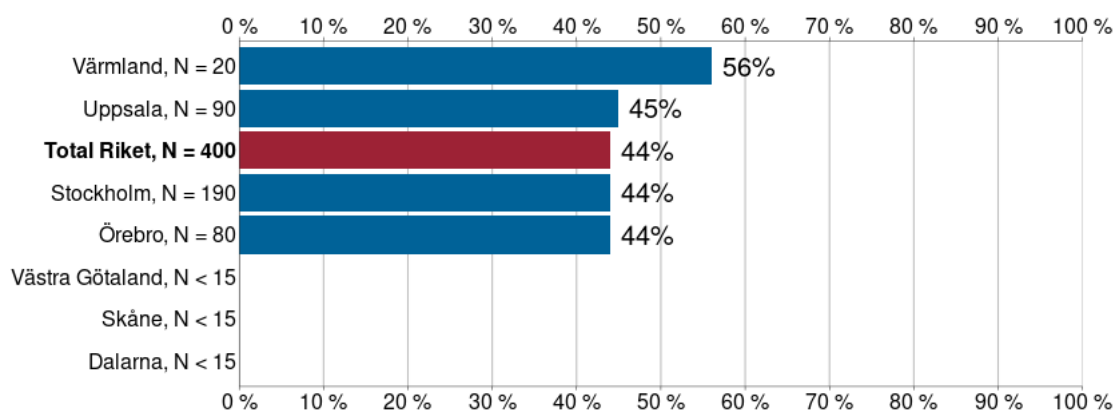
Stockholm, Uppsala och Örebro använder egna program som alla utgår från *Clark & Wells KBT-modell för socialt ångestsyndrom*. Även Dalarna byggde ett program inspirerat av denna modell 2024. Skåne använde Livandas ångestprogram. Värmland, VGR och Östergötland använde Psykologpartners transdiagnostiska program Ångesthjälpen.

SPIN

Andelen förbättrade vid behandling för social fobi mäts med det sjukdomsspecifika måttet Social Phobia Inventory (SPIN; O'Connor et al, 2000) med 17 frågor och kriteriet ≥ 30 % minskning.

Utfall av behandling för social ångest 2024

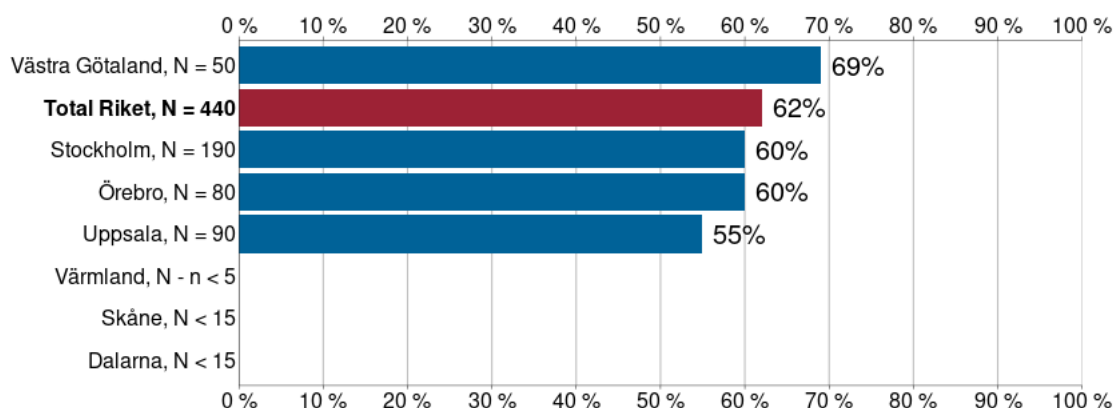
★ Figur 29 visar att andelen förbättrade var 56 procent i Värmland (rapporteringsgrad 95%), 45 procent i Uppsala (rapporteringsgrad 100%), 44 procent i Stockholm (rapporteringsgrad 95%) och 44 procent i Örebro (rapporteringsgrad 100%). För behandlingar där patienten fullföljde överenskommen behandlingstid så var andelen 52 procent förbättrade för Riket.



Figur 29. Andel förbättrade vid behandling för socialt ångestsyndrom, mätt med SPIN, 2024

Effektstorlekar och underlaget avseende SPIN-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlings-avslut och uppföljning för regioner och vårdgrenar 2024 finns i tabell A17 i Appendix. Motsvarande tabell för funktion mätt med WHODAS-12 frågor finns i tabell A18.

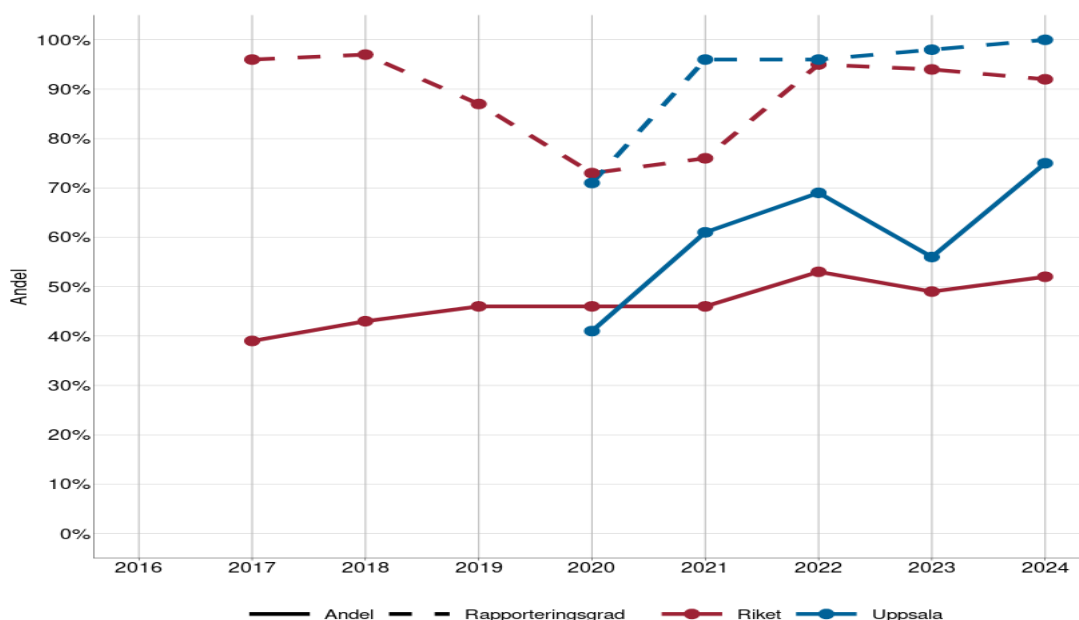
★ Fullföljandegrad i figur 30 visar att andelen som genomfört mer än 50% av modulerna var 69 procent i VGR (rapporteringsgrad 87%), 60 procent i Stockholm (rapporteringsgrad 97%), 60 procent i Örebro (rapporteringsgrad 100%), och 55 procent i Uppsala (rapporteringsgrad 100%). Tyvärr visas inte andelen som genomfört mer än 50% av modulerna i Värmland på grund av statistikvisningens censurregler, men sannolikt är den hög.



Figur 30. Andel behandlingar där patienten fullföljt mer än 50 % av modulerna i behandling för socialt ångestsyndrom, 2024.

Reflektion över resultaten för social ångest

Under ett antal år fanns bekymmer över att andelen förbättrade vid behandling för socialt ångestsyndrom var lite lågt. Det blev ett fokus för inspirationsdag SibeR 2023. Vi ser nu en tendens till högre andel förbättrade vad gäller patienter som fullföljer behandlingen, särskilt i Uppsala, se figur 31. Det är också intressant att Värmland med ett transdiagnostiskt program lyckas uppnå hög andel förbättrade mätt med symtommåttet SPIN och med påtagligt förbättrad funktion mätt med WHODAS-12 frågor



Figur 31. Andel förbättrade vid behandling av socialt ångestsyndrom mätt med SPIN för de som fullföljt behandlingstiden, Uppsala och Riket

Stressyndrom

De trauma- och stressrelaterade syndromen har en tydlig utlösande stressfaktor som antingen är gravt traumatisk (som vid akut- och posttraumatiskt stressyndrom) eller har påtaglig inverkan på individen utan att annat specifikt psykiatriskt syndrom bättre kan förklara tillståndet. När det handlar om proportionerliga reaktioner på lindrig-måttlig stress ska detta normaliseras och diagnostiseras med Z-kod (exempelvis Z738- Andra specificerade problem som har samband med svårigheter att kontrollera livssituationen).

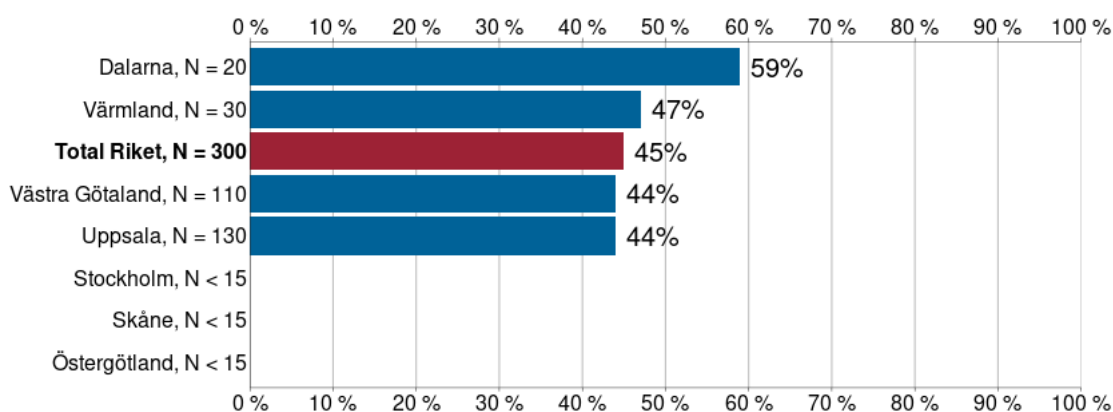
Det är viktigt att vi i vården kan identifiera när det rör sig om en depression eller ett specifikt ångestsyndrom så att "stress" inte överdiagnostiseras och man kan erbjuda evidensbaserade behandlingar när det är indicerat. Diagnoser som akut- och posttraumatiskt stressyndrom ingår inte i gruppen stressyndrom som avses här eftersom de kräver specifika traumainriktade behandlingar. I diagnosgruppen stressyndrom i SibeR ingår:

- F43.2 "Anpassningsstörning" innebär att nedstämdhet, ångest eller beteendeförändringar utvecklas inom 3 månader efter att en eller flera påfrestningar debuterat. Lidandet ska vara oproportionerligt i förhållande till svårighetsgraden av påfrestningen eller medföra försämrad funktion.
- F43.8 "Andra specificerade reaktioner på svår stress" innebär att kriterier för specifika tillstånd inom trauma- och stressrelaterade tillstånd inte är helt uppfyllda men kan specificeras med tillägg som exempelvis "ihållande komplex sorgreaktion".
- F43.8W "Andra specificerade reaktioner på svår stress än utmattningssyndrom" används när man vill markera att det inte är frågan om ett utmattningssyndrom.
- F43.9 "Reaktion på svår stress, ospecificerad" används vid ett stressrelaterat tillstånd som ger lidande och funktionsnedsättning men där kriterier för ett specifikt tillstånd inte är uppfyllt. Det kan också användas när man har otillräcklig information för specifik diagnos.

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 är $\geq 30\%$ minskning.

Utfall av behandling för stressyndrom 2024

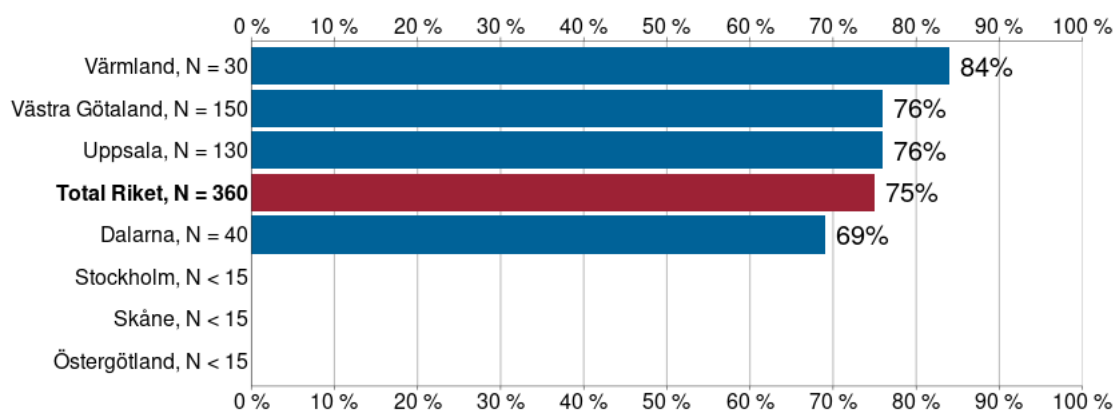


Figur 32. Andel förbättrade vid behandling för stressyndrom mätt med PSS-10, 2024

Figur 32 visar behandlingsresultat för vuxna med stressyndrom där andelen förbättrade i Dalarna var 56 procent (rapporteringsgrad 53 %), Värmland 47 procent (rapporteringsgrad 91 %), Uppsala 44 procent (rapporteringsgrad 97 %) och Västra Götaland 43 procent (rapporteringsgrad 48 %). För patienter som fullföljer behandlingstiden var andelen förbättrade 51% för Riket.

Effektstorlekar och underlaget avseende PSS-10-värden och antal vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för regionerna finns i tabell A19, och motsvarande för funktion mätt med WHODAS-12 frågor i tabell A20 i Appendix.

Figur 33 visar att andelen behandlingar där patienten fullföljt mer än 50% av modulerna var 84 procent i Värmland (rapporteringsgrad 97%), 76 procent i Västra Götaland (rapporteringsgrad 73%), i Uppsala 76 procent (rapporteringsgrad 100%) och 69 procent i Dalarna (rapporteringsgrad 88%).



Figur 33. Andel behandlingar där patienten fullföljt mer än 50 % av modulerna i behandling för stressyndrom, 2024.

Reflektion utfall stressyndrom

För patienter som fullföljer överenskommen behandlingstid blir 50 procent förbättrade. Värmland som anslöt till SibeR 2023 gör ett fint arbete med datakvalitet, fullföljande och behandlingsresultat. Dalarna behöver öka täcknings- och rapporteringsgrad.

Utmattningssyndrom

Diagnosen F43.8A "Utmattningssyndrom" används mycket inom primärvården och är omdiskuterad som en särskild "svensk diagnos". Kriterierna för F43.8A är att symtombilden präglas av brist på energi, nedsatt koncentration och minne, svårigheter att hantera krav, labilitet och fysiska symtom. Symtombilden ska ha utvecklats till följd av stressfaktorer under minst 6 månader.

Det finns internetbaserade behandlingsprogram för stress utgivna av Livanda och Psykologpartners. Sedan några år finns även program för utmaningssyndrom. Programmen från Gustavsbergs vårdcentral i Stockholm och från Östergötland har bägge inriktning på utmattningssyndrom förutom på stresshantering. Sedan 2022 redovisar SibeR utmattningssyndrom som egen diagnosgrupp för att tydligare kunna följa utvecklingen.

KEDS

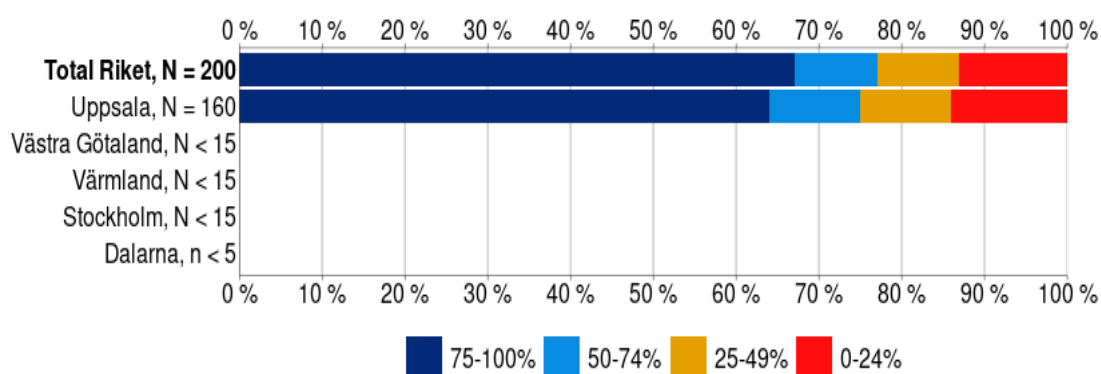
Andelen förbättrade vid behandling för utmattningssyndrom mäts med det sjukdomsspecifika måttet Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS; Besér et al, 2014) och kriteriet $\geq 30\%$ minskning,

Utfall av behandling för utmattningssyndrom

Region Uppsala använder Gustavsbergs program för stress och utmattning sedan 2020. Behandlingarna i Uppsala gav mätt med KEDS hög effektstorlek och 28 procent förbättrade (rapporteringsgrad 95%). Av patienter som fullföljde överenskommen behandlingstid var 43 procent förbättrade. I övriga regioner var det för få deltagare och i VGR för lite uppgifter om KEDS-värden för att beräkna förändring. Både patienter i Uppsala och i VGR förbättrade sin funktion mätt med WHODAS-12 frågor.

Effektstorlekar och underlaget avseende KEDS-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för regionerna finns i tabell A21, och motsvarande för funktion mätt med WHODAS-12 frågor i tabell A22 i Appendix.

En stor andel av patienterna i Uppsala och i Riket genomförde hög andel av moduler i programmen, se figur 34 som visar detaljerat diagram över kategorier av procentuellt genomförda moduler.



Figur 34. Kategorier av genomförda moduler i behandling för utmattningssyndrom, 2024

Sömnstörning

KBT för sömnlöshet rekommenderas som förstahandsbehandling för insomni (sömnstörning minst 3 nätter per vecka under minst 3 månader) hos vuxna i alla åldrar (inklusive patienter med samsjuklighet), antingen via fysiska möten eller digitalt (Riemann D et al. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. J Sleep Res. 2023)

Internetbehandling för insomni bedrivs på internetpsykiatri i Stockholm i reguljär vård med eget program sedan 2017. Uppsala utvecklade ett eget program för sömnstörning 2018 och Västra Götaland 2019. Dalarna skapade ett sömnprogram för videobaserad behandling 2021, och för Internetbaserad KBT 2024. Övriga regioner använder behandlingsprogram för sömnstörning från Livanda eller Psykologpartners. [Utgivarnas beskrivning av programmen enligt SibeRs checklista](#) finns på SibeRs websida.

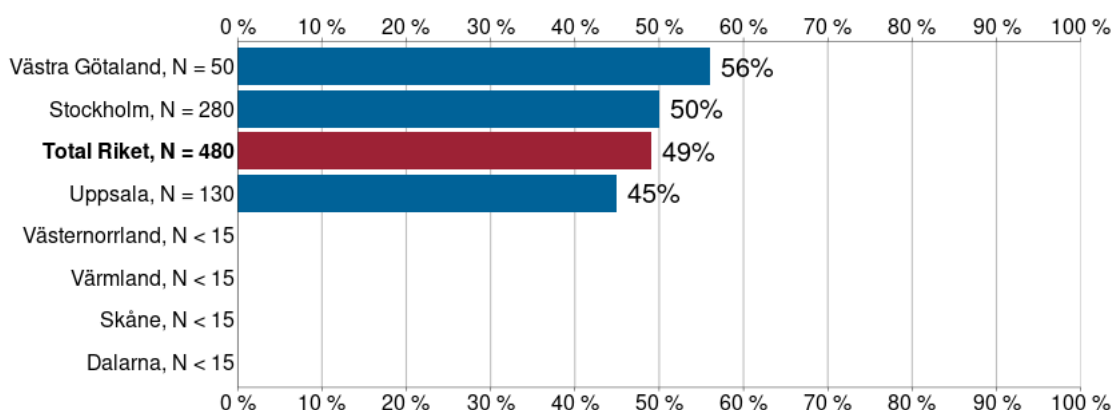
ISI

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

Utfall av behandling för insomni

★ Figur 35 visar behandlingsresultat för sömnstörning där andelen förbättrade i Västra Götaland var 56 procent (rapporteringsgrad 52 %), Stockholm 49 procent (rapporteringsgrad 94 %), och Uppsala 45 procent (rapporteringsgrad 98 %).

För patienter som fullföljde överenskommen behandlingstid var andelen förbättrade 59 procent för Riket under 2024.



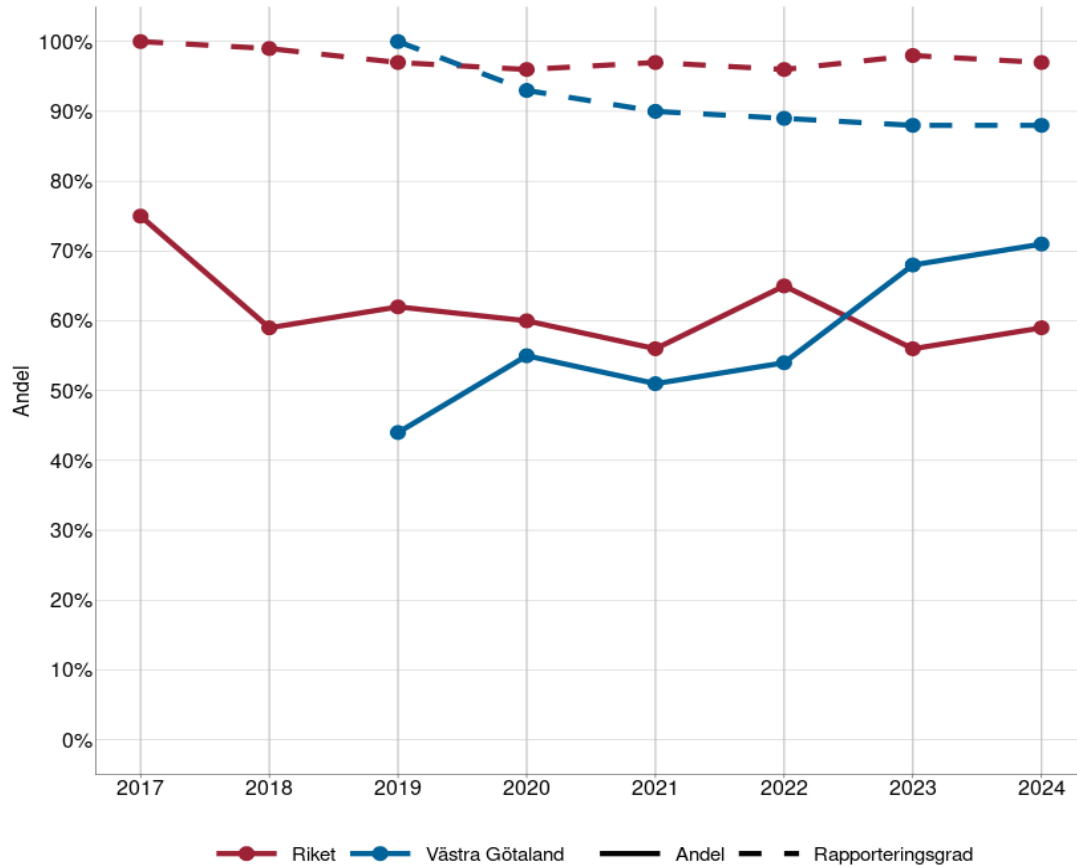
Figur 35. Andel förbättrade vid behandling för sömnstörning mätt med ISI, 2024

Effektstorlekar och underlaget avseende ISI-värden och antal vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning för regioner och vårdgrenar i regionerna finns i tabell A23, och motsvarande för funktion mätt med WHODAS-12 frågor i tabell A24 i Appendix.

Behandlingarna för sömnstörning gav hög effekt i alla regioner. Resultaten för VGR är osäkra på grund av lägre täcknings- och rapporteringsgrad.

Stabilt cirka 60% förbättrade

Andelen förbättrade av patienter som fullföljt överenskommen behandlingstid för sömnbehandling är rätt stabilt kring 60 procent sedan 2018. Figur 36 visar att rapporteringsgraden är god även i VGR för denna grupp.



Figur 36. Andel förbättrade vid behandling för sömnstörning mätt med ISI, för riket och Västra Götaland, 2017–2024

Tvångssyndrom

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. IGBT för OCD har visats fungera i kontrollerade studier och bör spridas så att patienter i hela Sverige kan få tillgång till evidensbaserad behandling.

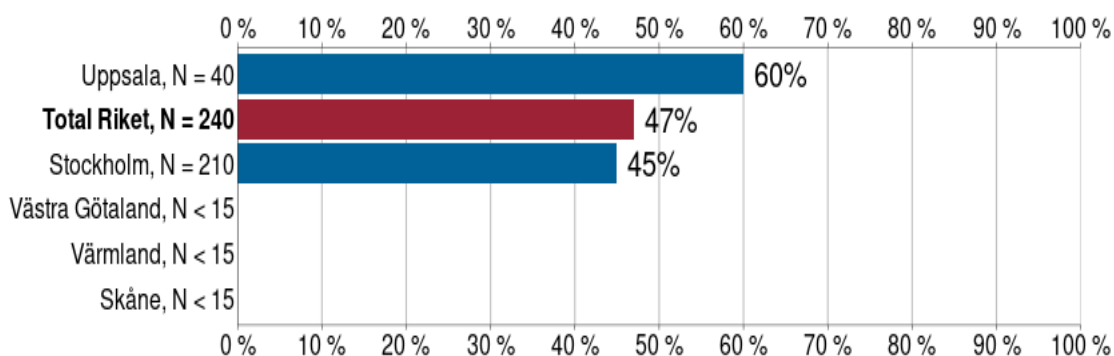
OCD-programmet på Psykiatri Sydvest har behandlat med eget program för OCD i reguljär vård sedan 2019 med egenanmälan från regionen och riket. Under 2024 började Nära vård digitalt behandla med ett eget program för OCD, byggd på samma evidensbaserade program som Stockholm, för invånare i Uppsala. [Utgivarnas beskrivning av programmen enligt SibeRs checklista](#) är tillgängliga på webbplatsen. I övriga regioner användes transdiagnostiska program för ångest.

OCI-R

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 ≥ 40 % minskning.

Utfall av behandling för OCD

★ Figur 37 visar att andelen förbättrade i Uppsala var 60 procent (rapporteringsgrad 100%) och i Stockholm 45 procent (rapporteringsgrad 100%). För patienter som fullföljde behandlingstiden ökade andelen förbättrade till 69 procent i Uppsala, respektive 52 procent i Stockholm.



Figur 37. Andel förbättrade vid behandling för tvångssyndrom mätt med OCI-R, 2024

Effektstorlekar och underlaget avseende OCI-R-värden och antal mätta vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning finns i tabell A25, och motsvarande för funktionsnedsättning enligt WHODAS-12 frågor i tabell A26 i Appendix.

Reflektion över utfallet

Uppsalas nya behandling för OCD är ett fint tillskott med goda effekter och bäddar för gemensamt lärande.

Ångesttillstånd

Den största diagnosgruppen i SibeR är ospecifika ångesttillstånd, med ICD-koder F41.3, F41.8 och F41.9. Det är alltså mycket vanligt att ställa dessa diagnoser. Det är en heterogen grupp som sannolikt består av subkliniska tillstånd, ångest vid annan samtidig psykisk sjukdom, inte diagnostiserade specifika ångestsyndrom, ibland kanske ångest som del i en odiagnostiserad egentlig depression.

De behandlingsprogram som används är främst Psykologpartners och Livandas ångest- och orosprogram, men även regionalt utvecklade program som Uppsalas program för oro och GAD. Dalarna har utvecklat flera program som kan användas för känslomässiga problem, med behandlarstöd via video eller via textmeddelanden.

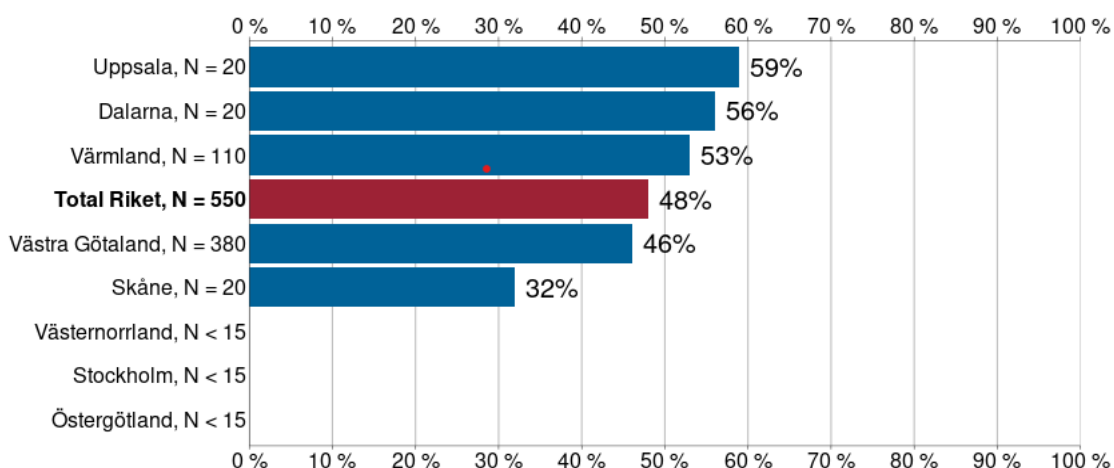
GAD-7

Andelen förbättrade vid behandling för ospecifika ångesttillstånd mäts med måttet Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7; Spitzer et al, 2006) och kriteriet är ≥ 40 % minskning.

Utfall av behandling för ospecificerade ångesttillstånd

Figur 38 visar behandlingsresultat för vuxna med ospecifika ångesttillstånd där andelen förbättrade i Uppsala var 59 procent (rapporteringsgrad 74 %), Värmland 55 procent (rapporteringsgrad 90 %), Dalarna 55 procent (rapporteringsgrad 49 %), Västra Götaland 47 procent (rapporteringsgrad 56 %), och Skåne 32 procent (rapporteringsgrad 49 %).

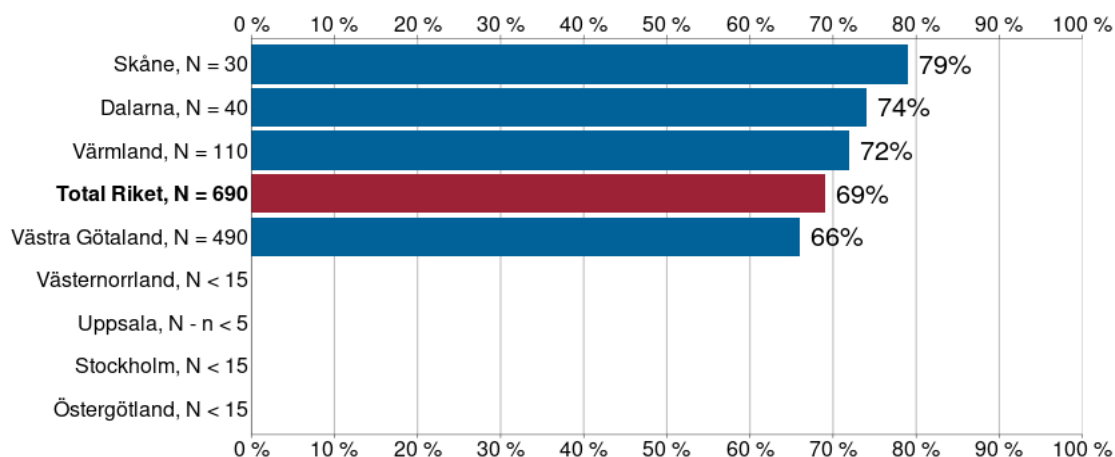
För patienter som fullföljde behandlingstiden var andelen förbättrade cirka 60 procent.



Figur 38. Andel förbättrade vid behandling för ospecificerade ångesttillstånd mätt med GAD-7, 2024

Effektstorlekar och underlaget avseende GAD-7-värden och antal vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning finns i tabell A27, och motsvarande för funktionsnedsättning mätt med WHODAS-12 frågor i tabell A28 i Appendix.

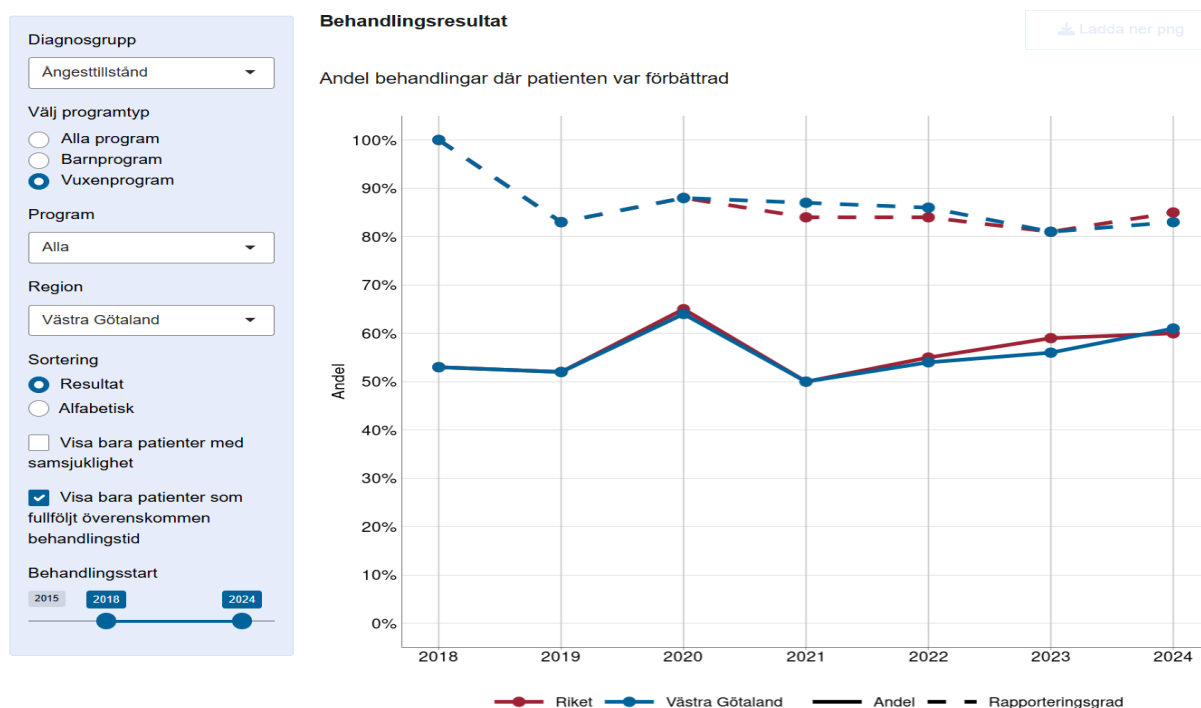
Figur 39 visar andelen som fullföljt mer än 50% av modulerna som var 79 procent i Skåne (rapporteringsgrad 72%), 74 procent i Dalarna (rapporteringsgrad 84%), 72 procent i Värmland (rapporteringsgrad 90%) och 66 procent i VGR (rapporteringsgrad 73%).



Figur 39. Andel behandlingar där patienten fullföljt mer än 50 % av modulerna i behandling för ospecificerat ångestillstånd, 2024.

Reflektion över utfallet

Fullföljande och behandlingseffekterna är rätt höga, men bristande rapportering av eftermätningar är ett bekymmer. Västra Götaland dominerar stort för behandling av ospecificerade ångestillstånd. Det illustreras i figur 40 som visar behandlingsresultat och rapporteringsgrad för patienter som fullföljt behandlingstiden. Rapporteringsgraden är bättre för behandlingar med fullföljd behandlingstid men andra regioner har visat att det går att nå ännu längre. För att veta hur det går för patienterna behöver vi följa upp alla.



Figur 40. Andel förbättrade av de som fullföljt behandlingstiden vid behandling för specifikt ångestillstånd mätt med GAD-7, för Riket och Västra Götaland, 2018 – 2024

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-individuell förändring för grupper, har vi använt Cohen's d, dvs medelvärdet av förmätningens värden minus medelvärdet av eftermätningens värden, dividerat med standardavvikelsen vid förmätningen.

Cohen's d har inte beräknats om det var mindre än tio behandlingar med både för- och eftermätning.

Förståelse av grafer och tabell i statistikvisningen

För att fördjupa förståelse av grafer och tabeller som tagits från statistikvisningen kan man läsa i förklaringsflikar i den webbaserade statistikvisningen på <https://siber.registercentrum.se/>. Här finns information om hur indikatorer och variabler är uppbyggda, samt om censureringsregler.

Text från Förklaringsflik

Röjandekontroll

Statistik i denna visningens diagram och tabeller är redigerad för att minimera risken att röja känsliga patientuppgifter.

Avrundning

Alla antal/frekvenser som presenteras är avrundade till närmsta 10-tal. Andelar, medelvärden, och dylikt avrundas till heltal.

Borttagande av små andelar

När nämnaren är mindre än 15 visas ej andelen.

När nämnaren för en grupp är mindre än 45 visas ej andelen om täljaren är mindre än 5 eller om nämnaren minus täljaren är mindre än 5. Om en visning innehåller staplade staplar tas alla staplar bort om en stapel innehåller färre än 5 individer.

När nämnaren är mellan 45 och 244 och täljaren eller nämnaren minus täljaren är mindre än 5 avrundas andelen till närmsta 5-tal.

När nämnaren är större än eller lika med 245 avrundas andelen till heltal och döljs aldrig.

Justering av staplar

I de visningar som innehåller staplade staplar där summan ska bli 100% kan det hända att efter avrundning av andelar så summerar andelarna till lite över eller under 100%. För att få tydligare staplar i detta fallet så justeras alla delstaplar i stapeln för att få den totala stapeln till 100%. Alla delstaplar justeras i proportion till deras storlek.

APPENDIX

ADHD

Tabell A1. Grad av ADHD-relaterad livskvalitet mätt med AaQoL vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	AAQoL		AAQoL förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	5	2	52	28.3	-	-	(-, -)
		Avslut	5	2	46	38.2	-6		
		Uppföljning	5	1	68	-	-4		
Dalarna	Psykiatri	Start	10	4	37.2	14.1	-	-	(-, -)
		Avslut	10	1	46	-	15		
		Uppföljning	10	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	26	22	46.8	10.9	-	-	(-, -)
		Avslut	26	12	53.1	14.2	5.42	0.5	(-0.01, 1.01)
		Uppföljning	26	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	22	18	49.6	14	-	-	(-, -)
		Avslut	22	9	56.1	13.2	5.44		
		Uppföljning	22	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	3	3	30.3	7.4	-	-	(-, -)
		Avslut	3	2	45.5	6.4	11		
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	3	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	3	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)

Alkoholbrukssyndrom

Tabell A2. Alkoholkonsumtion i antal standardglas senaste veckan mätt med TLFB vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	TLFB		TLFB förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	181	176	11.9	14.9	-	-	(-, -)
		Avslut	181	115	5.7	7.5	4.96	0.33	(0.18, 0.49)
		Uppföljning	181	0	-	-	-	-	(-, -)

Depression

Tabell A3. Effektstorlekar och symtom mätt med Montgomery Åsberg Depression Rating Scale- Self Assessment, MADRS-S vid behandling av depression i regioner och vårdgrenar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	MADRS-S			MADRS-S förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	32	27	20.8	6.5	-	-	(-, -)
		Avslut	32	12	11.6	6.5	10.83	1.67	(0.92, 2.41)
		Uppföljning	32	0	-	-	-	-	(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	6	5	30.8	6.3	-	-	(-, -)
		Avslut	6	3	28.7	8.3	3	0.47	(-0.15, 1.09)
		Uppföljning	6	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Primärvård	Start	2	2	21	8.5	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	25	24	26.3	6.2	-	-	(-, -)
		Avslut	25	16	20.4	10.1	5.62	0.9	(0.32, 1.49)
		Uppföljning	25	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	240	236	24.4	7.3	-	-	(-, -)
		Avslut	240	220	16.9	10.5	7.52	1.03	(0.87, 1.18)
		Uppföljning	240	100	13.6	9.8	9.95	1.36	(1.12, 1.59)
Uppsala	Primärvård	Start	132	132	24.6	7.2	-	-	(-, -)
		Avslut	132	132	20.1	9.1	4.48	0.63	(0.44, 0.81)
		Uppföljning	132	0	-	-	-	-	(-, -)
Värmland	Primärvård	Start	18	17	23.6	6.1	-	-	(-, -)
		Avslut	18	15	14.2	7.9	9.87	1.62	(0.79, 2.46)
		Uppföljning	18	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	2	2	27.5	0.7	-	-	(-, -)
		Avslut	2	2	14.5	4.9	13	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	242	218	23	8.5	-	-	(-, -)
		Avslut	242	125	16.6	10.1	6.36	0.75	(0.6, 0.9)
		Uppföljning	242	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	5	5	26.2	5.8	-	-	(-, -)
		Avslut	5	4	17.2	8.7	9.5	-	(-, -)
		Uppföljning	5	0	-	-	-	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	145	145	26	7.2	-	-	(-, -)
		Avslut	145	142	18.8	10.3	7.2	1.01	(0.82, 1.19)
		Uppföljning	145	94	14.8	9	10.68	1.49	(1.25, 1.73)

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	MADRS-S			MADRS-S förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	22	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	21	-	1	-	(-, -)
			1	1	12	-	10	-	(-, -)

Tabell A4. 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, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	32	4	43.5	16.3	-	-	(-, -)
		Avslut	32	1	48	-	-13	-	(-, -)
		Uppföljning	32	0	-	-	-	-	(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	6	2	64	33.9	-	-	(-, -)
		Avslut	6	1	79	-	9	-	(-, -)
		Uppföljning	6	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Primärvård	Start	2	2	39.5	23.3	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	1	1	6	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	31	-	-25	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	25	24	35	15.9	-	-	(-, -)
		Avslut	25	10	20.5	12.4	10.2	0.64	(0.06, 1.23)
		Uppföljning	25	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	240	237	36.9	18	-	-	(-, -)
		Avslut	240	151	26.4	19.5	8.59	0.48	(0.35, 0.61)
		Uppföljning	240	100	22.5	18.5	11.63	0.65	(0.47, 0.82)
Uppsala	Primärvård	Start	132	132	40.6	17	-	-	(-, -)
		Avslut	132	123	35.7	17.8	5.27	0.31	(0.19, 0.43)
		Uppföljning	132	0	-	-	-	-	(-, -)
Värmland	Primärvård	Start	18	18	37.3	13.4	-	-	(-, -)
		Avslut	18	12	23.3	15.2	11.58	0.86	(0.38, 1.35)
		Uppföljning	18	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	2	2	46	2.8	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	23	-	25	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	242	202	32.6	15.7	-	-	(-, -)
		Avslut	242	73	24.1	15.7	7.44	0.47	(0.28, 0.67)
		Uppföljning	242	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	5	5	40.4	16.5	-	-	(-, -)
		Avslut	5	4	36.2	21.5	3.75	-	(-, -)
		Uppföljning	5	0	-	-	-	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	145	145	42.1	14.7	-	-	(-, -)
		Avslut	145	91	35.2	18.8	7.42	0.5	(0.31, 0.7)
		Uppföljning	145	94	27.1	17.3	14.48	0.98	(0.75, 1.22)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	31	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	42	-	-11	-	(-, -)
			1	1	25	-	6	-	(-, -)

Dysmorfofobi

Tabell A5. Effektstorlekar och symtom mätt med Appearance Anxiety Inventory (AAI) vid behandling av dysmorfofobi i regioner och vårdgrenar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	AAI		AAI förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	75	74	26.8	7	-	-	(-, -)
		Avslut	75	73	18.3	9.7	8.56	1.22	(0.93, 1.5)
		Uppföljning	75	21	13.6	9.8	14.81	2.11	(1.62, 2.59)
Uppsala	Primärvård	Start	7	7	24.1	4.4	-	-	(-, -)
		Avslut	7	7	15.3	9.5	8.86	-	-
		Uppföljning	7	0	-	-	-	-	(-, -)

Tabell A6. 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, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	WHODAS		WHODAS förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	75	74	33.7	17.5	-	-	(-, -)
		Avslut	75	38	24.2	15.8	8.55	0.49	(0.24, 0.74)
		Uppföljning	75	20	17.9	17.3	23.4	1.34	(0.99, 1.68)
Uppsala	Primärvård	Start	7	6	28	13.2	-	-	(-, -)
		Avslut	7	3	29.7	24.2	-6.67	-	-
		Uppföljning	7	0	-	-	-	-	(-, -)

Generaliserat ångestsyndrom

Tabell A7. Effektstorlekar och symtom mätt med Generalised Anxiety Disorder scale-7 vid behandling av generaliserat ångestsyndrom i regioner och vårdgrenar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	GAD7		GAD7 förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	31	29	12.2	5.5	-	-	(-, -)
		Avslut	31	19	5.2	3.3	7.05	1.29	(0.81, 1.78)
		Uppföljning	31	5	5	3.5	11.8	-	-
Dalarna	Psykiatri	Start	4	4	16.5	2.4	-	-	(-, -)
		Avslut	4	2	15.5	0.7	2.5	-	-
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Primärvård	Start	3	3	16.3	3.8	-	-	(-, -)
		Avslut	3	3	13	1.7	3.33	-	-
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	4	4	10.5	4.8	-	-	(-, -)
		Avslut	4	3	4.7	2.1	4.67	-	-
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	148	148	13	4.3	-	-	(-, -)
		Avslut	148	148	8.8	5.1	4.11	0.96	(0.78, 1.14)
		Uppföljning	148	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	2	2	18	1.4	-	-	(-, -)
		Avslut	2	2	9.5	0.7	8.5	-	-
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Värmland	Primärvård	Start	21	21	13.3	4.2	-	-	(-, -)
		Avslut	21	18	8.3	4.2	5.44	1.3	(0.73, 1.88)
		Uppföljning	21	0	-	-	-	-	(-, -)

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	GAD7			GAD7 förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Västra Götaland	Primärvård	Start	150	141	13.5	4.6	-	-	(-, -)
		Avslut	150	88	7.9	4.8	5.01	1.08	(0.88, 1.27)
		Uppföljning	150	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	7	7	15.9	4.5	-	-	(-, -)
		Avslut	7	6	12.8	7.5	3	-	-
		Uppföljning	7	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	14	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	2	-	12	-	-
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)

Tabell A8. Effektstorlekar och funktionsnedsättning mätt med World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0 – 12 frågor; 0–100 poängskala) vid behandling av GAD, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	31	4	24	16.2	-	-	(-, -)
		Avslut	31	3	15.7	16.9	10.67	-	-
		Uppföljning	31	2	17.5	24.7	18	-	-
Dalarna	Psykiatri	Start	4	1	54	-	-	-	(-, -)
		Avslut	4	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Primärvård	Start	3	2	38.5	4.9	-	-	(-, -)
		Avslut	3	2	36.5	2.1	2	-	-
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	2	1	25	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	4	3	44	5.3	-	-	(-, -)
		Avslut	4	1	23	-	23	-	-
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	148	148	30.9	15.9	-	-	(-, -)
		Avslut	148	143	25.8	16.6	4.97	0.31	(0.21, 0.42)
		Uppföljning	148	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	2	2	58	17	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	67	-	3	-	-
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Värmland	Primärvård	Start	21	21	26.6	9.8	-	-	(-, -)
		Avslut	21	16	25.7	14.1	0	0	(-0.7, 0.7)
		Uppföljning	21	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	150	133	27.4	15.9	-	-	(-, -)
		Avslut	150	66	18.7	14	7.62	0.48	(0.32, 0.64)
		Uppföljning	150	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	7	7	57.6	21.6	-	-	(-, -)
		Avslut	7	6	55.7	24.4	0.5	-	-
		Uppföljning	7	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	23	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	4	-	19	-	-
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)

Hetsätning hos vuxna

Tabell A9. Grad av ätstörning mätt med EDE-Q vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	EDE-Q		EDE-Q förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	335	330	3.8	1.1	-	-	(-, -)
		Avslut	335	188	2.2	1.1	1.63	1.51	(1.38, 1.64)
		Uppföljning	335	67	1.9	1.2	1.9	1.75	(1.49, 2.01)

Hälsångest

Tabell A10. Effektstorlekar och symtom mätt med Short Health Anxiety Inventory-14 vid behandling av hälsångest i regioner och vårdgrenar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	SHAI		SHAI förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	4	3	23	4.4	-	-	(-, -)
		Avslut	4	1	10	-	8	-	(-, -)
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	5	5	25.6	7.1	-	-	(-, -)
		Avslut	5	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	5	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	185	183	29.4	6	-	-	(-, -)
		Avslut	185	175	19.8	7.6	9.52	1.58	(1.41, 1.76)
		Uppföljning	185	80	14.9	6.9	13.79	2.3	(2.01, 2.58)
Uppsala	Primärvård	Start	40	40	29.1	5.9	-	-	(-, -)
		Avslut	40	40	20.6	8.6	8.5	1.45	(1.1, 1.8)
		Uppföljning	40	0	-	-	-	-	(-, -)
Värmland	Primärvård	Start	4	4	26.8	4.6	-	-	(-, -)
		Avslut	4	4	21	5.7	5.75	-	(-, -)
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	1	1	29	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	13	5	26.4	6.1	-	-	(-, -)
		Avslut	13	4	22	8.1	5.5	-	(-, -)
		Uppföljning	13	0	-	-	-	-	(-, -)

Tabell A11. Effektstorlekar och funktionsnedsättning mätt med World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0 – 12 frågor; 0–100 poängskala) vid behandling av hälsoångest, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	4	1	23	-	-	-	(-, -)
		Avslut	4	1	15	-	8	-	(-, -)
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	5	4	18	10.6	-	-	(-, -)
		Avslut	5	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	5	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	185	182	21.6	15.4	-	-	(-, -)
		Avslut	185	140	15	14.9	6.71	0.44	(0.31, 0.57)
		Uppföljning	185	78	9.7	13.2	10.53	0.68	(0.5, 0.86)
Uppsala	Primärvård	Start	40	39	27.1	18.2	-	-	(-, -)
		Avslut	40	38	21.4	18.4	6.05	0.33	(0.15, 0.51)
		Uppföljning	40	0	-	-	-	-	(-, -)
Värmland	Primärvård	Start	4	4	11	7.3	-	-	(-, -)
		Avslut	4	3	7.7	9.8	1.33	-	(-, -)
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	1	1	50	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	13	8	13.6	7.1	-	-	(-, -)
		Avslut	13	6	11.7	8.8	3.5	-	(-, -)
		Uppföljning	13	0	-	-	-	-	(-, -)

Magbesvär/IBS

Tabell A12. Grad av magbesvär mätt med GSRS vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	GSRS		GSRS förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	119	119	51.2	11.7	-	-	(-, -)
		Avslut	119	118	40.7	12.8	10.4	0.89	(0.71, 1.06)
		Uppföljning	119	70	39.9	14.1	11.89	1.01	(0.78, 1.24)

Tabell A13. Undvikanden och kontrollbeteenden mätt med BRQ vid behandlingsstart, behandlingsavslut och uppföljning, samt effektstorlekar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	BRQ		BRQ förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	119	119	109.7	25.1	-	-	(-, -)
		Avslut	119	118	78.3	28.2	31.55	1.26	(1.09, 1.43)
		Uppföljning	119	71	74.9	28.6	32.86	1.31	(1.05, 1.57)

Tabell A14. 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, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	WHODAS		WHODAS förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Stockholm	Psykiatri	Start	119	119	29.1	15.3	-	-	(-, -)
		Avslut	119	97	18.8	14.0	10.67	0.7	(0.55, 0.85)
		Uppföljning	119	69	16.5	14.8	13.42	0.88	(0.69, 1.06)

Paniksyndrom

Tabell A15. Effektstorlekar och symtom mätt med Panic Disorder Severity Scale-Self Assessment vid behandling av paniksyndrom i regioner och vårdgrenar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	PDSS-SR			PDSS-SR förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	4	4	10.2	8.8	-	-	(-, -)
		Avslut	4	3	4.7	4	8	-	-
		Uppföljning	4	1	0	-	8	-	-
Skåne	Psykiatri	Start	2	2	12.5	3.5	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	14	-	1	-	-
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	131	127	13	5.2	-	-	(-, -)
		Avslut	131	122	6.7	5.3	6.29	1.21	(1.03, 1.38)
		Uppföljning	131	65	6.2	4.8	6.57	1.26	(1, 1.53)
Uppsala	Primärvård	Start	55	54	11.3	4.5	-	-	(-, -)
		Avslut	55	54	6.4	5.3	4.87	1.09	(0.81, 1.36)
		Uppföljning	55	0	-	-	-	-	(-, -)
Värmland	Primärvård	Start	3	3	9	4.4	-	-	(-, -)
		Avslut	3	3	8.3	2.1	0.67	-	-
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	61	11	14.4	5.4	-	-	(-, -)
		Avslut	61	7	10.1	4.2	3.86	-	-
		Uppföljning	61	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	2	1	18	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	9	-	9	-	-
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	43	43	13	4.1	-	-	(-, -)
		Avslut	43	43	7.9	5.5	5.14	1.26	(0.85, 1.68)
		Uppföljning	43	26	6.2	4	6	1.47	(1.01, 1.93)

Tabell A16. 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, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	4	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	4	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	4	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	2	2	38.5	16.3	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	50	-	0	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	131	128	29.7	17.7	-	-	(-, -)
		Avslut	131	104	19.1	17.6	10.1	0.57	(0.43, 0.71)
		Uppföljning	131	65	15.6	15.5	14.65	0.83	(0.64, 1.02)
Uppsala	Primärvård	Start	55	55	31.4	18.5	-	-	(-, -)
		Avslut	55	53	24.6	18.3	6.53	0.35	(0.18, 0.53)
		Uppföljning	55	0	-	-	-	-	(-, -)
Värmland	Primärvård	Start	3	3	21.3	13.9	-	-	(-, -)
		Avslut	3	3	11.7	10.6	9.67	-	-
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	61	52	31.3	17.6	-	-	(-, -)
		Avslut	61	25	21.7	17.7	8.36	0.48	(0.19, 0.76)

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Västra Götaland	Psykiatri	Uppföljning	61	0	-	-	-	-	(-, -)
		Start	2	2	37.5	3.5	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	23	-	17	-	-
Örebro	Psykiatri	Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Start	43	43	33.3	15.7	-	-	(-, -)
		Avslut	43	29	23	14.8	8.93	0.57	(0.22, 0.92)
		Uppföljning	43	25	14.4	14	17.8	1.13	(0.74, 1.53)

Social fobi

Tabell A17. Effektstorlekar och symtom mätt med Social Phobia Inventory (SPIN) vid behandling av social fobi i regioner och vårdgrenar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	SPIN		SPIN förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	2	2	48	1.4	-	-	(-, -)
		Avslut	2	2	32	12.7	16	-	-
		Uppföljning	2	1	32	-	17	-	-
Dalarna	Psykiatri	Start	2	2	46.5	13.4	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	23	-	33	-	-
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	14	4	39.5	6.4	-	-	(-, -)
		Avslut	14	2	35.5	12	4	-	-
		Uppföljning	14	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	200	200	40.3	11.4	-	-	(-, -)
		Avslut	200	194	30	14.7	10.38	0.91	(0.76, 1.06)
		Uppföljning	200	79	26	15	13.04	1.15	(0.88, 1.42)
Uppsala	Primärvård	Start	81	81	40.1	11.1	-	-	(-, -)
		Avslut	81	80	29.4	13.3	10.89	0.98	(0.76, 1.2)
		Uppföljning	81	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	1	1	28	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	27	-	1	-	-
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Värmland	Primärvård	Start	20	19	38.1	13.2	-	-	(-, -)
		Avslut	20	19	24.2	13.7	13.89	1.05	(0.64, 1.46)
		Uppföljning	20	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	66	24	40.6	13.9	-	-	(-, -)
		Avslut	66	16	36	14.7	2.81	0.2	(-0.12, 0.52)
		Uppföljning	66	0	-	-	-	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	79	79	43.3	12.2	-	-	(-, -)
		Avslut	79	79	32.3	15.5	11.03	0.9	(0.66, 1.14)
		Uppföljning	79	46	28.2	17.4	14.89	1.22	(0.87, 1.57)
Östergötland	Primärvård	Start	2	2	45.5	2.1	-	-	(-, -)
		Avslut	2	2	37	14.1	8.5	-	-
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)

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 social fobi, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	WHODAS		WHODAS förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	2	1	58	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	81	-	-23	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	2	2	33.5	20.5	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	23	-	25	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	14	14	46.4	10.5	-	-	(-, -)
		Avslut	14	7	43.4	19.3	-0.29	-	(-, -)
		Uppföljning	14	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	200	198	29.7	16.5	-	-	(-, -)
		Avslut	200	139	21.6	16.5	6.57	0.4	(0.27, 0.53)
		Uppföljning	200	79	17	18	10.65	0.65	(0.46, 0.84)
Uppsala	Primärvård	Start	81	81	30.9	14.1	-	-	(-, -)
		Avslut	81	76	26.3	15.2	4.88	0.35	(0.21, 0.48)
		Uppföljning	81	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Psykiatri	Start	1	1	25	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Värmland	Primärvård	Start	20	20	26.6	14.8	-	-	(-, -)
		Avslut	20	18	14.6	12.3	10.67	0.72	(0.39, 1.05)
		Uppföljning	20	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	66	58	33.6	17.5	-	-	(-, -)
		Avslut	66	33	24.1	17.6	8.85	0.51	(0.25, 0.76)
		Uppföljning	66	0	-	-	-	-	(-, -)
Örebro	Psykiatri	Start	79	79	35.8	16.7	-	-	(-, -)
		Avslut	79	51	29.9	19.9	3.75	0.22	(-0.03, 0.48)
		Uppföljning	79	45	26	22.3	8.93	0.53	(0.25, 0.82)
Östergötland	Primärvård	Start	2	2	33	32.5	-	-	(-, -)
		Avslut	2	2	32.5	27.6	0.5	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)

Stressyndrom

Tabell A19. Effektstorlekar och symtom mätt med Perceived Stress Scale-10 vid behandling av stressyndrom i regioner och vårdgrenar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	PSS-10		PSS-10 förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	32	24	24.3	6.7	-	-	(-, -)
		Avslut	32	20	17	6.8	8.15	1.22	(0.76, 1.68)
		Uppföljning	32	6	16.8	6	8.67	-	(-, -)
Skåne	Primärvård	Start	6	4	26.5	2.9	-	-	(-, -)
		Avslut	6	3	20.7	8.5	7	-	(-, -)
		Uppföljning	6	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	27	20	21	7.9	-	-	(-, -)
		Avslut	27	7	17.7	7.8	4.57	-	(-, -)
		Uppföljning	27	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	120	120	21.1	5.8	-	-	(-, -)
		Avslut	120	119	16.6	7.2	4.47	0.77	(0.53, 1.02)

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	PSS-10			PSS-10 förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Värmland	Primärvård	Uppföljning	120	0	-	-	-	-	(-, -)
		Start	31	30	24.4	6.3	-	-	(-, -)
		Avslut	31	28	17.6	7.4	6.68	1.05	(0.71, 1.4)
Västra Götaland	Primärvård	Uppföljning	31	0	-	-	-	-	(-, -)
		Start	208	165	24.2	5.9	-	-	(-, -)
		Avslut	208	101	18.7	7.2	5.49	0.93	(0.74, 1.13)
Västra Götaland	Psykiatri	Uppföljning	208	0	-	-	-	-	(-, -)
		Start	2	2	28	1.4	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	27	-	0	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Start	1	1	24	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	17	-	7	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)

Tabell A20. 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, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	32	3	30	17.3	-	-	(-, -)
		Avslut	32	2	10.5	6.4	25	-	(-, -)
		Uppföljning	32	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Primärvård	Start	6	4	33	17	-	-	(-, -)
		Avslut	6	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	6	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	1	1	73	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	27	19	32.4	15.6	-	-	(-, -)
		Avslut	27	1	27	-	6	-	(-, -)
		Uppföljning	27	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	120	119	32.1	16	-	-	(-, -)
		Avslut	120	116	23.6	15.9	8.58	0.54	(0.36, 0.71)
		Uppföljning	120	0	-	-	-	-	(-, -)
Värmland	Primärvård	Start	31	29	30.3	17.8	-	-	(-, -)
		Avslut	31	23	28.6	18.1	3.74	0.21	(0, 0.42)
		Uppföljning	31	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	208	173	29.1	16.8	-	-	(-, -)
		Avslut	208	90	23.2	15.5	4.81	0.29	(0.15, 0.43)
		Uppföljning	208	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	2	2	52	32.5	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	60	-	15	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	31	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	8	-	23	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)

Utmattningssyndrom

Tabell A21. Effektstorlekar och grad av symtom mätt med Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS) vid behandling av utmattningssyndrom i regioner och vårdgrenar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	KEDS		KEDS förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	16	14	30.6	7.7	-	-	(-, -)
		Avslut	16	9	27.3	9.8	3.44	0.45	(-0.41, 1.3)
		Uppföljning	16	2	32	2.8	-0.5		
Dalarna	Psykiatri	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	3	3	35.3	3.2	-	-	(-, -)
		Avslut	3	1	37	-	-3		
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	156	156	32.9	7.4	-	-	(-, -)
		Avslut	156	148	26.4	9.6	6.52	0.88	(0.69, 1.06)
		Uppföljning	156	0	-	-	-	-	(-, -)
Värmland	Primärvård	Start	6	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	6	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	6	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	25	2	26	9.9	-	-	(-, -)
		Avslut	25	1	26	-	7		
		Uppföljning	25	0	-	-	-	-	(-, -)

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 utmattningssyndrom i regioner och vårdgrenar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	WHODAS		WHODAS förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	16	1	38	-	-	-	(-, -)
		Avslut	16	1	19	-	19		
		Uppföljning	16	0	-	-	-	-	(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	1	1	68	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	3	3	56.3	14.8	-	-	(-, -)
		Avslut	3	1	60	-	9		
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	156	156	43.5	16.7	-	-	(-, -)
		Avslut	156	148	33.3	18.5	10.51	0.63	(0.5, 0.76)
		Uppföljning	156	0	-	-	-	-	(-, -)
Värmland	Primärvård	Start	6	5	45.6	11.2	-	-	(-, -)
		Avslut	6	5	36.4	17.2	9.2		
		Uppföljning	6	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	25	17	39.5	16	-	-	(-, -)
		Avslut	25	10	26.8	13.8	11.8	0.74	(0.19, 1.28)
		Uppföljning	25	0	-	-	-	-	(-, -)

Sömnstörningar

Tabell A23. Effektstorlekar och symtom mätt med Insomnia Severity Index (ISI) vid behandling av sömnstörning i regioner och vårdgrenar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	ISI		ISI förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	13	11	23.2	3.2	-	-	(-, -)
		Avslut	13	9	14.9	6.5	7.56	2.35	(1.22, 3.47)
		Uppföljning	13	1	15	-	11	-	(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	1	1	16	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	24	-	-8	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Primärvård	Start	1	1	20	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	10	-	10	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	12	12	15.1	5.6	-	-	(-, -)
		Avslut	12	9	8	4.4	7.44	1.33	(0.36, 2.3)
		Uppföljning	12	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	278	273	18.8	4.5	-	-	(-, -)
		Avslut	278	265	11.8	6.1	7.03	1.55	(1.39, 1.7)
		Uppföljning	278	136	10.1	6.1	8.48	1.87	(1.63, 2.1)
Uppsala	Primärvård	Start	133	133	15.6	4.9	-	-	(-, -)
		Avslut	133	133	10.3	5.8	5.28	1.08	(0.89, 1.26)
		Uppföljning	133	0	-	-	-	-	(-, -)
Värmland	Primärvård	Start	15	15	17.4	4.2	-	-	(-, -)
		Avslut	15	12	14.5	6.4	3	0.72	(0.06, 1.39)
		Uppföljning	15	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	5	5	18	3.5	-	-	(-, -)
		Avslut	5	3	9.3	11	6.67	1.89	(-0.91, 4.68)
		Uppföljning	5	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	83	71	19.7	4.2	-	-	(-, -)
		Avslut	83	44	11.3	5.8	8.55	2.02	(1.62, 2.43)
		Uppföljning	83	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	3	2	19.5	3.5	-	-	(-, -)
		Avslut	3	2	8	2.8	11.5	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	1	1	23	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	11	-	12	-	(-, -)
		Uppföljning	1	1	9	-	14	-	(-, -)

Tabell A24. 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, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	WHODAS		WHODAS förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	13	3	37.3	7.8	-	-	(-, -)
		Avslut	13	3	35.7	19.9	1.67	-	(-, -)
		Uppföljning	13	0	-	-	-	-	(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Primärvård	Start	1	1	27	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	8	-	19	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	12	12	23.3	9.9	-	-	(-, -)
		Avslut	12	6	19.5	10.1	0.67	-	(-, -)
		Uppföljning	12	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	278	272	21.4	17.1	-	-	(-, -)

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Uppsala	Primärvård	Avslut	278	195	15.5	16.5	4.27	0.25	(0.15, 0.35)
		Uppföljning	278	133	14.6	18.3	4.28	0.25	(0.11, 0.39)
		Start	133	133	27.6	16	-	-	(-, -)
		Avslut	133	129	22.8	16.1	4.49	0.28	(0.17, 0.39)
Värmland	Primärvård	Uppföljning	133	0	-	-	-	-	(-, -)
		Start	15	14	19.4	12.9	-	-	(-, -)
		Avslut	15	8	14.4	7.4	5.75	-	(-, -)
		Uppföljning	15	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	5	5	54.2	16.4	-	-	(-, -)
		Avslut	5	1	71	-	-4	-	(-, -)
		Uppföljning	5	0	-	-	-	-	(-, -)
		Start	83	65	26	18.1	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Avslut	83	29	22.7	19.7	5.38	0.3	(0.02, 0.57)
		Uppföljning	83	0	-	-	-	-	(-, -)
		Start	3	2	44	29.7	-	-	(-, -)
		Avslut	3	2	30.5	24.7	13.5	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
		Start	1	1	8	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	1	2	-	6	-	(-, -)
		Uppföljning	1	1	0	-	8	-	(-, -)

Tvångssyndrom

Tabell A25. Effektstorlekar och symtom mätt med Obsessive Compulsive Inventory-Revised vid behandling av tvångssyndrom i regioner och vårdgrenar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	OCI-R		OCI-R förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	205	204	23.5	10.9	-	-	(-, -)
		Avslut	205	203	15.4	10.4	8.1	0.75	(0.64, 0.85)
		Uppföljning	205	95	14.4	9.8	9.42	0.87	(0.68, 1.05)
Uppsala	Primärvård	Start	29	29	24.4	10.3	-	-	(-, -)
		Avslut	29	29	11.1	7.7	13.38	1.3	(1.04, 1.57)
		Uppföljning	29	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	13	2	39.5	33.2	-	-	(-, -)
		Avslut	13	1	3	-	13	-	(-, -)
		Uppföljning	13	0	-	-	-	-	(-, -)

Tabell A26. 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, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	1	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	1	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	2	1	25	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	205	205	25.1	14.8	-	-	(-, -)
		Avslut	205	146	18.5	15	5.33	0.36	(0.24, 0.48)
		Uppföljning	205	96	14.6	14.1	9.01	0.61	(0.45, 0.76)
Uppsala	Primärvård	Start	29	29	20.3	12.4	-	-	(-, -)
		Avslut	29	29	15	11.7	5.34	0.43	(0.25, 0.6)
		Uppföljning	29	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	13	12	19	15.3	-	-	(-, -)
		Avslut	13	7	9	10.2	4.43	-	(-, -)
		Uppföljning	13	0	-	-	-	-	(-, -)

Ångesttillstånd, ospecificerade

Tabell A27. Effektstorlekar och symtom mätt med Generalised Anxiety Disorder scale-7 vid behandling av ångesttillstånd i regioner och vårdgrenar, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	N	GAD7		GAD7 förändring inom individ		
					Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	32	26	9.2	4.3	-	-	(-, -)
		Avslut	32	16	5	4	2.62	0.62	(0.13, 1.1)
		Uppföljning	32	1	0	-	5	-	(-, -)
Dalarna	Psykiatri	Start	3	2	12	1.4	-	-	(-, -)
		Avslut	3	1	8	-	3	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Primärvård	Start	9	9	10.7	4.2	-	-	(-, -)
		Avslut	9	6	3	2.7	8	-	(-, -)
		Uppföljning	9	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	36	28	13.2	4.8	-	-	(-, -)
		Avslut	36	16	10.4	6.1	2.19	0.46	(0.06, 0.85)
		Uppföljning	36	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	2	1	4	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	10	8	10.5	5.2	-	-	(-, -)
		Avslut	10	4	4	8	4	-	(-, -)
		Uppföljning	10	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	24	18	10.9	4.5	-	-	(-, -)
		Avslut	24	18	7.6	4.6	3.28	0.73	(0.26, 1.21)
		Uppföljning	24	0	-	-	-	-	(-, -)
Värmland	Primärvård	Start	95	93	11.5	4.4	-	-	(-, -)
		Avslut	95	81	6.9	4.5	4.43	1	(0.79, 1.21)
		Uppföljning	95	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	8	8	13.6	5.6	-	-	(-, -)
		Avslut	8	3	7.7	6.5	4.33	-	(-, -)
		Uppföljning	8	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	649	572	12.1	4.8	-	-	(-, -)
		Avslut	649	370	7.9	5.2	4.54	0.95	(0.85, 1.05)
		Uppföljning	649	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	2	2	11.5	6.4	-	-	(-, -)
		Avslut	2	2	11.5	6.4	0	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	2	2	5	0	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	2	-	3	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)

Tabell A28. Effektstorlekar och funktionsnedsättning mätt med World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0 – 12 frågor; 0–100 poängskala) vid behandling av ångesttillstånd, 2024

Region	Vårdgren	Tidpunkt	Total	WHODAS			WHODAS förändring inom individ		
				N	Medel	SD	Differens	Cohen's d	95% KI
Dalarna	Primärvård	Start	32	6	31.2	18.5	-	-	(-, -)
		Avslut	32	2	0	0	15.5	-	-
		Uppföljning	32	1	0	-	27	-	-
Dalarna	Psykiatri	Start	3	0	-	-	-	-	(-, -)
		Avslut	3	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	3	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Primärvård	Start	9	9	21.2	15.5	-	-	(-, -)
		Avslut	9	6	13.3	12.2	3.67	-	-
		Uppföljning	9	0	-	-	-	-	(-, -)
Skåne	Psykiatri	Start	36	27	40.5	19.1	-	-	(-, -)
		Avslut	36	14	35.1	24.7	1.14	0.06	(-0.26, 0.38)
		Uppföljning	36	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Primärvård	Start	2	2	19.5	7.8	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Stockholm	Psykiatri	Start	10	9	24.9	13.7	-	-	(-, -)
		Avslut	10	4	9.2	14.8	11.5	-	-
		Uppföljning	10	0	-	-	-	-	(-, -)
Uppsala	Primärvård	Start	24	24	21.2	12.4	-	-	(-, -)
		Avslut	24	24	17	14.4	4.17	0.34	(0, 0.67)
		Uppföljning	24	0	-	-	-	-	(-, -)
Värmland	Primärvård	Start	95	94	26.6	13.8	-	-	(-, -)
		Avslut	95	67	20.2	15.1	6.37	0.46	(0.28, 0.64)
		Uppföljning	95	0	-	-	-	-	(-, -)
Västernorrland	Psykiatri	Start	8	6	27.8	21.7	-	-	(-, -)
		Avslut	8	2	26	36.8	3	-	-
		Uppföljning	8	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Primärvård	Start	649	549	25.4	15.8	-	-	(-, -)
		Avslut	649	273	19.4	15.4	5.23	0.33	(0.26, 0.4)
		Uppföljning	649	0	-	-	-	-	(-, -)
Västra Götaland	Psykiatri	Start	2	2	31.5	12	-	-	(-, -)
		Avslut	2	1	35	-	-12	-	-
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)
Östergötland	Primärvård	Start	2	1	2	-	-	-	(-, -)
		Avslut	2	0	-	-	-	-	(-, -)
		Uppföljning	2	0	-	-	-	-	(-, -)